

UNIVERSIDAD DE GRANADA
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD
PÚBLICA

TESIS DOCTORAL

**IMPACTO DE LOS PUNTOS DE ATENCIÓN
CONTINUADA SOBRE LA UTILIZACIÓN DE UN
SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO**

Diego Felipe Gallardo Ortega

GRANADA 2008

Editor: Editorial de la Universidad de Granada
Autor: Diego Felipe Gallardo Ortega
D.L.: Gr. 948 - 2008
ISBN: 978-84-338-4965-6

DOÑA AURORA BUENO CAVANILLAS, CATEDRÁTICA DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA. UNIVERSIDAD DE GRANADA.

CERTIFICA:

Que la Tesis Doctoral que presenta al superior juicio del Tribunal que designe la comisión del doctorado, **D. Diego Felipe Gallardo Ortega**, titulada “IMPACTO DE LOS PUNTOS DE ATENCIÓN CONTINUADA SOBRE LA UTILIZACIÓN DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO” ha sido realizada bajo mi dirección, siendo expresión de la capacidad técnica e interpretativa de su autor, en condiciones tan aventajadas que le hacen acreedor del título de Doctor siempre que así lo considere el citado tribunal.

Granada, a 10 de Julio 2.007.

DON JUAN DE DIOS LUNA DEL CASTILLO, PROFESOR TITULAR DE ESTADÍSTICA E INVESTIGACIÓN OPERATIVA. UNIVERSIDAD DE GRANADA.

CERTIFICA:

Que la Tesis Doctoral que presenta al superior juicio del Tribunal que designe la comisión del doctorado, **D. Diego Felipe Gallardo Ortega**, titulada “IMPACTO DE LOS PUNTOS DE ATENCIÓN CONTINUADA SOBRE LA UTILIZACIÓN DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO” ha sido realizada bajo mi dirección, siendo expresión de la capacidad técnica e interpretativa de su autor, en condiciones tan aventajadas que le hacen acreedor del título de Doctor siempre que así lo considere el citado tribunal.

Granada, a 10 de Julio 2.007.

DON JUAN SÁNCHEZ LÓPEZ, ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS. HOSPITAL UNIVERSITARIO “VIRGEN DE LAS NIEVES”. S.A.S.

CERTIFICA:

Que la Tesis Doctoral que presenta al superior juicio del Tribunal que designe la comisión del doctorado, **D. Diego Felipe Gallardo Ortega**, titulada “IMPACTO DE LOS PUNTOS DE ATENCIÓN CONTINUADA SOBRE LA UTILIZACIÓN DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO” ha sido realizada bajo mi dirección, siendo expresión de la capacidad técnica e interpretativa de su autor, en condiciones tan aventajadas que le hacen acreedor del título de Doctor siempre que así lo considere el citado tribunal.

Granada, a 10 de Julio 2.007.

AGRADECIMIENTOS

AGRADECIMIENTOS:

Quiero manifestar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que han hecho posible la realización de este trabajo sin los cuales tengo la seguridad de que no podría haber llegado a su término.

A la Dra. Aurora Bueno Cavanillas, por su gran profesionalidad, conocimiento y experiencia sobre el tema de este trabajo y por ser, en definitiva, la luz que iluminaba el camino que tenía que recorrer. Junto a una gran paciencia aún virtudes que rara vez se ven presentes en una persona. Sin su colaboración realmente no podría haber llegado a buen puerto este proyecto. Gracias por tan inestimable ayuda.

Al Dr. Juan de Dios Luna del Castillo, por dar validez estadística y científica al estudio, por enseñarme la diferencia entre un resultado aparentemente verdadero del que en esencia es veraz con credibilidad científica. Su contacto anterior con la problemática estadística del presente modelo de variables facilitó mucho el trabajo. Gracias por darme parte de tu tiempo tan escaso como valioso.

Al Dr. Juan Sánchez López, por permitirme desarrollar y continuar un camino que comenzó por su propia cuenta y riesgo. Es el principal promotor del concepto e idea de este proyecto, que gracias a él se mantiene vivo. Desde su privilegiado punto de vista en el corazón del propio SUH dispone de suficientes criterios para valorar y analizar la problemática de las urgencias en los hospitales. Gracias por permitirme trabajar contigo.

Al departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública y al de Bioestadística donde me han permitido entrar y compartir experiencias, gracias a su ayuda ha ido cambiando y tomando cuerpo este proyecto hasta hacerse real.

A los todos los investigadores que de forma voluntaria y sin ánimo de lucro, han aportado su tiempo en la recogida de la información necesaria a lo largo de varios años y en horas intempestivas. Han sido numerosos los colaboradores que han intervenido en todos estos años. Algunos continúan esta labor, unos han permanecido más tiempo y otros menos pero todos relevándose a lo largo de los años en tan arduo trabajo. La mayoría de ellos son residentes en formación y muchos han sido compañeros de guardia en las urgencias hospitalarias.

Al personal becario participante que colaboró en las horas nocturnas y permitieron el seguimiento continuado de las 24 horas de cada jornada.

A todo el personal sanitario y administrativo del servicio de urgencias del Hospital Ruiz de Alda por su comprensión y colaboración inestimable.

A los responsables del archivo general de la Ciudad sanitaria Virgen de la Nieves, sin los cuales no se podría haber recuperado valiosa información.

Al Servicio Andaluz de Salud (SAS) por becar los proyectos de investigación SAS 102/00 y SAS 172/02 que han permitido la financiación de la labor investigadora necesaria para la realización de este trabajo.

A todo el personal en general que trabaja para ayudar a los pacientes en los diferentes servicios de urgencias sanitarias de forma abnegada con las dificultades que hoy en día supone.

A mi familia por estar siempre presente, responder ante cualquier problema y por darme su apoyo cuando más lo necesitaba.

Agradecer a todos los pacientes y a sus acompañantes, que han acudido a las urgencias del Hospital Ruiz de Alda, por su desinteresada colaboración respondiendo a los test en circunstancias siempre de tensión emocional. Espero que el resultado de este trabajo redunde en su beneficio como usuarios de la sanidad pública andaluza.

En general este trabajo está dedicado a todos los pacientes que sufren una urgencia sanitaria. Ellos son el motivo de la existencia del servicio de urgencias hospitalario como de los profesionales que trabajan en el mismo para ayudarles. A todos ellos que han dado sentido a este estudio, gracias.

A MIS PADRES Y A MI TÍA

ÍNDICE

**IMPACTO DE LOS PUNTOS DE ATENCIÓN CONTINUADA SOBRE LA
UTILIZACIÓN DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO**

| | |
|--|----|
| <u>ÍNDICE:</u> | 1 |
| Índice de figuras. | 3 |
| Índice de tablas. | 3 |
| Índice de abreviaturas. | 5 |
| <u>INTRODUCCIÓN</u> | 7 |
| 1.-DEFINICIÓN DE URGENCIAS. | 7 |
| 2.-EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS. | 10 |
| 3.-LOS SISTEMAS AUTONÓMICOS DE SANIDAD. ESTUDIO COMPARATIVO. | 16 |
| 4.-EL SISTEMA ANDALUZ DE SALUD (SAS). | 26 |
| 4.1.- Estructura y organización sanitaria en Andalucía. | 26 |
| 4.2.- La respuesta a la urgencia sanitaria en Andalucía. | 29 |
| 5.-SITUACIÓN ACTUAL DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS. | 38 |
| 5.1.- La situación de los servicios de urgencias en general. | 38 |
| 5.2.- La situación de las urgencias en Andalucía. | 39 |
| 5.3.- La situación de las urgencias en Granada. | 41 |
| 6.-FACTORES ASOCIADOS A LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS. | 51 |
| 6.1.- Factores de la demanda. | 51 |
| 6.2.- Factores de la oferta. | 54 |
| 7.-CONSECUENCIAS DE LA MASIFICACIÓN EN EL SUH. | 58 |
| 7.1.- Funcionamiento. | 58 |
| 7.2.- Coste económico. | 61 |
| 8.-CONCEPTO Y DEFINICIÓN DE USO INADECUADO. | 63 |
| 8.1.- Criterios subjetivos. | 64 |
| 8.2.- Protocolos de triage. | 64 |
| 8.3.- Criterios explícitos. | 66 |

| | |
|--|-----|
| 9.-INTERVENCIONES PARA REDUCIR EL USO INADECUADO DEL SUH. | 74 |
| 9.1.- Intervenciones sobre la demanda. Educación sanitaria. | 74 |
| 9.2.- Intervenciones centradas en la mejora de la accesibilidad de la Atención Primaria. | 74 |
| 9.3.- Interposición de barreras. | 75 |
| 9.4.- Apertura PAC. | 75 |
| 9.5.- Organización del SUH. | 76 |
| 9.6.- Otras corrientes de pensamiento. | 76 |
| <u>JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO</u> | 77 |
| <u>OBJETIVOS</u> | 79 |
| <u>MATERIAL Y MÉTODOS</u> | 81 |
| 1.-ENTORNO DEL ESTUDIO. | 81 |
| 2.-TIPO DE ESTUDIO. | 83 |
| 3.-PERIODO DE ESTUDIO. | 83 |
| 4.-POBLACIÓN DE REFERENCIA. | 83 |
| 5.-POBLACIÓN ELEGIBLE. | 84 |
| 6.-MUESTRA. | 85 |
| 7.-RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN EN CADA DÍA DE ENCUESTA. | 87 |
| 8.-VARIABLES DEL ESTUDIO. | 88 |
| 9.-PROCESAMIENTO DE DATOS Y TRATAMIENTO ESTADÍSTICO. | 98 |
| <u>RESULTADOS</u> | 101 |
| 1.-CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO. | 101 |
| 2.-DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES RECOGIDAS POR CENTRO DE SALUD Y AÑO DE ESTUDIO. | 102 |
| 3.-TRIAGE E INADECUACIÓN / ADECUACIÓN EN URGENCIAS. | 107 |
| 4.-ANÁLISIS BIVARIABLE DE LA INADECUACIÓN. | 109 |
| 5.-ANÁLISIS MULTIVARIABLE DE LA INADECUACIÓN. | 111 |

| | |
|--|-----|
| 6.-ANÁLISIS BIVARIABLE DEL TIPO DE DERIVACIÓN. | 112 |
| 7.-ANÁLISIS MULTIVARIABLE DEL TIPO DE DERIVACIÓN. | 114 |
| 8.-ANÁLISIS DE LAS INTERACCIONES DE LA INADECUACIÓN Y TIPO DE DERIVACIÓN. | 116 |
| 9.-ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN POR GRUPOS DE CRITERIOS. | 118 |
| <u>DISCUSIÓN</u> | 173 |
| 1.-PERTINENCIA DEL OBJETIVO GENERAL. | 173 |
| 2.-ADECUACIÓN DE LA METODOLOGÍA. | 174 |
| 3.-RESULTADOS. | 181 |
| <u>CONCLUSIONES</u> | 195 |
| <u>BIBLIOGRAFÍA</u> | 197 |
| <u>ANEXOS</u> | 215 |
| Anexo I: Tríptico para la realización de la encuesta. | 215 |
| Anexo II: Hoja de enfermería de cada paciente incluyendo triage. | 219 |
| Anexo III: Clasificación de los motivos de consulta de los pacientes. | 221 |
| Anexo IV: Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias modificado. | 225 |
| Anexo V: Recodificación de variables. | 227 |

Índice de Figuras.

| | |
|---|-----|
| Figura 1: Atención de la urgencia extrahospitalaria. | 32 |
| Figura 2: Atención de la urgencia hospitalaria. | 35 |
| Figura 3: Evolución de las urgencias atendidas en los hospitales del SAS. | 40 |
| Figura 4: Porcentaje de asistencias por día de la semana y año. | 121 |
| Figura 5: Distribución de las asistencias a lo largo del día por horas. | 123 |
| Figura 6: Evolución de la proporción de asistencias Banales. | 135 |
| Figura 7: Evolución del porcentaje de Inadecuación. | 136 |
| Figura 8: Cálculo de la proporción de pacientes inadecuados. | 176 |

Índice de Tablas.

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Servicios de emergencias por Comunidades Autónomas. | 16 |
| Tabla 2. Incremento del número de urgencias en el SUH por Comunidades Autónomas. | 17 |
| Tabla 3. Urgencias por mil habitantes. Servicios de urgencias hospitalarios de las Comunidades Autónomas (1999, 2000 y 2001). | 18 |

| | |
|--|-----|
| Tabla 4: Servicio 061 del Insalud. Indicadores de actividad, año 2000. | 18 |
| Tabla 5: Planes de urgencias y emergencias en las comunidades autónomas. | 21 |
| Tabla 6: Población andaluza y número de urgencias extrahospitalarias atendidas. | 40 |
| Tabla 7: Evolución de las urgencias extrahospitalarias SAS en la provincia de Granada. | 42 |
| Tabla 8: Recursos humanos y logísticos del DCCU en Granada en el 2001. | 43 |
| Tabla 9: Recursos humanos y logísticos del DCCU en Granada en el 2006. | 45 |
| Tabla 10: Urgencias atendidas por el DCCU. | 45 |
| Tabla 11: Evolución de los cupos mayores de 14 años de los centros de salud 2001-2005. | 45 |
| Tabla 12: Evolución de las urgencias en los hospitales SAS de la provincia de Granada. | 48 |
| Tabla 13: Evolución de las urgencias en Hospitales SAS capital Granada. | 48 |
| Tabla 14: Evolución del nº de pacientes en las distintas áreas de urgencias del H. Médico Quirúrgico Ruiz de Alda (HMQ). | 49 |
| Tabla 15: Protocolo de triage. | 65 |
| Tabla 16: Comparación de los hospitales de la ciudad de Granada. | 82 |
| Tabla 17: Características de los centros de salud. | 84 |
| Tabla 18: Cálculo del tamaño de muestra. | 85 |
| Tabla 19: Muestra del Nº de Asistencias por Centro de Salud y Año. | 86 |
| Tabla 20: Códigos numéricos según especialidad. | 90 |
| Tabla 21: Clasificación de los Motivos de Consulta. | 95 |
| Desde la Tabla 22: Nº de Asistencias por Centro de Salud y Año, hasta la Tabla 56: Modelo adecuación por gravedad (odds ratio), van desde la página 121 hasta la 151. | |
| Tabla 57: Modelo adecuación por tratamiento (odds ratio). | 154 |
| Tabla 58: Modelo adecuación por intensidad diagnóstica (odds ratio). | 157 |
| Tabla 59: Modelo adecuación por otros criterios (odds ratio). | 160 |
| Tabla 60: Modelo adecuación aplicable a quien acude de forma espontánea (odds ratio). | 163 |
| Desde la Tabla 61: Odds Ratio adecuación por gravedad comparación CS en tres grupos y por años controlando por la variable horario DCCU, hasta la Tabla 80: Odds Ratio adecuación por criterios aplicables a pacientes de ‘motu propio’ CS La Chana frente al resto controlando por todas las variables, van desde la página 166 a la 172. | |

ABREVIATURAS

ABREVIATURAS:

| | |
|-------------|---|
| ACV: | Accidente cerebrovascular. |
| AMA: | Asociación Médica Americana. |
| AOC: | Área de Observación de Camas. |
| AOS: | Área de Observación de Sillones. |
| AP: | Asistencia Primaria. |
| APD: | Atención Primaria Domiciliaria. |
| CAC: | Centros de Atención Continuada. |
| CAESNS: | Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. |
| CCAA: | Comunidades Autónomas. |
| CCU: | Centro Coordinador de Urgencias. |
| CCUE: | Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias. |
| Centro SOS: | Centro de Coordinación Operativa S.O.S. Navarra. |
| CIE-9R: | Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión. |
| CPE: | Centro Periférico de Especialidades. |
| CS: | Centro de salud. |
| CTAS: | Canadian emergency Department Triage and Acuity Scale. |
| DAUE: | Dispositivos de Atención a Urgencias y Emergencias. |
| DIRAYA: | Proyecto que integra la información sanitaria del ciudadano en la historia digital de salud del sistema andaluz de sanidad. |
| EAP: | Equipos de Atención Primaria. |
| EBAP: | Equipo Básico de Atención Primaria. |
| ECG: | Electrocardiograma. |
| EPES: | Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. |
| EPOC: | Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. |
| ESI: | Emergency Severity Index v.3. |
| HMI: | Hospital Materno-Infantil. |
| HMQ: | Hospital General Médico-Quirúrgico Ruiz de Alda. |
| HRT: | Hospital de Rehabilitación y Traumatología. |
| HSC: | Hospital de Especialidades San Cecilio. |
| HSJD: | Hospital de San Juan de Dios. |
| HUVN: | Hospital Universitario Virgen de las Nieves. |
| ICC: | Insuficiencia cardiaca crónica. |
| INSALUD: | Instituto Nacional de la Salud. |
| MC: | Médico de cabecera. |
| MFyC: | Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. |
| MIR: | Médico interno residente. |
| OBS: | Sala de observación de camas. |
| OMS: | Organización Mundial de la Salud. |
| PAC: | Punto de Atención Continuada. |
| PAUE: | Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. |
| PAUH: | Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias. |
| PAUHm: | Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias modificado. |
| PC: | Pruebas complementarias. |
| RCP: | Reanimación Cardiopulmonar. |
| Rx: | Radiografía. |
| SAMFYC: | Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. |
| SAMU: | Servicios de asistencia Médica de Urgencia S.A. |
| SAS: | Servicio Andaluz de Salud. |
| SAU: | Servicio de Atención al Usuario. |
| SEXMFYC: | Sociedad Extremeña de Medicina Familiar y Comunitaria. |
| SC: | Sala de cuidados de sillones. |
| SCCU: | Servicios Hospitalarios de Cuidados Críticos y Urgencias. |
| SDF: | Pacientes sin domicilio fijo. |

| | |
|------------|---|
| SEDU: | Servicios Especiales de Urgencias. |
| SEMES: | Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. |
| SEMSA: | Sistema d'Emergències Mèdiques S.A. |
| SERCAM: | Servicio de Emergencia y Rescate de la Comunidad de Madrid. |
| SEU: | Servicios Especiales de Urgencias. |
| SEXMFYC: | Sociedad Extremeña de Medicina Familiar y Comunitaria. |
| SIPIUC: | Servei d'Informació Pla Integral d'Urgencies de Catalunya. |
| SNS: | Sistema Nacional de Salud. |
| SNU: | Servicios Normales de Urgencias. |
| SOS DEIAK: | Servicio de Coordinación SOS DEIAK. |
| SOU: | Servicios Ordinarios de Urgencias. |
| SUH: | Servicio de Urgencias Hospitalario. |
| TAC: | Tomografía axial computerizada. |
| TASS: | Aplicación informática de la H ^a clínica sanitaria de la Tarjeta de la Seguridad Social. |
| TTS: | Técnico de Transporte Sanitario. |
| UCC: | Urgent Care Center. |
| UCI: | Unidad de Cuidados Intensivos. |
| UME: | Unidad Móvil de Emergencias. |
| UVI: | Unidad de Vigilancia Intensiva. |
| VUM: | Vehículo de Urgencias Médicas. |
| ZBS: | Zona Básica de Salud. |

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) es hoy muy utilizado y controvertido. A pesar de ser uno de los puntos básicos de la atención sanitaria se sigue polemizando sobre su función, su dotación estructural y personal, y el reconocimiento profesional y académico de este último (Tudela & Mòdol, 2003). Han pasado cerca de 20 años en esta controversia (Millá, 1987; Pujol, 1993; Moreno, 1996; Millá, 2001; Ochoa, 2002). Desde que el Informe del Defensor del Pueblo de 1988 pusiera de manifiesto la problemática de las Urgencias Hospitalarias (Oficina del Defensor del Pueblo. Recomendación 32/1988 del 28 de Diciembre. BOCG, Congreso, Serie E, núm. 182) se ha intentado su mejora a través de diferentes intervenciones, sin embargo son escasos los estudios que evalúan la adecuación y eficacia de las medidas implantadas.

1.-DEFINICIÓN DE URGENCIAS.

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española **Urgencia** es “la sección de los hospitales en que se atiende a enfermos y heridos graves que necesitan cuidados médicos inmediatos”, y **urgente** “que urge”.

La definición de **urgencia médica** más aceptada es la propuesta por la **Asociación Médica Americana** (AMA), suscrita por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Consejo de Europa:

"Urgencia es la aparición de un problema de etiología diversa y gravedad variable que genera la vivencia de necesidad inmediata de atención en el propio paciente, en su familia o en quienquiera que asuma la responsabilidad".

Esta definición, asumida en España por los expertos en urgencias y por la subcomisión de Urgencias de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (CAESNS), traslada al paciente la decisión de definir un problema de salud como urgente en función de cómo vive personalmente la necesidad surgida (Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, 1991).

Abellán et al (1999) entiende por urgencia médica “toda demanda que se realiza con dicho carácter a los servicios de urgencias, tanto como cualquier situación que requiere atención médica inmediata, bien por su gravedad o bien por los perjuicios derivados de la falta de asistencia”. Esta definición incluye una idea muy importante a la hora de valorar una urgencia, la posible consecuencia perjudicial e incluso vital para el paciente si no se pone

tratamiento inmediato, aspecto muy importante desde el punto de vista del asistencial. Pero incluso en este aspecto diferentes profesionales pueden no estar de acuerdo en definir los casos como urgencias (Foldes et al, 1994; Gresenz & Studdert, 2004; Stapczynski, 2004). Para evitar estas discrepancias se pueden clasificar las urgencias en función del nivel de gravedad, tradicionalmente se diferencian tres niveles de urgencia (Urgencias y Emergencias Sanitarias. Ministerio Sanidad y Consumo, 1991):

1. **Demandas que no exigen cuidados ni tratamientos inmediatos y pueden ser diferidas a la atención primaria habitual.** Se consideran como demandas de atención primaria fuera de horario, bien por falta de conveniencia para el paciente, o por insuficiencia del centro para atender a todas.
2. **Urgencia no vital, también denominada no grave,** definida como problema de salud que requiere algún tipo de actuación diagnóstica o terapéutica urgente, pero que no supone una amenaza importante para la vida ni para la función. Dicha asistencia no requiere cualificación especial ni tecnológica por lo que puede ser resuelta en atención primaria.
3. **Problemas de urgencia vital, también denominadas emergencias, urgencias graves, o urgencias verdaderas,** en las que existe un peligro inmediato para la vida del paciente, para órganos o funciones vitales, o de secuelas graves si no recibe atención cualificada sin demora.

El Grupo de Trabajo para la Ordenación de las Urgencias en AP de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC) propone la siguiente clasificación: (Melguizo et al, 1992):

1. **Urgencia subjetiva:** solicitud de asistencia médica inmediata, desde la creencia y los valores propios del ciudadano (paciente / cuidadores), según su concepción de la salud y de los servicios sanitarios, que una vez evaluada por un profesional médico se considera injustificada o demorable.
2. **Urgencia objetiva:** solicitud de asistencia médica inmediata, desde la creencia y los valores propios del ciudadano, según su concepción de la salud y de los servicios sanitarios, que una vez evaluada por un profesional médico precisa atención sanitaria por comprometer la vida o la salud de la persona.

3. **Emergencia vital:** situación de riesgo vital para el ciudadano, que aparece de forma súbita, es detectada y atendida inicialmente por personas o entidades no sanitarias (transeúntes, bomberos, policías, etc.) que requiere iniciar asistencia especializada inmediata donde ocurre el evento y durante el traslado habitualmente es imprescindible el apoyo técnico del hospital en Urgencias, el Quirófano o la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Si persiste la gravedad y amenaza de la vida se considera un enfermo crítico.

La distinción entre los dos primeros tipos se realiza desde la óptica exclusivamente técnica; aún cuando el problema de la atención urgente debe ser abordado desde criterios psicológicos, sociales y sanitarios.

En algunos procesos agudos las fronteras entre las tres categorías pueden ser ambiguas. El factor tiempo y el manejo correcto son claves, porque los retrasos y los errores diagnósticos o terapéuticos pueden transformar una situación aparentemente banal en otra grave.

Con frecuencia los “primeros auxilios” que pueden evitar la evolución de un paciente a un estado crítico no son aplicados por personal sanitario, sino por el más cercano al paciente. Los profesionales del Rescate o la Seguridad (bomberos, policías, etc.) suelen ser el primer eslabón en la cadena de auxilio. Estos profesionales poseen conocimientos (por ejemplo desincarceración, señalización) que debe tener el personal sanitario. Los “primeros auxilios” tienen que saber hacerlos los profesionales del rescate y deben extenderse a toda la población. Según los Principios Fundamentales del Consejo de Europa: “...la asistencia a las urgencias y emergencias es una acción sanitaria sea quién sea el que administre los cuidados...” (Coordinated medical research programme, 1986. Strasbourg: Council Of Europe, 1990). Esta definición resalta la importancia de los “primeros auxilios” independientemente de quien los aplique.

2.-EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS.

Desde sus orígenes, el ser humano ha tratado de ayudar a sus semejantes ante una situación que comprometa su vida o integridad física (enfermedad, accidente, agresión, etc.), existen referencias a estos hechos en todas las culturas. Las primeras actuaciones organizadas que tuvieron por objeto la atención a personas en situación de riesgo vital inminente se remontan al siglo XVIII, destacando en 1776 el nacimiento en Ámsterdam de la “Sociedad para el rescate de personas ahogadas” o “Sociedad Humana”. Mientras en los Hospitales se producía una evolución en los conocimientos médicos que permitía abordar el tratamiento de la mayoría de las enfermedades, en el medio extrahospitalario la actuación quedaba limitada a una rápida recogida y transporte de enfermos o heridos en vehículos sin dotación y/o capacidad para iniciar los cuidados. La recepción en el ambiente hospitalario tampoco estaba garantizada en el lugar adecuado ni por el personal especializado, se producían con frecuencia fallecimientos (Pérez et al, 1995).

Durante el siglo XX los avances científicos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, y la aplicación de las técnicas asistenciales y métodos organizativos ensayados durante los conflictos bélicos, condujeron, a finales de los 60, a la puesta en marcha de dispositivos específicos destinados a la asistencia cualificada extrahospitalaria. Destacan los “Emergency Medical Services” norteamericanos; los “Services d`Aide Medicale Urgente” franceses, y en Belfast las experiencias de Pantridge en el tratamiento del infarto de miocardio en unidades móviles. El “Acta para el desarrollo de los Servicios médicos de Urgencias” constituye un elemento clave al introducir el concepto de *asistencia integral* (Pérez et al, 1995).

En la actualidad nos encontramos con dos modos de entender y organizar los servicios de urgencias y emergencias en el entorno occidental: el modelo angloamericano y el francogermano (SEMES, 2003):

Modelo angloamericano: Implantado en Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda y el Reino Unido, inicia su desarrollo en Estados Unidos a principios de 1970 y su elemento conceptual básico es la continuidad de los cuidados mediante la integración de los sistemas extra e intrahospitalario. En este modelo, la medicina de emergencia se inicia en el ámbito prehospitalario, los cuidados son iniciados por personal paramédico, y se continúa en los servicios de emergencias de los hospitales donde los médicos de emergencias les proporcionan la asistencia definitiva: “los pacientes son llevados al hospital”.

Modelo francogermano: Es el más extendido en la mayoría de los países de la Unión Europea. Está implantado en Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Rusia y Suecia. A diferencia del modelo angloamericano “el hospital es llevado al paciente”: médicos y tecnología son llevados al lugar donde se encuentra el paciente con la intención de prestarle un alto nivel de cuidados antes de que éste llegue al hospital. En el nivel prehospitario los médicos, habitualmente anestesistas, proporcionan la mayoría de los cuidados y allí mismo los pacientes son clasificados para ser admitidos directamente en los servicios especializados correspondientes.

La atención a las urgencias en España se enmarca dentro del modelo francogermano, con una evolución propia diferenciada del resto de Europa (Elola, 1994):

- En 1944, la Ley de bases de la Sanidad Nacional establece un “sistema asistencial público”, compartido entre el Estado y las Corporaciones Locales. Figuran entre sus funciones la atención a los procesos médicos de urgencia que se produzcan en sus respectivos ámbitos territoriales, ya sea a través de los hospitales provinciales o municipales, los centros maternales y geriátricos de urgencia, las casas de socorro, los puestos de socorro o los sanitarios locales, especialmente en el ámbito rural.
- En 1948, con el objetivo de cubrir la asistencia durante las 24 horas del día, se crea el Servicio Médico Nocturno de Urgencias, cuyo ámbito es exclusivamente urbano. En las zonas rurales los médicos de Atención Primaria Domiciliaria (APD) han de prestar asistencia las 24 horas, todos los días del año.
- En 1964 se crean los Servicios Especiales (poseían recursos móviles) y Normales de Urgencia, si bien en las grandes ciudades coexistían con los “dispensarios” o “casas de socorro”.
- En 1968 se regulan los “Servicios Normales de Urgencia” en ciudades con más de 5.000 asegurados y menos de 90.000 y absorben a los dispensarios.
- En este contexto histórico, la atención primaria era realizada en los ambulatorios de la Seguridad Social por médicos generales. La organización deficiente y burocratizada y la masificación progresiva deviene en una pésima calidad asistencial, una escasísima satisfacción de los usuarios y una desmotivación generalizada de los profesionales. El concepto de urgencia se convierte casi en sinónimo de atención fuera de horario, y a partir de las 17,00 horas la asistencia urgente, tanto ambulatoria como domiciliaria corresponde a

los servicios normales y especiales de urgencias (SNU y SEU), que incorporan y reflejan las carencias y vicios generales del sistema.

- La Ley General de la Seguridad Social de 1974 establece como un derecho asistencial la atención urgente ("la asistencia médica comprenderá: medicina general, especialidades, internamiento quirúrgico y medicina de urgencias"). Además este texto insta a organizar (en la medida y extensión que permita la estabilidad financiera) **Servicios de Medicina de Urgencia** debidamente coordinados.

Este nuevo marco nos situaba, en cuanto a su planteamiento teórico, al mismo nivel asistencial de las urgencias que se estaba desarrollando en los países de nuestro entorno. A pesar de ello no se modifica la prestación de la asistencia, la situación de la **atención urgente extrahospitalaria** continua siendo claramente deficiente, y ello como consecuencia de una serie de circunstancias, entre las que se podrían mencionar las siguientes:

1. Existencia de múltiples barreras a la accesibilidad: horarios inadecuados, distribución territorial inapropiada y escasez de servicios.
 2. Limitación de recursos técnicos, deficiente formación científica y creciente desmotivación de los médicos. Todo esto genera una capacidad resolutive muy baja y una proporción de derivaciones al hospital alta, lo cual a su vez produce una percepción de inutilidad en el ciudadano que le lleva a acudir directamente al hospital. La desviación de la demanda hacia los servicios de urgencias hospitalarios favorece el desarrollo de estos a expensas de las urgencias extrahospitalarias. Se cierra así un círculo vicioso tan perverso y costoso como real.
- La Constitución Española (1978) reconoce en sus artículos 43 y 49 el **derecho a la protección de la salud** y determina que serán los poderes públicos los responsables de su promoción y cuidado. En su título VIII art 148 se otorgan a las comunidades autónomas las competencias en higiene y sanidad.
 - En 1978, comienzan a sentarse las bases para la reforma de la atención primaria y a hablarse de atención continuada. En ese mismo año se da un salto cualitativo en la asistencia urgente, con la creación de la especialidad de cuidados intensivos y la introducción de mejoras en los

Servicios de Urgencias de los Hospitales, incluyendo la participación de especialistas en las guardias.

- En 1981, el Gobierno de Cantabria, con un enfoque basado en las experiencias norteamericanas y europeas, crea una nueva estructura, el Servicio Médico de Asistencia de Urgencias (SAMU). El SAMU se responsabiliza de las peticiones de asistencia formuladas por un Centro Coordinador y presta asistencia a las emergencias mediante unidades móviles adecuadamente equipadas, apoyadas por el Servicio de Urgencias del Hospital de Valdecillas.
- El Real Decreto 2392/1982 define el ámbito de actuación en la atención primaria que incorpora la atención a las urgencias, incluyendo las domiciliarias.
- El Real Decreto 137/1984 sobre estructuras básicas establece que la actividad asistencial de los Equipos de Atención Primaria (EAP) ha de ser continuada, permanente y accesible, ha de organizarse durante las 24 horas del día y coordinarse con otros niveles. Contempla específicamente que los servicios de urgencias se integren en los EAP.
- En el año 1986 la Ley General de Sanidad (Ley 14/86) regula las acciones que permiten hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, creando en España el Sistema Nacional de Salud (SNS) y organizando territorialmente la asistencia sanitaria. Integra diversos subsistemas públicos, estableciendo la relación del sistema sanitario de la Administración Central y con los de las Comunidades Autónomas. La asistencia sanitaria se extenderá a toda la población española (art 3-2), en condiciones de igualdad efectiva, participación comunitaria y, ante todo, priorización de la promoción de la salud y prevención de las enfermedades sobre el propio proceso asistencial.
- En 1987 el Consejo Interterritorial del SNS elabora una propuesta que incluye la creación de un teléfono sanitario nacional para urgencias mediante un número de tres dígitos único (061) para todo el territorio del estado y de ámbito exclusivamente sanitario, así como la creación de centros de coordinación de urgencias sanitarias.
- En 1988 el **Informe del Defensor del Pueblo** sobre las **Urgencias Hospitalarias** sitúa en el primer plano de la agenda política sanitaria la reforma y racionalización de los Servicios de Urgencia. Realizado sobre una base muestral de 17 Hospitales Españoles de la red pública ponía de manifiesto el aumento de la frecuentación, que el 74% de las visitas se realizaban a

iniciativa del paciente, y que un 71,38% de los pacientes eran enviados directamente a su domicilio, en su mayor parte por problemas que podrían haberse resuelto en niveles asistenciales anteriores. Además destaca la inobservancia de la sectorización, la utilización de la urgencia para evitar otros inconvenientes propios del sistema sanitario y una larga lista de problemas estructurales y de dotación de servicios. Señala como principales causas de la elevada presión asistencial: la prolongada lista de espera de admisión hospitalaria y la insuficiencia o ineficacia de la asistencia prestada en el nivel primario, que condiciona que un elevado número de usuarios acuda a los SUH buscando soluciones a problemas banales (Oficina del Defensor del Pueblo. Recomendación 32/1988 del 28 de Diciembre. BOCG, Congreso, Serie E, núm. 182).

- En 1989 se publica el Plan Director de Urgencias del Insalud, respuesta institucional a la situación reflejada en el informe del Defensor del Pueblo de 1988. Este plan profundiza en la orientación reflejada en los Reales Decretos 2.392/82 y 137/84, que regulan la asistencia urgente a nivel de AP, reconoce la necesidad de dotar a la urgencia hospitalaria de una entidad organizativa propia, a la vez que expresa la necesidad de proporcionar a la red asistencial medios destinados a la atención pre-hospitalaria de las emergencias. Este modelo se completa con la incorporación al Sistema Nacional de Salud de un nuevo elemento, los Servicios “061”, basados en la existencia de Centros Coordinadores de ámbito provincial, gestores del teléfono de urgencias sanitarias y responsables de la asistencia extrahospitalaria mediante unidades móviles, así como del transporte sanitario urgente.
- Al igual que el INSALUD, otras Comunidades Autónomas (CCAA) con transferencias en materia sanitaria realizaron importantes inversiones en reformar estructuralmente buena parte de los SUH públicos. Simultáneamente se introducen cambios organizativos (triage-clasificación, priorización, áreas de observación, etc.); y se crean los Puntos de Atención Continuada (PAC) y Emergencias Sanitarias / Centros Coordinadores a través de un teléfono único (generalización del 061).
- En 1991, el Dictamen de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (CAESNS) formula diversas recomendaciones en materia de asistencia sanitaria de carácter urgente. En relación con ello, la Subcomisión de Urgencias de la Comisión puso de relieve, entre otros aspectos, que la **ordenación de la atención a la urgencia médica** requería desarrollar un **modelo organizativo a nivel autonómico**, el cual debería de contemplar en todo caso las siguientes infraestructuras:

- Centros de coordinación de urgencias médicas (asistencia las 24 horas del día y cobertura para el 100% del territorio correspondiente).
- Disponibilidad de una red de transporte sanitario de urgencia.
- Red de comunicaciones que hiciera posible una relación fluida y eficaz entre el usuario y el centro coordinador, y entre éste y la totalidad de los recursos.
- Disponibilidad de recursos asistenciales cualificados.
- Universalización de la asistencia, derecho a la asistencia de todos los ciudadanos.

3.-LOS SISTEMAS AUTONÓMICOS DE SANIDAD. ESTUDIO COMPARATIVO.

3.1.- Tipología de los servicios.

Actualmente la reforma de la atención primaria se ha hecho efectiva en un grado importante en todas las comunidades autónomas; según la extensión de la reforma en algunas comunidades se presta aún atención a urgencias desde dispositivos distintos (SEMES, 2003), por ejemplo:

- Servicios Normales de Urgencias (SNU), sin recursos móviles.
- Servicios Especiales de Urgencias (SEU y SEDU), con recursos móviles.
- Dispositivos de Atención a Urgencias y Emergencias (DAUE), en proceso de extinción en Galicia.
- Servicios Ordinarios de Urgencias (SOU) en Navarra.

La atención a urgencias en atención primaria aprovecha los recursos disponibles para la atención sanitaria programada. Estos puntos de atención urgente reciben distintas denominaciones. Puntos de Atención Continuada (PAC) es el nombre más extendido, común a todas las comunidades que han sido gestionadas por el Insalud hasta su desaparición. En Cataluña se denominan Centros de Atención Continuada (CAC) y en Andalucía, a partir de la puesta en marcha del Plan de Atención a Urgencias y Emergencias Sanitarias (PAUE), se denominan Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias en atención primaria (DCCU).

Tabla 1. Servicios de emergencias por Comunidades Autónomas.

| COMUNIDAD | Servicios de emergencias |
|--------------------|---------------------------------|
| Andalucía | EPES-061 |
| Aragón | 061 |
| Asturias | SAMU-061;1006 |
| Baleares | 061 |
| Canarias | 061 |
| Cantabria | 061 |
| Castilla La Mancha | 061 y 1006 en Ciudad Real |
| Castilla y León | 061 |
| Cataluña | SEMSA, 061 |
| Extremadura | 061 |
| Galicia | 061 |
| Madrid | SAMU, 061, SERCAM |
| Murcia | 061 |
| Navarra | Centro SOS 112, SAMU |
| País Vasco | SOS DEIAK-112 |
| La Rioja | 061 |
| Valencia | SAMU |

La atención prehospitalaria se completa con los servicios de emergencias. En nuestro país existen varios de estos servicios; el de mayor implantación es el servicio de emergencias 061, presente en la práctica totalidad del territorio Insalud hasta su extinción. Con un Centro Coordinador como vertebrador de la atención, sus recursos asistenciales se localizan en los centros de atención primaria o en los servicios hospitalarios. En la Tabla 1 se destaca la denominación en cada región de los servicios de emergencias.

La atención urgente en el nivel hospitalario se presta en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH), unidades de atención a urgencias que pueden o no constituir un servicio clínico. Situados en una zona accesible de los centros hospitalarios, la denominación de servicios de urgencias hospitalarios es la habitual, excepto en Andalucía, donde su denominación oficial es Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias Hospitalarios.

3.2.- Actividad asistencial.

Todas las comunidades autónomas han experimentado un aumento de la demanda de asistencia urgente en los SUH. En territorio Insalud y desde 1991 hasta el año 2001 han aumentado en más del 50%. Por comunidades el incremento más importante se ha producido en Murcia, un 90%, y en Castilla La Mancha, un 76,34% (Tabla 2). La heterogeneidad de datos y el cómputo de periodo diverso puede hacer difícil la comparación.

Tabla 2. Incremento del número de urgencias en el SUH por Comunidades Autónomas.

| Comunidad | Incremento (%) | Período |
|--------------------|-----------------------|----------------|
| Andalucía | 52,24 | 90-00 |
| Aragón | 29,29 | 91-01 |
| Asturias | 38,68 | 91-01 |
| Baleares | 50,06 | 91-01 |
| Canarias | 29,25 | 95-01 |
| Cantabria | 59,14 | 91-01 |
| Castilla La Mancha | 76,34 | 91-01 |
| Castilla y León | 33,84 | 91-01 |
| Cataluña(*) | 20,00 | 92-98 |
| Extremadura | 44,89 | 91-01 |
| Rioja | 56,81 | 91-01 |
| Madrid | 48,09 | 91-01 |
| Murcia | 90,47 | 91-01 |
| INSALUD | 50,19 | 91-01 |

Fuente: Informes de las Comunidades Autónomas e Insalud. Asistencia Especializada. Actividad 2001.

(*) Se refiere a datos de frecuentación por 1000 habitantes, no a número de urgencias.

La actividad asistencial urgente en atención primaria es difícil de cuantificar por las diferentes modalidades de asistencia. En atención continuada la evolución de las consultas ha sido creciente en territorio INSALUD, en torno al 70% en el periodo 1995-2001.

La media de urgencias hospitalarias es de 394,62 por 1000 habitantes, destacando Murcia con 525,59 y Canarias con 292,84 urgencias por 1000 habitantes como casos extremos (Tabla 3).

Tabla 3. Urgencias por mil habitantes. Servicios de urgencias hospitalarios de las Comunidades Autónomas (1999, 2000 y 2001).

| Comunidad | Nº Urg / 1.000h |
|-------------------------------------|-----------------|
| Andalucía | 438,60 |
| Aragón | 375,59 |
| Asturias | 342,88 |
| Baleares | 380,07 |
| Canarias | 292,84 |
| Cantabria | 489,66 |
| Castilla La Mancha | 345,53 |
| Castilla y León | 317,18 |
| Cdad Valenciana | 432,47 |
| Extremadura | 334,98 |
| Galicia | 331,29 |
| Madrid | 439,67 |
| Murcia | 525,59 |
| Navarra | 445,26 |
| País Vasco | 426,21 |
| Rioja | 392,34 |
| Valores globales de la serie | |
| Media | 394,62 |
| Mediana | 386,20 |
| Desv.estandar | 66,23 |

Fuente: Informes de las Comunidades Autónomas e Insalud. Asistencia Especializada. Actividad 2001.

En los servicios de emergencias la progresiva implantación y evolución de los Centros Coordinadores de Urgencias (CCU) hace difícil la comparación. Eventualmente los datos registrados muestran un incremento de llamadas paralelo a la puesta en marcha de los CCU y acorde con el mayor conocimiento de la oferta por parte de los ciudadanos. El número medio de llamadas al día en territorio INSALUD en el año 2000 fue de 4.654 (Tabla 4).

Tabla 4. Servicio 061 del Insalud. Indicadores de actividad, año 2000.

| | |
|--|----------------|
| Número medio de llamadas al día al CCU | 4.654 |
| Llamadas de demanda asistencial | 2.389 (51,33%) |
| Llamadas resueltas telefónicamente | 932 |
| Número medio de personas atendidas al día por UME | 4,45 |
| Porcentaje de emergencias atendidas en menos de 15 minutos | 68,08 |

Fuente: Insalud. Memoria 2001. CCU= Centro Coordinador de Urgencias; UME= Unidad Móvil de Emergencias.

3.3.- Estructura y equipamiento.

Entre las características estructurales de los SUH destaca la multifuncionalidad. Los espacios dedicados a consultas, salas o áreas tienen destinos específicos, pero es frecuente el uso adecuado a la demanda puntual o a las necesidades de cada momento. La gran mayoría de los servicios de urgencias hospitalarios disponen de un área de observación, dotada de un número variable de camas y sillones. En algunos hospitales presentan diferentes modalidades de espacios para la observación, el diagnóstico y tratamientos no prolongados. Un pequeño porcentaje dispone de hospital de día y unidad de estancias cortas. En aproximadamente la mitad de los casos existe un espacio diferenciado para familiares y/o pacientes pendientes de pruebas. Entre los servicios de apoyo vinculados al SUH el más frecuente es el área de radiología básica, y en segundo lugar, el laboratorio de análisis clínicos. En algunos casos existe un quirófano específico para urgencias.

3.4.- Recursos materiales y equipamiento.

El equipamiento de los servicios de urgencias es, en general, suficiente y adecuado. En los SUH es bastante homogéneo para el diagnóstico, tratamiento y cuidados. Se detectan, no obstante, algunas deficiencias en recursos materiales en las urgencias en atención primaria. Las más acusadas se refieren a la dotación tecnológica para pruebas complementarias y a la dotación de vehículos y su equipamiento para la atención domiciliaria.

3.5.- Recursos humanos.

El denominador común de los profesionales que trabajan en los diferentes servicios de urgencias es la heterogeneidad de perfiles, de niveles de formación y experiencia y de situaciones laborales. La mayoría de los facultativos no tienen una situación laboral estable. En los servicios de emergencias casi tres cuartas partes del personal de enfermería y casi la totalidad de los facultativos no gozan de contrato indefinido. Hay muchas actividades subcontratadas.

Respecto a las urgencias en atención primaria se organizan frecuentemente con personal de refuerzo, el cual suele presentar desigualdad de derechos y escaso reconocimiento laboral respecto a otros profesionales del Equipo de Atención Primaria (SEXMFYC, 2005).

3.6.- Cartera de servicios.

Los servicios de salud de las diferentes comunidades autónomas ofertan, en general, atención a urgencias y emergencias sanitarias en los diferentes niveles de atención, incluyendo la asistencia a emergencias *in situ* y el transporte sanitario primario y secundario, tanto aéreo como terrestre.

En los centros y dispositivos de atención primaria se oferta atención continuada, atención a situaciones de urgencia fuera del horario de atención programada, prolongándose dicho horario incluso por la noche en muchos centros.

La atención a urgencias en primaria se ofrece tanto en el centro como, cuando la situación lo requiere, en el propio domicilio del enfermo. Las comunidades autónomas que más urgencias asisten en el propio domicilio son Extremadura y Castilla la Mancha (22,4% y 19,8% de las urgencias atendidas respectivamente).

La atención domiciliaria se realiza con los recursos propios del centro (vehículo equipado) o apoyándose en los recursos de los servicios de emergencias (061) los cuales se hacen cargo de la coordinación a este nivel en la mitad de los servicios autonómicos de salud.

Los diferentes servicios que atienden emergencias suelen ofertar prestaciones similares:

- Coordinación de demandas de asistencia urgente.
- Atención sanitaria “*in situ*”.
- Información médica y consultoría.
- Transporte sanitario primario y secundario.
- Coordinación interhospitalaria (búsqueda de camas para pacientes en estado crítico).

En general, los centros hospitalarios ofertan atención a urgencias generales y de las diferentes especialidades dependiendo del nivel y tipo de hospital. Sobre las ofertas específicas de servicios que, indirectamente, contribuyen a aliviar la demanda de urgencias, son pocos los centros que disponen de hospital de día o unidades de estancias cortas y excepcionalmente disponen de programa de atención domiciliaria. Los problemas que genera la atención a las urgencias ha motivado de forma independiente Planes específicos de urgencia (Tabla 5).

Tabla 5. Planes de urgencias y emergencias en las comunidades autónomas.

| Comunidad / Plan | Año de puesta en marcha | Características Principales |
|---|-------------------------|--|
| Andalucía Plan Integral de Urgencias y emergencias | 1990 | Gestión del “proceso asistencial urgente”. Basado en 5 planes operativos: - Empresa de Emergencias Sanitarias. - Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias Hospitalarios. - Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria. - Red de Transporte Urgente. - Sistema de Telecomunicaciones y Telemedicina. |
| Baleares Plan de Reestructuración de la Atención Urgente Extrahospitalaria. | 1990 | Potenciación de la atención continuada. PAC como unidad básica de la atención urgente. Orientado a la definición de un modelo único que engloba a los diferentes niveles asistenciales. |
| Canarias Plan Regional de Urgencias de Canarias | Propuesta de 2001 | Definición de la red regional de urgencias Incorpora el nivel comarcal de la organización funcional: centro coordinador. Sistema de información propio de urgencias. Información a la población. |
| Castilla y León Plan Estratégico de Urgencias y Emergencias | 2001 | Enfocado a objetivos específicos. Acciones de mejora para cada uno de ellos en los diferentes niveles de atención. |
| Cataluña Pla Integral d’Urgències de Catalunya | 1990 | Gestión integrada de todos los niveles y recursos asistenciales Sistema de información específico para urgencias. Mejora de la accesibilidad desde la información a los usuarios. |
| Galicia Pla de Urxencias Extrahospitalarias | 1995 | Potenciación de la asistencia continuada. Refuerzo de los PAC. Progresiva desaparición del resto de Dispositivos de Atención Urgente (DAUE). |
| Madrid Convenio para la Coordinación de la Atención de las Urgencias Extrahospitalarias y Emergencias Sanitarias. | 1998 | Orientado a la coordinación de todos los servicios y empresas que trabajan en atención urgente extrahospitalaria. |
| Navarra Plan de Urgencias | 2000 | Protocolización de todos los procesos de urgencias. Potenciación de la formación continuada. Desarrollo del servicio aéreo. Integración futura de las diferentes estructuras de gestión de la atención urgente. |

Fuente: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.

Según su orientación se pueden dividir en:

- (1) Aquellos que se diseñan con fines específicos, dirigidos sobre aspectos que necesitan cambiar y en los que, en general, están presentes los objetivos de mejora de la accesibilidad, satisfacción de los usuarios y consecución de una mayor eficiencia de los servicios.
- (2) Un grupo de proyectos que presenta una orientación de integración funcional de los servicios de atención urgente de los diferentes niveles.

- (3) Un conjunto de planes que se centran en la mejora de la coordinación y potenciación de los servicios de urgencias extrahospitalarios.

3.7.- Modelos organizativos y planes específicos.

La organización de la atención urgente en las distintas autonomías no responde a un modelo integral. En la gran mayoría de las comunidades la atención urgente se presta en los diferentes niveles de atención, añadiéndose la atención a las emergencias mediante servicios creados para tal fin. En este sentido todos los sistemas sanitarios son bastante parecidos.

3.8.- Coordinación entre niveles asistenciales.

No existe coordinación formal entre los servicios de atención a urgencias y emergencias de los diferentes niveles del sistema sanitario. La comunicación no suele ser institucional sino entre profesionales. Los profesionales de los diferentes servicios confluyen en algunas actividades formativas y científicas (congresos y comunicaciones), especialmente los de SUH y emergencias y escasamente los de primaria. Los servicios que realizan más acciones de comunicación y coordinación interniveles son los de emergencias. Los planes específicos de urgencias de diferentes comunidades ponen en marcha estrategias que facilitan la coordinación, como:

- La existencia de un sistema de información único para emergencias (Ej: el Servei d'Informació Pla Integral d'Urgencies de Catalunya –SIPIUC-).
- La gestión por procesos integrados (Ej: el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias).
- La implantación de la historia clínica única (Ej: los Planes de Canarias y Andalucía).
- El convenio para la coordinación de las urgencias extrahospitalarias de Madrid, basado en el desarrollo de estrategias de coordinación entre servicios de atención primaria y emergencias.

3.9.- Accesibilidad.

La implantación del Teléfono Único Europeo de emergencias en la práctica totalidad de las comunidades autónomas representa uno de los elementos más importantes para la accesibilidad a la atención de urgencias y emergencias de los últimos años. La mayor parte de las comunidades han puesto en marcha mecanismos para hacer efectivo el número y la derivación de las urgencias sanitarias al 061, en colaboración con el 112. En algunas comunidades autónomas como en Andalucía conviven estos teléfonos siendo el 112 de emergencias en

general, el 061 de “casos extremos con riesgo para la vida” y el 902505061 para urgencias sanitarias. Es el ciudadano el que decide cuál de ellos es el pertinente para su caso.

Los servicios de emergencias ofrecen una cobertura a la población, variable de una comunidad a otra, pero que suele ser del 100% o muy cercana a ella. En los casos de comunidades con isla o de difícil orografía la accesibilidad disminuye en algunos puntos. Con excepción de estos lugares, el tiempo medio de respuesta es inferior a 20 minutos. Casi todas las comunidades disponen de transporte aéreo sanitario. La información se contempla como elemento de accesibilidad y se articula claramente en diversos planes de urgencias, disponiendo de una página web con información sobre la oferta y uso de los servicios.

3.10.- Organización funcional de los servicios.

La organización interna de los servicios de atención urgente es heterogénea. Existen no obstante, problemas organizativos importantes detectados en todas las comunidades. Entre ellos, los más relevantes se refieren a la ausencia de planes funcionales en los servicios y a la falta de integración de los servicios de urgencia hospitalarios en la organización de los centros.

La organización por niveles determina que en cada uno de los servicios la responsabilidad y dependencia orgánica del mismo varíe. Atención primaria, los servicios de urgencias hospitalarios y los centros coordinadores presentan responsables de urgencias diferentes.

En Atención Primaria el área básico de salud dispone de un Punto de Atención Continuada para atender las urgencias. El responsable es el coordinador médico de ese área. Varias áreas se organizan en una gerencia, que es responsabilidad del gerente y director médico. Las gerencias usualmente son independientes y dependen del servicio autonómico de salud. En algunas comunidades se mencionan responsables específicos de la atención urgente en el nivel extrahospitalario. El área geográfica de una gerencia puede estar atendida por más de un servicio de urgencias hospitalario.

El Servicio de Urgencias Hospitalario es responsabilidad del coordinador o del jefe de servicio al que estén adscritos, detectándose una gran variabilidad. En la mayoría de los casos son dependientes de la dirección médica del centro, en otros del jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos y éste de la dirección médica del centro. Esta situación se corresponde con la creación en Andalucía de los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias (SCCU) hospitalarios.

Los Centros Coordinadores de Emergencias dependen de los servicios de salud autónomos y en el territorio INSALUD han dependido, hasta su desaparición, de las Direcciones Territoriales. Estos servicios disponen, en la cabeza de su organigrama, de un director gerente. En cada uno de los centros coordinadores existe un médico-coordinador. Los servicios de coordinación de emergencias constituyen el área en la que más experiencias innovadoras de gestión se han realizado, como un intento de evitar la repetición de la problemática de los servicios de urgencias hospitalarios.

3.11.- Recepción de llamadas, clasificación de pacientes y priorización de la atención.

La recepción de llamadas en los servicios de emergencias se ajusta a un protocolo preestablecido de activación y respuesta. Las llamadas son atendidas por el teleoperador y/o médico responsable y categorizadas en base a dicho protocolo y situación clínica. La clasificación telefónica de la llamada es un hecho básico para establecer la prioridad de la asistencia.

En atención primaria en horario de consultas es el propio médico de cabecera el que atiende directamente la urgencia que figurará registrada como “visita espontánea”, “preferente” o “urgente” en el propio centro de salud (Torné et al, 2003). En este caso las llamadas desde el domicilio se realizan directamente al centro de salud sin quedar constancia en el centro de coordinación, es el médico de cabecera el que realizará la valoración telefónica directamente antes de acudir al domicilio. Sólo las llamadas que se gestionan y priorizan desde el centro de coordinación y se asignan al médico de cabecera quedan registradas a nivel central como urgencias realizadas en los equipos de atención primaria.

En la práctica totalidad de los servicios de urgencia hospitalarios cuentan con una consulta de clasificación de pacientes. El *triage* lo realiza un facultativo la mayoría de las veces, aunque en ocasiones éste es un médico interno residente. En un pequeño porcentaje lo realiza personal de enfermería y excepcionalmente un celador. El triage no suele estar protocolizado.

3.12.- Organización de los profesionales. Turnos de trabajo.

En general, el personal de los puntos de atención continuada extrahospitalario se corresponde con el mismo equipo de atención primaria, aunque en ciertos casos se realiza por personal de refuerzo contratado específicamente.

En los servicios de emergencias y centros de coordinación, los turnos suelen ser iguales en número y tipo de profesionales.

Las urgencias de los hospitales organizan su trabajo por turnos para el personal no facultativo y mediante guardias para el facultativo. La organización no se ajusta a la demanda asistencial, ya que la gran mayoría de los casos concentran el personal facultativo en la mañana de los días de la semana, justo cuando la oferta de la atención programada y continuada es mayor, mientras que la demanda en urgencias sigue otra distribución (Martín & Murillo, 2004).

4.-EL SISTEMA ANDALUZ DE SALUD (SAS).

4.1.- ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN SANITARIA EN ANDALUCÍA.

En el marco Constitucional, Andalucía como Comunidad Autónoma dentro del estado Español, ha seguido su propia evolución sanitaria histórica.

- Tras la Ley General de Sanidad (1986), que regula la existencia de sistemas autonómicos de sanidad integrados en el Sistema Nacional de Salud (SNS), se crea el Servicio Andaluz de Salud (SAS): organismo autónomo de carácter administrativo de la Junta de Andalucía, adscrito a la Consejería de Salud, que constituye la red de atención sanitaria de Andalucía más importante. Dispone de una amplia red de Atención Primaria y de Atención Especializada, habiéndose estructurado en 2 Áreas de Gestión, 30 hospitales y 51 Distritos de Atención primaria. Coincidiendo con las 8 provincias hay 8 demarcaciones territoriales que son las Áreas de Salud. La **Atención Primaria** se organiza en Distritos, constituidos por Zonas Básicas de Salud, con un Centro de Salud en el que trabaja el Equipo Básico de Atención Primaria (EBAP). La implantación es casi total pero aún quedan algunas consultas no reconvertidas que funcionan como las de los antiguos Ambulatorios. La **Atención Especializada** constituye el segundo nivel de atención, y está organizada en torno a una red de hospitales (Generales Básicos y Generales de Especialidades) y Centros Periféricos de Especialidades (CPE).

- El **Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (PAUE)** de 1990 tiene como objetivo gestionar de una manera global todos los dispositivos públicos andaluces relacionados con la asistencia a urgencias, siguiendo criterios de universalidad, equidad, prioridad, eficacia, eficiencia, integralidad, globalidad y progresividad. El PAUE además persigue:
 - Visión preventiva y de promoción de la salud.
 - Intersectorialidad.
 - Sistema integral de urgencias y emergencias.
 - Continuidad en la atención.
 - Calidad en la atención.
 - Costes soportables.

Presenta el siguiente **desarrollo histórico** cuyos jalones más importantes son los siguientes:

- 1987-90: Gestación y diseño final del PAUE.
- 1992: Inicio de la implantación de los Equipos de Emergencias y el Teléfono 061.
- 1994: Creación de los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias (SCCU).
- 1996: Creación de la Red de Transporte Urgente.
- 1997: Creación de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU).
- 1999: Instauración de la Red de Transporte de Críticos Interhospitalarios.
- 2000: Inicio del desarrollo de la Historia Clínica de Urgencias informatizada.
- 2001: Implantación del Teléfono Único de Urgencias Sanitarias.
- 2002: Implantación de los Procesos.

La atención a las urgencias y emergencias se desarrolla en varios niveles asistenciales, constituidos por tres dispositivos que han de trabajar en equipo y estableciendo entre ellos un flujo continuado de pacientes de acuerdo a unas normas establecidas:

- Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU).
 - Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES).
 - Servicios Hospitalarios de Cuidados Críticos y Urgencias (SCCU).
-
- Los **Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU)** se crean en 1997 con el objetivo de mejorar la calidad de la asistencia urgente en el ámbito de la Atención Primaria. Integran los antiguos Puntos de Atención Continuada (PAC), los Servicios Normales de Urgencia (SNU) y los Servicios Especiales de Urgencia (SEU). Dispone de puntos fijos de asistencia sanitaria equivalente a los PAC y de medios móviles para asistencia a domicilio y ambulancias para traslados asistidos y no asistidos mediados por el centro coordinador de urgencias o a petición de la unidad médica del propio DCCU.
 - La **Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES)** desde 1994 es la responsable de la gestión y prestación de las actuaciones relacionadas con las emergencias en Andalucía a través del servicio 061. En su cartera de servicios destacan:
 - Recepción, regulación y coordinación de la demanda de atención urgente a través del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias (CCUE).
 - Consulta médica telefónica.
 - Asistencia sanitaria in situ a las emergencias.

- Asistencia sanitaria urgente a domicilio.
 - Coordinación y gestión del transporte urgente no asistido.
 - Coordinación interhospitalaria y traslado de enfermos críticos.
 - Desarrollo de técnicas de Telemedicina.
- Los **Servicios Hospitalarios de Cuidados Críticos y Urgencias (SCCU)** (Resolución 6/94) integran las **Áreas de Urgencias Hospitalarias** y las **Unidades de Cuidados Intensivos** de cada centro en un único servicio, con el objetivo de mejorar la calidad asistencial, la eficiencia y la satisfacción del usuario. En el resto de comunidades autónomas estos dos servicios son independientes. Orgánica y funcionalmente los SCCU dependen de la Dirección de Servicios Centrales, que junto a la Dirección Médica, la Dirección de Enfermería y la Dirección Económico Administrativa constituyen la Junta del Hospital, órgano asesor de la Dirección Gerencia.
- La Ley de Salud de Andalucía (1998) establece en su título V el Plan Andaluz de Salud como marco de referencia e instrumento de todas las actuaciones sanitarias en nuestra comunidad autónoma. Su objetivo es hacer efectivo el derecho a la protección a la salud de los ciudadanos de Andalucía. Sus fundamentos son:
- Universalización y equidad social y territorial en la prestación de los servicios.
 - Concepción integral de la salud que garantice la continuidad asistencial (promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención sociosanitaria).
 - Integración funcional de todos los recursos sanitarios.
 - Descentralización, autonomía y responsabilidad.
 - Planificación y uso eficaz y eficiente de los recursos.
 - Participación de los profesionales y los ciudadanos.
 - Promoción de la mejora continua de la calidad, así como de la docencia y la investigación.
- El **Plan de Calidad** de la Consejería de Salud desarrollado en el 2000, abarca desde el 2001 al 2004. Se basa en los **Procesos Asistenciales**, conjuntos de actividades que tienen como finalidad incrementar el nivel de salud, generando una organización que permita mejorar los resultados. Cada proceso ha de tener una misión bien definida (qué, para qué y para quién), unas fronteras (entrada y salida), unas etapas y debe poder medirse (calidad, cantidad y costes). Se clasifican en:

- Procesos Estratégicos: adecuan la organización a las necesidades y expectativas de los usuarios. En definitiva, guían a la organización para incrementar la calidad en los servicios que presta a sus clientes. Están orientados a las actividades estratégicas de la empresa: desarrollo profesional, marketing, etc.
- Procesos de Soporte: aquellos que están en contacto directo con el usuario. Engloban todas las actividades que generan mayor valor añadido y tienen mayor impacto sobre la satisfacción del usuario. Todos los procesos clínico-asistenciales se pueden considerar incluidos en esta categoría.
- Procesos Operativos: generan los recursos que precisan los demás procesos.

En el 2001 se diseñó el **Mapa de Procesos 1**, con 20 procesos asistenciales entre los que destacan para las urgencias: dolor torácico, dolor abdominal, ICC, EPOC y ACV.

En el 2002 se diseña el **Mapa de Procesos 2**, con 21 procesos más entre los que destacan: arritmias, politraumatizados y asma del adulto.

- El **II Plan de Calidad** del Sistema Sanitario Público de Andalucía tiene vigencia desde el 2005 al 2008. En una línea de continuidad con el anterior, pretende profundizar en los diferentes desarrollos estratégicos y consolidar las innovaciones con un modelo de trabajo cooperativo, en el marco de la Segunda Modernización de Andalucía. Consta de 5 Procesos Estratégicos que se subdividen en Proyectos Estratégicos concretos que desarrollan cada uno de los procesos. En total se ponen en marcha 25 proyectos diferentes (II Plan de Calidad, 2005).

4.2.- LA RESPUESTA A LA URGENCIA SANITARIA EN ANDALUCÍA.

a) La atención urgente extrahospitalaria.

Cuando el paciente siente una necesidad sanitaria urgente puede reaccionar en función del nivel de urgencia sentida (demanda) y de los medios que la administración pone a su disposición (oferta). Todos estos elementos dependen en nuestro medio del área geográfica en que viva el paciente y de la hora del día. Fundamentalmente se divide en el medio urbano y el medio rural.

1. Medio Urbano:

a. En horario de consulta del médico de cabecera: este horario suele ser de mañana, pero para facilitar el acceso a los pacientes que les coincide con el horario laboral, se ha implantado al menos un día a la semana consulta de tarde. Aprovechando los recursos físicos (consultas) es frecuente que en el centro de salud (CS) urbano compartan una consulta dos médicos, uno en horario de mañana y otro de tarde, que un día a la semana suelen intercambiar mañana/tarde. El paciente puede llamar por teléfono o acudir a su CS para conseguir una cita, o bien ser visto de forma urgente en el CS o en el domicilio. En este último caso el médico suele realizar la asistencia a última hora de la mañana, cuando finaliza la consulta de citas a demanda. Si la situación lo requiere el médico puede dejar la consulta inmediatamente para atenderlo, con perjuicio de los pacientes citados y las posibles quejas.

b. Fuera del horario de consulta del médico de cabecera: puede contactar o ir personalmente a su CS donde le atenderán durante el horario de funcionamiento del centro, generalmente hasta las 17:00h. Será visto seguramente por otro médico del CS. A partir de esta hora cierran todos los CS, permaneciendo sólo los médicos que tienen consulta de tarde que solo atienden a pacientes de su cupo. Las urgencias extrahospitalarias se concentran en varios dispositivos DCCU distribuidos por la ciudad donde pueden ser atendidos “in situ” desde las 17:00h hasta las 8:00h del día siguiente.

c. A lo largo de todo el día:

Puede acudir directamente al SUH o puede llamar al Teléfono de Urgencias Sanitarias de Andalucía (902505061), al Servicio de Emergencias Sanitarias EPES (061) o al número europeo de emergencias sanitarias (112). El usuario decide a cual llamar. El Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias (CCUE) valora la situación y actuará según cada caso: (1) aconsejará que acuda a su médico/DCCU; (2) pasará un aviso a domicilio a su médico/DCCU, con el consiguiente secuestro de personal sanitario de la tarea que realiza en ese momento; (3) remitirá una ambulancia sin asistencia médica para traslado al SUH (esta modalidad permite atender al paciente sin sustraer recursos humanos ante un pico de demanda en otras áreas); (4) pasará un aviso emergente a la ambulancia del 061 siempre con personal sanitario.

Para esta labor el CCUE dispone de varios telefonistas que atienden las llamadas. Habitualmente 2 médicos escuchan las conversaciones, aconsejando en segundo plano las respuestas, o si lo consideran pertinente hablando directamente con los pacientes.

2. Medio Rural:

- a. En horario de consulta del médico de cabecera: es equivalente al medio urbano con la salvedad de que se dispone de menos medios técnicos cuanto menor sea el pueblo que se asiste y más alejado esté de un PAC/DCCU. El caso extremo se da en pedanías que tienen asistencia médica 3-4 horas al día, 2-3 días a la semana, con lo cual se encuentran casi permanentemente en situación de dependencia del servicio de urgencia de referencia. Esta población suele recurrir a la automedicación según su propia experiencia y los consejos previos de su propio médico.
- b. Fuera del horario del médico de cabecera: a partir de las 15:00h hasta las 8:00h del día siguiente la persona que presenta una necesidad urgente debe acudir a su DCCU de referencia. Éstos atienden a una Zona Básica de Salud (ZBS) en la que se suelen incluir varias poblaciones y centros de salud. Disponen de 1-2 equipos sanitarios (médico y enfermera) y de un celador-conductor con una furgoneta para realizar avisos a domicilio.
- c. Durante las 24 h del día se puede llamar al 902505061 ó 061 donde el CCUE derivará cada caso como en el medio urbano anteriormente descrito. En cada DCCU se dispone también de una ambulancia con conductor o Técnico de Transporte Sanitario (TTS) las 24h a disposición del médico de cabecera, médico del DCCU o del CCUE, dependiendo de la hora y de la demanda. El 061 tiene su base en la capital (donde hay mayor población) por lo que a partir de cierta distancia (isocronas) se organiza un punto de intercambio del paciente entre ambulancias del DCCU y el 061.

3. Respuesta del sistema sanitario ante una demanda urgente (urbano y rural):

- a. El médico de cabecera (MC) ante una demanda urgente en el mismo centro de salud atiende directamente al paciente con los medios disponibles o bien lo traslada al SUH si no son suficientes. Si la demanda urgente es vía telefónica, el administrativo tras consultar con el MC le pasa la llamada del paciente. En este caso el facultativo si no puede resolver la consulta telefónica, puede decidir entre las siguientes posibilidades en función de la gravedad del paciente:

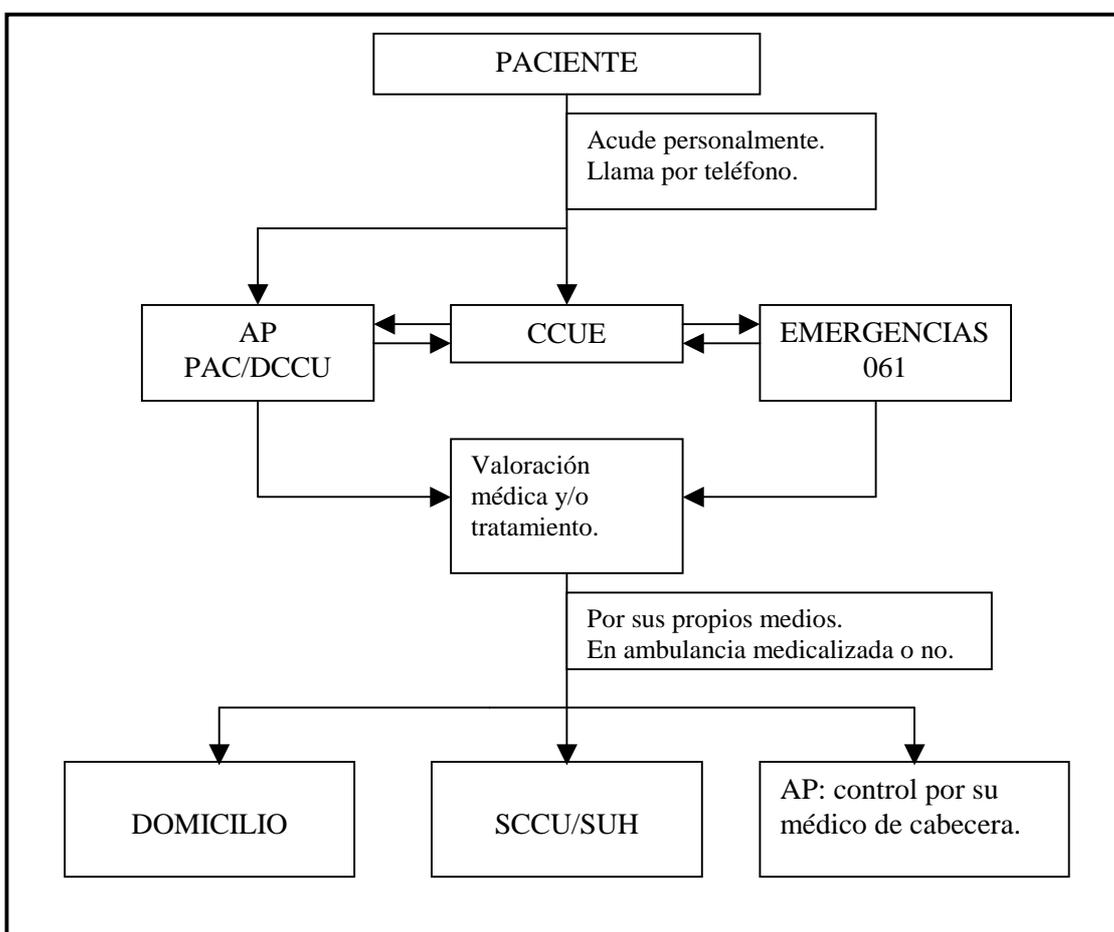
- Atender **al final de la mañana** a domicilio.
- Atender **inmediatamente** en el domicilio.

En el domicilio el MC tras valorar y explorar al paciente puede decidir:

- El paciente permanezca en el domicilio con tratamiento.
- Traslado al CS para tratamiento y observación.
- Traslado al SUH para nuevo reconocimiento y valoración.

Para el traslado tanto desde el CS como desde el domicilio se contacta con el CCUE, si requiere ambulancia con o sin asistencia médica o bien en UVI móvil de emergencias 061. El médico realiza un escrito (p-10 o p-111) que entrega al paciente con un resumen de la exploración, diagnóstico, instrucciones del tratamiento y derivación. En la historia electrónica de salud se registra el lugar de asistencia, exploración, diagnóstico, tratamiento y derivación.

Figura 1: Atención de la urgencia extrahospitalaria.



AP: Asistencia primaria; DCCU/PAC: Dispositivos de cuidados críticos y urgencias/Punto de atención continuada; CCUE: Centro coordinador de urgencias y emergencias; SCCU/SUH: Servicio hospitalario de cuidados críticos y urgencias/Servicio de urgencias hospitalarias.

- b. El médico del Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) actúa de forma equivalente salvo que no puede dar cita ni recetas (salvo casos excepcionales en algunas ZBS), aunque sí la medicación necesaria para 1-2 días, hasta que el paciente sea visto por su médico. También se diferencia del MC en que no solo asiste su propio cupo sino al de

toda la ZBS. Siempre entrega al paciente un informe normalizado del acto médico realizado y queda copia en papel o registro informático.

- c. El Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias (CCUE) gestiona todos los avisos telefónicos de pacientes, médicos y otros dispositivos, el movimiento de las ambulancias y todos los traslados realizados entre varias áreas sanitarias o autonomías. Si el paciente se encuentra a mucha distancia de la capital (base de la UVI móvil), el CCUE puede disponer de un punto de encuentro entre ambulancias del DCCU local y del 061, o bien recurrir al helicóptero del 061. También organiza la asistencia en caso de accidentes de tráfico y catástrofes. En este caso gestiona la crisis organizando la asistencia inmediata y el traslado con las ambulancias del 061, y reparte la carga de trabajo a diferentes hospitales.
- d. El médico de UVI móvil - 061 siempre reacciona ante emergencias tramitadas por el CCUE, y su función consiste en estabilizar a todo paciente “in situ” y trasladarlo de forma emergente al SUH. Solo reacciona de forma independiente si se encuentra una emergencia en su camino y no está ocupado en otra tarea. Su objetivo es encontrarse en todo momento disponible para reaccionar ante una emergencia en el mínimo tiempo posible. Por tanto cuando detecta una falsa alarma o un paciente “no emergente” avisa al CCUE con el fin de utilizar a modo de retroalimentación y potenciar el uso de medios más apropiados. Se registran todas las asistencias en informes normalizados del 061, dando copia al paciente o a los servicios médicos donde termina el traslado.

Este esquema de atención (Figura 1) no siempre es conocido por el público. El paciente usual diferencia entre horario de su médico y SUH. El resto de posibilidades las va conociendo conforme va teniendo contacto, en sus diversas opciones, con el medio sanitario. Los pacientes jóvenes con escaso contacto con la sanidad, suelen desconocer las alternativas que tienen a su disposición, excepto que en España la sanidad es universal y que siempre tienen derecho a asistencia donde se encuentre.

b) La atención urgente hospitalaria.

La demanda de asistencia urgente en el Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) se inicia cuando el paciente acude al mismo (no hay que pedir cita), por sus propios medios o trasladado por otra persona (andando, en coche o ambulancia). Por iniciativa propia o derivado por un médico. El servicio de urgencias hospitalario se caracteriza por tener una gran accesibilidad para

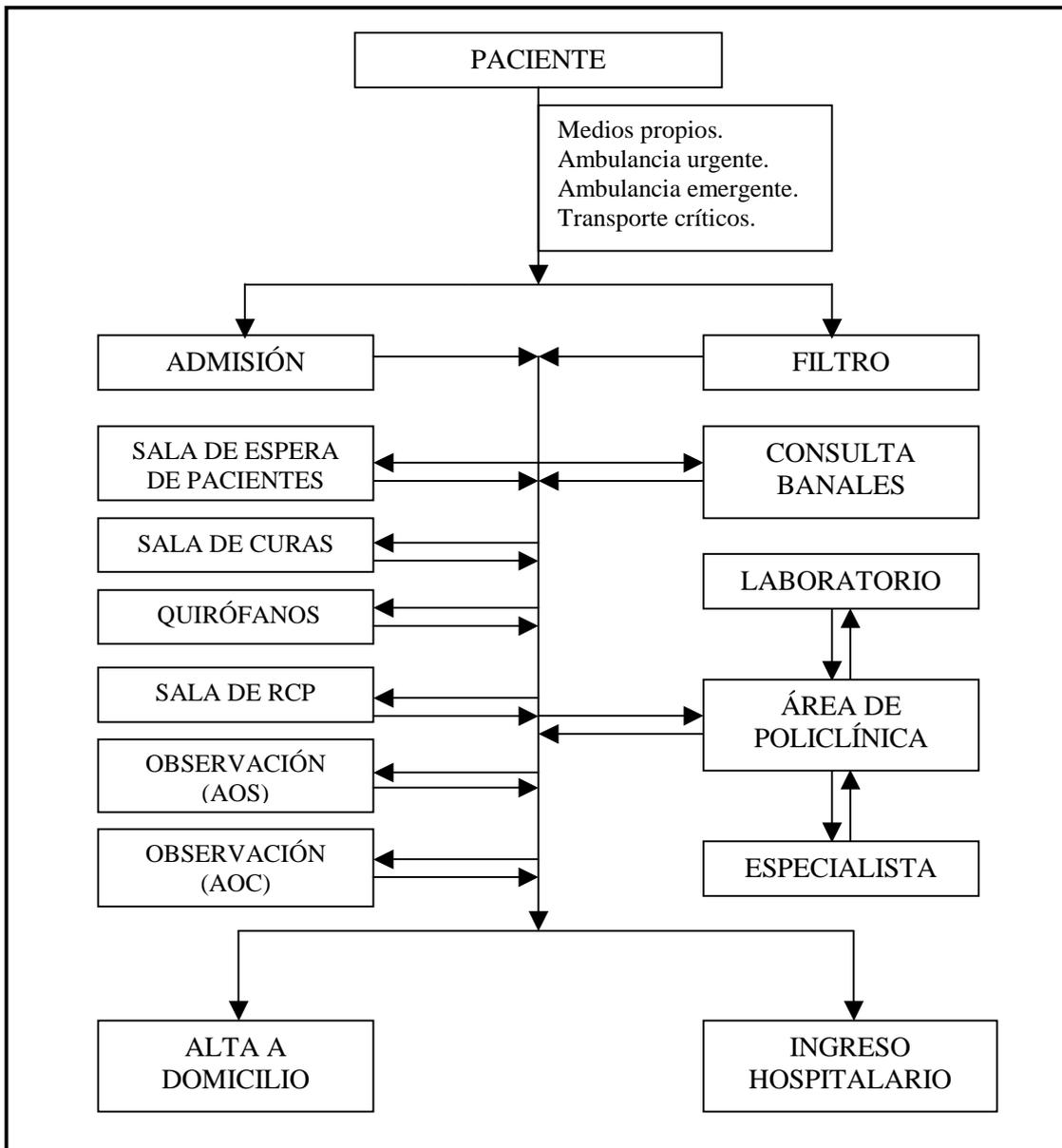
el paciente ya que atiende las 24h del día y los 365 días del año independientemente de festividades. En Andalucía se denomina Servicio de Cuidados Críticos y Urgentes (SCCU). La asistencia del paciente sigue un orden estricto:

1. Admisión: Registra a todos los pacientes que acuden al SUH. Los datos los puede dar el propio paciente, un familiar, o el equipo sanitario que lo acompaña. En caso de no disponer de los mismos se registra como 'desconocido'. También se registran todas las altas a domicilio, ingresos hospitalarios y traslados. Incluye la función de Servicio de Atención al Usuario (SAU), que informa a los familiares sobre la evolución y ubicación del paciente en las urgencias.

2. Consulta de Clasificación o Filtro: formado por un sanitario (enfermera, médico o ambos) valora y clasifica (triage) a los pacientes según el nivel de urgencia. Anota el principal motivo de consulta y lee el informe de derivación del médico si lo aporta el paciente. En aquellos hospitales que en el filtro se encuentre un médico puede dar el alta directamente. También puede optar por consultar al especialista. Según el Plan Funcional de la Sección de Urgencias del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias (1993) debe realizar los siguientes cometidos:
 - Priorizar por nivel de gravedad, según protocolo específico (triage).
 - Distribuir por especialidad o/y número de la consulta, teniendo en cuenta los niveles de gravedad asignados a cada una de ellas.
 - Reevaluar el modo de traslado: camilla, carro, o a pie.
 - Aportar cuidados iniciales básicos.
 - Indicar la ubicación inicial del paciente.

3. Sala de Espera: Según se haya decidido en el filtro esperará en:
 - Sala de Espera de Pacientes y Familiares: Esperan los pacientes que no requieren ningún tipo de vigilancia especial y los familiares de los pacientes.
 - Sala de curas: Los pacientes con tratamiento puesto por el filtro o que requieren vigilancia por enfermería mientras esperan.
 - Cuando se considera que el paciente no puede esperar por la inestabilidad clínica pasa directamente a la Sala de Emergencias. En este caso con frecuencia el paciente llega directamente a la sala antes de haber dado los datos en Admisión.

Figura 2: Atención de la urgencia hospitalaria.



RCP: Reanimación cardio-pulmonar. AOS: Área de observación en sillones. AOC: Área de observación en camas.

4. Área de Consultas: Se pueden clasificar en tres tipos según el nivel de prioridad:

- Consulta Básica o de Banales: En esta consulta se examinan aquellos casos que presumiblemente no van a requerir ninguna prueba complementaria (PC) (excepto Rx y/o tira de orina) y serán alta inmediata a domicilio. No existe en todos los hospitales.
- Área de Policlínica: En estas consultas se ven todos los pacientes que probablemente requerirán PC y tratamientos más complejos con apoyo de enfermería. El médico valora, explora, y decide las PC necesarias, el tratamiento, diagnóstico y sala donde esperará el paciente los resultados. Existen consultas específicas de especialidades.

- Sala de Emergencias o Reanimación Cardiopulmonar (RCP): En esta sala se tratan los pacientes inestables que no pueden esperar por riesgo vital. Suele disponer de dos camas, equipo de reanimación, médico y enfermero. Desde aquí, una vez que el paciente se estabiliza, puede pasar a Consultas, Área de Observación en Sillones, en Camas, Ingreso en planta o en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), alta directa o éxitus.
5. Sala de tratamiento y espera de mejoría: Dependiendo de la patología y/o gravedad del paciente pasará por una u otra sala si lo requiere.
- Sala de curas y/o yesos: Esta sala tiene mayor protagonismo en los Hospitales Neurotraumatológicos y Generales que en los Medicoquirúrgicos. Se tratan a pacientes con patología traumática (heridas y/o fracturas).
 - Sala de Quirófanos o “quirofanillo”: Consta de un pequeño quirófano para tratar determinadas patologías de cierta entidad quirúrgica pero que no requieren ingreso hospitalario. Esta sala tiene mayor entidad en hospitales neurotraumatológicos.
 - Sala de espera de pacientes: En esta sala se encuentran los pacientes menos graves que no requieren supervisión por enfermería y solo esperan los resultados de las PC.
 - Área de Observación de Sillones (AOS): Esta sala puede tener otras denominaciones. Dispone de sillones anatómicos y camillas para los pacientes que por sus condiciones físicas o necesidad de tratamiento no pueden estar en una sala normal. La estancia prevista máxima es de 12h. Se encuentra a cargo de personal de enfermería que siguen las instrucciones del médico que atiende al paciente.
 - Área de Observación de Camas (AOC): Muchos SUH disponen de una sala con un número variable de camas para atender aquellos pacientes que en un plazo de 12-24h tras tratamiento o espera a PC podrían ser alta domiciliaria. Suele disponer de personal específico a cargo de un médico adjunto y presenta una relación aproximada de un enfermero cada cuatro camas permitiendo realizar una monitorización de constantes. Su creación tiene dos fines, evitar el ingreso en casos dudosos, y estabilizar pacientes antes del mismo.
6. Alta del área de urgencias:. Tras el acto médico el responsable facultativo puede decidir:
- Alta inmediata a domicilio, el médico tras evaluar al paciente decide el alta inmediato a domicilio con un tratamiento mínimo y PC sencillas. Al paciente se le entrega un informe con la exploración, los resultados de las PC y el tratamiento que se le aconseja.

- Alta tras mejoría o espera de pruebas complementarias (PC), el paciente es alta a domicilio pero ha tenido que esperar hasta la mejoría de su situación clínica tras el tratamiento administrado, o bien a los resultados de una o varias PC de laboratorio que requieren un cierto tiempo. Durante este tiempo ha permanecido en la Sala de Espera de Pacientes y Familiares. En el informe de alta se pormenorizan además los resultados de las PC.
- Alta tras espera en Área de Observación de Sillones (AOS): El paciente se encontraba en situación clínica precaria pero tras el tratamiento ha mejorado lo suficiente como para ir a su domicilio. Las pruebas también descartan gravedad. El informe de alta semejante a los anteriores suele ser más complejo por las PC y evolución del paciente.
- Alta tras espera en Área de Observación de Camas (AOC): El paciente tras monitorización 12-24h, medicación y PC más complejas que en AOS se puede descartar patología grave y la mejoría es suficiente como para volver a su domicilio. En este caso existe historia de evolución clínica del paciente en este tiempo que se archiva en el hospital. El informe de alta incluye un resumen de la evolución clínica, resultados de las PC, evaluación del especialista, tratamiento para el domicilio y controles posteriores.
- Ingreso en planta: Los pacientes que por su gravedad no tienen perspectivas de mejorar de un plazo de 24h, requieren un tratamiento o PC que solo se puede realizar en el ámbito hospitalario se ingresa en la planta del hospital. En este momento se hace responsable el especialista correspondiente a la patología del paciente, realizando el informe de ingreso y tratamiento hospitalario. El paciente puede pasar a planta desde el área de consultas, de observación de sillones, de observación de camas o RCP.

En cualquier momento el médico de filtro, consulta u observación puede requerir al especialista para la valoración del paciente.

El SUH dispone de otros departamentos de apoyo a su actividad como son las salas específicas para la realización de pruebas complementarias, sala de técnicas radiológicas, de análisis en laboratorio, etc. Así mismo dispone de áreas para el descanso y el desarrollo de actividades docentes e informativas del personal.

5. SITUACIÓN ACTUAL DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS.

5.1.- La situación de los servicios de urgencias en general.

Ninguna otra unidad asistencial ha evolucionado tan intensamente en los últimos 20 años como los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) (Diego Domínguez et al, 1990). La característica dominante que fuerza esta evolución ha sido un incremento progresivo de la demanda, con un porcentaje elevado de banalidad.

Riggs (1981), en base a datos suministrados por la American Hospital Association, refiere un incremento en las personas que acude a SUH de los Estados Unidos de 42 millones de personas en 1960 a 81,3 millones en 1979. En aquella época se reforzaron los recursos y el personal sanitario, el problema parecía resuelto pero vuelve a surgir 10 años más tarde (Derlet & Richards, 2000). Cifras recientes señalan un aumento de la demanda en un 14% desde 1992 a 1999, desde 89,8 millones a 102,8 millones, con un aumento de la tasa de visitas por enfermedad de 21 a 24 visitas por cada 100 personas y año (Burt & McCaig, 2001). En Canadá, país cercano a USA geográficamente y en desarrollo económico, aunque con cobertura sanitaria universal, Walker (1982) describe un aumento del 227% en las visitas realizadas a los servicios de urgencias en la ciudad de Ontario desde 1965 a 1973.

En el entorno europeo nos encontramos con situaciones semejantes. En el Reino Unido se estima que el incremento de la demanda se encuentra en torno al 5% anual, considerando algunos autores que puede amenazar el futuro del sistema sanitario nacional (Morgan et al, 1999). En Lausanne (Suiza) se mide un aumento del 1,5% de las consultas en urgencias entre 1993 y 1996 y del 5,9% entre 1996 y 1999 mientras que la población residente solo aumentó el 0,5% (Santos-Eggimann, 2002).

Fenollosa & Romar (1979) muestran en la Ciudad sanitaria de la seguridad Social 'La Fe' de Valencia, como de 2.787 urgencias mensuales en 1974 se pasó a 4.930 en 1978. En el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona, Lloret et al (1984) contabiliza un aumento de 14.706 urgencias en 1968 a 83.245 en 1982.

Cifras más recientes siguen el mismo patrón. En el territorio nacional del INSALUD se ha pasado de aproximadamente 15,3 millones de urgencias hospitalarias en el año 1994, a 20,2 millones de asistencias en el 2000. Se calcula un incremento anual del 6% en urgencias hospitalarias y extrahospitalarias (SEXMFYC, 2005). En Andalucía en el año 1985 se atendió a

1,5 millones de consultas urgentes mientras que en el 2000 llegan a más de 3,8 millones con 424.119 ingresos hospitalarios. El porcentaje de los ingresos hospitalarios desde las urgencias aumenta cada año (a nivel nacional 53,1% en 1999, 54,6% en 2000, 56,8% en 2001 y 58,4% en 2002) (INE, 2002), la presión de urgencias se hace sentir en todo el hospital.

Respecto al nivel de gravedad de los pacientes que acuden al SUH tenemos cifras variables según el método usado. En Dublin (Irlanda), de un total de 4.684 pacientes Murphy et al (2000) clasifican como pacientes ‘semiurgentes’ o ‘demorables’ a 4.459 (95%), los 225 restantes los clasifica como ‘amenaza vital’ o ‘urgentes’. En Suecia se detecta entre el 39 y 64% de visitas tipo ‘medicina general’ (Magnusson, 1980). En Francia miden entre un 29 y 35% de visitas no urgentes a los SUH (Lang et al, 1996). En Portugal (Pereira et al, 2001) detecta el 31,3% de inadecuación usando criterios explícitos, señalando los escasos estudios que disponen en su entorno para objetivar la situación en los SUH.

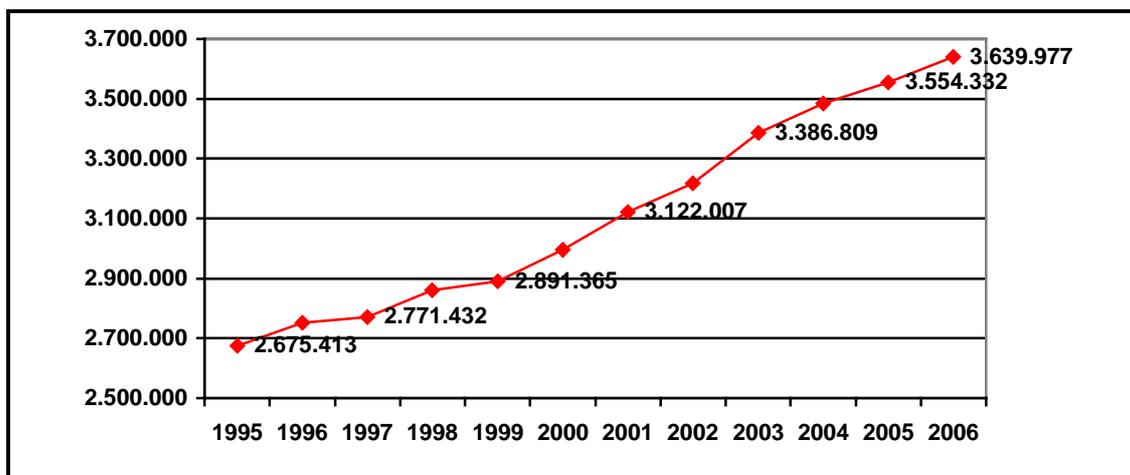
Lloret et al (1984) en Barcelona registra un 45,68% de altas inmediatas. En Elche tras realizar un test de adecuación para los SUH obtuvieron un 29,6% de pacientes inadecuados (Sempere-Selva, 2001). En Barcelona, según criterios subjetivos, se calcula solo un 38% de urgencias adecuadas (Sánchez et al, 2003). En Logroño el 37,9% de visitas al SUH son inadecuadas (Ochoa, 2000). En Granada la banalidad medida es del 36% y, al menos en el 40% de los casos no se realizan pruebas o terapias hospitalarias (Sánchez & Bueno, 2005).

5.2.- La situación de las urgencias en Andalucía.

En Andalucía la demanda de asistencia médica urgente se ha incrementado de forma constante sobre todo en los últimos años (Figura 3).

En la Tabla 6 se recoge la población de los últimos años en Andalucía en relación con las urgencias atendidas en medios extrahospitalarios tanto en AP como DCCU y el nivel de resolución, es decir, los pacientes que son atendidos y tratados sin necesidad de ser derivados al entorno hospitalario. El nivel de resolución se encuentra por encima del 95%.

Figura 3: Evolución de las urgencias atendidas en los hospitales del SAS (nº personas).



Fuente: Instituto de estadística. Junta de Andalucía.

Tabla 6: Población andaluza y número de urgencias extrahospitalarias atendidas.

| Andalucía | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Población | 7.478.432 | 7.606.848 | 7.687.518 | 7.849.799 | 7.975.672 |
| Urgencias AP | 5.280.973 | 5.649.580 | 5.434.129 | 5.719.613 | 5.600.026 |
| Resolución | 96,02% | 96,03% | 95,95% | 96,50% | 96,67% |

Fuente: INE 2006; Instituto de Estadística Junta de Andalucía; Memoria Actividad Asistencial SAS 2002 a 2006.

La suma del número de urgencias atendidas a nivel extrahospitalario y en el hospital en el año 2006 supera a la población andaluza de ese año. Estos datos ayudan a entender el informe del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (1993) que ya incidían sobre las cifras de demanda de urgencias y realizaba las siguientes reflexiones:

1. **Incremento de la demanda de atención urgente hospitalaria**, de tal forma que hemos pasado de 1.537.050 urgencias en 1985 a 2.268.111 en 1992. es decir, un aumento del 47,56 %.
2. **Aumento de la tasa de frecuentación** (número de urgencias por cada 1.000 habitantes y año), de 228/1.000 en 1985 a 327/1.000 en 1992.
3. **Alto porcentaje de ingresos a través de urgencias**. El 71,02% de los pacientes que se hospitalizan en el Servicio Andaluz de Salud, lo hacen por las áreas de Urgencias, es decir, casi 3/4 partes de los ingresos.
4. De los pacientes que acuden a las áreas de urgencia hospitalaria, el **70% acuden directamente al hospital** y, a su vez, un 85% de los enfermos son dados de alta a su domicilio.
5. En 1992 en el **dispositivo extrahospitalario** bien, en Centro de Salud o a domicilio se han asistido **más de 3 millones de urgencias**. Cuando sumamos las urgencias

hospitalarias y extrahospitalarias, significa que casi las tres cuartas partes de la población andaluza acude alguna vez al año a un dispositivo de urgencias del Servicio Andaluz de Salud.

6. Las **patologías más frecuentemente asistidas** son las contusiones, fracturas de huesos, heridas y problemas abdominales entre las urgencias quirúrgicas, y enfermedades cardiovasculares, respiratorias e infecciones entre las médicas.

Finalmente destaca las siguientes premisas tras el análisis de todos los datos anteriores:

1. Los ciudadanos acuden cada vez más a las áreas de urgencias con incrementos anuales medios de alrededor del 6%.
2. La atención urgente es requerida con carácter inmediato y se concentra en horarios básicamente diurnos.
3. La percepción que tienen los andaluces del Sistema Sanitario Público depende, en gran medida, de la opinión que se formen sobre la calidad del servicio que se les presta en la atención a urgencias. Adoptando la hipótesis de que cada enfermo vaya acompañado por dos familiares y dada la frecuentación, antes dicha, de 327 enfermos/1.000 habitantes, obtendremos que alrededor de 971 de cada 1.000 habitantes visitan una vez al año nuestros Servicios de Urgencias.

Así pues, la mejora drástica de la percepción de los andaluces en relación con la prestación de urgencias, debe ser un objetivo central de cualquier plan estratégico de urgencias.

5.3.- La situación de las urgencias en Granada.

En **Atención Primaria** se produce entre los años 2002 y 2003 un cambio en la denominación de los distritos y en sus límites que afecta a la organización de las urgencias extrahospitalarias. En el año 2002 existían los siguientes distritos:

- D. Granada.
- D. Loja-Santa Fe.
- D. Guadix-Baza.
- D. Costa-Alpujarra.

En el año 2003 algunas direcciones de distritos cambian de localización. Hay nuevas fronteras entre ellas y los datos ya no son comparables con los del año anterior. La nueva denominación es la siguiente:

- D. Granada
- D. Metropolitano
- D. Granada Nordeste
- D. Granada Sur

La Tabla 7 recoge el número de asistencias urgentes en atención primaria antes y después de la remodelación que en términos generales es ascendente.

Tabla 7: Evolución de las urgencias extrahospitalarias SAS en la provincia de Granada.

| Distritos | 2002 | 2003 | 2004 |
|---------------------|-------------|-------------|-------------|
| D. Granada | 144.095 | 51.189 | 55.875 |
| D. Granada Nordeste | - | 135.612 | 126.907 |
| D. Granada Sur | - | 153.447 | 131.745 |
| D. Metropolitano | - | 307.879 | 302.057 |
| D. Loja-Santa Fe | 165.903 | - | - |
| D. Guadix-Baza | 158.767 | - | - |
| D. Costa-Alpujarra | 126.911 | - | - |
| Total Distritos | 595.676 | 648.127 | 616.584 |

Nota: Entre el año 2002 y 2003 hay remodelación de límites y denominación de los distritos.

Fuente: MEMORIA DISTRITOS SAS 2002 a 2004.

En Granada capital la evolución de los recursos humanos y materiales de las urgencias hospitalarias se mantiene estable a lo largo del tiempo desde el 2001 hasta el 2004. En cambio los recursos de las urgencias extrahospitalarias y Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) se han incrementado de forma evidente:

a) Año 2001: En este año el DCCU dispone de tres puntos de asistencia situados en los ambulatorios de Cartuja, Gran Capitán y Zaidín. Hay que destacar que aunque se encuentre situado el DCCU en el mismo edificio presenta ciertas peculiaridades.

- El DCCU Gran Capitán se encuentra en el antiguo ambulatorio de Gran Capitán. Hoy en día se encuentra prácticamente dedicado al centro de salud aunque existe alguna consulta de especialidades. En un ala de la planta baja se dedica al uso específico del DCCU. La entrada es común pero el ala del DCCU es funcional y administrativamente independiente. Atiende las urgencias de la zona centro de Granada.

- El DCCU Zaidín igualmente se encuentra en el edificio del ambulatorio del Zaidín. Un ala de la planta baja se dedica al DCCU. Una planta del edificio la utiliza el centro de salud y el resto son consultas de especialidades. La entrada es común pero igual que en Gran capitán es independiente. Atiende las urgencias de la zona sur y este de la ciudad.

- El DCCU Cartuja se encuentra en el ambulatorio de Cartuja al lado del Hospital de Rehabilitación y Traumatología (HRT). Tiene varias plantas dedicadas a consultas de especialidades excepto una para el centro de salud Casería Eugenia de Montijo. La cercanía de un SUH en el semisótano del HRT hace que la eficacia del DCCU resulte prácticamente inoperante. Atiende las urgencias del área norte, oeste de la ciudad y el pueblo de Maracena.

Según horarios el equipo médico y humano del DCCU se distribuye así.

1. De Lunes a Sábado: Cada punto cuenta con dos médicos de 17h a 8h, un enfermero de 17h a 23h, un conductor de 17h a 8h, un conductor de 17h a 23h, y un celador de 17h a 8h. Disponen de un vehículo para realizar los avisos de enfermería y médicos a domicilio.

2. Los Domingos y Festivos: en cada punto disponen de dos médicos de 8h a 8h, un enfermero de 8h a 8h, un enfermero de 8h a 23h, y un celador de 8h a 8h.

En junio del 2001 se añade un equipo móvil de médico, enfermero y conductor de 8h a 17h de lunes a sábado en el punto de Gran Capitán. En la Tabla 8 nos encontramos un resumen de la situación del año 2001. Se puede observar que por la noche se reduce personal.

Tabla 8: Recursos humanos y logísticos del DCCU en Granada en el 2001.

| 2001 | Horario | Nº DCCU | CELADOR | CONDUCTOR | ENFERMERO | MEDICO |
|-------|---------|---------|---------|-----------|-----------|--------|
| | L-S | 17-23h | 3 | 1 | 2 | 2 |
| | | 23-8h | 3 | 1 | 1 | 1 |
| | D y F | 8-23h | 3 | 1 | 2 | 2 |
| | | 23-8h | 3 | 1 | 1 | 1 |
| Junio | L-S | 8-17h | 1 EM | - | 1 | 1 |

L-S: de lunes a sábado. D y F: domingos y festivos. EM: equipo móvil en Gran Capitán.

Fuente: Distrito Granada, Dirección DCCU.

- b) Año 2002: En octubre de este año el DCCU de Cartuja se traslada al edificio del centro de salud La Chana de forma oficial aunque había realizado una actividad parcial con anterioridad. Mantiene la misma cobertura. A diferencia de los otros puntos de atención no se encuentra en un edificio de especialidades. El DCCU se encuentra en la parte posterior del edificio y se entra por una puerta diferente a la del centro de salud. En diciembre se refuerza la atención de enfermería en los tres DCCU con un enfermero los viernes, sábados y domingos de 23h a 8h.
- c) Año 2003: En mayo el refuerzo de 23h a 8h de enfermería se amplía a todos los días, por tanto queda en cada punto dos médicos y dos enfermeros a turno completo, un celador y un conductor a turno completo, y un conductor de 17h a 23h. En octubre se refuerzan los domingos y festivos con un enfermero en cada punto con horario de 8h a 23h.
- d) Años 2004 y 2005: En noviembre se crea un segundo equipo en el punto del Zaidín entre las 8h y las 17h, también con un médico, un enfermero y un conductor. También en noviembre se suprimen los conductores de 17h a 23h en cada punto, queda solo un conductor de 17h a 24h en el punto de Gran Capitán, con un enfermero más en el mismo horario, para cubrir la demanda de enfermería de toda la zona de cobertura, aunque los domingos y festivos se mantiene el turno de conductor de 8h a 23h. Durante periodos de alta frecuentación (gripe) se ha reforzado con un médico los tres puntos, que realiza avisos domiciliarios en un Vehículo de Urgencias Médicas (VUM). Este refuerzo se ha realizado durante el 2004 y el 2005.
- e) Año 2006: En febrero se refuerza un equipo móvil de 8h a 17h de lunes a sábados en el DCCU de La Chana, con un médico, enfermero y conductor. Finalmente en abril tras ajustes queda la siguiente distribución (Tabla 9):
- Tres equipos fijos de 17h a 8h de lunes a sábados y de 8h a 8h los domingos y festivos (médico, enfermero y celador).
 - Tres equipos móviles durante las 24 horas todos los días (médico, enfermero y conductor).
 - Tres equipos móviles de enfermería los domingos y festivos de 8h a 23h, con un conductor.
 - Un equipo móvil de enfermería de lunes a sábados de 17h a 24h, con un conductor.

La función del equipo móvil de enfermería consiste en la realización de curas y tratamientos programados a domicilio que no pueden cesar los fines de semana y festivos. Los centros de

salud en el momento de cerrar informan vía fax al responsable del DCCU los avisos de enfermería pendientes.

Tabla 9: Recursos humanos y logísticos del DCCU en Granada en el 2006.

| 2006 | Horario | | Nº DCCU | CELADOR | CONDUCTOR | ENFERMERO | MEDICO |
|-------|---------|---------|-----------|---------|-----------|-----------|--------|
| Abril | L-S | 17 - 8h | 3 EF | 1 | - | 1 | 1 |
| | D y F | 8 - 8h | 3 EF | 1 | - | 1 | 1 |
| | L-D | 8 - 8h | 3EM | - | 1 | 1 | 1 |
| | L-S | 17-24h | 1EM Enfer | - | 1 | 1 | - |
| | D y F | 8-23h | 3EM Enfer | - | 1 | 1 | - |

L-S: de lunes a sábado. D y F: domingos y festivos. L-D: de lunes a domingo. EF: Equipo Fijo. EM: Equipo Móvil. EM Enfer: Equipo Móvil de Enfermería.

Fuente: Distrito Granada, Dirección DCCU.

La ampliación de los recursos en las urgencias extrahospitalarias es evidente tanto de personal como de horarios. El cambio de localización del DCCU de Cartuja a La Chana puede ser determinante en la eficacia del mismo. En la Tabla 10 se desglosan las urgencias atendidas por los dispositivos en la capital. El número de pacientes atendidos es claramente ascendente.

Tabla 10: Urgencias atendidas por el DCCU (Granada capital).

| Lugar de atención. | | 2002 | 2003 | 2004 |
|--------------------|---------------|----------------|----------------|----------------|
| Local | | 36.338 (78,3%) | 40.426 (76,6%) | 42.103 (75,2%) |
| Domicilio | Equipo de Día | 1.161 (2,5%) | 1.593 (3,0%) | 1.946 (3,5%) |
| | Tarde-Noche | 8.868 (19,1%) | 10.763 (20,4%) | 11.933 (21,3%) |
| Total | | 46.367 (100%) | 52.782 (100%) | 55.982 (100%) |

Fuente: Distrito Granada, Dirección DCCU. Memoria DCCU 2004 Distrito Granada.

En la Tabla 11 se recogen los datos de evolución de la población excluyendo el cupo pediátrico de cinco centros de salud seleccionados como ejemplo. Todos son dependientes del Distrito Sanitario de Granada respecto a las urgencias extrahospitalarias y a su vez dependientes del Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves para las urgencias hospitalarias.

Tabla 11: Evolución de los cupos mayores de 14 años de los centros de salud 2001-2005.

| Centro de Salud | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|--------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| CS Cartuja | 9.556 | 8.674 | 9.790 | 10.402 | 11.176 |
| CS Eugenia Montijo | 7.202 | 13.270 | 14.345 | 15.620 | 16.184 |
| CS La Chana | 15.635 | 13.348 | 15.345 | 18.615 | 19.738 |
| CS Gran Capitán | 32.397 | 30.140 | 30.684 | 33.427 | 34.358 |
| CS Maracena | 11.321 | 11.615 | 12.085 | 12.725 | 13.464 |

Fuente: Dirección SAS Distrito Granada y Distrito Metropolitano.

Los centros de salud Cartuja, Casería Eugenia de Montijo, La Chana y Maracena dependen del DCCU de La Chana para las urgencias extrahospitalarias y el centro de salud de Gran Capitán depende del DCCU del mismo nombre.

En el año 2006 con la ejecución progresiva del PAUE y el desarrollo de los DCCU se van a duplicar el número de recursos móviles. En el Distrito Sanitario Metropolitano ya existe uno activo en Armilla que actúa en su zona básica (Armilla, La Zubia y Churriana de la Vega); próximamente se abrirán en Santa Fé (exclusivamente en su zona básica) y Huétor Tájar (afectará a Huétor Tájar-Loja). En el Distrito Sanitario Granada donde venían funcionando Gran Capitán y Zaidín, se ha incorporado recientemente uno nuevo en La Chana (ya comentado); mientras que en el Distrito Sanitario Sur están activos en los centros de salud de Almuñécar y Motril y, en los próximos meses, lo hará el destinado al centro de salud de Órgiva. Por último, el Distrito Sanitario Nordeste cuenta con uno ubicado en el centro de salud de Guadix y está prevista la puesta en funcionamiento de otro en Baza. Estos dispositivos aumentarán la accesibilidad para los pacientes a la atención primaria y por tanto actuarán de filtro previo.

De forma progresiva y sobre todo durante el año 2005 se está implantando la red de Historia Digital de Salud (DIRAYA) que conecta la atención primaria de Andalucía, tanto consultas como urgencias extrahospitalarias. Permite al médico de cabecera consultar el informe realizado en el PAC/DCCU y viceversa. Desde la conexión de todo el territorio andaluz, el médico que asiste al paciente tendrá acceso a su historia clínica aunque ésta sea de otra provincia. Para evitar problemas éticos y de confidencialidad, el sistema informático obliga a imprimir un informe de solicitud de conformidad por parte del paciente si va a ser asistido por un facultativo que no es su médico de cabecera.

Coexiste en la actualidad con el sistema informático TASS (acrónimo de Tarjeta de la Seguridad Social) en los pueblos pequeños, que solo puede unificar las historias si la urgencia se atiende en el mismo centro de salud donde se encuentra registrada su H^a clínica. Ambos sistemas informáticos poseen módulo de urgencias de AP. El cambio de sistema ha puesto de manifiesto errores en la actualización de los cupos. El sistema TASS registra los nuevos pacientes y sus bajas de forma inmediata solo a nivel del centro de salud mientras que en el distrito y SAS la notificación es posterior. Este hecho obliga a examinar los datos de población de la Tabla 11 con cierta cautela. El DIRAYA obvia este tipo de problemas.

El inconveniente de ambos sistemas informáticos es la nula conexión con las urgencias hospitalarias. La puesta al día de los registros hospitalarios es mucho más lenta. La gran

cantidad de informes médicos especializados y pruebas diagnósticas diferentes, con imágenes de todo tipo, genera una especial complejidad en el sistema informático. La unión de diferentes departamentos y laboratorios obliga a la creación de una red sofisticada. Además, a nivel hospitalario se gestionan las consultas de especialidades y sus citas. En algunos hospitales, como en el Reina Sofía de Córdoba, se está usando un módulo de urgencias hospitalarias en pruebas DIRAYA desde el 2003. El DIRAYA ya es capaz de informar al médico de cabecera si el paciente tiene una cita con algún especialista. Todavía, en Granada, entre el médico de cabecera y el SUH no existe conexión informática. El paciente debe llevar informe escrito de alta del SUH a su médico. De igual forma la comunicación entre AP y DCCU con el SUH es a través de informe en papel escrito o impreso.

Está en marcha la unión por red entre la atención primaria y las farmacias para agilizar la gestión de recetas. En la actualidad pruebas piloto, como la actual en Dúrcal a través de la receta electrónica (Receta XXI) es un punto de partida.

Si bien autores como Chan & Ovens (2002) sostienen que conectando urgencias y atención primaria redujo el nivel de pacientes hiperfrecuentadores, algunos trabajos recientes sugieren que la conexión vía informática no evitó la duplicidad de consulta por parte de este tipo de pacientes (Lang et al, 2006; Hansagi et al, 2008). De todas formas el avance en gestión informática de datos sanitarios es demasiado reciente como para poder valorar su efecto.

En la provincia existen **cuatro hospitales**, dos comarcales y dos de tercer nivel punto de referencia para los comarcales y el resto de andalucía oriental:

- Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN): Situado en Granada capital, es un complejo hospitalario de tercer nivel que a su vez se divide en :
 - Hospital General Médico-Quirúrgico Ruiz de Alda (HMQ).
 - Hospital Materno-Infantil (HMI).
 - Hospital de Rehabilitación y Traumatología (HRT).
 - Hospital San Juan de Dios, es un hospital de asistencia a pacientes crónicos.
- Hospital de Especialidades San Cecilio (HSC): Hospital de tercer nivel situado también en Granada capital se encuentra junto a la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada.
- H Comarcal de Baza. Hospital general de primer nivel situado en Baza.
- Hospital Comarcal Santa Ana. Hospital general de primer nivel situado en Motril.

En la Tabla 12 se puede observar la evolución del número de asistencias en las urgencias de los hospitales públicos del SAS en la provincia de Granada.

Tabla 12: Evolución de las urgencias en los hospitales SAS de la provincia de Granada.

| Provincia Granada | 2002 | 2003 | 2004 |
|--------------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| HUVN | 247.943 | 259.502 | 256.539 |
| HSC | 146.576 | 152.486 | 152.072 |
| H. Comarcal de Baza | 55.246 | 59.180 | 60.511 |
| Hospital Comarcal Santa Ana (Motril) | 74.201 | 77.060 | 78.887 |
| Total Hospitales | 523.966 | 548.228 | 548.009 |

HUVN: Hospital Universitario Virgen de las Nieves; HSC: Hospital de Especialidades San Cecilio.
Fuente: MEMORIA SAS 2002 a 2004.

En un primer momento se puede deducir de esta tabla que en el año 2004 desciende el número de urgencias hospitalarios pero observando la suma del número de urgencias de los dos hospitales de la capital desde el año 2000 la evolución general es ascendente (Tabla 13). Las urgencias pediátricas presenta un aumento porcentual creciente en el conjunto del Hospital Universitario Virgen de la Nieves.

Tabla 13: Evolución de las urgencias en Hospitales SAS capital Granada.

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|-------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| HUVN | 238.423(100,0%) | 248.415(100,0%) | 247.943(100,0%) | 259.502(100,0%) | 256.539(100,0%) |
| - HMQ | 93.769 (39,3%) | 95.395 (38,4%) | 93.457 (37,7%) | 96.618 (37,2%) | 95.398 (37,2%) |
| - HRT | 82.626 (34,7%) | 85.217 (34,3%) | 85.244 (34,4%) | 85.986 (33,1%) | 84.714 (33,0%) |
| - HMI | 62.028 (26,0%) | 67.803 (27,3%) | 69.242 (27,9%) | 76.898 (29,6%) | 76.427 (29,8%) |
| HSC | 131.681 | 139.994 | 146.576 | 152.486 | 152.072 |

Fuente: MEMORIA HOSPITALARIA SAS 2000 a 2004. N.D: no disponible.

Se señala la importancia de los datos del Hospital Médico Quirúrgico Ruiz de Alda donde se atiende patología general comparable en parte a la de AP. En la Tabla 14 se pormenoriza el porcentaje de pacientes en las distintas áreas de observación de las urgencias. En este hospital se denomina Sala de Cuidados (SC) al área de observación en sillones (AOS) y sala de Observación (Obs) al área de observación en camas (AOC) descritos con anterioridad. Destaca el incremento del porcentaje de pacientes en la Sala de Cuidados.

Tabla 14: Evolución del nº de pacientes* en las distintas áreas de urgencias del H. General Médico Quirúrgico Ruiz de Alda (HMQ).

| Año | 2002 | 2003 | 2004 |
|---------------|----------------|----------------|----------------|
| Nº URG | 93.302 (100%) | 96.389 (100%) | 95.398 (100%) |
| RCP | 3.538 (3,8%) | 3.575 (3,7%) | 3.625 (3,8%) |
| SC | 17.462 (18,7%) | 19.627 (20,3%) | 23.754 (24,9%) |
| OBS | 4.995 (5,3%) | 4.872 (5,0%) | 5.628 (5,9%) |

*Un paciente puede estar en varias áreas en el mismo día. Nº URG: Número total de urgencias; RCP: Reanimación cardio pulmonar; SC: Sala de cuidados; OBS: Sala de observación. Fuente: Dirección SCCU del Hospital General Médico Quirúrgico Ruiz de Alda.

Respecto a los recursos y personal se ha mantenido en un nivel prácticamente equivalente en los últimos años. Cuando observamos la dinámica en un servicio de urgencias hospitalarias a lo largo del día, podemos determinar de una manera subjetiva en qué momento se masifican y se saturan, pero como comenta Magid et al (2004) es necesaria una forma válida de medir la masificación en las urgencias. Foster (2005) ha enumerado una serie de puntos guía para definir de una forma objetiva cuando un servicio de urgencias se encuentra bajo los efectos de la masificación. Estima que se deben cumplir todos o la mayoría de las siguientes premisas:

- 1- Todas las camas del servicio de urgencias hospitalarias están llenas.
- 2- Los pacientes ocupan los pasillos por no existir camas disponibles.
- 3- El servicio de urgencias hospitalarias está reteniendo las ambulancias.
- 4- La sala de espera está llena.
- 5- Los médicos de urgencias se sienten asediados.
- 6- El tiempo de espera es mayor de 1 hora.

Al aplicar cada punto al Hospital General Médico Quirúrgico Ruiz de Alda (HMQ), se pone de manifiesto que a lo largo del día cambia la situación y el número de pacientes demandantes. En unos momentos se pueden cumplir todos los requisitos de masificación y en otros parte o ninguno.

- 1) Respecto al primer punto se considera que las diferentes áreas de observación de pacientes existentes en el servicio de urgencias en su conjunto deben estar llenas para cumplir esta premisa. Sería el área de observación de sillones (AOS) y el área de observación de camas (AOC) que se corresponden en el HMQ con la sala de cuidados (SC) y con la sala de observación (OBS) respectivamente descritos con anterioridad (Figura 2). La sala de cuidados se encuentra con mayor número de pacientes entre la media tarde (18h) y la hora de la cena (21h). Respecto a la sala de observación dispone de menos camas libres por la noche (23h-8h).

- 2) En el HMQ los pacientes que esperan a la sala de observación suelen corresponder a pacientes que están en la sala de cuidados en sillones. Este tipo de pacientes clínicamente frágil no espera en los pasillos. En cambio para entrar en la sala de cuidados si tienen que esperar en los pasillos. Esta circunstancia es tan frecuente en que se ha habilitado un área del pasillo tranquilo y a la vez cercano al personal sanitario de enfermería para poder atenderlos en caso necesario. En esta área también esperan pacientes pendientes de ser vistos en consultas y que por sus condiciones físicas y/o clínicas no pueden estar en la sala de espera. Esta zona suele tener pacientes sobre todo por la tarde (19-21h) aunque puede ser muy variable.
- 3) Las ambulancias esperan el tiempo necesario para pasar el paciente de su camilla a una del SUH. La información del caso clínico se anota en el filtro, que ya se hace cargo y la ambulancia puede irse. En esta maniobra no suelen retrasarse mucho tiempo. En el caso de emergencias, los pacientes son traídos por UVI móvil, pasan a la RCP, maniobra prioritaria, y el equipo médico no se retira a la ambulancia hasta haberse realizado la transferencia del paciente de forma adecuada. Si las ambulancias esperaran hasta el momento que el paciente es atendido en la consulta normal lo harían una media de 2 horas.
- 4) Respecto al nivel de ocupación de la sala de espera, hacia media tarde se suele encontrar completa. A esta hora coinciden los nuevos pacientes con los que están a la espera de resultados.
- 5) El asedio de los médicos suele notarse en primer lugar en el área del filtro, sobre todo coincidiendo con la aproximación de la hora del almuerzo y la cena. En las consultas es a media tarde cuando suelen empezar a protestar los pacientes por la tardanza en asistirles. Es en este momento cuando algunos pacientes pueden volverse agresivos o desistir y decidir marcharse, circunstancias que dependen sobre todo del tiempo de espera. Algunos autores relacionan el abandono de las urgencias con el nivel de saturación (Polevoi et al, 2005).
- 6) El tiempo de espera empieza a aumentar de forma progresiva a partir de las 11h, cuando aumenta la afluencia de pacientes, de forma similar como describen algunos autores la curva de demanda en las urgencias (Torné et al, 2003; Martín & Murillo, 2004). El cambio de turno a las 15h genera retraso por varias circunstancias, consumo de tiempo en informar al relevo de la situación clínica de los pacientes pendientes de alta, reducción momentánea del personal facultativo de guardia (hora del almuerzo) y la entrada en el turno de tarde de médicos residentes (MIR) con menos experiencia y mayor lentitud puede generar esperas de hasta tres horas para ser visto en consulta. Si se añade la espera para las pruebas complementarias –unas dos horas de espera de laboratorio- los ánimos del paciente pueden alterarse. El tiempo de espera se empieza a reducir a partir de 22-23h cuando la demanda disminuye.

Aplicando estos criterios al servicio de urgencias del Hospital General Médico Quirúrgico Ruiz de Alda, se puede observar una situación de saturación y por tanto de masificación cíclica diaria. Polevoi et al (2005) indican que la masificación se produce en el momento que el servicio llega al 100% de ocupación, este valor se alcanza cuando el número de pacientes en espera es el mismo que el de camas. En la sala de observación hay 12 camas + 4 camas de críticos y en la sala de cuidados disponen de 11 sillones más una camilla, lo cual supone llegar al nivel de saturación cuando se alcanza el valor de 28 pacientes en espera. En algún momento de la tarde puede alcanzarse este valor con facilidad. Sánchez et al (2003) en un estudio realizado en Barcelona opinan que los factores dependientes tanto del hospital (esperando ir a una cama o encontrar una cama) como del propio servicio de urgencias (esperando evolución) fueron la principal causa de saturación.

Hay que destacar el hecho de que los médicos residentes, con menor capacidad de resolución y menos capacidad para resolver situaciones de estrés social, cubren las tardes, noches y fines de semana (24h), momentos de mayor demanda y saturación. Estos médicos residentes también cubren una gran parte de la demanda especializada urgente. Habría que reevaluar un horario diferente para el personal de plantilla en función no solo de las variaciones diarias de demanda urgente sino también las semanales y las estacionales (Martín & Murillo, 2004).

6.- FACTORES ASOCIADOS A LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS.

El esquema más sencillo para estudiar los factores que se implican en las urgencias se realiza aplicando un símil económico: oferta y demanda.

6.1.- Factores de la demanda: Todos aquellos elementos que inciden en la percepción de necesidad de cuidados sanitarios:

- a) **Factores demográficos.** Fundamentalmente la **edad**. El desarrollo económico, social y sanitario del mundo y en particular de los países occidentales, ha permitido la disminución de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida. El progresivo envejecimiento de la población da lugar al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas (hipertensión arterial, diabetes mellitus, EPOC, artropatías degenerativas, demencias, etc) que requieren mayor atención sanitaria y con frecuencia atención urgente. En estudios sobre el usuario del SUH ya se está apreciando la mayor presencia de este tipo de pacientes (Huang et al, 2003; McCusker et al, 2003; Roberts

et al, 2007). Es presumible que en un futuro no demasiado lejano esta situación se vea agravada. No podemos olvidar la población pediátrica, cada vez hay menos hijos en cada familia convirtiéndose en valores preciosos para la renovación social. Con frecuencia los padres acuden a urgencias ante la más mínima sospecha de gravedad de los hijos, hecho detectado sobre todo en las edades más tempranas 30-36 meses (Marco et al, 1994). Respecto al **sexo**, la mayoría de autores encontraron predominio masculino, aunque existen excepciones (Escobedo et al, 1997; Descarrega et al, 1992).

- b) Factores socioculturales. El **mundo industrial** y desarrollado tiene una serie de características como son el avance científico y técnico, la velocidad en los medios de transporte y comunicación. Como parte de la sociedad la sanidad presenta características similares. Se descubren tratamientos mejores, remedios para enfermedades que carecían de ellos, se desarrollan medios técnicos cada vez más sofisticados. La población, gracias a los medios de comunicación, tiene conocimiento de las posibilidades de la medicina actual y quiere beneficiarse de ella. Las prisas de la sociedad también se trasladan a la sanidad. Los pacientes no quieren esperar y optan por acudir a las urgencias del hospital en demanda de una solución inmediata a su problema, es la “cultura hospitalocéntrica” (Torné et al, 2003). Nos encontramos con las enfermedades de las sociedades ricas: diabetes, patología cardiovascular y accidentes cerebrovasculares. Hoy en día con tratamientos precoces existe un aumento de la supervivencia y por tanto un incremento de la comorbilidad y de la cronicidad, elementos asociados a mayor demanda de SUH (Ryan et al, 1995). Los **comportamientos sociales** han cambiado. La nueva estructura familiar donde ambos cónyuges trabajan y los hijos se tienen de forma tardía, son los abuelos los que se encargan de ayudar y cuidar de los nietos cuando se presenta algún problema.. Este equilibrio se pierde cuando el anciano enferma. Se produce una situación comprometida tanto para el paciente como para la familia. A la familia le resulta difícil asistir al anciano que requiere atención constante. El anciano vive solo y a veces alejado de sus familiares. La solución con frecuencia es el SUH. En el caso del paciente terminal ante cualquier duda también la respuesta es el SUH. Recientemente la residencia de ancianos es otra de las soluciones que aporta la civilización moderna. La sociedad actual no acepta el fallecimiento de un familiar sin hacer algo, no tolera la muerte y trata de esconderla a los ojos de los demás.
- c) Socialización de la sanidad. En las sociedades modernas la sanidad se ha convertido en un derecho que el estado debe garantizar a aquellas personas que no dispongan de

suficientes recursos. El paciente indigente y sin seguro médico suele utilizar las urgencias hospitalarias como fuente habitual de cuidados médicos en vez de acudir a su médico de cabecera. Es un paciente que por su estado de **penuria económica** presenta un estado de salud frágil que requiere asistencia médica con frecuencia (Marín et al, 1997). En EEUU donde no existe cobertura universal, han estudiado con frecuencia este tema, a pesar de darles facilidades económicas para ser atendidos en atención primaria observaron que los pacientes prefieren acudir a las urgencias hospitalarias (Kwack et al, 2004). La **inmigración** representa otro grupo de pacientes que por desconocimiento y escasez económica acuden a las urgencias hospitalarias donde saben que siempre van a ser atendidos (Santos-Eggimann, 2002).

- d) Falta de información/educación sanitaria. En estudios sobre los motivos para acudir a las urgencias hospitalarias muchos pacientes declaran el desconocimiento de otros dispositivos donde pueden ser atendidos. El porcentaje registrado varía según autores entre un 32,5% (Vázquez et al, 2000) y un 50,5% (Descarrega et al, 1994). Cuando el SUH informa al paciente donde debe acudir dependiendo de la patología que presente las visitas posteriores disminuyeron sobre todo en ancianos (Guttman, 2004). Otras veces la falta de confianza en la capacidad resolutoria de la atención primaria condiciona el uso preferente del hospital. Los medios técnicos hospitalarios y especializados son más avanzados y esto provoca un efecto llamada de los usuarios. Los medios de comunicación informan constantemente de las novedades sanitarias, detallan la aparición de nuevas exploraciones complementarias de última generación, y además con frecuencia alarman a la población generando confusión y demandas injustificadas por cauces poco convenientes. La asistencia universal y fácil del paciente ayuda al desconocimiento del verdadero coste generado. Recientemente en el SUH del Ruiz de Alda añade al final del informe de urgencias el importe medio estimado que ha ocasionado su asistencia (145,91€). Se espera así que el paciente valore mejor el recurso que ha utilizado.
- e) Factores ambientales. Los cambios atmosféricos, los niveles de contaminación (Delfino et al, 1997), las epidemias de gripe (Camp, 1991), los ciclos lunares (Oderda & Klein-Schwartz, 1983), los eventos deportivos (Miró et al, 2000) o sencillamente el ritmo semanal se ha relacionado con la utilización del SUH y la saturación del mismo (Sánchez et al, 2003).

6.2.- Factores de la oferta: son todos los elementos que se encuentran a disposición del usuario para satisfacer la necesidad sanitaria.

- a) Incremento/decremento de la oferta. Según la “Ley de Roemer” (citada por Sánchez, 2003) el aumento de la oferta genera a su vez un mayor aumento de la demanda. Aplicado al SUH, cuando se incrementó la capacidad del mismo también aumentó el número de pacientes que acudieron (Han et al, 2007). Ante este hecho en algunas ocasiones la administración ha intentado limitar la oferta a los pacientes considerados no urgentes. En nuestro país la cobertura es prácticamente del 100% y no se ha dispuesto ninguna limitación, pero en otros países si. El “**gatekeeping**”, necesidad de autorización por parte de un médico asignado al paciente para poder acudir al SUH, ha mostrado resultados en la reducción del uso abusivo de las urgencias (Long & Settle, 1981; Hurley et al, 1989; Franco et al, 1997). La presión de los usuarios y la medicina defensiva fue el principal enemigo de este sistema, a veces no se consiguió redirigir a los pacientes a otras instancias y terminó asistiendo al paciente en el SUH (Blatchford & Capewell, 1997). El **copago**, pagar una cantidad simbólica en aquellos casos que no fueron remitidos por su médico de cabecera, pretende limitar el número de pacientes no urgentes. El resultado ha sido variable, consiguió una reducción del número de visitas espontáneas, pero no de la utilización del SUH sino que incluso aumentó (Murphy, 1998). Este sistema fue más efectivo para controlar al paciente hiperfrecuentador (Hansagi et al, 2001). La **sectorización territorial** implantado como organización territorial actuó como barrera (Sánchez, 2003) aunque su objetivo no era éste. Para reducir el tiempo medio de espera del paciente grave se implanta la consulta de **clasificación o triage** que selecciona a los pacientes en varios niveles de gravedad. El usuario no grave o banal es atendido en una consulta rápida que utiliza menos recursos y en algunos casos a médicos generalistas. El resto de consultas puede así dedicar más tiempo a los pacientes más graves. Pero el resultado a veces es controvertido, algunos autores han demostrado que su existencia aumentó la presencia de pacientes no graves en el SUH desde un 22% a un 33% a la vez que incrementó la espera media de 35 a 40 minutos (Krakau & Hassler, 1999). En otros casos sin embargo la presencia de médicos generales fue beneficiosa ya que redujo el coste por menor intensidad diagnóstica y terapéutica (Peiró et al, 1999). El uso del **triage con rechazo** de pacientes y derivación a su médico de cabecera no ha demostrado efectos perjudiciales para el usuario (Hansagi et al, 1987), pero las implicaciones éticas de negar tratamiento a un paciente que lo solicita y la posibilidad de cometer algún error en el triage no aconsejan su uso.

- b) La accesibilidad geográfica. La distancia desde el lugar de residencia hasta donde se encuentra el SUH influye de forma decisiva en la utilización de las mismas. Se ha relacionado la cercanía al SUH con patología no urgente. Especialmente influye el tiempo que se tarda en llegar (isocronas). La frecuentación, el porcentaje de visitas voluntarias y el porcentaje de patología equivalente a la de AP son directamente proporcionales a la accesibilidad (Sánchez et al, 1996; Ferrús et al, 1987; Diego et al, 1990). La población urbana posee un acceso fácil al SUH y en general lo utiliza con mayor frecuencia por patología no urgente, por el contrario la población rural, más alejada, acude fundamentalmente por patología grave (Sánchez, 2003).
- c) Cobertura sanitaria en Atención Primaria. Numerosos estudios han observado una reducción de los pacientes no urgentes que acudieron al SUH cuando el paciente fue derivado por su médico de cabecera (Lang et al, 1996; Ibañez et al, 1991; Alonso et al, 1993; Sempere-Selva et al, 2001). Aquellos pacientes que tienen una asistencia continuada en AP también presentaron bajas tasas de demanda no urgente en SUH (Gill et al, 2000). Por tanto se deduce que una buena cobertura y asistencia sanitaria en AP debe proporcionar una reducción del mal uso del SUH. Algunos autores proponen el nivel de banalidad en el SUH como parámetro de calidad de la AP (Del Castillo et al, 1986). Pero existen estudios que indican lo contrario. Para determinar si influye la calidad compararon áreas con centros de salud y otras cubiertas por el modelo tradicional de asistencia sin encontrar diferencias en la frecuentación del SUH (Bolibar et al, 1996). En otros estudios se demostró un porcentaje del 80% de “motu proprio” en el SUH entre las 10-14h, horario de máximo rendimiento de la AP (Cantalejo et al, 1998), lo cual puso de manifiesto que los pacientes no siempre utilizan el médico de cabecera como primer contacto con el sistema sanitario. La desconfianza en el médico de cabecera por su juventud o raza (Yarboro, 1990; Bennet et al, 2003), insatisfacción, o la percepción de barreras de acceso a los mismos (Sarver et al, 2002) aumentaron las posibilidades de que la población acuda al SUH en vez de a su médico.
- d) Existencia de servicios de urgencias extrahospitalarios. El punto de atención continuada (PAC), complementa la accesibilidad horaria de los centros de salud desde que estos cierran hasta el día siguiente, dando una cobertura de 24h diarias para patología banal. Su impacto sobre el SUH es variable en EEUU midieron un descenso del 48% en adultos (Merritt et al, 2000). En Canadá realizaron varios estudios al respecto, así Rizos et al (1990) mostraron una disminución en el uso de los SUH por algunos pacientes, aunque no es obvio si estos centros son una alternativa adecuada o simplemente

añaden costes al sistema sanitario. Burnett & Grover (1996) encontraron que el 75% de la población encuestada era favorable a este tipo de centros, pero el 60% señalaba que el SUH era todavía su lugar preferido para recibir atención urgente. Algunos autores les atribuyen una reducción del uso no urgente al sustraer del SUH la patología banal, otros consideran que aumentan la utilización sin reducir las urgencias hospitalarias (Peiró et al, 1999). El efecto se aprecia mejor en el momento de la apertura del PAC. En Logroño, tras la implantación de la Atención Continuada en los centros de salud se detectó una disminución del uso del SUH. La reducción del número total de urgencias atendidas se detectó fundamentalmente durante el horario del PAC. El estudio demostró una reducción estadísticamente significativa pero no lo suficientemente importante como para justificar económicamente los PAC. Sus autores valoran que el efecto puede aumentar con el tiempo y el conocimiento de los usuarios de los nuevos recursos (el seguimiento duró sólo 6 meses) (Valdrés et al, 1993). En Lugo estudiaron la implantación de un PAC junto al hospital, siendo máxima la competencia por los pacientes con una reducción del 4,5% de urgencias hospitalarias respecto al año anterior, aunque aumentaron las derivaciones desde AP al hospital (Rodríguez et al, 1999; García et al, 2008).

- e) Alteraciones organizativas. La existencia de listas de espera, tanto para ser visto por el especialista como para la realización de determinadas pruebas (TAC fundamentalmente) fue un motivo frecuente para acudir a las urgencias (Sánchez et al, 1996). A veces la demanda fue generada por los propios profesionales que indicaron al paciente que acuda al SUH el día que tienen guardia para realizar determinada prueba o tratamiento. La facilidad que presenta el SUH para la entrada y salida del paciente con limitación de movilidad favoreció este uso discrecional.

El **esquema de Andersen** (1973) aplicado a la utilización de los servicios de urgencias mostró un análisis más dinámico de la situación:

- 1) Factores predisponentes: Predisposición para utilizar el SUH. Son las características demográficas como la edad, el sexo, la raza, la educación, el tamaño familiar o la actividad laboral.
- 2) Factores facilitadores: Capacidad para obtenerlos. Incluyen características individuales (nivel de ingresos o tipo de seguro) y características poblacionales (disponibilidad y

accesibilidad de servicios). En el modelo Español con asistencia sanitaria universal no existirían problemas de accesibilidad económica, los factores facilitadores incluyen:

- a) Accesibilidad temporal y administrativa: El funcionamiento de los servicios de AP se estructura en torno a una serie de actividades programadas. En contraposición, los SUH prestan atención continuada las 24 horas del día y sin ningún tipo de impedimento administrativo.
 - b) Accesibilidad geográfica: La ampliación de los horarios de un centro de salud disminuye la utilización de los SUH en el medio rural. En el medio urbano, a igual accesibilidad se impone la atracción preferente por el medio hospitalario.
 - c) Accesibilidad cultural: En España, la excesiva burocratización y masificación de la AP con anterioridad al inicio de la reforma asistencial supuso un desprestigio generalizado que se traslada al sistema actual de AP. En otros países se comprueba igualmente una marcada preferencia por la atención hospitalaria.
- 3) Factores de necesidad: Se incluyen en este apartado el estado de salud percibido y la posible limitación de la actividad por problemas de salud. A la hora de tomar la decisión de ir a urgencias se diferencian tres estadios (Padgett & Brosdsky, 1992):
- i) Reconocimiento del problema,
 - ii) Decisión de buscar asistencia médica y,
 - iii) Una vez asumida la decisión de buscar ayuda, demandar asistencia urgente o inmediata.

7.- CONSECUENCIAS DE LA MASIFICACIÓN EN EL SUH.

La situación actual de masificación en las urgencias ocasiona una serie de perjuicios en su funcionamiento y costo económico:

7.1.- Funcionamiento:

- a) **Retraso del tratamiento:** La presencia de numerosos pacientes cuyo diagnóstico y tratamiento puede esperar ocasiona un aumento del tiempo medio de espera antes de ser atendidos por el personal sanitario. Para el paciente no grave supone motivo de enfado, e insatisfacción pero para el paciente grave puede suponer una situación realmente pernicioso: sufrimiento adicional, empeoramiento de su patología por retraso o falta de tratamiento, e incluso riesgo vital (Schull et al, 2003; Pines et al, 2007). Esta circunstancia ha impuesto un cambio en la organización del SUH con la implantación de la consulta de selección o triage, que hoy en día ya se considera una parte esencial del hospital. Es una consulta donde el personal sanitario valora de forma inmediata al paciente, lo clasifica, prioriza o inicia el tratamiento cuando lo requiera, antes de ser atendido con mayor detenimiento en la consulta médica.

- b) **Tiempo de espera:** Una vez que el paciente ha pasado por el filtro debe esperar su turno. Son demoras sin perjuicio vital, aunque en la actualidad se ha observado que cada vez son más prolongadas (Richardson & Hwang, 2001). Ha aumentado la frecuencia de “fugas”, pacientes que deciden abandonar el SUH antes de ser atendidos supuestamente por el excesivo tiempo que llevan esperando (Polevoi et al, 2005). Se podría pensar que son pacientes no urgentes y por eso se van, pero existe un estudio que determinó que el 11% de ellos regresaron dentro de la siguiente semana y tuvieron que ser ingresados (Baker et al, 1991). Con el fin de reducir el tiempo medio de espera se ha incorporado al SUH un nuevo concepto funcional: la consulta de clasificación o triage asociada a la consulta de pacientes no urgentes o banales. Su funcionamiento ya se ha comentado con anterioridad. En la consulta de pacientes banales no se usan recursos de enfermería y sus directrices incluyen no pedir pruebas complementarias u otros medios técnicos. En ocasiones se ha detectado un efecto no deseado, que el paciente banal sea atendido con gran celeridad incluso más rápidamente que en la consulta normal, esta circunstancia podría favorecer que este tipo de pacientes vuelva al SUH ya que es atendido con rapidez y a cualquier hora del día.

- c) Saturación o colapso: se produce cuando los recursos físicos (sala de observación, de sillones o sala de espera del paciente) se encuentran ocupados al 100% y el próximo paciente está obligado a esperar hasta que exista una plaza libre por alta o ingreso. Se ha determinado que los principales factores de la saturación son: “esperar cama”, “encontrar cama”, “esperando evolución” y “esperando resultados”. Los dos primeros items se relacionan con la espera para ser ingresado en la planta del hospital. El último item con la demora relacionada en el laboratorio. El item “esperando evolución” se ha correspondido con un paciente de cierta gravedad que con tratamiento durante 12-24 horas se ha podido evitar el ingreso hospitalario y se ha conseguido un alta a domicilio. De esta forma se ha pretendido evitar la saturación del propio hospital. Hay estudios que desmienten dicho supuesto ya que estos pacientes una vez dados de alta motivaron un mayor índice de visitas demostrando que podría haber sido de mayor eficacia el ingreso (Sánchez et al, 2003). Han señalado que en la saturación del SUH también contribuyen los retrasos de otros servicios del hospital (planta de ingreso, laboratorios, ambulancias) alargando la espera del paciente que bloquea el normal funcionamiento del servicio de urgencias (Schull et al, 2001).
- d) Secuestro de recursos: Junto al consumo de material, hay personal sanitario ocupado en atender a los pacientes no urgentes, tanto en la consulta de triage como de banales (creada exclusivamente para ellos), además el resto de personal administrativo y celadores ven ralentizado su trabajo en los registros de pacientes o traslados de los mismos por las diferentes salas de urgencias. Es frecuente el retraso de un ingreso hasta disponer de un celador libre.
- e) Disminución de la calidad de la asistencia: La presión asistencial obliga al personal facultativo a disminuir el tiempo dedicado a cada paciente. Cuando el paciente percibe que no se le atiende con suficiente diligencia pierde la confianza en el médico, el trato se hace más inhumano y todo ello aumenta la posibilidad de errores. (Alteriis & Fanning, 1991; Derlet & Richards, 2000).
- f) Posibilidad de errores médicos: Cosby (2003) analizó los diferentes factores que contribuyen a cometer un error en el entorno sanitario en general y en el SUH en particular. Un factor que favoreció el error cognitivo del médico que provocó un diagnóstico o tratamiento equivocado fue la **falta de tiempo** para analizar debidamente cada caso, circunstancia frecuente en el SUH. Otro elemento que analizó como generador de errores en el SUH como microsistema y por tanto afectó a todos los

profesionales como grupo de trabajo, independientemente de ser sanitarios o no, fue que el entorno llegó a un nivel de estrés, masificación o de **funcionamiento límite**. En estas circunstancias la posibilidad de cometer un error fue muy alta.

- g) Aumento de reclamaciones: Las urgencias son lugares donde pacientes y familiares sufren a veces de gran tensión emocional, la prolongación del tiempo de demora, la baja calidad del trato humano o los errores que se pueden producir como consecuencia de la saturación del personal da lugar al aumento de protestas verbales e incluso reclamaciones por escrito. En ocasiones la agresión física puede ser una realidad. El personal de seguridad se encuentra con frecuencia en las urgencias hospitalarias para prevenir hechos de este tipo.
- h) La medicina defensiva: El facultativo ante el temor de recibir una reclamación decide la realización de pruebas complementarias innecesarias con el fin de respaldar su propio criterio médico en caso de conflicto. También se solicita un mayor número de pruebas en los momentos de escasez de tiempo para valorar cada paciente. Estos hechos se dan con mayor frecuencia en los médicos con menos experiencia (MIR). Las consecuencias son un aumento de la yatrogenia en los pacientes y un aumento de la demanda en los servicios técnicos de Rx y Laboratorios, circunstancia que provoca retrasos en la realización de pruebas analíticas y radiografías de los pacientes que verdaderamente lo requieren.
- i) Repercusión en el resto del hospital: Fuera del horario habitual de mañanas en consultas y actividades programadas, los servicios técnicos y especializados son comunes. Cuando la demanda de urgencias a los laboratorios aumenta, cualquier analítica pedida desde la planta del hospital va a sufrir retraso. El especialista responsable de la planta con frecuencia se encuentra en las urgencias atendiendo interconsultas. El 70% de los ingresos en un hospital se producen a través de las urgencias. Es tan habitual este circuito, que algunos especialistas citan a sus pacientes a través de las urgencias para realizar un ingreso.
- j) Repercusiones sanitarias: El uso del SUH como alternativa a la Atención Primaria elude una de las características fundamentales que ésta debería reunir, la continuidad. Con ello se obstaculiza el seguimiento en el cumplimiento y efectividad del tratamiento. (Gill & Mainous, 1998; Anía, 1987). Al mismo tiempo el paciente se priva de la prestación de servicios preventivos y promotores de la salud propios del entorno

de la atención primaria. El consejo que se da al paciente en el SUH para que acuda a su médico de cabecera es ignorado con frecuencia una vez que éstos han visto solucionado su problema médico.

7.2.- Coste económico: La atención sanitaria en general es muy cara. De todo lo anterior se deduce el gran gasto económico que supone mantener toda la infraestructura sanitaria de urgencias tanto hospitalaria como extrahospitalaria así como los dispositivos, centros coordinadores y transportes sanitarios. No está bien calibrado el coste real de atender el paciente con patología banal en el SUH.

Algunos autores insisten en el alto costo medio por paciente, si se consigue reducir el número de pacientes no urgentes se reduciría también el costo. Muchos pacientes acuden a las urgencias hospitalarias porque en atención primaria no se les atienden con la suficiente rapidez como quisieran, así lo que sería necesario es reformar la atención primaria (Weber et al, 2005). En EEUU el costo de los pacientes indigentes atendidos en urgencias se reparte entre los seguros privados, es un tipo de paciente de difícil reconducción hacia la atención primaria, para Asplin (2004) el costo de estos pacientes se está volviendo tan elevado que el sistema actual sanitario no podrá asumirlo en el futuro. Kwack et al (2004) en cambio descarta al paciente indigente y sin seguro médico como responsable del sobrecosto en las urgencias, ya que normalmente la patología no suele ser banal y es allí el lugar de atenderlos, entienden que los responsables son los usuarios con seguro médico hiperfrecuentadores los que presentan un nivel mayor de patología banal.

En contrapartida otros autores sostienen que la mayoría de los recursos los consumen los pacientes graves al compararlos con los casos banales (Bamezai et al, 2005; Kellermann, 2005). Para reducir costes no solo habría que derivar a AP los pacientes banales sino mejorar el control de los pacientes crónicos. Se ha calculado que el aumento del gasto en medicación para pacientes con diabetes mellitus, enfermedad coronaria e hipercolesterolemia, con una buena adherencia al tratamiento, presentarían una reducción de ingresos hospitalarios y visitas a las urgencias (Sokol et al, 2005) reduciendo el costo hospitalario con importantes beneficios de salud.

Ruger et al (2004) afirma que entre los hiperfrecuentadores, a los que se les acusa de consumo excesivo de recursos, la situación es heterogénea y unos acuden por problemas leves mientras que otros acuden con regularidad por presentar un estado de salud frágil. Así que el perfil de estos pacientes puede responder a más de un motivo. Schull (2005) sostiene que simplemente

la demanda ha aumentado en las urgencias hospitalarias y que hay que reaccionar en cómo reorganizar las mismas para dar satisfacción a los pacientes en vez de intentar derivarlos a otros puntos de atención sanitaria, ya que ello supondría poner en marcha medidas como la prevención del agravamiento de determinadas patologías, planes de salud y vacunas, control de enfermedades crónicas en la comunidad, hacer más asequible la medicación esencial, aumentar la disponibilidad de horarios de atención primaria y el acceso a pruebas diagnósticas de forma más ágil, además de incluir un control especializado regular y sin listas de espera. Este tipo de reforma sanitaria sería de una gran inversión económica y pudiera redundar en un nivel de salud beneficioso para el paciente, pero aquellos que requieran acudir a las urgencias finalmente lo harán y el control del uso en las mismas se vería realmente reducido en una escasa cuantía.

Es cierto que el perjuicio que los pacientes banales ocasionan sobre los pacientes graves es real y habría que dirigir los objetivos en este sentido en vez de intentar ahorrar costes.

8.- CONCEPTO Y DEFINICIÓN DE USO INADECUADO.

Para entender el concepto de uso INADECUADO de un SUH, debemos recordar primero el concepto de urgencias (Apartado 1) y luego diferenciar entre establecimientos de urgencias hospitalarios y extrahospitalarios.

"Urgencia es la aparición de un problema de etiología diversa y gravedad variable que genera la vivencia de necesidad inmediata de atención en el propio paciente, en su familia o en quienquiera que asuma la responsabilidad".

Una vez que el paciente presenta una urgencia, la siguiente decisión sería elegir a donde ir. Aquí diferenciamos entre centros de urgencias extrahospitalarios y urgencias hospitalarias. En los primeros, la dotación de personal y sobre todo de material equivale a la de un centro de salud habitual y dispone de escasos medios especializados. En cambio los medios de que dispone un servicio de urgencias hospitalario son todos los necesarios para cualquier eventualidad urgente o emergente incluida la especializada. Por tanto unas urgencias hospitalarias son proporcionalmente más caras que unas urgencias extrahospitalarias.

Todo aquel paciente que requiere de los medios disponibles en un centro hospitalario es el caso ADECUADO para el mismo. Los pacientes con dolor torácico, accidente cerebrovascular (ACV) que requieren monitorización de constantes y pruebas analíticas complejas son ejemplos de pacientes ADECUADOS para un servicio de urgencias hospitalario.

En contraposición, todo aquel paciente urgente que acude a un centro hospitalario pero que su caso se podría resolver con los medios disponibles en un centro de urgencias extrahospitalario es un caso INADECUADO para el hospital. Los pacientes que acuden por dolores osteomusculares que con una simple inyección intramuscular se resuelve son claros ejemplos de pacientes INADECUADOS para los recursos de un hospital.

Si bien estos ejemplos indicados son muy claros a la hora de ser clasificados como pacientes Adecuados o Inadecuados existen numerosos casos intermedios difícil de discriminar. El problema se agrava cuando encontramos autores que aportan datos de indecuación bastantes variables. El estudio del porcentaje de inadecuación entre diferentes trabajos proporciona una amplia variabilidad: desde menos del 15% hasta más del 80% (Sánchez & Bueno, 2005). El uso de diferentes criterios para definir la inadecuación explica la discrepancia de los resultados (O'Brien et al, 1996). Los criterios utilizados para la valoración de inadecuación se realizan

básicamente a través de **criterios subjetivos**, de **protocolos de triage** y de **criterios explícitos** (definición de urgencias y/o protocolos de adecuación):

8.1.- Criterios subjetivos, implícitos, basados en el juicio clínico de uno o varios expertos, en función del motivo de consulta y la impresión de gravedad. No utiliza una definición de adecuación/inadecuación, habitualmente se considera inadecuada aquella asistencia que podían haberse atendido en AP, con los recursos al alcance del médico de cabecera. Este criterio puede variar bastante de un profesional a otro y no existe un estándar que permita comparar diferentes estudios (Stapczynski, 2004; Richardson et al, 2006). Los trabajos basados en este tipo de criterios son los que proporcionan cifras más elevadas de inadecuación desde un 35,5% (Diego et al, 1990) hasta un 87% (Del Castillo et al, 1986; Grumbach et al, 1993; Lowy et al, 1994).

8.2.- Protocolos de triage, una evaluación sanitaria inicial del paciente antes de ser visto en consulta, efectuada por personal de enfermería (Dale et al, 1995) o por personal médico, permite clasificar al paciente como urgente o no urgente. Este paciente, según el centro hospitalario donde se encuentre, puede ser derivado a un “circuito especial” dentro del propio SUH, se puede posponer o priorizar su atención, enviarle a AP o bien “rechazar” directamente la atención del paciente (Derlet et al, 1992). En este último caso ante el peligro de desasistir a algún paciente con riesgo de complicación de su patología, el protocolo se construye muy sensible a la adecuación, volviéndose poco específico y asumiendo que incorporará muchos casos que no son verdaderas urgencias (Sánchez & Bueno, 2005). En este tipo de estudios el porcentaje de inadecuación suele ser de los más bajos, entre el 15 y el 20% (Derlet et al, 1995). En el caso de usar el protocolo como instrumento para redistribuir a los pacientes dentro del SUH, la existencia de un error es detectable y fácilmente corregible con una menor repercusión (Bindman, 1995) en estos casos la inadecuación suele ser del 40-49% (Young et al, 1996; Dale et al, 1995; O'Brien et al, 1996).

- a) Dale et al (1995) desarrollan un protocolo de triage para identificar la patología subsidiaria de atención extrahospitalaria (“afecciones de AP”); los criterios fueron:
 - i) Pacientes que acuden a petición propia con síntomas que están causados por procesos que no necesitan de RCP, de atención urgente o ingreso hospitalario.
 - ii) Pacientes que acuden a petición propia con complicaciones no urgentes de sus procesos crónicos.

- b) Derlet et al (1992; 1994; 1995) utilizan como protocolo de triage el instrumento de adecuación desarrollado por ellos, excluyendo de la categoría no urgente: todos los niños hasta 15 años, aquellos con dolor muy severo, todos los dolores torácicos y/o abdominales, los que llegan en ambulancia y los pacientes con incapacidad para caminar.
- c) Roca et al (2001) detectan en los momentos de plétora de la urgencia la coexistencia de pacientes que pueden esperar o “banales”, con otros urgentes o “no banales”. Los primeros dificultan la atención de los casos urgentes. Para resolver la situación se decide que los “banales” sean atendidos en un circuito independiente (“fast track”), con

Tabla 15: Protocolo de triage.

| Prioridad | BANAL IV | NO BANAL I, II, III |
|--|---------------------|--------------------------------|
| ¿Trae p10 dirigido al SUH? | NO | SI |
| ¿Viene andando? | SI | NO |
| ¿Tiene dolor toraco – abdominal? | NO | SI |
| ¿Tiene / ha tenido alteración del nivel de conciencia? | NO | SI |
| ¿ACVA o AIT en las últimas 72 horas? | NO | SI |
| ¿Presenta focalidad neurológica? | NO | SI |
| ¿Refiere alteración del ritmo cardiaco? | NO | SI |
| ¿El paciente está séptico? | NO | SI |
| Si tiene fiebre: | | |
| Joven | SI | NO |
| Inmunocompetente | SI | NO |
| focalidad ORL | SI | NO |
| otra focalidad | NO | SI |
| ¿Presenta sangrado activo o sospechado? | NO | SI |
| ¿Tiene disnea? | NO | SI |
| Se puede resolver sin pruebas complementarias o con: Rx simple, glucemia capilar, orina, ECG | SI | NO |
| ¿Va a requerir fluidoterapia? | NO | SI |
| ¿Va a requerir oxigenoterapia? | NO | SI |

SUH: Servicio de urgencias hospitalario; ACVA Accidente cerebrovascular agudo; AIT: Accidente isquémico transitorio; ORL: Otorrinolaringología; Rx: Radiografía; ECG: Electrocardiograma.

una sala de espera independiente. Para discriminarlos desarrollan un protocolo de triage (PT) que utiliza como referencia otros modelos publicados en la literatura (Grumbach et al, 1993; Derlet & Kinser, 1994; Dale et al, 1995; Murphy et al, 1996; Bertos, 1997; García-Casasola et al, 1998). Se divide cada caso en cuatro niveles de prioridad, desde prioridad I o máxima, hasta prioridad IV o mínima en función de las respuestas que se optengan al realizar un cuestionario. Cuando el paciente cumple un solo criterio de prioridad I, II y III se clasifica como “no banal”. Si por el contrario todos los criterios

son de prioridad IV del PT el caso se califica de “banal”. Tras un periodo de adaptación y prueba queda configurado (Tabla 15). En la sala de triage se asume que no tendría personal de enfermería, y por tanto las pruebas y tratamientos a realizar se limitarían a ECG, tiras reactivas de orina, glucemia capilar y radiología simple, administración oral, intramuscular o subcutánea de fármacos.

8.3.- Criterios explícitos, basados en la definición de “urgencia hospitalaria” y en protocolos de adecuación. Buscan poner de manifiesto, bien con definiciones o con criterios preestablecidos, la existencia de un potencial riesgo vital o la necesidad de pruebas diagnósticas o intervenciones terapéuticas complejas, que no pueden administrarse en otros dispositivos asistenciales. Presentan la ventaja de ser objetivos, pero también algunas limitaciones: son ajenos a la disponibilidad de recursos extrahospitalarios y dependientes del proceso asistencial. Los valores de inadecuación varían entre un 26,8% (Oterino et al, 1999) y un 38% (Ochoa et al, 2000).

- a) Definición de “urgencia hospitalaria” de Ibáñez et al (1991):
 - i) Necesidad de ingreso, de tratamiento urgente o exploraciones complementarias no disponibles con carácter inmediato en AP.
 - ii) Necesidad de asistencia por un médico especialista no disponible en el momento en AP.
 - iii) Signos y síntomas que sugieran al paciente peligro para su vida o que en otras ocasiones hubieran precisado asistencia hospitalaria.

- b) Definición de “urgencia hospitalaria” de Del Castillo et al (1986):
 - i) Necesidad de control exhaustivo y constante.
 - ii) Necesidad de tratamientos o pruebas complementarias complejas.
 - iii) Necesidad de asistencia por médicos especialistas.

- c) Criterios de González-Grajera et al (1995):
 - i) Ingreso hospitalario o permanencia en observación 12 o más horas.
 - ii) Alta voluntaria contra el criterio médico, traslado a otro hospital o fallece durante su estancia en urgencias.
 - iii) Necesidad de interconsulta a médicos especialistas.

- d) Criterios de Marco et al (1994):
 - i) Ingreso hospitalario o permanencia en observación 12 o más horas.

- ii) Exploraciones complementarias no disponibles con carácter inmediato en AP.
- e) Criterios de Cubero et al (1994):
- i) Pacientes remitidos por un médico.
 - ii) Situaciones que precisan asistencia hospitalaria urgente.
 - iii) Situaciones que sin requerir asistencia hospitalaria inminente son vividas como urgencias por el paciente o sus familiares.
- f) Criterios basados en las normas del American College of Emergency Physicians (ACEP) modificadas por Buesching et al (1985). El cumplir cualquiera de los siguientes criterios califica la urgencia como adecuada:
- i) Pacientes que motivan un ingreso hospitalario.
 - ii) Pacientes que llegan transportados en ambulancia.
 - iii) Pacientes remitidos desde el mismo hospital para su estabilización clínica.
 - iv) Pacientes que refieren: fiebre de 38-39° de menos de 72 h de evolución; dolor torácico, hemorragia significativa.
 - v) Pacientes remitidos por un médico.
 - vi) Síntomas de aparición súbita (fuera del horario habitual del médico de cabecera) que supongan un riesgo para la vital si no son atendidos.
 - vii) Síntomas de aparición en un periodo de tiempo menor de 72 h.(dolor abdominal, cefalea...) en pacientes que no han podido contactar con un médico.
 - viii) Reagudizaciones de procesos crónicos de menos de 24 h. de evolución en pacientes que no han podido contactar con ningún médico.
- g) Derlet & Nishio (1990) etiquetan como no urgentes aquellos pacientes que presenten a la vez los siguientes criterios:
- i) Uno de los problemas menores de un listado predeterminado (dolor de espalda, artralgias, dolor de garganta, otalgia, problemas dentales, etc. (hasta 50 problemas menores)).
 - ii) Sus constantes vitales sean “estables” (temperatura 35° C-38’8° C, hasta 38’3° C en >60 años; frecuencia respiratoria 12-20/minuto; tensión arterial sistólica 90-160 mmHg, diastólica 60-110 mmHg; pulso 60-110 lpm, hasta 100 en > 60 años).

- h) Lowe et al (1994; 1997) propone una serie de criterios (“criterios de Lowe”). Cuando se cumple alguno de ellos, la visita se cataloga como adecuada:
- i) Hospitalización.
 - ii) Realización de pruebas diagnósticas:
 - (1) Estudios de imagen: Radiología, ecografía, TAC y RNM.
 - (2) Test diagnósticos en fluidos corporales: sólo se incluye si los resultados son necesarios para el diagnóstico / tratamiento en urgencias; se excluyen si se realizan como rutina (hemograma, bioquímica básica, sedimento urinario, test gestacional o frotis vaginal).
 - (3) Otros: EEG, ECG, lámpara de hendidura, pulsimetría.
 - iii) Administración de fluidos intravenosos.
 - iv) Administración de oxígeno.
 - v) Administración de medicación (salvo vía oral o vacunación antitetánica).
 - vi) Observación.
 - vii) Limitaciones funcionales.
 - viii) Consulta con un especialista.
 - ix) Transfusión sanguínea.
 - x) Tratamientos ortopédicos administrados en urgencias por problemas traumatológicos y /o reducción de fracturas o luxaciones.
 - xi) Tratamiento de heridas (salvo aquellas que por su levedad eran subsidiarias de tratamiento por el propio paciente).
- i) Lowy et al (1994) construyen dos métodos basados en criterios objetivos:
- i) El primero se basa en el Nuffield Provincial Hospital Trust (NPHT), pasando los 40 grupos diagnósticos a códigos diagnósticos de la CIE 9 agrupados en 3 categorías:
 - (1) Patologías que pueden ser abordadas en AP.
 - (2) Patologías para las que no está claro si los medios del SUH serían necesarios.
 - (3) Patologías que en la mayoría de los casos deberían tratarse en un SUH.
 - ii) El segundo está basado en el proceso de atención (Sheffield Process Definición (SPD)), especifica una serie de pruebas diagnósticas y tratamientos que indican que el paciente necesita atención hospitalaria, independientemente del diagnóstico final, incluyendo factores adicionales relativos al lugar donde el paciente presenta la patología y si tuvo acceso a AP.

j) Afílalo et al (1995) clasifican a los usuarios del SUH en tres categorías (I, II, III), identificando como adecuados a todos los de la categoría I y aquellos de la categoría II que no disponían de la posibilidad de ser valorados fuera del ámbito hospitalario en las 6 horas siguientes al inicio de la sintomatología:

i) Categoría I: deben ser atendidos en el SUH de presentar alguno de estos criterios:

- (1) Pacientes con patologías de presentación aguda y severa, requieren atención inmediata o en un tiempo no superior a 20 minutos.
- (2) Pacientes remitidos por un médico o personal de enfermería.
- (3) Requieren la realización de una analítica o cualquier otra exploración, incluido ECG, en el SUH.
- (4) Precisan que se les administre un tratamiento en el SUH no disponible fuera del hospital (medicación intravenosa, lavado gástrico, etc.)
- (5) Permanecer en observación más de cuatro horas.

ii) Categoría II: si presentan cualquier sintomatología de presentación aguda y puedan esperar un tiempo no superior a 6 horas para su atención (en el hospital o extra-hospitalariamente).

iii) Categoría III: no presentan ninguno de los criterios antes referidos y pueden esperar más de 6 horas para su atención.

Con estos criterios detecta un 69% de usuarios apropiados, un 15% de pacientes que pueden ser tratados con facilidad en otros niveles asistenciales y un grupo que denomina “gray zone” en torno al 15% que es difícil de clasificar y decidir si deben ser atendidos en el SUH o no.

k) Sempere et al (1999) desarrollan y validan un instrumento objetivo de identificación de urgencias inadecuadas: Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias (PAUH). El PAUH valora como inadecuados aquellos casos cuya asistencia podría haberse realizado de forma similar extrahospitalariamente, comportándose como un instrumento muy específico pero muy poco sensible para detectar inadecuación, altamente reproducible y capaz de identificar la fracción más claramente inadecuada de las visitas inadecuadas a los SUH. Consta de un total de 26 criterios: 20 aplicables a pacientes derivados por un médico (criterios de gravedad, de tratamiento, de intensidad

diagnóstica y otros criterios); y 6 aplicables a pacientes que acuden espontáneamente. Cuando se cumple cualquiera de ellos, la visita se cataloga como adecuada.

- 1) Sánchez-López et al (2004), basado en el anterior, modifica algunos aspectos y valida el Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias modificado (PAUHm):

- 1) **Criterios de gravedad** (criterios 1.1 a 1.10), añade frecuencia respiratoria >30 o <10 (1.6) y signos de mala perfusión cutánea (1.7).

1.1) Pérdida de conciencia, desorientación, coma, insensibilidad (brusca o muy reciente).

1.2) Pérdida brusca de visión, audición o alteración en la articulación y /o comprensión del lenguaje.

1.3) Pérdida brusca de la capacidad funcional de cualquier parte del cuerpo incluidas las acontecidas de forma transitoria(<72 horas).

1.4) Alteración del pulso ($<50/>140$ lpm), excluir deportistas y tratados con fármacos que disminuyen la frecuencia cardíaca (betabloqueantes, verapamilo, diltiacen y otros fármacos depresores de la conducción auriculoventricular). Arritmias, se excluyen “saltos”, “vuelcos” en pacientes sin cardiopatía estructural conocida y pulso radial normal, así como pacientes con fibrilación auricular conocida y cuyo motivo de consulta sea diferente a inestabilidad cardiorrespiratoria.

1.5) Alteración de la presión arterial (sistólica: $<90/>200$ mmHg; diastólica: $<60/>120$ mmHg), excluir cuando se conoce el diagnóstico de hipotensión arterial y el motivo de consulta no está relacionado con labilidad hemodinámica.

1.6) Frecuencia respiratoria >30 o <10 .

1.7) Signos de mala perfusión cutánea: sudoración, frialdad, cianosis, livideces.

1.8) Alteración de electrolitos o gases sanguíneos (no considerar en pacientes con alteraciones crónicas de estos parámetros: insuficiencia renal crónica, insuficiencia

respiratoria crónica, etc.; se exige criterios de estabilidad / similitud de valores con respecto a sus basales).

1.9) Fiebre persistente (5 días) no controlada con tratamiento en atención primaria.

1.10) Hemorragia activa (hematemesis, epistaxis, melenas, etc.). Se excluyen heridas superficiales que sólo requieren sutura y hematoquecia leve (manchado de papel, sin coágulos) roja rutilante postdefecación.

2) Criterios de tratamiento (2.1 a 2.4)

2.1) Administración de medicamentos intravenosos (excluidos la administración puntual de medicación intravenosa sin necesidad de fluidoterapia o vigilancia posterior, como por ejemplo corticoides intravenosos en paciente con cuadro urticarial sin compromiso de la vía aérea y estabilidad hemodinámica) o fluidos por vía intravenosa (excepto mantenimiento de vía, vías secas o heparinizadas). No incluye medicación oral, rectal, intramuscular o subcutánea.

2.2) Administración de O₂; quedan excluidos pacientes con oxigenoterapia crónica domiciliar que acuden por un motivo diferente a inestabilidad cardiorrespiratoria.

2.3) Colocación de yesos (excluye vendajes).

2.4) Intervención / procedimiento realizado en quirófano (excepto intervenciones realizadas en la sala de curas o “quirofanillo”, sin requerir anestesia general o regional o de materiales disponibles sólo a nivel hospitalario).

3) Criterios de intensidad diagnóstica (3.1 a 3.4)

3.1) Monitorización de signos vitales o toma de constantes cada 2 horas.

3.2) Radiología de cualquier tipo; para la radiología simple sólo se considera criterio si la petición se justifica explícitamente en la Historia clínica de urgencias y no es disponible su petición desde el centro de Salud / PAC que el paciente tiene asignado (considerando horarios y la necesidad de ver los resultados); se incluye ecografía, ecodoppler, TAC, estudios gammagráficos. Realización de estudios

endoscópicos, lámpara de hendidura, medición de la presión intraocular o fondo de ojo con lente binocular.

3.3) Pruebas de laboratorio, se excluyen como criterios la glucemia capilar, orina elemental y test de embarazo (salvo en la sospecha de embarazo ectópico).

3.4) Dada la generalización del ECG como medio diagnóstico en AP, sólo se considerará criterio si procede de aviso domiciliario y está clara su indicación; así un paciente con dolor torácico que acude de “motu proprio” cumplirá criterios de adecuación no por realizarle un ECG, sino presumiblemente por criterios de gravedad, intensidad terapéutica y por ser un síntoma que sugiere urgencia vital (5.2)

- 4) **Otros criterios** (4.1 a 4.3), amplía como criterio el alta voluntaria y considera “adecuadas” todas las urgencias derivadas por un médico (“legítima al paciente”), desde la perspectiva de la interacción del usuario con su sistema sanitario.

4.1) El paciente está más de 12 horas en el SUH.

4.2) El paciente es ingresado en el hospital, trasladado a otro hospital, solicita alta voluntaria o fallece.

4.3) El paciente remitido por su médico se considera “urgencia adecuada” (sin implicar “derivación adecuada”). No obstante ante la presión social que sufre el facultativo para realizar derivaciones el entrevistador debe anotar el motivo de la derivación para valorar si se estima o no este criterio.

- 5) **Criterios sólo aplicables a pacientes que acuden espontáneamente** (5.1 a 5.6), excluye el dolor torácico claramente mecánico (al movilizar, relacionado con el decúbito, determinadas posturas, etc.) y de instauración no reciente (> 24 horas); para dolores claramente mecánicos, siempre que sean recientes, acepta como adecuado bajo el amparo del criterio (5.2) ya que presume que el paciente “no tiene porque saber medicina”.

5.1) Proviene de un accidente (tráfico, laboral, en lugar público, etc.) y hay que evaluar al paciente.

5.2) Síntomas que sugieren urgencia vital: dolor torácico, disnea de instauración rápida, tiraje, dolor abdominal agudo.

5.3) Cuadro conocido por el paciente y que habitualmente requiere ingreso.

5.4) Al paciente le ha dicho el médico que acuda a urgencias si se presenta el síntoma.

5.5) Requiere atención médica primaria con rapidez y el hospital es el centro más cercano

5.6) Otros en pacientes espontáneos (especificar): para aquellos casos adecuados para el entrevistador pero no encaja en otro apartado, deberá argumentarlo.

El cumplimiento de **un solo criterio** de cualquiera de los apartados identificaría la visita a urgencias como adecuada, mientras que aquellos casos que no cumplieran ningún criterio se considerarían inadecuados.

9.- INTERVENCIONES PARA REDUCIR EL USO INADECUADO DEL SUH.

9.1.- Intervenciones sobre la demanda. Educación sanitaria.

Este tipo de estrategias se basa en que el motivo de los pacientes para acudir a un SUH consiste en el desconocimiento de la no urgencia de su patología y/o en el mejor lugar para ser atendidos. La intervención busca informar al paciente tanto de la banalidad de algunos casos, como del lugar más apropiado para ser atendidos. Intentar reconducir hacia la atención primaria indicándole cual es su médico de cabecera.

Peiró et al, (1999) concluyen que no se ha demostrado un éxito claro en este tipo de estrategia. Según el tipo de información unas veces es efectivo y otras no. Straws (1983) para reconducir los pacientes a su médico de cabecera desde las urgencias, indicaba a cada paciente con características banales cual era su médico y que debía de realizar un seguimiento hasta acabar el tratamiento. Con ello pretendía que la próxima vez acudiera directamente a su médico de cabecera en vez de volver a las urgencias, pero no fue efectivo. Rector et al (1999) decide mandar folletos explicativos a la casa de aquellos pacientes claramente no urgentes que acudieron al SUH indicándole el lugar adecuado para su patología. No causó efecto. Pope et al (2000) dirigió su intervención hacia los pacientes hiperfrecuentadores con una patología de base, consiguió reducir el número de visitas. Guttman et al, (2004) utilizan una estrategia semejante focalizada en los ancianos, obtuvieron una reducción del 19%. Otra táctica utilizada en Tennessee consistió en informar claramente por parte del equipo médico del SUH las circunstancias de su patología por las que deben acudir al hospital y en cuales no son necesarias, se consiguió una reducción del 5% (Anónimo, 2004).

9.2.- Intervenciones centradas en la mejora de la accesibilidad de la Atención Primaria.

Se basa en que un difícil acceso a la atención primaria induce al paciente a acudir al SUH. Tras la reconversión de la atención primaria Bolívar et al (1996) observan que aquellos pacientes que pertenecen a centros no reconvertidos acuden más al SUH que los centros de salud pero no demuestran diferencias significativas. Aunque son muchos los estudios que demuestran una relación inversa entre el uso de servicios de AP y el porcentaje de uso inadecuado de los SUH (Cunningham et al, 2000; Gill et al, 2000; Rosenblatt et al, 2000; Larson, 2002) en conjunto parece que aumentar la accesibilidad a la AP incrementa la utilización de consultas ambulatorias sin que ello repercuta en una reducción permanente de las consultas no urgentes (Peiró et al, 1999).

9.3.- Interposición de barreras.

La gran accesibilidad de horario y sin límite que presenta el servicio de urgencias hospitalario es atractivo para determinados pacientes que no encuentra límite alguno para acudir, pero si encontrara alguno se podría encauzar sus demandas hacia lugares más adecuados (Grumbach et al, 1993; Peiró et al, 1999; Selby et al, 1996; Lowe & Abbuhl, 2001).

Las barreras podrían ser la propia AP (filtro), administrativas (sectorización), financieras (co-pago) u otras (aumento de los tiempos de espera). La exigencia de un filtro, un médico de AP que tiene que autorizar la visita al SUH para que ésta sea reembolsada muestra un potencial importante para reducir el uso de los SUH, pero sin que este efecto se limite a los casos inadecuados (Murphy, 1998). Long (1981) mide el efecto del programa de reducción de gastos del MEDICAID, entre otras medidas derivando más pacientes a AP y evitando el uso innecesario de las urgencias por casos no urgentes, observó que se consigue una reducción del 25% en el uso y un 29% del coste en el SUH, pero a nivel global el coste aumentó un 25%, correspondiendo el 55% a gastos en atención primaria. Hurley et al (1989) estudia el efecto de la autorización previa o “gatekeeping” para poder solicitar asistencia médica, se obtiene una reducción de las visitas de adultos en SUH del 30-45%, aunque en las SUH son reacios a denegar asistencia a alguien que no haya sido autorizado.

9.4.- Apertura PAC.

Otro tipo de actuación en atención primaria es sobre las urgencias extrahospitalarias que disponen de recursos proporcionados a los casos no urgentes. Tienen un horario que completa el de las consultas de AP y por tanto actúan como competencia de los casos no urgentes que acuden al SUH.

Valdrés et al (1993) en Logroño miden las diferencias en el SUH durante los 6 meses posteriores a la apertura de un PAC en la región, con una disminución del 4,8% de asistencias de media diaria estadísticamente significativas. Rodríguez et al (1999) también aprecian una reducción del 4,5% de las urgencias antes y después de la puesta en marcha del PAC. Merrit et al (2000) compararon el uso de las urgencias hospitalarias en Nueva York (USA) de los pacientes no urgentes antes de haber visitado alguna vez el centro de cuidados urgentes (UCC) y después de haberlo visitado a lo largo de seis meses, se observó una reducción del 48% entre los adultos y del 28% en los niños en el uso de las urgencias hospitalarias.

9.5.- Organización del SUH.

Triage, derivación de los pacientes no urgentes a otros niveles asistenciales, protocolos de actuación, atención de las urgencias por médicos de AP. La utilización de los sistemas de triage para demorar la asistencia de los casos banales, derivando dichos casos a otros servicios ha demostrado su eficacia (Derlet et al, 1995), (Lowe et al, 1994). Washington et al, (2002) calcula que se podría reducir un 33% de asistencias si se derivan al día siguiente a su médico de cabecera los pacientes demorables 24 horas sin peligro vital, pero esta actuación nunca se encuentra exenta de riesgos, acentuados por la escasa validez de los sistemas de clasificación.

Bertos (1997) propone añadir médicos generales en una consulta rápida para ver los casos no urgentes y reducir el tiempo de espera, con resultados positivos en algunos estudios (Dale et al) y (Murphy et al, 1996) pero no se ha confirmado en algunos estudios posteriores (Murphy et al, 2000) o incluso se detecta aumento del número de casos y del tiempo de espera (Krakau, 1999), parece que la presencia de médicos generales atraen pacientes no urgentes.

Se han aplicado otro tipo de medidas que han sido efectivas, pero no pretenden evitar que acudan menos pacientes no urgentes al SUH, sino sencillamente en gestionar mejor la demanda. Consisten en aumentar el número de médicos en urgencias (Cardin et al, 2003; Bucheli & Martina, 2004), crear equipos de médicos y enfermeros responsables por igual de cada paciente asignado (Patel & Vinson, 2005), informatización de la analítica o mejora tecnológica de los puntos de extracción (Chan et al, 2005; Lee-Lewandrowski et al, 2003), unidades de estancia corta (Kelen et al, 2001), o crear una sala de observación específica de ancianos (Ross et al, 2003) han demostrado reducir el tiempo de espera de los pacientes o los reingresos.

9.6.- Otras corrientes de pensamiento.

Sugiere que no son los usuarios de los SUH los que realizan consultas inadecuadas, sino los servicios de urgencias los que son inadecuados para el tipo de pacientes que atienden (Peiró et al, 1999; Murphy, 1998). Incluso hay autores que indican que lo importante es determinar el nivel de salud que se obtiene en la población y en cambio el coste en estos servicios de urgencias es menos importante dada la característica de los mismos (Florence, 2005).

JUSTIFICACIÓN

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO:

La masificación de los SUH es un problema no resuelto y en aumento. Se han realizado numerosos estudios para identificar las características de los pacientes que acuden al SUH. Una característica que destaca especialmente es el alto porcentaje de casos banales. Los pacientes acuden al SUH por diversos motivos que perfectamente pueden ser resueltos por su médico de cabecera sin necesidad de recurrir a los medios hospitalarios. El aumento del costo, el secuestro de recursos técnicos y humanos, la escasa disponibilidad de tiempo para atender al paciente, merman la calidad de un servicio que en los últimos años ha tenido un desarrollo técnico y humano espectacular, pero siempre insuficiente para atender el aumento paralelo de la demanda, aun cuando gran parte de esa demanda se considere uso inadecuado del SUH o uso por problemas no urgentes.

Hasta hace poco no se disponía de instrumentos suficientemente validados (Sempere, Sánchez) capaces de medir la adecuación de un paciente en el SUH de tal forma que se puedan comparar los datos de diferentes estudios entre sí. La existencia de un instrumento objetivo para determinar el uso adecuado o no del SUH proporciona la oportunidad de medirlo y compararlo en distintos periodos de tiempo, evaluando la influencia que puedan tener sobre él distintos fenómenos socio-sanitarios.

Entre dichos fenómenos destacamos la apertura y/o mejora de los Puntos de Atención Continuada (PAC)/Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU). Estos dispositivos asistenciales, de carácter extrahospitalario, ofertan asistencia sanitaria en el horario que se encuentra cerrada la consulta del médico de cabecera, y su finalidad es la resolución de la patología que no necesita la utilización de recursos propios de la asistencia especializada u hospitalaria. En principio estos PAC deberían actuar como filtro de casos a los siguientes niveles sanitarios, resolver los problemas sanitarios que se le plantean al paciente de forma satisfactoria y con eficacia, es decir, con costes ajustados al problema real.

El impacto de estos dispositivos no ha sido adecuadamente evaluado. Un estudio pre-post diseñado para ello, con un instrumento objetivo y reproducible para la evaluación del uso no urgente del SUH hospitalario proporcionará la información necesaria para orientar la utilización de los recursos tanto humanos como técnicos.

OBJETIVOS

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Valorar el efecto que la implantación de los DCCU en el área sanitaria norte de Granada ejerce sobre la frecuentación y uso del SUH de referencia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Cuantificar los índices de frecuentación de consultas banales y uso inadecuado del SUH.
2. Medir la evolución temporal de la frecuentación de banalidad y de uso inadecuado del SUH.
3. Evaluar el posible impacto del funcionamiento de los DCCU sobre el SUH, en términos cuantitativos (frecuentación) y cualitativos (banalidad e inadecuación de las consultas). Considerando las posibles diferencias sobre la magnitud del efecto en relación con el tipo de centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

MATERIAL Y MÉTODOS

1.-ENTORNO DEL ESTUDIO.

El Hospital General Médico Quirúrgico “Ruiz de Alda” (HMQ) forma parte de la Ciudad Sanitaria u Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN), junto al Hospital Materno Infantil (HMI), al Hospital de Traumatología y Rehabilitación (HTR), al Hospital de San Juan de Dios (HSJD), centro periférico de especialidades “Cartuja” y “Gran Capitán”, pabellón Licinio de la Fuente (Investigación y docencia) y pabellón de Gobierno (Administración, Escuela Universitaria de Enfermería y Laboratorio Anatomopatológico); pertenecientes a la red del SAS.

Da cobertura al área de Salud Norte de Granada (incluida Alcalá la Real (Jaén) y su comarca) y como centro de referencia para Granada y Almería, entre otras, de las especialidades de Cirugía Cardíaca, Cirugía Torácica, Transplante renal, Transplante de Médula Ósea, Unidad del Dolor, Laboratorio de Hemodinámica y Unidad de Reproducción Asistida; así como Cirugía Maxilofacial, Cirugía Plástica, Neurocirugía, Neurofisiología, Rehabilitación y Resonancia Nuclear Magnética.

La Ciudad Sanitaria “Virgen de las Nieves”, como centro de referencia regional presta atención a una población total de 1.252.284; siendo referencia directa del Área Hospitalaria Norte. El distrito sanitario de Guadix, aunque tiene el Hospital comarcal de Baza como referencia teórica, tiende a utilizar (y fundamentalmente para la atención urgente) nuestra Ciudad Sanitaria. El distrito sanitario de Baza, al disponer de Hospital comarcal, presenta unos índices de frecuentación de urgencias (referidos a la Ciudad Sanitaria) muy bajos.

El paciente del Área Hospitalaria Sur y el Distrito Granada Sur tiene como referencia el Hospital de Especialidades “San Cecilio” y son respecto a la Ciudad Sanitaria Virgen de las Nieves “no área”.

Los Distritos Granada y Metropolitano en cambio presentan zonas que dependen de un hospital y otras del otro. Esta situación da lugar a que los pacientes que dependen de un hospital acudan a las urgencias hospitalarias del otro. En la Tabla 16 se puede apreciar la población asistida y las camas de cada hospital de referencia.

Tabla 16: Comparación de los hospitales de la ciudad de Granada.

| | 2002 | 2003 | 2004 |
|----------------------------------|---------|---------|---------|
| H.U. Virgen de las Nieves | | | |
| Población asistida | 499.035 | 439.035 | 442.523 |
| Camas Instaladas | 1.062 | 1.057 | 1.057 |
| H.U. Clínico San Cecilio | | | |
| Población asistida | 265.820 | 268.822 | 261.114 |
| Camas Instaladas | 699 | 655 | 656 |

Fuente: Memoria Actividad SAS 2002 a 2004.

El HMQ ocupa una superficie construida de unos 44.000 metros cuadrados, los cuales se distribuyen en diez plantas, una planta baja y semisótano. Tiene una dotación de 581 camas instaladas.

El SUH (HMQ) atiende urgencias medicoquirúrgicas, excepto obstétrico-ginecológicas, pediátricas, traumatológicas, neurológicas, neuroquirúrgicas, cirugía plástica y maxilofacial que se atienden en las otras unidades hospitalarias de la ciudad sanitaria.

El Área de urgencias del HMQ ocupa una superficie construida útil de 1.877,66 metros cuadrados que se distribuyen en áreas asistenciales, administrativas, de admisión e información al paciente y familiares, sala de estar de familiares y área de apoyo.

Para realizar las tareas propias del SUH cuenta con la siguiente relación de personal (2001):

1. Facultativos: 14 en plantilla y 5 contratos de guardia.
2. Enfermero /as: 49.
3. Auxiliares de enfermería: 37.
4. Personal administrativo: 1.
5. Celadores: contabilizados por turnos: 6 mañana – 6 tarde –5 noche.
6. Personal de admisión: contabilizados por turnos: 2 mañana – 2 tarde –1 noche.
7. Personal de información: contabilizados por turnos: 1 mañana – 1 tarde –1 noche.
8. Médicos Internos Residentes: 3 en horario de mañana durante su mes de rotación; pool de guardia en horario de tarde / noche y festivos (4-5 residentes/día).
9. Médicos Especialistas y MIR que realizan guardias de su especialidad, que serán requeridos a llamada desde urgencias.

Esta plantilla en la actualidad es básicamente la misma.

2.-TIPO DE ESTUDIO.

Estudio **observacional** secuencial. Se estudia la asistencia realizada en el SUH del Hospital Médico Quirúrgico “Ruiz de Alda” en tres periodos de tiempo y si hay algún cambio en las variables estudiadas en este tiempo. No se controlan los sujetos del estudio ni se realiza intervención sobre ellos.

3.-PERIODO DE ESTUDIO.

Periodo Primero: desde el 1 de noviembre del 2000 al 31 de octubre del año 2001; Periodo Segundo: 1 de enero al 31 de junio del 2003; Periodo Tercero: 1 de enero al 31 de junio del 2004.

En octubre del año 2002 se implantó un nuevo Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias adjunto al local del CS La Chana.

4.-POBLACIÓN DE REFERENCIA.

Se incluye en el estudio la población adscrita a cinco centros de salud (CS) urbanos y no urbanos dependientes del área hospitalaria del HUVN, y en concreto para las urgencias hospitalarias dentro del Hospital General Médico Quirúrgico Ruiz de Alda (HMQ) y dentro de la influencia de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) de La Chana y Gran Capitán para las urgencias extrahospitalarias. Se dividen en tres grupos:

1. Población adscrita al CS La Chana. Este centro de salud es docente. Cuenta con una amplia y reconocida trayectoria en formación de Médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC).
2. Población perteneciente al CS Gran Capitán, situado en el centro de Granada dispone del servicio DCCU en su local con anterioridad. Se caracteriza por ser un centro de salud reconvertido.
3. Población adscrita a tres centros de salud que no disponen en sus instalaciones de DCCU y por tanto deben acudir a uno de referencia que en este caso es el DCCU

de La Chana. De esta forma pretendemos descartar el efecto de disponer DCCU en el mismo centro de salud. Algunas de sus características son:

- CS Cartuja: centro de salud docente con larga experiencia en formación de MFyC. Para eliminar el efecto de ser centro docente.
- CS Casería Eugenia de Montijo: centro de salud urbano caracterizado por ser de reciente reconversión, elegido para poder descartar este efecto.
- CS Maracena: su característica principal es ser no urbano. En anteriores estudios se ha visto que la distancia influye en la características de la población que acude al SUH.

Las características de los centros de salud se resumen en la Tabla 17.

Tabla 17: Características de los centros de salud:

| Centro de Salud | DCCU | Docente | Urbano | Reconvertido(CR) |
|------------------------|-------------|----------------|---------------|-------------------------|
| CS Cartuja | No | Si | Si | No |
| CS Eugenia Montijo | No | No | Si | Si |
| CS La Chana | Si | Si | Si | No |
| CS Gran Capitán | Si | No | Si | Si |
| CS Maracena | No | No | No | No |

5.-POBLACIÓN ELEGIBLE.

Todos los pacientes que acudieron al SUH del HMQ durante el periodo de estudio, en los días previamente determinados, que pertenecen a uno de los cinco centros de salud seleccionados: CS Las Chana, CS Gran Capitán, CS Cartuja, CS Casería Eugenia de Montijo, y CS Maracena.

Son **criterios de exclusión** los siguientes:

- Menores de 14 años.
- Habitantes de hecho o de derecho con residencia en Granada inferior a un mes.
- Modalidad de seguro médico privado (salvo que también tenga S.S.).
- Acompañantes de pacientes encamados (no las visitas esporádicas) y los ocasionados por los trabajadores del propio hospital en horario laboral.

Las patologías ajenas al servicio del HMQ (obstétrico-ginecológicas, pediátricas, traumatológicas, neurológicas, neuroquirúrgicas, cirugía plástica y maxilofacial) solo serán criterio de exclusión cuando sean remitidos desde el área de recepción o filtro al hospital correspondiente (HMI o HRT).

6.-MUESTRA.

El objeto de la investigación era la detección del descenso (supuesto) en el porcentaje de consultas inapropiadas al servicio de urgencias procedentes de los dispositivos en los que estaba implantado el PAC. Se consideró, en principio, que un descenso de un 25% en el porcentaje de consultas inapropiadas era un descenso lo suficientemente importante como para que el contraste lo detectara. Partiendo de esa idea y del hecho de que no parecía esperable un aumento del porcentaje de consultas inapropiadas (se estaba suponiendo por tanto un test de una cola), se eligió un error α del 5% y una potencia para el test del 90%, en esas condiciones el tamaño de muestra requerido para cada año y cada centro fue de 271 actos de asistencia.

La distribución de esas urgencias a lo largo del año se hizo a partir del número de asistencias/día promedio en el año 2001 (los datos figuran en la Tabla 18); dividiendo el tamaño de muestra necesitado 271 entre el promedio del número asistencias/día más alto y el promedio más bajo se obtienen entre 12 y 24 días encuestales. Con objeto de no obtener una distribución a la baja del tamaño de muestra se eligió un número de días censales superior a 24 aunque cercano a él, tomándose finalmente 30 días censales.

Tabla 18: Cálculo del tamaño de muestra.

| Centro de Salud | Asistencias Totales | Asistencias día* | Nº días necesarios |
|-----------------|---------------------|------------------|--------------------|
| | 2001 N (%) | (N*5)/52 | 271/asit-día |
| Cartuja | 118 (15,3) | 11,35 | 23,88 |
| Eugenia Montijo | 141 (18,2) | 13,56 | 19,99 |
| La Chana | 129 (16,7) | 12,40 | 21,85 |
| Gran Capitán | 234 (30,3) | 22,50 | 12,04 |
| Maracena | 151 (19,5) | 14,52 | 18,66 |
| Total | 773 (100,0) | | 12 – 24 días |

* En el año 2001 se realizaron 52 días de encuestas con una fracción de muestreo de 1 de cada 5.

Con estos cálculos se obtuvieron un total de 773 actos de asistencia en el periodo 2001, 1.749 en el periodo de estudio 2003 y 1.679 en el periodo 2004 (Tabla 19). Corresponden a la muestra de los individuos que acudieron al SUH durante los días preseleccionados,

pertenecían a uno de los cinco centros de salud elegidos y no estaban afectados por criterios de exclusión.

Tabla 19: Muestra del N° de Asistencias por Centro de Salud y Año.

| Centro de Salud | Año | | | Total |
|-----------------|--------------|----------------|----------------|----------------|
| | 2001 | 2003 | 2004 | |
| Cartuja | 118 (15,3%) | 272 (15,6%) | 251 (15,0%) | 641 (15,3%) |
| Eugenia Montijo | 141 (18,2%) | 327 (18,7%) | 305 (18,2%) | 773 (18,4%) |
| La Chana | 129 (16,7%) | 326 (18,6%) | 302 (18,0%) | 757 (18,0%) |
| Gran Capitán | 234 (30,3%) | 466 (26,6%) | 487 (29,0%) | 1.187 (28,3%) |
| Maracena | 151 (19,5%) | 358 (20,5%) | 334 (19,9%) | 843 (20,1%) |
| Total | 773 (100,0%) | 1.749 (100,0%) | 1.679 (100,0%) | 4.201 (100,0%) |

La obtención de la muestra en tres periodos presenta características diferenciales:

6.1.- Obtención de la muestra del primer periodo (año 2001):

Los datos proceden de un estudio más extenso realizado en el año 2001 con la misma metodología de recogida de información (Sánchez, 2003). Se estudiaron un total de 52 días (uno por cada semana del año) incluyéndose todas las asistencias atendidas con una fracción de muestreo de 5. En el presente estudio se han seleccionado exclusivamente los datos de los centros de salud incluidos en el mismo.

6.2.- Obtención de la muestra del segundo y tercer periodo de estudio (años 2003 y 2004):

Se realizó la selección en la Consulta. Una vez que el sanitario encargado interrogó y clasificó al paciente, el investigador preguntó el centro de salud al que pertenecía. En el caso que se encontrara entre los criterios de inclusión se le informó de manera sencilla y concreta si deseaba participar en el estudio y se solicitó la autorización del mismo. En estas asistencias se procedió a la cumplimentación de la encuesta. Se estima en torno al 1% de pérdidas por diferentes motivos: se negaron a participar, gravedad o estado emocional del paciente, o bien por dificultad de comprensión del idioma.

Los 30 días de encuesta por año se distribuyeron a lo largo del primer semestre (enero a junio) del año 2003 y 2004. Se eligieron 5 días al mes de forma que la suma final del número de días de la semana (lunes, martes, miércoles, jueves, viernes sábados y

domingos) en el semestre resultara lo más homogénea posible. Entre los dos años hubo un total de 60 días de encuesta.

7.-RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN EN CADA DÍA DE ENCUESTA.

7.1.- Primera información del paciente: Cuando el paciente dió su consentimiento se le realizó el cuestionario (ANEXO I). En ese momento se recopiló la siguiente información:

- Fecha y hora de la demanda en el SUH.
- Datos de filiación: edad, sexo, centro de salud y médico de cabecera.
- Medios para acudir al SUH y a la consulta.
- Urgencia voluntaria/inducida, motivo del “motu proprio” si procede.
- Motivo de la consulta y duración de la misma.
- Resultado del triage: Banal/No banal.

El impreso de la historia clínica se destacó con una marca convenida con el personal administrativo para su separación al alta del paciente.

Cada uno de los integrantes del equipo investigador dispuso de un listado de los centros de salud con la relación de los códigos médicos, protocolo de selección (ANEXO II), de los motivos de consulta (ANEXO III), listado de los códigos de diagnóstico CIE-9R y PAUH modificado (ANEXO IV) con las anotaciones que habían surgido en el periodo de adiestramiento.

7.2.- Revisión de la Historia clínica: Una vez finalizada la asistencia médica se procedió a recopilar el resto de la información (ANEXO I):

- Constantes físicas.
- Antecedentes personales.
- Pruebas complementarias.
- Tratamiento aplicado en el SUH.
- Áreas de urgencias donde ha permanecido el paciente y su destino final.
- Diagnóstico clínico según códigos CIE-9R
- Médico que atiende al paciente y especialista si procede.

Aquellos pacientes que no fueron dados de alta el mismo día o bien fueron ingresados requirieron un seguimiento en días posteriores hasta la resolución del caso.

7.3.- Realización del test de adecuación: Una vez recopilado todo el episodio clínico se procedió a la cumplimentación del Protocolo de Adecuación Hospitalaria modificado (PAUHm) (ANEXO IV).

Este proceso supone la colaboración de un número importante de investigadores voluntarios. En cada día muestral la labor de identificación de los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y de la realización de la entrevista se realizó en turnos de mañana, tarde y noche. El horario de noche quedó a cargo de un becario contratado al efecto y previamente entrenado. La recopilación de la información clínica final y mecanización de los datos requirió la ayuda de más investigadores. En ningún caso se han recogido y tratado los datos clínicos de los pacientes de forma individualizada.

8.-VARIABLES DEL ESTUDIO:

- VARIABLES INDEPENDIENTES: edad, sexo, hora / día semana / mes en que llega a urgencias, forma de acceso al SUH, localidad de residencia, centro de AP / PAC / médico asignado, distancia / isocrona al SUH, motivo de consulta, tiempo de síntomas hasta su llegada a urgencias, datos exploratorios, antecedentes patológicos, hábitos tóxicos, pruebas complementarias solicitadas/patológicas, tratamiento recibido, circuito en el SUH, “tiempos” en urgencias, diagnóstico final, destino (alta, ingreso,...), necesidad de consulta especializada.
- VARIABLES DE RESULTADO: adecuación / inadecuación del uso de Urgencias según el PAUH modificado. Banalidad o no del motivo de la urgencia según criterios del protocolo de triage.
- VARIABLE INTERMEDIA: acudir a urgencias voluntariamente (urgencias voluntarias) o derivado (urgencias inducidas).

Todas ellas se recogen en el ANEXO I y se corresponden a la encuesta que se realiza al paciente. Destacamos exclusivamente las que se utilizaron en este estudio.

8.1.- Variables de identificación del paciente, cronología, procedencia, variables demográficas:

- 1) Número de historia clínica: 6-7 dígitos sin decimales. Identifica al paciente de forma inequívoca.
- 2) Edad: año de nacimiento (4 dígitos).
- 3) Sexo: V= Varón, M=Mujer.
- 4) Hora de llegada al SUH: 2 dígitos enteros (hora) y 2 decimales (minutos), posteriormente se transforma en tres turnos laborales (mañana 8:00-14:59h, tarde 15:00-21:59h y noche 22:00-7:59h).
- 5) Fecha: se recoge día de la semana (lunes a domingo) y mes (Enero a Junio).
- 6) Centro de salud: centro de salud al que pertenece (Cartuja, Casería Eugenia Montijo, La Chana, Gran Capitán y Maracena).
- 7) Isocrona: se considera solo urbano/no urbano.
- 8) Posesión de teléfono (SI/ NO).
- 9) Médico general asignado: el médico de AP será recogido con un código de 8 dígitos suministrados por la gerencia de AP que indica el número de cupo asignado. En Granada este número empieza por 18 (18_ _ _ _ _). Los pacientes sin médico asignado se les dará código “0” (“sin médico asignado”), cuando no lo recuerdan (pero lo tienen asignado): “n.r.” (“no recuerda”).

8.2.- Variables relacionadas con la asistencia en urgencias.

- a) **Forma de acceso** desde su domicilio o lugar de presentación de la urgencias hasta el hospital: se clasifican en 9 posibilidades: Andando, Servicios públicos, Propio vehículo, Coche de conocido / familiar, Ambulancia, Policía, Traído desde la cárcel, Mandamiento judicial y Otros (especificar).
- b) **Tipo de consulta en relación a un contacto previo con el sistema sanitario**: tenemos dos posibilidades, aquellos pacientes que **aportan algún tipo de documentación** “documentos de derivación” (urgencias inducidas) y aquellos **No aportan ningún tipo de documentación** (pueden ser urgencias voluntarias o inducidas). Cada opción presenta varias posibilidades:

1. Aporta algún tipo de documentación; no se incluyen altas de los servicios hospitalarios.

- A1) Aporta p10 o documento similar **desde AP dirigido al SUH** y puede identificarse el médico prescriptor (su médico de cabecera / familia, otro médico del centro, “sustituto”, médico del PAC/DCCU); especificando si procede de aviso domiciliario (SI / NO).
- A2) Aporta P10 (modalidad urgente, normal o preferente) **desde AP dirigido a determinada especialidad** (especificar: códigos de especialidad: “01” al “18” (Tabla 20)), con tres subapartados. Se recoge si hubo inducción (indicación expresa por su médico de que en caso de no ser atendido en la consulta acudiese al SUH: (SI / NO)), y se especifica si:
 - El paciente se ha dirigido directamente al SUH.
 - El paciente ha sido “rechazado” desde la consulta del especialista.
 - Tras ser valorado en la consulta nos lo remiten.

Tabla 20: Códigos numéricos según especialidad.

| | | |
|---------------------|-------------------------|----------------------------|
| 1- DIGESTIVO | 7- OTORRINOLARINGOLOGÍA | 13- NEFROLOGÍA |
| 2- RESPIRATORIO | 8- OFTALMOLOGÍA | 14- NEUROLOGÍA |
| 3- CARDIOLOGIA | 9- TRAUMATOLOGÍA | 15- ENDOCRINOLOGÍA |
| 4- MEDICINA INTERNA | 10- REUMATOLOGÍA | 16- CIRUGÍA GENERAL |
| 5- PSIQUIATRÍA | 11- DERMATOLOGÍA | 17- OTRAS ESP. QUIRÚRGICAS |
| 6- UROLOGÍA | 12- HEMATOLOGÍA | 18- OTRAS ESPECIALIDADES |

- A3) El paciente viene **desde determinada especialidad dirigido a SUH** (especificar códigos de especialidad “01” al “18”) (Tabla 20).
- A4) Aporta **Hoja de urgencias** fechada en los 30 días previos, indicándole que acuda ante determinado síntoma, ausencia de mejoría, etc.(siempre motivado por el mismo motivos de consulta). Fuera de este plazo se considera urgencia voluntaria.
- A5) Viene remitido **desde otro hospital** (especificar hospital).
- A6) Remitido desde la **medicina privada**, incluidos centros de la tercera edad; se le añade la condición de poseer seguridad social.
- A7) Es traído por **“transporte sanitario emergente”**: “061” (empresa privada subcontratada por la Empresa Pública de Emergencias Sanitaria (EPES)).
- A8) Traído por **“transporte sanitario urgente”**: DCCU o recogido por ambulancia tras contactar con 061 o centro coordinador de urgencias. Esta última modalidad en el que el paciente viene en ambulancia no

medicalizada, a pesar de que el paciente no aporta “papeles”, la consideramos derivación “formal” ya que la decisión ha sido tomada por equipo sanitario a través del teléfono y no por el paciente.

Los apartados A1 a A8 describen las diferentes formas que un paciente es remitido al SUH tras haber contactado con el sistema sanitario previamente. Es decir, el paciente no decide inicialmente acudir al SUH sino a otros medios sanitarios y se demuestra documentalmente. Estos casos los agrupamos dentro de un solo ítem ‘**APORTA DOCUMENTO**’ con vista a estudios posteriores.

2. El paciente no aporta ningún tipo de documento; en esta situación se le pregunta si ha acudido a su médico / dispositivo de urgencias extrahospitalario antes de acudir al SUH ; con cuatro posibilidades como respuesta:

- B1) **No.**
- B2) **Intento de telefonar** sin conseguir respuesta.
- B3) **Estuvo en el centro**, pero ante la falta de atención, o la posible demora, decidió acudir a nuestro SUH.

Los apartados B1, B2 y B3 indican que el paciente ha decidido por su cuenta acudir voluntariamente al SUH. Ésta modalidad también la denominamos ‘**MOTU PROPIO**’.

- B4) **Si.** Esta situación exige un contacto con el médico responsable del paciente o médico encargado de la atención urgente, ya sea directo o vía telefónica. El contacto lo ha de realizar el paciente o un familiar, cuidador o cualquier persona que presencie el “evento urgente”. Es lo que pasamos a denominar ‘**DERIVACIONES DE VIVA VOZ**’. Tenemos varias posibilidades:
 - Ha sido visto, no necesariamente tiene que ser en la consulta del médico, vale el abordaje en la puerta de la consulta, pasillo, etc. Se exige que el médico le halla recomendado acudir al SUH.
 - Ha sido visto y explorado, (no necesariamente de una manera exhaustiva, basta con la toma de TA, pulso, auscultación, exploración abdominal, etc.) y se le ha recomendado acudir al SUH.
 - Ha sido valorado y remitido a su domicilio, aconsejándosele acudir al SUH por mala respuesta al tratamiento, mala evolución clínica, etc.

- Un familiar o responsable acudió al médico y éste le dijo que trajera el paciente al SUH.
- El paciente o un familiar contactó telefónicamente y se le recomendó que acudiera al SUH.

En cualquiera de las situaciones anteriores se investigó si ocurría tras aviso domiciliario (SI / NO); si había solicitado volante (SI / NO), y en caso afirmativo, cual había sido la respuesta del médico de entre las siguientes opciones:

1. No hace falta.
2. Allí tienen su historia.
3. Otras (especificar).

- B5) El paciente acudió **desde la consulta de determinada especialidad** (especificar: códigos de especialidad: “1” al “18”) (Tabla 20) sin ningún tipo de volante, y se le recomendó de “viva voz” que acuda al SUH.

- **c) Motivos de las urgencias voluntarias:** Se pregunta cuando la respuesta al apartado B) anterior es ‘No’ y por tanto son las razones que expresan los pacientes para acudir directamente al SUH. Las respuestas son excluyentes de las 32 posibles (A1 hasta E5):

1. **Problemas relacionados con la patología actual o los antecedentes:** consta de seis ítems cerrados y un séptimo abierto.

- A1) Tiene determinada patología y ha sido alertado para que acuda a urgencias cuando aparezca determinado signo o síntoma.
- A2) Patología de base.
- A3) Aparente gravedad del problema actual.
- A4) Proviene de una accidente (automóvil o de otra naturaleza).
- A5) Problemas relacionados con drogas.
- A6) Antecedentes psiquiátricos.
- A7) Otros (especificar).

2. **Comodidad del paciente o desconocimiento** de la posibilidad de ser atendido en atención primaria: consta de seis ítems, más un séptimo (otros).

- B1) Vive cerca, le es más cómodo o tenía que desplazarse por otro motivo.
- B2) No pierde tiempo (rapidez).
- B3) No tiene que ausentarse del trabajo.

- B4) No tiene médico asignado
- B5) Desconoce la existencia de un servicio de urgencias extrahospitalario /PAC.
- B6) Desconoce el teléfono del CS o del servicio de urgencias extrahospitalarias /PAC.
- B7) Otros.

3. Mayor confianza en el Hospital/ desconfianza en AP: siete ítems cerrados y un octavo como respuesta abierta.

- C1) Ha acudido a su médico, servicio de urgencias extrahospitalario / PAC, pero no se fía / desea segunda opinión o no ha respondido al tratamiento.
- C2) Tiene historia en el hospital.
- C3) Cree que será mejor atendido.
- C4) Pertenencia (“me pertenece”).
- C5) Puede o cree ser atendido por especialistas.
- C6) Sabe que le van a realizar pruebas o es posible la realización de las mismas.
- C7) Consejo de acudir.
- C8) Otros (especificar).

4. Fallo en el dispositivo de AP/ PAC /urgencias extrahospitalarias.

- D1) La consulta del médico ha finalizado o incompatibilidad con el horario.
- D2) La cita para el CS no me la dan para hoy. En caso de respuesta afirmativa, señalar los días de demora.
- D3) Ante la tardanza en la atención (CS / PAC /visita domiciliaria) se ha dirigido al SUH.
- D4) Imposibilidad de contactar con CS / SU extrahospitalarias/ PAC
- D5) Otros.

5. Lista de espera en la atención especializada, problemas relacionados con pruebas complementarias u otros. En cada uno de los subapartados se investigó su relación con el motivo actual de la urgencia.

- E1) Lista de espera quirúrgica.
- E2) Lista consulta de primera vez (especificar especialidad).
- E3) Lista consulta de revisión (especificar especialidad).
- E4) Pendiente de realizar o ver el resultado de pruebas complementarias (especificar).
- E5) Otros.

Con posterioridad todos los subapartados anteriores se han agrupado en una sola variable con tres posibilidades: (1) 'Aporta Documento', (2) 'Derivación Viva Voz' y (3) 'Motu Proprio' como las tres modalidades básicas de acudir un paciente al SUH.

- **d) Clasificación por el protocolo de triage**: clasificación como banal o no del motivo de consulta actual del paciente con arreglo a los criterios del protocolo de triage (ANEXO II): la categoría IV ("banal"), categorías I, II y III ("no banal").
- **e) Forma de acceso hasta la consulta**: tres ítems posibles (andando, carrito, camilla).
- **f) Motivo de la consulta, exploración, antecedentes y "autopercepción de gravedad"**:
 - ¿Qué le ocurre? (Pregunta abierta: motivo expresado por el paciente o por el médico en el volante de derivación), Se codificará según nuestro modelo de "motivos de consulta a urgencias" (códigos "01 al 88"(ANEXO III). Esta variable se reagrupa en 31 ítems para simplificarla (Tabla 21).
 - Grupo de motivo de consulta por especialidades (codificadas del "01 al 18"(Tabla 20)).
 - ¿Desde cuando?, expresado en horas, días, semanas, meses o años; dos dígitos, sin decimales. Este ítem se reagrupa en tres modalidades: '<1 día', '1 día-<3 meses' y '≥3 meses'.
 - Exploración física: TA sistólica /diastólica en mmHg (expresada sin decimales), frecuencia cardíaca (expresada en lpm), temperatura axilar con un decimal expresada en grados centígrados, frecuencia respiratoria cuando se observa taquipnea o trabajo respiratorio (expresada en rpm) y otros hallazgos exploratorios de interés expresado como respuesta abierta (por ejemplo hemiparesia, masas, etc.).
 - Antecedentes personales: pregunta cerrada, 9 ítems posibles (ninguno, HTA, diabetes mellitus, cardiológicos, neumopatías, digestivos, reumatológicos, neoplásicos y otros). Estos 9 ítems se suma en una sola variable como índice de comorbilidad de cada paciente.

Tabla 21: Clasificación de los Motivos de Consulta.

| |
|--|
| 1-Dolor torácico, cualquier característica. |
| 2-Dolor abdominal y/o genital. |
| 3-Dolor cefálico, bucodentario u ORL. |
| 4-Dolor osteomuscular mecánico o postraumático. |
| 5-Dolor no especificado en las categorías anteriores. |
| 6-Disnea de apariencia cardiorespiratoria. |
| 7-Disnea alta o de otra apariencia. |
| 8-Pérdida o alteración nivel conciencia. |
| 9-Otro motivo neurológico distinto a 8. |
| 10-Sangrado (o sospecha) de origen digestivo. |
| 11-Otras etiologías de sangrado (no heridas). |
| 12-Alteración TA y/o del ritmo cardiaco. |
| 13-Síndrome febril con/sin foco. |
| 14-Otra patología ORL (diferente a 3 o 13). |
| 15-Patología nefrourológica (diferente a 2,11 o 13). |
| 16-Otra patología digestiva (diferente a 2,10 o 13). |
| 17-Otra patología respiratoria (diferente a 1, 4,6,11 y 13). |
| 18-Otra patología cardiaca (diferente a 1,4,6 y 13). |
| 19-Solicita, aporta o cree tener prueba patológica. |
| 20-Administración o problemas relacionado fármacos. |
| 21-Intoxicación placentera, autolítica o accidental. |
| 22-Otros motivos psicopatológicos diferentes a 21. |
| 23-Cuerpo extraño cualquier localización. |
| 24-Manifestaciones en piel, mucosas o faneras. |
| 25-Manifestaciones oculares diferentes a 23. |
| 26-Ingresa cadáver o en PCR. |
| 27-MEG, St gripales o catarrales. |
| 28-Síndrome constitucional. |
| 29-Patología ginecológica u obstétrica. |
| 30-Problema social. |
| 31-Otros motivos de consulta. |

TA: Tensión arterial. PCR: Parada cardiorespiratoria. MEG: Mal estado general.

- **g) Pruebas complementarias solicitadas;** se clasifican en cuatro categorías; son posibles varias respuestas, salvo la primera que es excluyente:

- Ninguna.
- Similares a las comunes en un centro de salud (ECG, glucemia capilar y orina).
- Analíticas habituales en urgencias hospitalarias (hemograma, bioquímica, coagulación, enzimas, gasometría) y radiología simple.
- Otras pruebas de imagen (ecografía, TAC y gammagrafía), cultivos y otros.

Quando se solicita alguna prueba complementaria, se contemplan dos items:

- Solicitada (SI / NO),
- El resultado obtenido es patológico (SI / NO).

Todas estas opciones se reagrupan en una variable que diferencia aquellas pruebas que se pueden realizar en un centro de salud de las que requieren el entorno hospitalario. Se diferencian tres opciones:

- 'No se realizan pruebas complementarias'.
- 'EKG y/o Orina y/o Glucemia'.
- 'Otras PC con/sin las anteriores'.

- **h) Tratamiento administrado al paciente**: 8 categorías. Son posibles varias respuestas, salvo la primera que es excluyente:

- Ninguno.
- Oral / sublingual.
- Intramuscular o subcutáneo.
- Intravenoso.
- Vía seca / heparinizada / para mantener vía.
- Fluidoterapia.
- Oxígeno.
- Otros.

Todas estas opciones se reagrupan en una variable que diferencia aquellos pacientes que no requieren tratamiento, los que se pueden realizar en un centro de salud y los que requieren el entorno hospitalario.

- 'No se administra ningún tratamiento'.
- 'Oral/Sublingual, Intramuscular/Subcutáneo'.
- 'Intravenoso, Fluidoterapia, Oxígeno u otras \pm las anteriores'.

- **i) Alta del paciente de urgencias**: 10 categorías (sólo una respuesta).

- Alta inmediata desde consulta de banales o policlínica.
- Alta tras espera (recepción de resultados, mejoría, etc.) pero sin pasar a sala de cuidados u observación.
- Alta desde sala de cuidados.
- Alta desde observación (se incluyen los pacientes que ingresan desde consultas, RCP o tras su paso por cuidados).
- RCP.
- Éxito.
- Traslado a otro hospital.
- Alta voluntaria.
- Ingreso y lugar desde donde se realiza: policlínica, sala de cuidados, observación o RCP.
- Se marcha sin atención o "fuga".

- **j) Diagnóstico final**: codificación diagnóstica según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-9R (2ª Revisión). Se registró el diagnóstico emitido por el médico asistencial responsable del paciente, con independencia de que el investigador estuviese o no de acuerdo con el mismo.

- **k) Necesidad de consulta especializada** (se incluye sí es valorado por el residente de la especialidad), tres posibles respuestas:
 - No.
 - Consultado pero no valorado (se incluyen consultas telefónicas, valoración conjunta de pruebas complementarias, discusiones o reflexiones sobre el paciente, etc.).
 - Valorado por el especialista: exige contacto físico entre el especialista consultado y el paciente.

Estas variables se agrupan en una sola ‘Consultado y/o valorado’ si o no. Se indica la especialidad correspondiente si procede (Tabla 20).

- **l) Médico que atiende al paciente**: médico interno residente (MIR), año de residencia: 1º a 5º año, o bien médico de plantilla.

- **m) Clasificación como adecuado o inadecuado**: con arreglo a los criterios del “PAUH modificado” (ANEXO IV).
 - **Adecuado**: puntúa en alguno de los criterios.
 - **Inadecuado**: no cumple ninguno de los criterios expresados en el PAUH modificado.

9.- PROCESAMIENTO DE DATOS Y TRATAMIENTO ESTADÍSTICO.

9.1.- Creación y depuración de la base de datos.

Para cada periodo anual se creó inicialmente una base de datos de forma independiente. Se utilizó la opción ENTER del programa EPIINFO Versión 6.04a (programa en MS-DOS y formato dBASE4). Al introducir los datos de cada encuesta se le asignó un número correlativo que junto a la variable 'año' quedaba plenamente identificada para facilitar la depuración posterior de la misma. La fusión de las tres bases de datos requirió una primera transformación en un formato legible para los programas estadísticos. Para ello se utilizó el programa EPIINFO 6.04a. Una vez fusionados en un único bloque de datos se realizó un examen pormenorizado cruzando variables en búsqueda de posibles erratas. Finalizada esta tarea la base de datos se encontraba en disposición de ser analizada estadísticamente.

9.2.- Tratamiento estadístico.

El paquete estadístico empleado fue el SPSS 14.1 y STATA 9.2 en la mayoría de los análisis. Para el conjunto de la muestra de pacientes se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo para cada una de las variables recogidas, centrándonos en la distribución de frecuencias para las variables cualitativas y en medidas básicas de resumen (media, desviación típica, mediana, etc) para las variables cuantitativas.

Para valorar la asociación entre las diferentes variables estudiadas y la adecuación o no de la visita a urgencias se emplearon las correspondientes tablas de contingencia, si es que las variables eran cualitativas, y se empleó el test χ^2 para ellas, procediéndose a la partición de la tabla cuando esta dio significativa (se comprobó mediante el test exacto de Fisher (metodología de Monte Carlo)). Cuando la variable era cuantitativa, se empleó el test de comparación de dos medias para muestras independientes con la corrección de Welch cuando fue necesario.

Con objeto de predecir los factores que estaban asociados de manera independiente con lo inadecuado de la urgencia se realizó un ajuste empleando la regresión logística. Con ella se estimaron las razones del producto cruzado (odds ratio) para cada uno de los factores y sus respectivos intervalos de confianza al 95%. La construcción de los modelos que contiene a las variables que se asocian de manera independiente con lo inadecuado de la urgencia, se hizo

siguiendo un camino en tres pasos: en el primer paso se realizó un estudio bivariado de cada una de las variables, por separado, con la inadecuación de la urgencia (Modelo 0).

El siguiente paso consistió en realizar un estudio multivariado en función de las tres formas diferentes en que se han agrupado los centros de salud. El Modelo 1 estudia el efecto multivariado sobre la inadecuación con la variable 'centro de salud' original en los cinco centros estudiados. El Modelo 2 estudia el efecto multivariado agrupando la variable 'centro de salud' en tres grupos, La Chana por un lado, Gran Capitán por otro y finalmente agrupados el resto de centros en un solo grupo. Y en el Modelo 3 se comparó el centro de La Chana frente al resto de centros de salud. En cada modelo se eliminaron aquellas variables que no aportaban información relevante dejando los tres modelos definitivos que se exponen.

El paso final consistió en analizar las interacciones de las variables 'centro de salud' y 'periodo de estudio' controlando por la variable 'horario DCCU' y luego por todas las variables en los tres modelos.

El proceso anteriormente descrito se realizó también para la variable 'modalidad de derivación' del paciente al SUH y para el estudio de la inadecuación por grupos de criterios de adecuación.

Todos los modelos ajustados fueron sometidos a la verificación de residuos para la detección tanto de datos influyentes como de datos extremos y en ellos se llevó a cabo el cálculo del test de bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow que nunca dio significativo.

RESULTADOS

RESULTADOS

1.-CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.

1.1.- Número de asistencias:

Durante el periodo de estudio se han recogido 4.201 asistencias distribuidas por años y centros de salud (Tabla 22). En el periodo correspondiente al año 2001, el número de asistencias registradas es sensiblemente inferior a los periodos 2003 y 2004 por la diferente naturaleza del muestreo de dicho periodo (ver: Material y Métodos). Esta diferencia se tiene en cuenta en los cálculos posteriores.

1.2.- Características sociodemográficas:

La **edad** de los pacientes atendidos osciló entre 14 y 101 años, con una edad media de 49,5 y una desviación típica de 21,5 (Tabla 23). La media de edad aumenta a lo largo del tiempo ($p<0,05$) con diferencias significativas entre los periodos 2001 y 2004 ($p<0,05$). De forma global la edad media presentó diferencias significativas entre los centros de salud ($p<0,001$), al buscar las causas de dichas diferencias se establecieron dos grupos, el primero con una edad media de 46,8 años formado por Cartuja, Eugenia Montijo y Maracena entre los que no hubo diferencias significativas y el segundo con una edad media de 52,5 años La Chana y Gran Capitán donde tampoco se encontraron diferencias significativas.

Respecto al **sexo** se obtuvo un 47,9% de varones. No se encontraron diferencias significativas entre los diferentes periodos y centros de salud (Tabla 23).

1.3.- Distribución por días de la semana y mes del año:

En la Figura 4 se expone gráficamente la distribución media de consultas médicas en las urgencias hospitalarias del H. Ruiz de Alda a lo largo de la semana. Previamente se ha aplicado un factor corrector al número de asistencias de cada día de la semana ya que algunos días se encuentran más representados que otros. El lunes suele ser un día de mayor afluencia, lo que se puso de manifiesto de manera destacada en el periodo del año 2004 y menos en el 2001. En cuanto al mes del año no se obtuvieron resultados significativos.

1.4.- Frecuentación anual:

En la Tabla 24 se indica la frecuentación anual o número de consultas atendidas respecto a la población. Dicha población se corresponde a la suma de los cupos de cada centro de salud (descontando los menores de 14 años). Y puede observarse como aumentaron progresivamente los cupos adscritos en torno a un 6% anual de media. La frecuentación estimada decreció con el tiempo en todos los centros de salud.

2.-DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES RECOGIDAS POR CENTRO DE SALUD Y AÑO DE ESTUDIO.

2.1.- Asistencias por turnos laborales:

La distribución de asistencias por turno de trabajo obtuvo una mayor afluencia en el turno de tarde con un 41,7% de las asistencias, seguido por el turno de mañana con un 38,3%. En el tercer turno acudió el 20,1% (Tabla 25-A y 25-B). En la Figura 5 se muestra la llegada de los pacientes a lo largo del día por horas, con descensos de la afluencia entre las 13 y 15 horas y a partir de las 23 horas.

A lo largo de los años se observó una disminución porcentual de las asistencias en los turnos de tarde y noche mientras que el turno de mañana aumentó progresivamente siendo estos cambios estadísticamente significativos ($p < 0,05$).

Entre los centros de salud se encontraron diferencias significativas ($p < 0,001$) que se confirmaron en los años 2003 y 2004.

2.2.- Asistencias en el horario DCCU:

El porcentaje de asistencias en este horario observó una disminución progresiva con los años desde el 62,7% hasta el 55,7% que fue estadísticamente significativa ($p < 0,01$) solo se confirmó para el centro de salud La Chana ($p < 0,01$). (Tabla 26-A y 26-B).

Entre los centros de salud se detectaron diferencias estadísticas ($p < 0,0001$) que se confirmaron para los años 2003 y 2004.

2.3.- Tipo de derivación:

En la Tabla 27-A y 27-B se presentan los porcentajes y el intervalo de confianza al 95% de cada tipo de derivación. De forma global se encontraron diferencias estadísticamente significativas a lo largo del tiempo destacando el aumento del porcentaje de asistencias que ‘aporta documento de derivación’ desde el 18,6% hasta el 24,3% y disminuyó el porcentaje de ‘motu propio’ desde el 77,0% hasta el 71,2% ($p<0,01$). Este fenómeno no fue homogéneo en todos los centros de salud sólo en Cartuja que se redujo ‘aporta documento de derivación’ y en La Chana que aumentó, fueron estadísticamente significativos.

Se encontraron diferencias significativas entre los centros de salud tanto de forma global ($p<0,001$) como en los tres periodos de estudio (Tabla 27-B).

En las Tablas 28-A y 28-B se ha reagrupado la modalidad ‘aporta documento’ frente a la opción ‘derivación viva voz + motu propio’. De forma global se apreciaron diferencias estadísticamente significativas a lo largo del tiempo ($p<0,01$), presentando un ascenso de los pacientes que aportaron documento de derivación desde el 18,6% hasta el 24,3%. Esta circunstancia se confirmó estadísticamente para el centro de salud La Chana ($p<0,01$) donde el porcentaje de pacientes derivados con documento ascendió desde el 17,8% hasta el 32,5%.

Entre los centros de salud existieron diferencias estadísticas globales ($p<0,001$), que se mantuvo en los tres periodos de estudio.

2.4.- Motivos ‘motu propio’ para acudir al SUH:

Aquellos pacientes que acudieron directamente al SUH sin consulta previa o ‘motu propio’ alegaron una serie de razones por las que decidieron ir directamente al hospital. Los motivos más destacados son los relacionados con la propia enfermedad o ‘patología’ (31,4%) y la ‘confianza’ en el hospital (30,4%). De forma global los motivos de acudir al hospital presentaron diferencias significativas a lo largo del tiempo ($p<0,01$) que por centros de salud sólo se mantuvo en La Chana ($p<0,05$). Entre los centros de salud también surgieron diferencias estadísticamente significativas ($p<0,001$) que se confirmaron para los años 2003 y 2004 (Tabla 29-A y 29-B).

2.5.- Motivos de consulta:

Los motivos de consulta más frecuentes atendiendo a la clasificación final de los mismos agrupados en 31 items (Tabla 21) fueron ‘Dolor abdominal y/o genital’ con 13,8% de los casos, ‘Manifestaciones oculares diferentes a cuerpo extraño’ con un 9,4% y ‘Dolor torácico, cualquier característica’ 8,7%.

En los distintos periodos recogidos se observó un aumento de las consultas por ‘Manifestaciones oculares diferentes a cuerpo extraño’ y por ‘Dolor torácico, de cualquier característica’. En cambio disminuyeron las consultas por ‘Disnea de apariencia cardiorrespiratoria’ y por ‘Dolor cefálico, bucodental u ORL’.

Por centros de salud el primer motivo fue ‘Dolor abdominal y/o genital’ pero en segundo lugar discrepó Cartuja con ‘Disnea de apariencia cardiorrespiratoria’. En La Chana este mismo motivo de consulta se encontró en tercer lugar. En los centros de salud se encontraron diferencias significativas a lo largo del estudio en Gran Capitán ($p < 0,01$) y en Maracena ($p < 0,05$) con una tendencia similar a la descrita en el ámbito global. Por periodos anuales solo hubo diferencias estadísticas entre los centros de salud para el año 2004 ($p < 0,05$).

Si estudiamos los motivos de consulta por **especialidades** médicas o quirúrgicas, en primer lugar apareció la patología relacionada con la especialidad de ‘Digestivo’ (16,1%), seguida de los motivos asociados con ‘Oftalmología’ (13,2%) y los de ‘Respiratorio’ (11%). En cuarto lugar destacó también ‘Otorrinolaringología’ (10,4%). Entre estos cuatro grupos se incluyeron el 50% de las asistencias. Globalmente se observaron diferencias significativas a lo largo de los periodos de estudio ($p < 0,001$). Se apreció una tendencia al ascenso de la patología relacionada con ‘Oftalmología’ y un descenso de la correspondiente a ‘Otorrinolaringología’.

2.6.- Tiempo de evolución de los síntomas:

De todos los pacientes que acudieron al SUH, un tercio (32,8%), presentaron ‘menos de un día’ de tiempo de evolución de sus síntomas (Tabla 30-A). Este porcentaje va en aumento en los sucesivos periodos de estudio, junto a la disminución tanto de los usuarios que acuden con un tiempo de evolución de síntomas de ‘un día hasta tres meses’, como de todos aquellos con ‘más de tres meses’ de evolución, si bien los resultados solo fueron significativos para Cartuja y La Chana (Tabla 30-B).

Por periodos anuales de estudio, se advierte que existen diferencias significativas entre los centros de salud en el periodo 2001 y en el 2003.

2.7.- Número de patologías asociadas o comorbilidad:

La presencia de patología previa relacionada o no con la asistencia en el SUH se muestra en la Tabla 32 distribuida en 8 grupos. Dos patologías presentaron alta prevalencia, la 'Hipertensión' (19,8%) y la 'Diabetes' (9,9%). El resto de patologías se muestran agrupadas excepto la presencia de 'Neoplasia' que con frecuencia fue el motivo de consulta por sus posibles complicaciones.

En la Tabla 31-A se observó que el 38,1% de pacientes no presentaba ninguna patología asociada, mientras que el resto mostraron una o más patologías asociadas. Entre los centros de salud apareció de forma global una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$) que solo se confirmó en el año 2004 (Tabla 31-B).

2.8.- Pruebas complementarias realizadas en el SUH:

Se puso de manifiesto un ascenso de los casos a los que se les realizó algún tipo de prueba complementaria hospitalaria desde el 48,5% hasta el 57,1%. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas a lo largo del tiempo ($p < 0,001$), y se mantuvieron para los centros de salud Eugenia Montijo y La Chana (Tablas 33-A y 33-B).

2.9.- Tratamiento administrado en urgencias:

No recibieron ningún tipo de tratamiento el 46,3% de los pacientes (Tabla 34-A), circunstancia que se mantuvo con el tiempo. En cambio sí aumentaron de forma significativa los tratamientos menos utilizadas en un centro de salud (vía intravenosa, oxígeno) ($p < 0,01$) (Tabla 34-B), si bien al estratificar por centros este aumento se observó solo para La Chana y Maracena.

Existían diferencias de comportamiento entre los centros de salud ($p < 0,05$) pero solo en el periodo 2003 ($p < 0,05$).

2.10.- Alta o destinos del paciente en urgencias:

El 84,9% de los casos fueron 'alta directa' a su domicilio o bien 'alta tras espera o desde sala de cuidados' (Tabla 35-A). Entre los centros de salud las diferencias fueron significativas solo de forma global ($p<0,001$) y para el periodo 2004 ($p<0,05$) (Tabla 35-B).

Para profundizar en las causas de dichas diferencias se agregaron por un lado 'alta directa' + 'alta tras espera o desde sala de cuidados' y por otro lado 'alta desde sala de observación' + 'ingresos' (se han descartado 'fugas') (Tabla 36-A y 36-B). Se observó un aumento de los ingresos y de los pacientes que requirieron observación prolongada en el área de urgencias con los periodos de estudio ($p<0,001$), diferencia significativa que se mantuvo en los centros de salud Eugenia Montijo y La Chana.

Entre los centros de salud existieron diferencias significativas en el ámbito global ($p<0,01$), que se mantuvo para el año 2001 ($p<0,05$).

2.11.- Diagnóstico al alta según CIE-9R:

En cuanto al diagnóstico del paciente al alta según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-9R (2ª revisión) y agrupados por epígrafes temáticos, destacó como el grupo más diagnosticado 'signos y síntomas mal definidos' con 19,3% de media, el segundo grupo fue 'enfermedades del sist nervioso y órgano de los sentidos', y el tercero más numeroso 'enfermedades del aparato respiratorio'.

A nivel global existieron diferencias estadísticamente significativas a lo largo de los años ($p<0,001$), que se confirmó para los centros de salud Gran Capitán y Maracena. Entre los centros de salud existieron diferencias globales ($p<0,01$) que por años sólo se observó en el periodo 2001.

2.12.- Consulta al especialista desde las urgencias:

Globalmente aumentaron las consultas al especialista desde un 17,6% hasta un 25,4% siendo las diferencias significativas ($p<0,001$). Esta tendencia creciente en el porcentaje de consultas al especialista se observó para los cinco centros del estudio, aunque solo para Gran Capitán se obtuvieron diferencias significativas ($p<0,05$) (Tablas 37-A y 37-B).

2.13.- Médico que atiende al paciente:

Aumentaron la proporción de pacientes que son atendidos por médicos MIR de forma global desde un 45,1% hasta el 53,9% y se redujeron por los médicos de plantilla desde el 54,9% hasta el 46,1% ($p < 0,001$). (Tablas 38-A y 38-B).

3.- TRIAGE E INADECUACIÓN / ADECUACIÓN EN URGENCIAS.

3.1.- Evolución del triage en urgencias:

Globalmente el 38,9% de las asistencias se califican como banales. No se apreciaron diferencias significativas en este resultado del Triage (banal / no banal) a lo largo de los años de estudio. Tampoco para cada centro de salud a lo largo del tiempo. Sí aparecieron diferencias significativas entre los centros de salud de forma global ($p < 0,01$) que por periodos de estudio solo fueron significativas para el año 2004 ($p < 0,05$), fueron debida a la diferencia existente entre Cartuja y La Chana por una parte y Eugenia Montijo, Gran Capitán y Maracena por la otra. El primer grupo con menos porcentaje de pacientes banales y mayor en el segundo. No existieron diferencias dentro de cada uno de estos bloques (Tabla 39-A y 39-B). La Figura 6 representa la evolución del porcentaje de asistencias banales a lo largo del tiempo para cada centro de salud.

3.2.- Evolución de la Inadecuación en urgencias:

La proporción de asistencias inadecuadas para el SUH atendidas fue de un 47,6%. Se aprecia una reducción de la inadecuación desde un 54,7% en el 2001 hasta un 43,1% en el periodo de 2004, estadísticamente significativa a lo largo de los periodos de estudio ($p < 0,0001$) (Tabla 40-A y 40-B).

Este fenómeno se observó en todos los centros de salud y fue significativo para Eugenia Montijo ($p < 0,01$), La Chana ($p < 0,01$) y Maracena ($p < 0,01$).

En el periodo de estudio 2001 se observaron diferencias significativas en la proporción de inadecuación entre los centros de salud ($p < 0,05$). Se observaron diferencias significativas entre Cartuja y Gran Capitán por una parte con bajo porcentaje de inadecuación 47,5% y 49,6%

respectivamente y Eugenia Montijo y Maracena por la otra con porcentajes de inadecuación del 62,4% y 61,6% respectivamente ($p < 0,001$).

El porcentaje de inadecuación en La Chana mostró un comportamiento intermedio en los años 2001 y 2003, sin que se observaran diferencias significativas respecto a los grupos anteriores. En el año 2004, el porcentaje de inadecuación de La Chana (37,8%) fue inferior al observado para el resto de los centros, obteniéndose diferencias estadísticamente significativas cuando se enfrentaron a los cuatro centros restantes unidos, o frente a Eugenia Montijo+Maracena ($p < 0,05$) (Figura 7).

3.3.- Criterios de Adecuación por grupos:

A continuación se analizan los criterios de adecuación en los cinco grupos principales del PAUHm utilizando solo los datos de las asistencias adecuadas.

a) Criterios de Adecuación relacionados con la gravedad:

Se observó una tendencia a la baja en el porcentaje de pacientes adecuados que presentaban criterios de gravedad significativa de forma global ($p < 0,001$) y para los centros de Eugenia Montijo ($p < 0,05$) y Gran Capitán ($p < 0,01$) (Tabla 41-A y 41-B).

b) Criterios de Adecuación relacionados con el tratamiento:

Se apreciaron descensos estadísticamente significativas a lo largo del tiempo de forma global ($p < 0,01$) que se confirma par Cartuja, La Chana y Gran Capitán (Tabla 42-A y 42-B).

c) Criterios de Adecuación relacionados con la intensidad diagnóstica:

En relación con el porcentaje de pacientes adecuados que presentaban criterios de Intensidad Diagnóstica no se observaron variaciones estadísticamente significativas a lo largo del tiempo. Destacó el menor porcentaje de criterio de Intensidad Diagnóstica en el centro de Gran capitán para el año 2001 ($p < 0,05$) (Tabla 43-A y 43-B).

d) Otros criterios de Adecuación:

Para otros criterios de adecuación se observaron diferencias estadísticamente significativas a lo largo del tiempo solo para el centro de salud Eugenia Montijo con un ascenso desde el 9,4% hasta el 25,0% ($p < 0,01$) (Tabla 44-A y 44-B).

e) Criterios de Adecuación para pacientes que acuden espontáneamente:

El 25,8% de los pacientes adecuados presentaban algún criterio de esta categoría. Ni por periodos ni entre los centros de salud se apreciaron cambios estadísticamente significativos (Tabla 45-A y 45-B).

4.-ANÁLISIS BIVARIABLE DE LA INADECUACIÓN.

4.1.- Características demográficas:

Cuando se analizaron las variables asociadas a la inadecuación no se encontró un efecto significativo para el sexo pero sí para la edad, comparando los pacientes ' \geq de 70 años' con los otros tres grupos de edad ' \leq 30 años', '31 – 48 años' y '46 – 69 años' se observó un efecto significativo sobre la inadecuación, de 3,16 veces mayor en ' \leq 30 años' y 1,78 en el grupo de '49 – 69 años' con relación al grupo ' \geq de 70 años'. Dividiendo en dos grupos de edad ' \geq 65 años' y '< 65 años' también se detectó una asociación significativa 2,44 más inadecuación en el grupo más joven respecto del grupo de mayor edad (Tabla 46).

4.2.- Centros de salud:

El efecto observado para los centros de salud indicó que Eugenia Montijo al igual que Maracena tenían una frecuencia de inadecuación 1,26 y 1,23 veces respectivamente superior a La Chana.

Agrupando los centros de salud en tres grupos La Chana por un lado, Gran Capitán por otro y el resto en un tercer grupo no demostró significación alguna. Tampoco se encontró significación estadística al agrupar todos los centros de salud y compararlos frente a La Chana.

La variable centro de salud docente no demostró influir en la inadecuación.

4.3.- Tipo de derivación y motivos de consulta:

La forma de derivación del paciente al SUH se asoció a una frecuencia 3,33 veces mayor de inadecuación para aquellos pacientes que acuden por propia iniciativa o por inducción verbal de un médico ('Viva voz + Motu Propio') respecto aquellos que llegaron correctamente derivados.

Los 31 motivos de consulta en las asistencias clínicas se han agrupado en función del porcentaje de inadecuación (ANEXO V). La variable resultante se asoció significativamente a la frecuencia de inadecuación mostrando una clara relación dosis-respuesta.

Para los motivos de consulta, clasificados por especialidades y nuevamente agrupados en tres niveles en función del porcentaje de inadecuación (ANEXO V) se obtuvo igualmente una asociación significativa con la frecuencia de inadecuación (Tabla 46).

4.4.- Duración de los síntomas, acceso a la consulta y diagnóstico:

Los pacientes que acudieron con una duración de los síntomas de entre 1 día y 3 meses de evolución y más de 3 meses presentaron respectivamente 1,85 y 3,69 veces mayor frecuencia de uso inadecuado comparados con los pacientes con menos de 1 día de duración de los síntomas.

La forma de acceso a la consulta se asoció a una frecuencia de uso inadecuado 31,54 veces mayor al llegar el paciente 'Andando' o 5,67 veces al llegar en 'Carrito' al compararlo con los pacientes que son traídos en 'Camilla'.

Los diagnósticos de las asistencias clasificados en los 17 grupos principales del CIE-9R se reagruparon en cuatro grupos en función del porcentaje de inadecuación (ANEXO V). En la Tabla 46 puede comprobarse como las odds ratios resultantes mostraron un fuerte gradiente.

4.5.- Periodos anuales de estudio y horarios de asistencia:

Los distintos periodos de estudio se asociaron a diferencias significativas en el porcentaje de inadecuación de forma que respecto al año 2004, la frecuencia de uso inadecuado fue 1,60 veces mayor en el primer periodo (año 2001) y 1,26 veces mayor en el segundo (año 2003).

En relación con el turno, los sujetos que llegaron por la mañana o por la tarde realizaban un uso inadecuado con una frecuencia 1,22 y 1,28 veces mayor respectivamente que los que acudían por la noche, efectos estadísticamente significativos en cada bloque horario.

Se recodificó esta variable distribuyendo las asistencias en función de que se realizaran o no durante el horario de funcionamiento de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU), sin que se apreciaran diferencias significativas en la frecuencia de inadecuación.

4.6.- Comorbilidad y médico que asiste en el SUH:

La existencia de comorbilidad se asoció a una frecuencia significativamente inferior de uso inadecuado cualquiera que fuese el tipo de comorbilidad, con un efecto débil para los procesos reumatológicos (OR=0,66; 0,52-0,84) y más fuerte para la patología cardiovascular (OR=0,22; 0,17-0,27) o respiratoria (OR=0,21; 0,52-0,84). La presencia de diabetes, hipertensión o procesos digestivos supuso una frecuencia de inadecuación aproximadamente 0,4 veces menor que los sujetos sin dichas patologías. Cuando se sumaron los distintos procesos mórbidos que presentaba cada paciente se comprobó como la odds de inadecuación máxima correspondía a los sujetos sin patología e iba disminuyendo conforme aumentaba el número de comorbilidades.

Finalmente se incluyó en el análisis el médico que atiende la urgencia: MIR frente a adjunto, comprobándose que los pacientes atendidos por los primeros resultaban inadecuados con una frecuencia 0,52 veces inferior a los atendidos por un adjunto.

5.-ANÁLISIS MULTIVARIABLE DE LA INADecuACIÓN.

Todas estas variables antes comentadas se introdujeron en un modelo de regresión logística múltiple. Se realizan tres modelos en función del tipo de estratificación realizado con la variable centro de salud (en 5, 3 o 2 categorías, modelos 1, 2 y 3 respectivamente). Los resultados se recogen en la Tabla 46 junto al análisis crudo.

Ni el **sexo** ni la **edad** se asociaron de forma significativa con el uso inadecuado en ninguno de los tres modelos, tampoco se encontró efecto significativo para el centro de salud. La influencia que la categorización de esta variable ejerció sobre el ajuste de las restantes fue mínima como puede comprobarse por la similitud de los ajustes obtenidos. El **tipo de derivación**, por

ejemplo, se asoció con una frecuencia de uso inadecuado 2,15 veces mayor cuando el paciente acudía por propia iniciativa o por indicación verbal que cuando era correctamente derivado.

En los tres modelos se mantuvo el efecto significativo del **motivo de consulta**, que aunque bastante atenuado respecto a los resultados crudos, conservó el gradiente señalado previamente, lo mismo ocurrió con el motivo de consulta agrupado por especialidades, la duración de los síntomas, o la presencia de comorbilidades.

El grupo **diagnóstico** por el contrario pasó a presentar un efecto protector, paradójico, probablemente debido a la existencia de colinealidad con la variable motivo de consulta.

El efecto del **periodo de estudio** se vio incrementado cuando se ajustaba por el resto de las variables. Así la frecuencia de inadecuación en el año 2001 resultaba 2,02 veces mayor que en el 2004 y en el 2003 1,38 veces mayor que en el año siguiente.

Para el **turno laboral** se invirtió el efecto observado en el análisis crudo de forma que la frecuencia de uso inadecuado era 0,72 y 0,74 veces inferior en los turnos de mañana y tarde respecto al turno de noche sin que se reflejara en ninguno de los tres modelos un efecto significativo de la agrupación en función del horario DCCU.

El efecto del **médico** se atenuó discretamente, pero mantuvo la significación estadística: las asistencias atendidas por residentes, una vez controlado el efecto del motivo de consulta, número de comorbilidades, tipo de derivación, etc, resultaban inadecuadas con una frecuencia 0,74 veces inferior a las atendidas por los adjuntos.

6.-ANÁLISIS BIVARIABLE DEL TIPO DE DERIVACIÓN.

6.1.- Características demográficas:

Cuando se analizaron las variables asociadas a la utilización del SUH por propia iniciativa (incluyendo en este grupo las asistencias derivadas por consejo verbal de un médico), no se demostró un efecto significativo para el sexo, en cambio si se encontró un efecto significativo para la edad, comparados con el grupo de más de 70 años, los pacientes ≤ 30 años presentaron una frecuencia de uso espontáneo 2,58 veces mayor, si bien este efecto se va reduciendo progresivamente al aumentar la edad. Dividiendo la edad en dos grupos se mantenía la

diferencia, los pacientes menores de 65 años acudían por propia iniciativa con una frecuencia 2,30 veces mayor que los iguales o mayores de 65 años (Tabla 47).

6.2.- Centros de salud:

Al tomar como referencia el centro de salud de La Chana se encontraron asociaciones significativas con la frecuencia de uso espontánea para Cartuja (OR=1,39; 1,08-1,79), Eugenia Montijo (OR=1,53; 1,20-1,95) y Maracena (OR=1,49; 1,18-1,89). Cuando se agruparon los centros de salud que no disponen de Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) se mantuvo la asociación significativa La frecuencia de uso del SUH por iniciativa propia fue 1,47 (1,21-1,79) veces mayor que la correspondiente a La Chana sin embargo dicha frecuencia era prácticamente igual en Gran Capitán que en La Chana (OR=1,07; 0,87-1,32). Finalmente se agruparon todos los centros comparándolos con La Chana, de nuevo se observó una asociación estadísticamente significativa aunque levemente reducida.

No existieron diferencias entre centros de salud docentes y no docentes.

6.3.- Motivos de consulta:

Los motivos de consulta agrupados según el porcentaje de inadecuación (ANEXO V) se asociaron significativamente y de forma lineal con la frecuencia de pacientes que acuden sin documento de derivación de un médico.

Los motivos de consulta clasificados según especialidades y nuevamente agrupados según el porcentaje de inadecuación (ANEXO V) se asociaron igualmente con la frecuencia de asistencias no derivadas formalmente que aumentaba del mismo modo que la inadecuación (Tabla 47).

6.4.- Duración de los síntomas, acceso a la consulta y diagnóstico:

Respecto a la duración de los síntomas, tomando como referencia a los pacientes de menos de 1 día de evolución, se encontró una frecuencia significativamente mayor de uso espontáneo: 1,28 veces mayor para los pacientes con sintomatología de 1 a 3 meses de evolución y 2,47 veces mayor cuando los síntomas persisten durante más de 3 meses.

Fue evidente la asociación entre acudir andando o en carrito más frecuente y acudir sin aportar documento de derivación (54,74 y 16,54 respectivamente) al compararse con los pacientes que son llevados en camilla a la consulta del hospital.

El diagnóstico agrupado por el porcentaje de inadecuación (ANEXO V) mostró también asociaciones significativas con la falta de documento de derivación.

6.5.- Periodo anual de estudio y horario de asistencia:

La frecuencia de uso espontáneo se asoció con el periodo de estudio sugiriendo una disminución en el tiempo. Las demandas por propia iniciativa fueron 1,40 veces más frecuentes en el año 2001 que en el 2004 y 1,20 veces más frecuentes en el 2003 respecto al 2004.

En relación con el turno de trabajo la frecuencia de uso espontáneo fue 1,40 veces mayor en el horario de tarde que en el de noche. Sin que se encontraran diferencias significativas en el turno de mañana y noche. Agrupando en función del horario DCCU se observó una frecuencia significativamente inferior de uso espontáneo fuera de dicho horario.

6.6.- Comorbilidad y médico que asiste en el SUH:

Todas las patologías recogidas excepto las reumatológicas se asociaron a menor frecuencia de uso espontáneo. En el caso de la neoplasia este efecto no llegó a ser significativo. Cuando se analizó el número de comorbilidades se comprobó una asociación significativa con la frecuencia de uso espontáneo cuya frecuencia disminuyó al aumentar el número de comorbilidades.

La variable médico no mostró ningún efecto significativo.

7.-ANÁLISIS MULTIVARIABLE DEL TIPO DE DERIVACIÓN.

En la Tabla 47 se recogen los resultados obtenidos al incluir las variables antes comentadas en un modelo de regresión logística múltiple. Se realizaron tres modelos en función del tipo de estratificación realizada con la variable centro de salud (en 5, 3 o 2 categorías, modelos 1, 2 y 3 respectivamente).

El **sexo** no mostró efecto significativo, pero sí la **edad**, aunque atenuado respecto al modelo bruto, con una frecuencia 1,23 mayor de demanda espontánea entre los pacientes menores de 65 años respecto a los iguales o mayores de 65 años.

La influencia de la categorización por la variable **centro de salud** no parece afectar al resto de las variables, para las que se obtuvieron resultados similares en todos los modelos. En el Modelo 1 se encontraron asociaciones significativas que implicaban mayor frecuencia de uso espontáneo para Eugenia Montijo (OR=1,33; 1,02-1,73) y Maracena (OR=1,40; 1,08-1,82) respecto a La Chana. Cuando agrupamos los centros de salud sin DCCU (Modelo 2) nuevamente se detectó una asociación significativa, la frecuencia de uso sin derivación formal fue 1,33 veces superior entre los pacientes procedentes de Cartuja, Eugenia Montijo o Maracena respecto a los procedentes de La Chana. Finalmente comparando este centro de salud frente a todos los demás centros (Modelo 3) se mantuvo la asociación significativa, aunque atenuada (OR=1,26; 1,08-1,82).

Para las variables **motivo de consulta**, **motivo de consulta agrupado por especialidad y diagnóstico**, categorizadas en función del porcentaje de uso inadecuado que presentaban (ANEXO V) se comprobó como su efecto se atenuaba e incluso dejaba de ser significativo al ajustar por el resto de las variables incluidas en el modelo. Un efecto similar se comprobó para el **número de comorbilidades**, variable que no se asoció con la demanda espontánea en los análisis multivariados.

El **acceso a la consulta** mantuvo prácticamente el mismo efecto que en el análisis crudo. Por el contrario, la **duración de los síntomas** invirtió su efecto, paradójicamente, los pacientes que acudían con clínica de 1 día a 3 meses de evolución presentaban una frecuencia de uso del SUH sin documento de derivación 0,78 veces menor que los pacientes con menos de 1 día de evolución. Lo mismo ocurrió cuando la sintomatología duraba más de 3 meses, en este caso sin que el efecto llegara a ser estadísticamente significativo.

Al comparar los **periodos anuales** disminuyó la diferencia del año 2003 respecto del 2004, pero se mantuvo la asociación significativa para el año 2001 con 1,45 veces más pacientes sin documento de derivación respecto al año 2004.

Respecto a los **turnos laborales** se mantuvo el efecto observado para el turno de tarde (OR=1,40; 1,11-1,77) y se incrementó notoriamente el efecto correspondiente al turno de mañana, significativo en todos los modelos. Los resultados indican que tras ajustar por el resto

de las variables, las urgencias atendidas en los turnos de mañana y tarde llegan sin derivación formal respectivamente 1,47 y 1,40 veces más frecuentemente que los atendidos durante la noche. Agrupando el horario en función de la **apertura del DCCU** se constata el carácter protector (OR=0,72; 0,58-0,89). Supone que fuera del horario de apertura del DCCU acuden menos pacientes sin documento de derivación que en el horario de apertura de estos dispositivos.

El **médico** que atiende en el SUH igual que en el modelo bruto, no se asoció significativamente con el tipo de demanda.

8.-ANÁLISIS DE LAS INTERACCIONES DE LA INADECUACIÓN Y TIPO DE DERIVACIÓN.

8.1.- Interacciones para la variable inadecuación.

a) Acerca de las interacciones del año, el centro de salud y el DCCU.

Con objeto de determinar si había algún efecto del centro de Salud, aunque fuera diferente a lo largo del tiempo, se ajustaron una serie de modelos de regresión logística en los que aparecían siempre los términos del 'año', el 'centro de salud' y el 'horario DCCU', así como la interacción entre año y centro de salud. El centro de salud fue considerado de tres maneras diferentes, la primera en la que se consideraban los cinco centros de salud sin agruparlos, la segunda en la que se agrupaban en tres modalidades (La Chana, Cartuja+Eugenia Montijo+Maracena y Gran Capitán) y la tercera en la que se consideró La Chana contra el resto de los centros de Salud. En las tres situaciones se ajustó un modelo de regresión logística con el año, el centro de salud y la interacción entre ambos, todo ello ajustado por la variable DCCU o bien por el conjunto de variables del estudio; en todos los casos se estudió si la interacción era significativa y si aún no siendo significativas las comparaciones entre centros de salud, de año en año, y las comparaciones entre años, centro de salud a centro de salud, eran significativas.

En el caso de la división del centro de salud en 5 categorías la interacción no resultó significativa, $p=0,814$, y ninguna de las comparaciones particulares dió significativa por lo que no se daran más detalles de este modelo. Sin embargo, las otras situaciones si se especificarán detalladamente.

b) Caso en que el centro de salud está especificado en tres categorías.

Cuando se llevó a cabo el test para la interacción año-centro de salud, controlando sólo por horario DCCU se obtuvo una $\chi^2_{\text{exp}} = 5,05$, 4 g.l., $p=0,2821$, que como se ve es claramente no significativa. No obstante esta ausencia de significación, se pasa a realizar las comparaciones entre centros de salud de año en año y las comparaciones entre años centro a centro. Las odds ratios obtenidas de esas comparaciones figuran en las Tablas 48 y 49.

Se obtuvieron odds ratio significativas para el año 2004 vs 2001 en el centro de salud La Chana, tanto para el 2003 como para el 2004 vs 2001 en Cartuja+Eugenia Montijo+Maracena (C+EM+M) y no significativas en Gran Capitán. Las comparaciones entre centros sólo fueron significativas en el caso de la comparación de C+EM+M frente a La Chana en el periodo de 2004.

Ajustando por todas las variables no se observaron diferencias significativas para las comparaciones entre centros, y si para las comparaciones entre años pero sólo en los centros C+EM+M o Gran Capitán.

c) Caso en que el centro de salud está especificado en dos categorías.

Cuando se compara todos los centros de salud frente a La Chana tampoco se obtuvieron resultados significativos, no obstante el análisis por CS para La Chana indica reducción significativa de inadecuación en el año 2004 frente al 2001 (Tablas 50 y 51).

Este efecto se apreció igualmente para el resto de los centros de salud, al ajustar por todas las variables, el efecto comentado dejó de ser estadísticamente significativo para La Chana y se mantuvo, acentuándose, para los demás centros de salud. No hubo diferencias entre centros en ninguno de los años estudiados.

8.2.- Interacciones para la variable tipo de derivación.

a) Caso en que el centro de salud está especificado en tres categorías.

Controlando por la variable horario DCCU, la frecuencia de uso por propia iniciativa en La Chana, en el año 2004, fue 0,47 veces inferior que en el año 2001, y no se apreciaron diferencias significativas en el resto de los centros de salud. Entre centros, tanto el grupo de C+EM+M

como el de Gran Capitán presentaron una frecuencia de uso sin derivación significativamente mayor que La Chana, pero solo en el 2004 (Tabla 52).

Al controlar por todas las variables se constataron los mismos fenómenos, excepto que se perdieron las diferencias entre Gran Capitán y La Chana para el año 2004 (Tabla 53).

b) Caso en que el centro de salud está especificado en dos categorías.

Los resultados obtenidos fueron prácticamente superponibles a los acabados de comentar (Tablas 54 y 55). Persistieron tanto el efecto significativo para el período en La Chana (frecuencia de uso sin derivación 0,47 veces menor en 2004 respecto a 2001), como las diferencias entre centros de salud en el año 2004 (frecuencia de uso sin derivación 1,48 veces superior en el resto de los centros de salud frente a La Chana).

9.-ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN POR GRUPOS DE CRITERIOS.

9.1.- Modelos multivariantes para la adecuación por grupos de criterios.

En la Tabla 56 se recogen los resultados obtenidos al considerar como único **criterio de adecuación la gravedad** del paciente. Se encontró un efecto significativo para el sexo en el sentido que la frecuencia de inadecuación (atendiendo solo a gravedad) era mayor en mujeres que varones. En relación con la edad comparado con los iguales o mayores de 70 años los pacientes de 49 a 69 años tenían una frecuencia de inadecuación 2 veces mayor y entre 5 y 6 veces mayor los menores de esa edad. Si se agrupaba la edad en mayores o iguales y menores de 65 años los menores de esta resultaban inadecuados por gravedad 3,4 veces más frecuentemente que los iguales o mayores de 65 años, efecto que se mantenía en los modelos multivariantes aun cuando la odds ratio descendía a 1,35. La frecuencia de inadecuación según gravedad fue 1,25 veces mayor cuando el paciente procedía de otro centro de salud distinto a La Chana que cuando pertenecía a dicho centro. Desglosando los centros de salud no se observaron asociaciones significativas para Gran Capitán ni para Maracena pero sí para Eugenia Montijo y Cartuja con frecuencia de inadecuación en función de la gravedad 1,40 y 1,42 veces respectivamente mayores que la correspondiente a La Chana. En ninguno de los tres modelos multivariantes se observó efecto significativo. Las restantes variables mostraron un comportamiento similar al comentado en el estudio de la inadecuación. Destacamos exclusivamente la ausencia de efecto para la variable médico.

El análisis de la inadecuación en función de los **criterios de adecuación del tratamiento** administrado no detectó diferencias significativas para el sexo ni para el centro de salud. Llamó la atención la pérdida del efecto del tipo de derivación en los modelos multivariados, siendo por lo demás prácticamente superponible al obtenido en el análisis global de la inadecuación (Tabla 57).

En relación con los **criterios de intensidad diagnóstica**, los resultados fueron prácticamente idénticos a los obtenidos en el análisis global excepto para los centros de salud (Tabla 58).

Igual ocurrió con el análisis de la inadecuación en función de **otros criterios de adecuación** (Tabla 59).

Finalmente se analizó la inadecuación en función de los **criterios aplicables a los pacientes que acuden por iniciativa propia**, en este caso el hallazgo más destacable fue la disminución del efecto de la edad que incluso dejó de ser significativo en el análisis multivariable, el incremento de la duración de los síntomas que se mantiene en los análisis multivariados y la pérdida del gradiente observado en los previos para el número de comorbilidades. Respecto a la influencia del médico la frecuencia de inadecuación en función de este grupo de criterios en el análisis crudo fue menor cuando la urgencia fue atendida por un residente efecto que se invertía en los análisis multivariados (Tabla 60).

9.2.- Análisis de las interacciones para la adecuación por grupos.

En la Tabla 61 se muestran los resultados del análisis de las **interacciones para la adecuación por gravedad**. Los resultados indicaron disminución de la frecuencia de inadecuación en función de dichos criterios en el año 2004 respecto al 2001 para La Chana en 0,42 veces al tiempo que aumentaba 1,88 veces en el año 2003 respecto al 2001 para Gran Capitán. Por centros de salud se encontró una frecuencia de inadecuación por gravedad 0,46 veces menos en Gran Capitán frente a La Chana en el año 2001 y 1,66 veces menor en el grupo C+EM+M y frente a La Chana en el año 2004 cuando se controló exclusivamente por DCCU (Tabla 61). Cuando se controlaron todas las variables el único efecto significativo fue un aumento de 1,96 veces en la frecuencia de inadecuación en función de la gravedad en el 2003 frente al 2001 para Gran Capitán (Tabla 62). Cuando el centro de salud se estratificó en 2 categorías los resultados fueron totalmente consistentes con las que acabamos de comentar (Tablas 63 y 64).

Cuando se analizaron las interacciones para las variables por **criterios de adecuación por tratamiento** (Tablas 65 y 66) el único resultado significativo se observó para la comparación entre C+EM+M frente a La Chana en el año 2004 con un odds ratio de 1,46 en el caso que el centro de salud se agrupaba en 3 categorías y 1,42 cuando al grupo de comparación se incluyó Gran Capitán (Tabla 67).

Para interacciones de inadecuación por **criterios de intensidad diagnóstica** (Tabla 69) ajustando solo por DCCU se observaron frecuencias de inadecuación en función de criterios de intensidad diagnóstica significativas inferiores para el 2004 y 2003 respecto al 2001 en el grupo de C+EM+M y en Gran Capitán y solo para 2004 frente al 2001 para La Chana.

En las comparaciones entre centros de salud se puso de manifiesto mayor frecuencia de inadecuación en el grupo C+EM+M frente a La Chana en el año 2004. Cuando se controló por todas las variables se mantuvo el efecto del periodo en los grupos de C+EM+M y en el centro de salud de Gran Capitán pero no se observaron diferencias entre los centros de salud (Tabla 70). Los resultados obtenidos al agrupar los centros de salud de tres a dos categorías fueron superponibles a los que se han comentado (Tablas 71 y 72).

En relación con la interacción de la inadecuación en función de **otros criterios** (Tablas 73 a 76) el único efecto significativo observado fue la menor frecuencia de inadecuación en función de otros criterios para el año 2004 frente al 2001 en el grupo de C+EM+M que se acentuó cuando se ajustó por todas las variables. Cuando se incluyó el centro de Gran Capitán en este grupo se observó el mismo efecto pero solo al controlar por todas las variables.

El análisis de las interacciones para los **criterios asociados a pacientes con demanda espontánea** (Tablas 77 a 80) solamente señaló un efecto significativo para el periodo en el grupo C+EM+M que se pierde al controlar por todas las variables. En este último caso alcanzó la significación estadística la comparación de los años 2004 y 2001 para los pacientes de Gran Capitán. Cuando el centro de salud se especificó en dos categorías como único efecto significativo destacamos la comparación entre los años 2004 y 2001 en el grupo C+EM+M+GC.

Tabla 22: N° de Asistencias por Centro de Salud y Año.

| Centro de Salud | Año | | | Total N (%) |
|-----------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| | 2001 N (%) | 2003 N (%) | 2004 N (%) | |
| Cartuja | 118 (15,3) | 272 (15,6) | 251 (14,9) | 641 (15,3) |
| Eugenia Montijo | 141 (18,2) | 327 (18,7) | 305 (18,2) | 773 (18,4) |
| La Chana | 129 (16,7) | 326 (18,6) | 302 (18,0) | 757 (18,0) |
| Gran Capitán | 234 (30,3) | 466 (26,6) | 487 (29,0) | 1.187 (28,3) |
| Maracena | 151 (19,5) | 358 (20,5) | 334 (19,9) | 843 (20,1) |
| Total | 773 (100,0) | 1.749 (100,0) | 1.679 (100,0) | 4.201 (100,0) |

N (%): número de asistencias y porcentaje respecto al total anual de la muestra.

Tabla 23: Características Sociodemográficas.

| Centro de Salud | Edad: \bar{x} (D.S.) años | | | | Sexo (% varones) | | | |
|-----------------|-----------------------------|-------------|-------------|-------------|------------------|------|------|-------|
| | 2001 | 2003 | 2004 | Total | 2001 | 2003 | 2004 | Total |
| Cartuja | 45,1 (20,2) | 44,5 (20,1) | 46,5 (19,4) | 45,4 (19,8) | 41,5 | 46,0 | 46,2 | 45,2 |
| Eugenia Montijo | 47,0 (21,4) | 47,9 (20,6) | 49,8 (20,2) | 48,5 (20,6) | 44,0 | 52,0 | 46,2 | 48,3 |
| La Chana | 52,3 (21,9) | 51,1 (22,1) | 52,4 (22,1) | 51,9 (22,0) | 46,5 | 45,1 | 52,0 | 48,1 |
| Gran Capitán | 52,3 (21,4) | 52,7 (22,5) | 54,1 (21,6) | 53,2 (21,9) | 49,6 | 45,1 | 46,0 | 46,3 |
| Maracena | 41,4 (19,4) | 48,0 (21,5) | 47,1 (21,5) | 46,5 (21,2) | 50,3 | 51,1 | 52,7 | 51,6 |
| TOTAL | 48,1 (21,3) | 49,3 (21,7) | 50,5 (21,3) | 49,5 (21,5) | 47,0 | 47,7 | 48,5 | 47,9 |

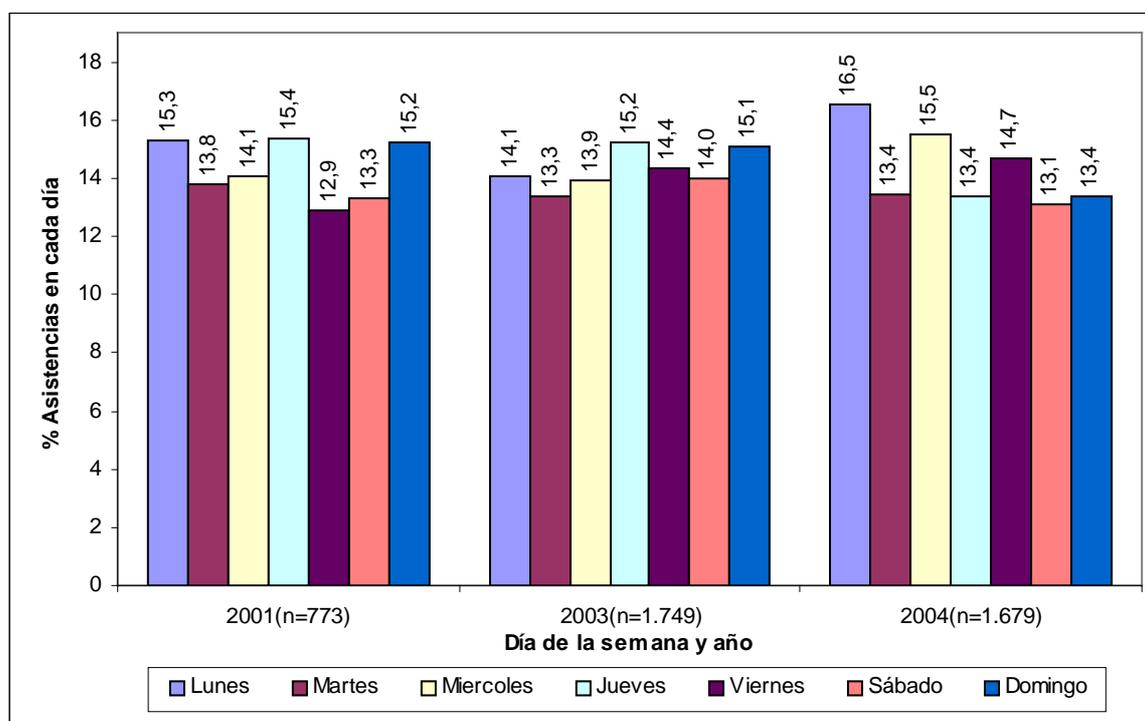
Figura 4: Porcentaje de asistencias por día de la semana y año.

Tabla 24: Frecuentación Anual.

| Centro de salud | Población ≥14 años | | | Nº Asistencias Estimadas | | | Frecuentación Estimada | | |
|-----------------|--------------------|--------|--------|--------------------------|--------|--------|------------------------|------|------|
| | 2001 | 2003 | 2004 | 2001 | 2003 | 2004 | 2001 | 2003 | 2004 |
| Cartuja | 9.556 | 9.790 | 10.402 | 4.141 | 3.309 | 3.062 | 433 | 338 | 294 |
| Eugenia Montijo | *7.202 | 14.235 | 15.620 | 4.949 | 3.979 | 3.721 | 687* | 279 | 238 |
| La Chana | 15.635 | 15.345 | 18.615 | 4.527 | 3.966 | 3.684 | 290 | 258 | 198 |
| Gran Capitán | 32.397 | 30.684 | 33.427 | 8.213 | 5.670 | 5.941 | 253 | 185 | 178 |
| Maracena | 11.321 | 12.085 | 12.725 | 5.300 | 4.356 | 4.075 | 468 | 360 | 320 |
| Total | 76.111 | 82.139 | 90.789 | 27.130 | 21.280 | 20.483 | 356 | 259 | 226 |

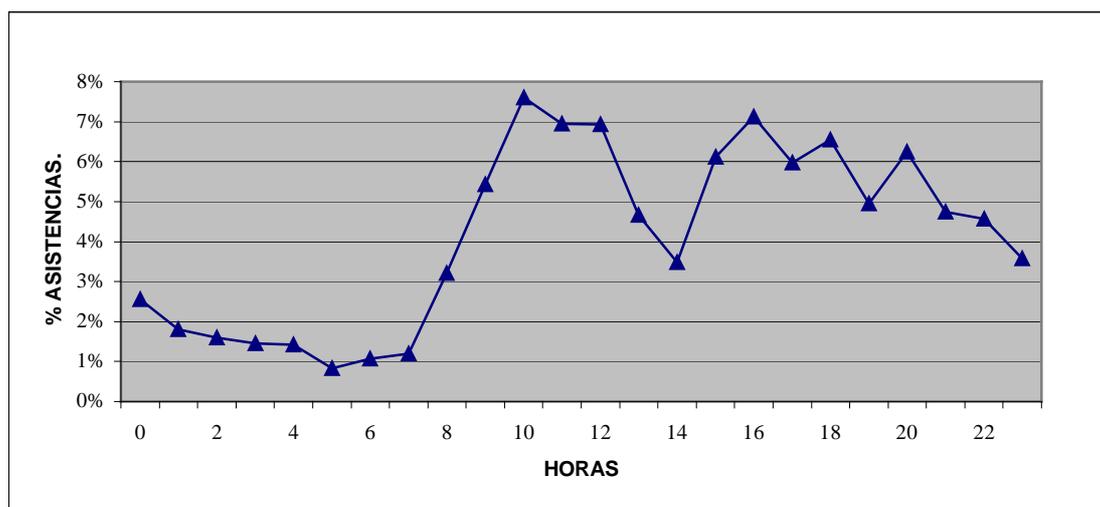
*En este centro de salud y año los datos son sesgados por existir población asistida pero no actualizada. Frecuentación estimada calculada por cada 1.000 habitantes y año.

Tabla 25-A: Asistencias por Turnos Laborales.

| Centro de Salud / Turnos Laborales | | Año | | | Total N (%) |
|------------------------------------|----------|-------------|---------------|---------------|---------------|
| | | 2001 N (%) | 2003 N (%) | 2004 N (%) | |
| Cartuja | 08-15h | 36 (30,5) | 73 (26,8) | 73 (29,1) | 182 (28,4) |
| | 15-22h | 54 (45,8) | 136 (50,0) | 123 (49,0) | 313 (48,8) |
| | 22-08h | 28 (23,7) | 63 (23,2) | 55 (21,9) | 146 (22,8) |
| | Subtotal | 118 (100,0) | 272 (100,0) | 251 (100,0) | 641 (100,0) |
| Eugenia Montijo | 08-15h | 59 (41,8) | 127 (38,8) | 130 (42,6) | 316 (40,9) |
| | 15-22h | 55 (39,0) | 143 (43,7) | 121 (39,7) | 319 (41,3) |
| | 22-08h | 27 (19,1) | 57 (17,4) | 54 (17,7) | 138 (17,9) |
| | Subtotal | 141 (100,0) | 327 (100,0) | 305 (100,0) | 773 (100,0) |
| La Chana | 08-15h | 43 (33,3) | 131 (40,2) | 120 (39,7) | 294 (38,8) |
| | 15-22h | 54 (41,9) | 141 (43,3) | 118 (39,1) | 313 (41,3) |
| | 22-08h | 32 (24,8) | 54 (16,6) | 64 (21,2) | 150 (19,8) |
| | Subtotal | 129 (100,0) | 326 (100,0) | 302 (100,0) | 757 (100,0) |
| Gran Capitán | 08-15h | 87 (37,2) | 212 (45,5) | 215 (44,2) | 514 (43,3) |
| | 15-22h | 92 (39,3) | 170 (36,5) | 192 (39,4) | 454 (38,2) |
| | 22-08h | 55 (23,5) | 84 (18,0) | 80 (16,4) | 219 (18,5) |
| | Subtotal | 234 (100,0) | 466 (100,0) | 487 (100,0) | 1.187 (100,0) |
| Maracena | 08-15h | 47 (31,1) | 124 (34,6) | 130 (38,9) | 301 (35,7) |
| | 15-22h | 64 (42,4) | 159 (44,4) | 129 (38,6) | 352 (41,8) |
| | 22-08h | 40 (26,5) | 75 (21,0) | 75 (22,5) | 190 (22,5) |
| | Subtotal | 151 (100,0) | 358 (100,0) | 334 (100,0) | 843 (100,0) |
| Total | 08-15h | 272 (35,2) | 667 (38,1) | 668 (39,8) | 1.607 (38,3) |
| | 15-22h | 319 (41,3) | 749 (42,8) | 683 (40,7) | 1.751 (41,7) |
| | 22-08h | 182 (23,5) | 333 (19,0) | 328 (19,5) | 843 (20,1) |
| | Subtotal | 773 (100,0) | 1.749 (100,0) | 1.679 (100,0) | 4.201 (100,0) |

Tabla 25-B: Asistencias por Turnos Laborales (grado de significación).

| Turnos Laborales x Años (8 g.l.) | | | Turnos Laborales x CS (4 g.l.) | | |
|----------------------------------|--------------|---------|--------------------------------|--------------|-------|
| Año | Chi-cuadrado | P | C.S. | Chi-cuadrado | p |
| 2001 | 6,43 | N.S. | Cartuja | 0,91 | N.S. |
| 2003 | 30,06 | <0,001 | Eugenia Montijo | 1,60 | N.S. |
| 2004 | 20,85 | <0,01 | La Chana | 5,54 | N.S. |
| | | | Gran Capitán | 7,62 | N.S. |
| | | | Maracena | 4,82 | N.S. |
| Total | 46,74 | <0,0001 | Total | 9,74 | <0,05 |

Figura 5: Distribución de las asistencias a lo largo del día por horas.**Tabla 26-A: Asistencias en el horario DCCU.**

| Centro de Salud / Horario DCCU | | Año | | | Total N (%) |
|--------------------------------|----------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| | | 2001 N (%) | 2003 N (%) | 2004 N (%) | |
| Cartuja | No | 44 (37,3) | 95 (34,9) | 98 (39,0) | 237 (37,0) |
| | Si | 74 (62,7) | 177 (65,1) | 153 (61,0) | 404 (63,0) |
| | Subtotal | 118 (100,0) | 272 (100,0) | 251 (100,0) | 641 (100,0) |
| Eugenia Montijo | No | 57 (40,4) | 150 (45,9) | 150 (49,2) | 357 (46,2) |
| | Si | 84 (59,6) | 177 (54,1) | 155 (50,8) | 416 (53,8) |
| | Subtotal | 141 (100,0) | 327 (100,0) | 305 (100,0) | 773 (100,0) |
| La Chana | No | 38 (29,5) | 143 (43,9) | 139 (46,0) | 320 (42,3) |
| | Si | 91 (70,5) | 183 (56,1) | 163 (54,0) | 437 (57,7) |
| | Subtotal | 129 (100,0) | 326 (100,0) | 302 (100,0) | 757 (100,0) |
| Gran Capitán | No | 95 (40,6) | 215 (46,1) | 233 (47,8) | 543 (45,7) |
| | Si | 139 (59,4) | 251 (53,9) | 254 (52,2) | 644 (54,3) |
| | Subtotal | 234 (100,0) | 466 (100,0) | 487 (100,0) | 1.187 (100,0) |
| Maracena | No | 54 (35,8) | 125 (34,9) | 123 (36,8) | 302 (35,8) |
| | Si | 97 (64,2) | 233 (65,1) | 211 (63,2) | 541 (64,2) |
| | Subtotal | 151 (100,0) | 358 (100,0) | 334 (100,0) | 843 (100,0) |
| Total | No | 288 (37,3) | 728 (41,6) | 743 (44,3) | 1.759 (41,9) |
| | Si | 485 (62,7) | 1.021 (58,4) | 936 (55,7) | 2.442 (58,1) |
| | Subtotal | 773 (100,0) | 1.749 (100,0) | 1.679 (100,0) | 4.201 (100,0) |

Tabla 26-B: Asistencias en el horario DCCU (grado de significación).

| Horario DCCU x Años (4g.l.) | | | Horario DCCU x C.S. (2g.l.) | | |
|-----------------------------|--------------|---------|-----------------------------|--------------|-------|
| Año | Chi-cuadrado | p | C.S. | Chi-cuadrado | p |
| 2001 | 5,22 | N.S. | Cartuja | 0,96 | N.S. |
| 2003 | 18,66 | <0,001 | Eugenia Montijo | 3,00 | N.S. |
| 2004 | 16,16 | <0,01 | La Chana | 10,76 | <0,01 |
| | | | Gran Capitán | 3,39 | N.S. |
| | | | Maracena | 0,27 | N.S. |
| Total | 32,26 | <0,0001 | Total | 10,72 | <0,01 |

Tabla 27-A: Tipo de Derivación.

| Centro de Salud | Año | | | Total % (IC al 95%) |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|
| | 2001 % (IC al 95%) | 2003 % (IC al 95%) | 2004 % (IC al 95%) | |
| Aporta Documento de Derivación | | | | |
| Cartuja | 27,12 (19,10-35,14) | 16,54 (12,13-20,96) | 20,72 (15,70-25,73) | 20,12 (17,02-23,23) |
| Eugenia Montijo | 12,77 (07,26-18,27) | 19,57 (15,27-23,87) | 20,33 (15,81-24,84) | 18,63 (15,88-21,37) |
| La Chana | 17,83 (11,22-24,43) | 23,01 (18,44-27,57) | 32,45 (27,17-37,73) | 25,89 (22,77-29,01) |
| Gran Capitán | 22,22 (16,90-27,55) | 25,11 (21,17-29,04) | 25,26 (21,40-29,12) | 24,60 (22,15-27,05) |
| Maracena | 12,58 (07,29-17,87) | 18,99 (14,93-23,06) | 21,86 (17,42-26,29) | 18,98 (16,33-21,63) |
| Total CS | 18,63 (15,88-21,37) | 21,10 (19,19-23,01) | 24,30 (22,25-26,35) | 21,92 (20,67-23,17) |
| Derivación Viva Voz | | | | |
| Cartuja | 1,69 (00,00-04,02) | 5,88 (03,09-08,68) | 2,39 (00,50-04,28) | 3,74 (02,27-05,21) |
| Eugenia Montijo | 4,96 (01,38-08,55) | 3,36 (01,41-05,32) | 6,23 (03,52-08,94) | 4,79 (03,28-06,29) |
| La Chana | 2,33 (00,00-04,93) | 6,13 (03,53-08,74) | 5,63 (03,03-08,23) | 5,28 (03,69-06,88) |
| Gran Capitán | 4,70 (01,99-07,41) | 7,30 (04,93-09,66) | 4,31 (02,51-06,12) | 5,56 (04,26-06,86) |
| Maracena | 7,28 (03,14-11,43) | 4,19 (02,11-06,27) | 3,59 (01,60-05,59) | 4,51 (03,11-05,91) |
| Total CS | 4,40 (02,95-05,84) | 5,49 (04,42-06,56) | 4,47 (03,48-05,46) | 4,88 (04,23-05,53) |
| Motu Propio | | | | |
| Cartuja | 71,19 (63,01-79,36) | 77,57 (72,62-82,53) | 76,89 (71,68-82,11) | 76,13 (72,83-79,43) |
| Eugenia Montijo | 82,27 (75,97-88,57) | 77,06 (72,51-81,62) | 73,44 (68,49-78,40) | 76,58 (73,60-79,57) |
| La Chana | 79,84 (72,92-86,77) | 70,86 (72,51-81,62) | 61,92 (56,44-67,40) | 68,82 (65,52-72,12) |
| Gran Capitán | 73,08 (67,39-78,76) | 67,60 (63,35-71,85) | 70,43 (66,38-74,48) | 69,84 (67,23-72,45) |
| Maracena | 80,13 (73,77-86,50) | 76,82 (72,44-81,19) | 74,55 (69,88-79,22) | 76,51 (73,65-79,37) |
| Total CS | 76,97 (74,00-79,94) | 73,41 (71,34-75,48) | 71,23 (69,07-73,40) | 73,20 (71,86-74,54) |

Tabla 27-B: Tipo de Derivación (grado de significación).

| Tipo Derivación x Años (8 g.l.) | | | Tipo Derivación x CS (4 g.l.) | | |
|---------------------------------|--------------|--------|-------------------------------|--------------|-------|
| Año | Chi-cuadrado | p | C.S. | Chi-cuadrado | p |
| 2001 | 19,85 | <0,05 | Cartuja | 10,99 | <0,05 |
| 2003 | 19,02 | <0,05 | Eugenia Montijo | 6,95 | N.S. |
| 2004 | 24,20 | <0,01 | La Chana | 16,52 | <0,01 |
| | | | Gran Capitán | 5,58 | N.S. |
| | | | Maracena | 8,43 | N.S. |
| Total | 27,78 | <0,001 | Total | 13,38 | <0,01 |

Tabla 28-A: Aporta Documento v.s. Viva Voz + Motu Propio.

| Centro de Salud / Mod. Derivación | | Año | | | Total N (%) |
|-----------------------------------|------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| | | 2001 N (%) | 2003 N (%) | 2004 N (%) | |
| Cartuja | Aporta Doc | 32 (27,1) | 45 (16,5) | 52 (20,7) | 129 (20,1) |
| | VV+MP | 86 (72,9) | 227 (83,5) | 199 (79,3) | 512 (79,9) |
| | Subtotal | 118 (100,0) | 272 (100,0) | 251 (100,0) | 641 (100,0) |
| Eugenia Montijo | Aporta Doc | 18 (12,8) | 64 (19,6) | 62 (20,3) | 144 (18,6) |
| | VV+MP | 123 (87,2) | 263 (80,4) | 243 (79,7) | 629 (81,4) |
| | Subtotal | 141 (100,0) | 327 (100,0) | 305 (100,0) | 773 (100,0) |
| La Chana | Aporta Doc | 23 (17,8) | 75 (23,0) | 98 (32,5) | 196 (25,9) |
| | VV+MP | 106 (82,2) | 251 (77,0) | 204 (67,5) | 561 (74,1) |
| | Subtotal | 129 (100,0) | 326 (100,0) | 302 (100,0) | 757 (100,0) |
| Gran Capitán | Aporta Doc | 52 (22,2) | 117 (25,1) | 123 (25,3) | 292 (24,6) |
| | VV+MP | 182 (77,8) | 349 (74,9) | 364 (74,7) | 895 (75,4) |
| | Subtotal | 234 (100,0) | 466 (100,0) | 487 (100,0) | 1.187 (100,0) |
| Maracena | Aporta Doc | 19 (12,6) | 68 (19,0) | 73 (21,9) | 160 (19,0) |
| | VV+MP | 132 (87,4) | 290 (81,0) | 261 (78,1) | 683 (81,0) |
| | Subtotal | 151 (100,0) | 358 (100,0) | 334 (100,0) | 843 (100,0) |
| Total | Aporta Doc | 144 (18,6) | 369 (21,1) | 408 (24,3) | 921 (21,9) |
| | VV+MP | 629 (81,4) | 1.380 (78,9) | 1.271 (75,7) | 3.280 (78,1) |
| | Subtotal | 773 (100,0) | 1.749 (100,0) | 1.679 (100,0) | 4.201 (100,0) |

Tabla 28-B: Aporta Documento v.s. Viva Voz + Motu Propio (grado de significación).

| Doc vs VV+MP (4 g.l.) | | | Doc vs VV+MP (2 g.l.) | | |
|-----------------------|--------------|--------|-----------------------|--------------|-------|
| Año | Chi-cuadrado | p | C.S. | Chi-cuadrado | p |
| 2001 | 14,50 | <0,01 | Cartuja | 5,81 | N.S. |
| 2003 | 10,01 | <0,05 | Eugenia Montijo | 3,97 | N.S. |
| 2004 | 16,60 | <0,01 | La Chana | 12,55 | <0,01 |
| | | | Gran Capitán | 0,89 | N.S. |
| | | | Maracena | 5,82 | N.S. |
| Total | 22,31 | <0,001 | Total | 11,14 | <0,01 |

Tabla 29-A: Motivos ‘Motu Propio’.

| Centro de Salud/Motivos de Acudir | | Año | | | Total N (%) |
|-----------------------------------|-----------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| | | 2001 N (%) | 2003 N (%) | 2004 N (%) | |
| Cartuja | Patología | 26 (31,0) | 84 (39,8) | 78 (40,4) | 188 (38,5) |
| | Comodidad | 24 (28,6) | 32 (15,2) | 42 (21,8) | 98 (20,1) |
| | Confianza | 19 (22,6) | 68 (32,2) | 42 (21,8) | 129 (26,4) |
| | Fallo | 14 (16,7) | 26 (12,3) | 27 (14,0) | 67 (13,7) |
| | Lista de Espera | 1 (1,2) | 1 (0,5) | 4 (2,1) | 6 (1,2) |
| | Subtotal | 84 (100,0) | 211 (100,0) | 193 (100,0) | 488 (100,0) |
| Eugenia Montijo | Patología | 32 (27,6) | 81 (32,1) | 59 (26,3) | 172 (29,1) |
| | Comodidad | 32 (27,6) | 52 (20,6) | 54 (24,1) | 138 (23,3) |
| | Confianza | 37 (31,9) | 76 (30,2) | 65 (29,0) | 178 (30,1) |
| | Fallo | 14 (12,1) | 33 (13,1) | 42 (18,8) | 89 (15,0) |
| | Lista de Espera | 1 (0,9) | 10 (4,0) | 4 (1,8) | 15 (2,5) |
| | Subtotal | 116 (100,0) | 252 (100,0) | 224 (100,0) | 592 (100,0) |
| La Chana | Patología | 33 (32,0) | 64 (27,7) | 62 (33,2) | 159 (30,5) |
| | Comodidad | 22 (21,4) | 52 (22,5) | 35 (18,7) | 109 (20,9) |
| | Confianza | 30 (29,1) | 97 (42,0) | 60 (32,1) | 187 (35,9) |
| | Fallo | 16 (15,5) | 15 (6,5) | 21 (11,2) | 52 (10,0) |
| | Lista de Espera | 2 (1,9) | 3 (1,3) | 9 (4,8) | 14 (2,7) |
| | Subtotal | 103 (100,0) | 231 (100,0) | 187 (100,0) | 521 (100,0) |
| Gran Capitán | Patología | 60 (35,1) | 99 (31,4) | 111 (32,4) | 270 (32,6) |
| | Comodidad | 31 (18,1) | 66 (21,0) | 70 (20,4) | 167 (20,1) |
| | Confianza | 50 (29,2) | 105 (33,3) | 93 (27,1) | 248 (29,9) |
| | Fallo | 27 (15,8) | 29 (9,2) | 55 (16,0) | 111 (13,4) |
| | Lista de Espera | 3 (1,8) | 16 (5,1) | 14 (4,1) | 33 (4,0) |
| | Subtotal | 171 (100,0) | 315 (100,0) | 343 (100,0) | 829 (100,0) |
| Maracena | Patología | 35 (28,9) | 66 (24,0) | 77 (30,9) | 178 (27,6) |
| | Comodidad | 28 (23,1) | 67 (24,4) | 58 (23,3) | 153 (23,7) |
| | Confianza | 34 (28,1) | 91 (33,1) | 69 (27,7) | 194 (30,1) |
| | Fallo | 22 (18,2) | 46 (16,7) | 44 (17,7) | 112 (17,4) |
| | Lista de Espera | 2 (1,7) | 5 (1,8) | 1 (0,4) | 8 (1,2) |
| | Subtotal | 121 (100,0) | 275 (100,0) | 249 (100,0) | 645 (100,0) |
| Total | Patología | 186 (31,3) | 394 (30,7) | 387 (32,4) | 967 (31,4) |
| | Comodidad | 137 (23,0) | 269 (21,0) | 259 (21,7) | 665 (21,6) |
| | Confianza | 170 (28,6) | 437 (34,0) | 329 (27,5) | 936 (30,4) |
| | Fallo | 93 (15,6) | 149 (11,6) | 189 (15,8) | 431 (14,0) |
| | Lista de Espera | 9 (1,5) | 35 (2,7) | 32 (2,7) | 76 (2,5) |
| | Subtotal | 595 (100,0) | 1.284 (100,0) | 1.196 (100,0) | 3.075 (100,0) |

Tabla 29-B: Motivos ‘Motu Propio’ (grado de significación).

| Motivos MP por Grupos x Años (16 g.l.) | | | Motivos MP por Grupos x CS (8 g.l.) | | |
|--|--------------|--------|-------------------------------------|--------------|-------|
| Año | Chi-cuadrado | p | C.S. | Chi-cuadrado | p |
| 2001 | 9,25 | N.S. | Cartuja | 15,02 | N.S. |
| 2003 | 49,41 | <0,001 | Eugenia Montijo | 10,62 | N.S. |
| 2004 | 28,58 | <0,05 | La Chana | 17,59 | <0,05 |
| | | | Gran Capitán | 12,82 | N.S. |
| | | | Maracena | 6,34 | N.S. |
| Total | 50,40 | <0,001 | Total | 22,79 | <0,01 |

Tabla 30-A: Tiempo de Evolución de los Síntomas.

| Centro de Salud / Tiempo Síntomas | | Año | | | Total N (%) |
|-----------------------------------|-------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| | | 2001 N (%) | 2003 N (%) | 2004 N (%) | |
| Cartuja | <1 día | 25 (21,2) | 111 (40,8) | 83 (33,1) | 219 (34,2) |
| | 1 día – 3 m | 86 (72,9) | 158 (58,1) | 164 (65,3) | 408 (63,7) |
| | >3 m | 7 (5,9) | 3 (1,1) | 4 (1,6) | 14 (2,2) |
| | Subtotal | 118 (100,0) | 272 (100,0) | 251 (100,0) | 641 (100,0) |
| Eugenia Montijo | <1 día | 398 (27,7) | 103 (31,5) | 99 (32,5) | 241 (31,2) |
| | 1 día – 3 m | 98 (69,5) | 212 (64,8) | 201 (65,9) | 511 (66,1) |
| | >3 m | 4 (2,8) | 12 (3,7) | 5 (1,6) | 21 (2,7) |
| | Subtotal | 141 (100,0) | 327 (100,0) | 305 (100,0) | 773 (100,0) |
| La Chana | <1 día | 33 (25,6) | 87 (26,7) | 113 (37,4) | 233 (30,8) |
| | 1 día – 3 m | 91 (70,5) | 231 (70,9) | 185 (61,3) | 507 (67,0) |
| | >3 m | 5 (3,9) | 8 (2,5) | 4 (1,3) | 17 (2,2) |
| | Subtotal | 129 (100,0) | 326 (100,0) | 302 (100,0) | 757 (100,0) |
| Gran Capitán | <1 día | 92 (39,3) | 141 (30,3) | 152 (31,2) | 385 (32,4) |
| | 1 día – 3 m | 137 (58,5) | 308 (66,1) | 324 (66,5) | 769 (64,8) |
| | >3m | 5 (2,1) | 17 (3,6) | 11 (2,3) | 33 (2,8) |
| | Subtotal | 234 (100,0) | 466 (100,0) | 487 (100,0) | 1.187 (100,0) |
| Maracena | <1 día | 44 (29,1) | 130 (36,3) | 124 (37,1) | 298 (35,3) |
| | 1 día – 3 m | 99 (65,6) | 220 (61,5) | 200 (59,9) | 519 (61,6) |
| | >3 m | 8 (5,3) | 8 (2,2) | 10 (3,0) | 26 (3,1) |
| | Subtotal | 151 (100,0) | 358 (100,0) | 334 (100,0) | 843 (100,0) |
| Total | <1 día | 233 (30,1) | 572 (32,7) | 571 (34,0) | 1.376 (32,8) |
| | 1 día – 3 m | 511 (66,1) | 1.129 (64,6) | 1.074 (64,0) | 2.714 (64,6) |
| | >3 m | 29 (3,8) | 48 (2,7) | 34 (2,0) | 111 (2,6) |
| | Subtotal | 773 (100,0) | 1.749 (100,0) | 1.679 (100,0) | 4.201 (100,0) |

Tabla 30-B: Tiempo de Evolución de los Síntomas (grado de significación).

| Desde Cuando tiene la Enfr x Años (8 g.l.) | | | Desde Cuando tiene la Enfr x CS (4 g.l.) | | |
|--|--------------|-------|---|--------------|--------|
| Año | Chi-cuadrado | p | C.S. | Chi-cuadrado | p |
| 2001 | 18,79 | <0,05 | Cartuja | 21,88 | <0,001 |
| 2003 | 21,49 | <0,01 | Eugenia Montijo | 3,46 | N.S. |
| 2004 | 8,22 | N.S. | La Chana | 12,41 | <0,05 |
| | | | Gran Capitán | 8,17 | N.S. |
| | | | Maracena | 5,83 | N.S. |
| Total | 7,56 | N.S. | Total | 8,88 | N.S. |

Tabla 31-A: Número de patologías asociadas o Comorbilidad.

| Centro de Salud / Nº patologías | | Año | | | Total N (%) |
|---------------------------------|----------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| | | 2001 N (%) | 2003 N (%) | 2004 N (%) | |
| Cartuja | 0 | 39 (33,1) | 109 (40,1) | 107 (42,6) | 255 (39,8) |
| | 1 | 34 (28,8) | 91 (33,5) | 74 (29,5) | 199 (31,0) |
| | 2 | 21 (17,8) | 46 (16,9) | 36 (14,3) | 103 (16,1) |
| | 3 | 16 (13,6) | 18 (6,6) | 25 (10,0) | 59 (9,2) |
| | > 4 | 8 (6,8) | 8 (2,9) | 9 (3,6) | 25 (3,9) |
| | Subtotal | 118 (100,0) | 272 (100,0) | 251 (100,0) | 641 (100,0) |
| Eugenia Montijo | 0 | 54 (38,3) | 131 (40,1) | 129 (42,3) | 314 (40,6) |
| | 1 | 43 (30,5) | 109 (33,3) | 100 (32,8) | 252 (32,6) |
| | 2 | 30 (21,3) | 49 (15,0) | 47 (15,4) | 126 (16,3) |
| | 3 | 12 (8,5) | 28 (8,6) | 20 (6,6) | 60 (7,8) |
| | > 4 | 2 (1,4) | 10 (3,1) | 9 (3,0) | 21 (2,7) |
| | Subtotal | 141 (100,0) | 327 (100,0) | 305 (100,0) | 773 (100,0) |
| La Chana | 0 | 44 (34,1) | 136 (41,7) | 94 (31,1) | 274 (36,2) |
| | 1 | 42 (32,6) | 97 (29,8) | 103 (34,1) | 242 (32,0) |
| | 2 | 22 (17,1) | 53 (16,3) | 50 (16,6) | 125 (16,5) |
| | 3 | 14 (10,9) | 23 (7,1) | 34 (11,3) | 71 (9,4) |
| | > 4 | 7 (5,4) | 17 (5,2) | 21 (7,0) | 45 (5,9) |
| | Subtotal | 129 (100,0) | 326 (100,0) | 302 (100,0) | 757 (100,0) |
| Gran Capitán | 0 | 71 (30,3) | 165 (35,4) | 146 (30,0) | 382 (32,2) |
| | 1 | 73 (31,2) | 145 (31,1) | 180 (37,0) | 398 (33,5) |
| | 2 | 52 (22,2) | 91 (19,5) | 95 (19,5) | 238 (20,1) |
| | 3 | 26 (11,1) | 41 (8,8) | 42 (8,6) | 109 (9,2) |
| | > 4 | 12 (5,1) | 24 (5,2) | 24 (4,9) | 60 (5,1) |
| | Subtotal | 234 (100,0) | 466 (100,0) | 487 (100,0) | 1187 (100,0) |
| Maracena | 0 | 68 (45,0) | 156 (43,6) | 153 (45,8) | 377 (44,7) |
| | 1 | 48 (31,8) | 105 (29,3) | 96 (28,7) | 249 (29,5) |
| | 2 | 20 (13,2) | 60 (16,8) | 51 (15,3) | 131 (15,5) |
| | 3 | 11 (7,3) | 29 (8,1) | 24 (7,2) | 64 (7,6) |
| | > 4 | 4 (2,6) | 8 (2,2) | 10 (3,0) | 22 (2,6) |
| | Subtotal | 151 (100,0) | 358 (100,0) | 334 (100,0) | 843 (100,0) |
| Total | 0 | 276 (35,7) | 697 (39,9) | 629 (37,5) | 1.602 (38,1) |
| | 1 | 240 (31,0) | 547 (31,3) | 553 (32,9) | 1.340 (31,9) |
| | 2 | 145 (18,8) | 299 (17,1) | 279 (16,6) | 723 (17,2) |
| | 3 | 79 (10,2) | 139 (7,9) | 145 (8,6) | 363 (8,6) |
| | > 4 | 33 (4,3) | 67 (3,8) | 73 (4,3) | 173 (4,1) |
| | Subtotal | 773 (100,0) | 1.749 (100,0) | 1.679 (100,0) | 4.201 (100,0) |

Tabla 31-B: Número de patologías asociadas o Comorbilidad (grado de significación).

| Comorbilidad (16 g.l.) | | | Comorbilidad (8 g.l.) | | |
|------------------------|--------------|--------|-----------------------|--------------|------|
| Año | Chi-cuadrado | p | C.S. | Chi-cuadrado | p |
| 2001 | 20,52 | N.S. | Cartuja | 11,34 | N.S. |
| 2003 | 16,73 | N.S. | Eugenia Montijo | 5,33 | N.S. |
| 2004 | 42,95 | <0,001 | La Chana | 10,21 | N.S. |
| | | | Gran Capitán | 7,29 | N.S. |
| | | | Maracena | 2,00 | N.S. |
| Total | 53,77 | <0,001 | Total | 8,95 | N.S. |

Tabla 32: Antecedentes Personales.

| Antecedentes Personales | Año | | | Total N (%) |
|-------------------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| | 2001 N (%) | 2003 N (%) | 2004 N (%) | |
| Hipertensión | 138 (17,9) | 355 (20,3) | 340 (20,3) | 833 (19,8) |
| Diabetes | 97 (12,5) | 156 (8,9) | 162 (9,6) | 415 (9,9) |
| Cardiovascular | 102 (13,2) | 215 (12,3) | 239 (14,2) | 556 (13,2) |
| Neumología | 103 (13,3) | 219 (12,5) | 184 (11,0) | 506 (12,0) |
| Digestivo | 111 (14,4) | 185 (10,6) | 165 (9,8) | 461 (11,0) |
| Reumatología | 46 (6,0) | 113 (6,5) | 127 (7,6) | 286 (6,8) |
| Neoplasia | 35 (4,5) | 31 (1,8) | 48 (2,9) | 114 (2,7) |
| Otros antecedentes | 275 (35,6) | 571 (32,6) | 595 (35,4) | 1.441 (34,3) |
| Total usuarios | 773 (100,0) | 1.749 (100,0) | 1.679 (100,0) | 4.201 (100,0) |

La suma de los grupos supera el 100% ya que algunos pacientes presentan comorbilidad de más de una enfermedad.

Tabla 33-A: Pruebas Complementarias.

| Centro de Salud / P. Complementarias | | Año | | | Total N (%) |
|--------------------------------------|------------------------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| | | 2001 N (%) | 2003 N (%) | 2004 N (%) | |
| Cartuja | 0-No se realizan PC | 43 (36,4) | 102 (37,5) | 94 (37,5) | 239 (37,3) |
| | 1-EKG y/o Orina y/o Glucemia | 9 (7,6) | 23 (8,5) | 15 (6,0) | 47 (7,3) |
| | 2-Otras PC con/sin (1) | 66 (55,9) | 147 (54,0) | 142 (56,6) | 355 (55,4) |
| | Subtotal | 118 (100,0) | 272 (100,0) | 251 (100,0) | 641 (100,0) |
| Eugenia Montijo | 0-No se realizan PC | 66 (46,8) | 150 (45,9) | 119 (39,0) | 335 (43,3) |
| | 1-EKG y/o Orina y/o Glucemia | 14 (9,9) | 21 (6,4) | 15 (4,9) | 50 (6,5) |
| | 2-Otras PC con/sin (1) | 61 (43,3) | 156 (47,7) | 171 (56,1) | 388 (50,2) |
| | Subtotal | 141 (100,0) | 327 (100,0) | 305 (100,0) | 773 (100,0) |
| La Chana | 0-No se realizan PC | 53 (41,1) | 135 (41,4) | 105 (34,8) | 293 (38,7) |
| | 1-EKG y/o Orina y/o Glucemia | 12 (9,3) | 19 (5,8) | 12 (4,0) | 43 (5,7) |
| | 2-Otras PC con/sin (1) | 64 (49,6) | 172 (52,8) | 185 (61,3) | 421 (55,6) |
| | Subtotal | 129 (100,0) | 326 (100,0) | 302 (100,0) | 757 (100,0) |
| Gran Capitán | 0-No se realizan PC | 102 (43,6) | 184 (39,5) | 191 (39,2) | 477 (40,2) |
| | 1-EKG y/o Orina y/o Glucemia | 18 (7,7) | 31 (6,7) | 25 (5,1) | 74 (6,2) |
| | 2-Otras PC con/sin (1) | 114 (48,7) | 251 (53,9) | 271 (55,6) | 636 (53,6) |
| | Subtotal | 234 (100,0) | 466 (100,0) | 487 (100,0) | 1.187 (100,0) |
| Maracena | 0-No se realizan PC | 71 (47,0) | 152 (42,5) | 127 (38,0) | 350 (41,5) |
| | 1-EKG y/o Orina y/o Glucemia | 10 (6,6) | 26 (7,3) | 18 (5,4) | 54 (6,4) |
| | 2-Otras PC con/sin (1) | 70 (46,4) | 180 (50,3) | 189 (56,6) | 439 (52,1) |
| | Subtotal | 151 (100,0) | 358 (100,0) | 334 (100,0) | 843 (100,0) |
| Total | 0-No se realizan PC | 335 (43,3) | 723 (41,3) | 636 (37,9) | 1.694 (40,3) |
| | 1-EKG y/o Orina y/o Glucemia | 63 (8,2) | 120 (6,9) | 85 (5,1) | 268 (6,4) |
| | 2-Otras PC con/sin (1) | 375 (48,5) | 906 (51,8) | 958 (57,1) | 2.239 (53,3) |
| | Subtotal | 773 (100,0) | 1.749 (100,0) | 1.679 (100,0) | 4.201 (100,0) |

Tabla 33-B: Pruebas Complementarias (grado de significación).

| Pr. Complementarias x Años (8 g.l.) | | | Pr. Complementarias x CS (4 g.l.) | | |
|-------------------------------------|--------------|------|-----------------------------------|--------------|--------|
| Año | Chi-cuadrado | p | C.S. | Chi-cuadrado | p |
| 2001 | 5,92 | N.S. | Cartuja | 1,30 | N.S. |
| 2003 | 6,73 | N.S. | Eugenia Montijo | 9,78 | <0,05 |
| 2004 | 3,51 | N.S. | La Chana | 9,60 | <0,05 |
| | | | Gran Capitán | 4,15 | N.S. |
| | | | Maracena | 5,59 | N.S. |
| Total | 8,48 | N.S. | Total | 22,18 | <0,001 |

Tabla 34-A: Tratamiento.

| Centro de Salud / Tratamiento | | Año | | | Total N (%) |
|-------------------------------|--------------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| | | 2001 N (%) | 2003 N (%) | 2004 N (%) | |
| Cartuja | (1) Ninguno | 47 (39,8) | 100 (36,8) | 115 (45,8) | 262 (40,9) |
| | (2) Oral/SL, IM/SC | 23 (19,5) | 56 (20,6) | 34 (13,5) | 113 (17,6) |
| | (3) IV, O2 ± (2) | 48 (40,7) | 116 (42,6) | 102 (40,6) | 266 (41,5) |
| | Subtotal | 118 (100,0) | 272 (100,0) | 251 (100,0) | 641 (100,0) |
| Eugenia Montijo | (1) Ninguno | 75 (53,2) | 159 (48,6) | 157 (51,5) | 391 (50,6) |
| | (2) Oral/SL, IM/SC | 25 (17,7) | 58 (17,7) | 41 (13,4) | 124 (16,0) |
| | (3) IV, O2 ± (2) | 41 (29,1) | 110 (33,6) | 107 (35,1) | 258 (33,4) |
| | Subtotal | 141 (100,0) | 327 (100,0) | 305 (100,0) | 773 (100,0) |
| La Chana | (1) Ninguno | 59 (45,7) | 163 (50,0) | 120 (39,7) | 342 (45,2) |
| | (2) Oral/SL, IM/SC | 27 (20,9) | 49 (15,0) | 48 (15,9) | 124 (16,4) |
| | (3) IV, O2 ± (2) | 43 (33,3) | 114 (35,0) | 134 (44,4) | 291 (38,4) |
| | Subtotal | 129 (100,0) | 326 (100,0) | 302 (100,0) | 757 (100,0) |
| Gran Capitán | (1) Ninguno | 101 (43,2) | 232 (49,8) | 232 (47,6) | 565 (47,6) |
| | (2) Oral/SL, IM/SC | 42 (17,9) | 71 (15,2) | 72 (14,8) | 185 (15,6) |
| | (3) IV, O2 ± (2) | 91 (38,9) | 163 (35,0) | 183 (37,6) | 437 (36,8) |
| | Subtotal | 234 (100,0) | 466 (100,0) | 487 (100,0) | 1.187 (100,0) |
| Maracena | (1) Ninguno | 76 (50,3) | 155 (43,3) | 156 (46,7) | 387 (45,9) |
| | (2) Oral/SL, IM/SC | 38 (25,2) | 66 (18,4) | 52 (15,6) | 156 (18,5) |
| | (3) IV, O2 ± (2) | 37 (24,5) | 137 (38,3) | 126 (37,7) | 300 (35,6) |
| | Subtotal | 151 (100,0) | 358 (100,0) | 334 (100,0) | 843 (100,0) |
| Total | (1) Ninguno | 358 (46,3) | 809 (46,3) | 780 (46,5) | 1.947 (46,3) |
| | (2) Oral/SL, IM/SC | 155 (20,1) | 300 (17,2) | 247 (14,7) | 702 (16,7) |
| | (3) IV, O2 ± (2) | 260 (33,6) | 640 (36,6) | 652 (38,8) | 1.552 (36,9) |
| | Subtotal | 773 (100,0) | 1.749 (100,0) | 1.679 (100,0) | 4.201 (100,0) |

Oral/SL: oral/sublingual. IM/SC: intramuscular/subcutánea. IV, O2: intravenoso, oxigenoterapia.

Tabla 34-B: Tratamiento (grado de significación).

| Tratamiento x Años (8 g.l.) | | | Tratamiento x CS (4 g.l.) | | |
|-----------------------------|--------------|-------|---------------------------|--------------|-------|
| Año | Chi-cuadrado | p | C.S. | Chi-cuadrado | p |
| 2001 | 14,76 | N.S. | Cartuja | 6,76 | N.S. |
| 2003 | 17,09 | <0,05 | Eugenia Montijo | 3,66 | N.S. |
| 2004 | 9,79 | N.S. | La Chana | 10,36 | <0,05 |
| | | | Gran Capitán | 3,29 | N.S. |
| | | | Maracena | 12,76 | <0,05 |
| Total | 18,04 | <0,05 | Total | 13,36 | <0,01 |

Tabla 35-A: Tipo de Alta del área de urgencias.

| Centro de Salud / Tipo de Alta | | Año | | | Total N (%) |
|--------------------------------|-----------------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| | | 2001 N (%) | 2003 N (%) | 2004 N (%) | |
| Cartuja | Alta directa | 44 (37,3) | 110 (40,4) | 102 (40,6) | 256 (39,9) |
| | Alta tras espera o SC | 57 (48,3) | 128 (47,1) | 96 (38,2) | 281 (43,8) |
| | Alta tras (*) | 6 (5,1) | 7 (2,6) | 17 (6,8) | 30 (4,7) |
| | Ingreso | 10 (8,5) | 20 (7,4) | 22 (8,8) | 52 (8,1) |
| | Fuga | 1 (0,8) | 7 (2,6) | 14 (5,6) | 22 (3,4) |
| | Subtotal | 118 (100,0) | 272 (100,0) | 251 (100,0) | 641 (100,0) |
| Eugenia Montijo | Alta directa | 67 (47,5) | 157 (48,0) | 149 (48,9) | 373 (48,3) |
| | Alta tras espera o SC | 62 (44,0) | 133 (40,7) | 103 (33,8) | 298 (38,6) |
| | Alta tras (*) | 2 (1,4) | 12 (3,7) | 22 (7,2) | 36 (4,7) |
| | Ingreso | 5 (3,5) | 15 (4,6) | 24 (7,9) | 44 (5,7) |
| | Fuga | 5 (3,5) | 10 (3,1) | 7 (2,3) | 22 (2,8) |
| | Subtotal | 141 (100,0) | 327 (100,0) | 305 (100,0) | 773 (100,0) |
| La Chana | Alta directa | 59 (45,7) | 163 (50,0) | 121 (40,1) | 343 (45,3) |
| | Alta tras espera o SC | 55 (42,6) | 117 (35,9) | 117 (38,7) | 289 (38,2) |
| | Alta tras (*) | 4 (3,1) | 11 (3,4) | 24 (7,9) | 39 (5,2) |
| | Ingreso | 10 (7,8) | 29 (8,9) | 32 (10,6) | 71 (9,4) |
| | Fuga | 1 (0,8) | 6 (1,8) | 8 (2,6) | 15 (2,0) |
| | Subtotal | 129 (100,0) | 326 (100,0) | 302 (100,0) | 757 (100,0) |
| Gran Capitán | Alta directa | 103 (44,0) | 215 (46,1) | 219 (45,0) | 537 (45,2) |
| | Alta tras espera o SC | 92 (39,3) | 178 (38,2) | 171 (35,1) | 441 (37,2) |
| | Alta tras (*) | 12 (5,1) | 21 (4,5) | 25 (5,1) | 58 (4,9) |
| | Ingreso | 23 (9,8) | 43 (9,2) | 54 (11,1) | 120 (10,1) |
| | Fuga | 4 (1,7) | 9 (1,9) | 18 (3,7) | 31 (2,6) |
| | Subtotal | 234 (100,0) | 466 (100,0) | 487 (100,0) | 1.187 (100,0) |
| Maracena | Alta directa | 73 (48,3) | 177 (49,4) | 168 (50,3) | 418 (49,6) |
| | Alta tras espera o SC | 63 (41,7) | 142 (39,7) | 123 (36,8) | 328 (38,9) |
| | Alta tras (*) | 3 (2,0) | 10 (2,8) | 14 (4,2) | 27 (3,2) |
| | Ingreso | 9 (6,0) | 23 (6,4) | 25 (7,5) | 57 (6,8) |
| | Fuga | 3 (2,0) | 6 (1,7) | 4 (1,2) | 13 (1,5) |
| | Subtotal | 151 (100,0) | 358 (100,0) | 334 (100,0) | 843 (100,0) |
| Total | Alta directa | 346 (44,8) | 822 (47,0) | 759 (45,2) | 1.927 (45,9) |
| | Alta tras espera o SC | 329 (42,6) | 698 (39,9) | 610 (36,3) | 1.637 (39,0) |
| | Alta tras (*) | 27 (3,5) | 61 (3,5) | 102 (6,1) | 190 (4,5) |
| | Ingreso | 57 (7,4) | 130 (7,4) | 157 (9,4) | 344 (8,2) |
| | Fuga | 14 (1,8) | 38 (2,2) | 51 (3,0) | 103 (2,5) |
| | Subtotal | 773 (100,0) | 1.749 (100,0) | 1.679 (100,0) | 4.201 (100,0) |

(*) Alta tras pasar por observación, sala de RCP, traslado de hospital, alta voluntaria o éxitus. SC: Sala de cuidados.

Tabla 35-B: Tipo de Alta del área de urgencias (grado de significación).

| Año | Alta (16 g.l.) | | Alta (8 g.l.) | | |
|-------|----------------|--------|-----------------|--------------|--------|
| | Chi-cuadrado | p | C.S. | Chi-cuadrado | p |
| 2001 | 18,30 | N.S. | Cartuja | 14,79 | N.S. |
| 2003 | 20,58 | N.S. | Eugenia Montijo | 16,45 | <0,05* |
| 2004 | 27,08 | <0,05 | La Chana | 14,78 | N.S. |
| | | | Gran Capitán | 5,96 | N.S. |
| | | | Maracena | 3,67 | N.S. |
| Total | 39,25 | <0,001 | Total | 30,53 | <0,001 |

*Este valor ha sido comprobado con el test exacto de Fisher con una $p=0,0430$.

Tabla 36-A: Tipo de Alta Agrupada.

| Centro de Salud / Tipo de Alta | | Año | | | Total N (%) |
|--------------------------------|--------------------------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| | | 2001 N (%) | 2003 N (%) | 2004 N (%) | |
| Cartuja | Alta directa, tras espera o SC | 101 (86,3) | 238 (89,8) | 198 (83,5) | 537 (86,8) |
| | Alta tras Obs o Ingreso* | 16 (13,7) | 27 (10,2) | 39 (16,5) | 82 (13,2) |
| | Subtotal | 117 (100,0) | 265 (100,0) | 237 (100,0) | 619 (100,0) |
| Eugenia Montijo | Alta directa, tras espera o SC | 129 (94,9) | 290 (91,5) | 252 (84,6) | 671 (89,3) |
| | Alta tras Obs o Ingreso* | 7 (5,1) | 27 (8,5) | 46 (15,4) | 80 (10,7) |
| | Subtotal | 136 (100,0) | 317 (100,0) | 298 (100,0) | 751 (100,0) |
| La Chana | Alta directa, tras espera o SC | 114 (89,1) | 280 (87,5) | 238 (81,0) | 632 (85,2) |
| | Alta tras Obs o Ingreso* | 14 (10,9) | 40 (12,5) | 56 (19,0) | 110 (14,8) |
| | Subtotal | 128 (100,0) | 320 (100,0) | 294 (100,0) | 742 (100,0) |
| Gran Capitán | Alta directa, tras espera o SC | 195 (84,8) | 393 (86,0) | 390 (83,2) | 978 (84,6) |
| | Alta tras Obs o Ingreso* | 35 (15,2) | 64 (14,0) | 79 (16,8) | 178 (15,4) |
| | Subtotal | 230 (100,0) | 457 (100,0) | 469 (100,0) | 1.156 (100,0) |
| Maracena | Alta directa, tras espera o SC | 136 (91,9) | 319 (90,6) | 291 (88,2) | 746 (89,9) |
| | Alta tras Obs o Ingreso* | 12 (8,1) | 33 (9,4) | 39 (11,8) | 84 (10,1) |
| | Subtotal | 148 (100,0) | 352 (100,0) | 330 (100,0) | 830 (100,0) |
| Total | Alta directa, tras espera o SC | 675 (88,9) | 1.520 (88,8) | 1.369 (84,1) | 3.564 (87,0) |
| | Alta tras Obs o Ingreso* | 84 (11,1) | 191 (11,2) | 259 (15,9) | 534 (13,0) |
| | Subtotal | 759 (100,0) | 1.711 (100,0) | 1.628 (100,0) | 4.098 (100,0) |

* Alta tras pasar por Observación, sala de Reanimación Cardio Pulmonar (RCP), Traslado de Hospital, Alta Voluntaria, Éxito o Ingreso. En esta tabla no se incluyen las altas definidas como 'Fugas'.
SC: Sala de Cuidados.

Tabla 36-B: Tipo de Alta Agrupada (grado de significación).

| Alta Agrupada x Años (4 g.l.) | | | Alta Agrupada x CS (2 g.l.) | | |
|-------------------------------|--------------|-------|------------------------------|--------------|--------|
| Año | Chi-cuadrado | p | C.S. | Chi-cuadrado | p |
| 2001 | 11,00 | <0,05 | Cartuja | 4,30 | N.S. |
| 2003 | 7,92 | N.S. | Eugenia Montijo | 13,01 | <0,05 |
| 2004 | 6,70 | N.S. | La Chana | 7,05 | <0,05 |
| | | | Gran Capitán | 1,44 | N.S. |
| | | | Maracena | 1,92 | N.S. |
| Total | 17,80 | <0,01 | Total | 19,75 | <0,001 |

Tabla 37-A: Consulta al Especialista.

| Centro de Salud / Consultado | | Año | | | Total N (%) |
|------------------------------|----------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| | | 2001 N (%) | 2003 N (%) | 2004 N (%) | |
| Cartuja | No | 99 (83,9) | 206 (75,7) | 191 (76,1) | 496 (77,4) |
| | Si | 19 (16,1) | 66 (24,3) | 60 (23,9) | 145 (22,6) |
| | Subtotal | 118 (100,0) | 272 (100,0) | 251 (100,0) | 641 (100,0) |
| Eugenia Montijo | No | 118 (83,7) | 258 (78,9) | 228 (74,8) | 604 (78,1) |
| | Si | 23 (16,3) | 69 (21,1) | 77 (25,2) | 169 (21,9) |
| | Subtotal | 141 (100,0) | 327 (100,0) | 305 (100,0) | 773 (100,0) |
| La Chana | No | 105 (81,4) | 243 (74,5) | 222 (73,5) | 570 (75,3) |
| | Si | 24 (18,6) | 83 (25,5) | 80 (26,5) | 187 (24,7) |
| | Subtotal | 129 (100,0) | 326 (100,0) | 302 (100,0) | 757 (100,0) |
| Gran Capitán | No | 190 (81,2) | 338 (72,5) | 355 (72,9) | 883 (74,4) |
| | Si | 44 (18,8) | 128 (27,5) | 132 (27,1) | 304 (25,6) |
| | Subtotal | 234 (100,0) | 466 (100,0) | 487 (100,0) | 1.187 (100,0) |
| Maracena | No | 125 (82,8) | 280 (78,2) | 257 (76,9) | 662 (78,5) |
| | Si | 26 (17,2) | 78 (21,8) | 77 (23,1) | 181 (21,5) |
| | Subtotal | 151 (100,0) | 358 (100,0) | 334 (100,0) | 843 (100,0) |
| Total | No | 637 (82,4) | 1325 (75,8) | 1.253 (74,6) | 3.215 (76,5) |
| | Si | 136 (17,6) | 424 (24,2) | 426 (25,4) | 986 (23,5) |
| | Subtotal | 773 (100,0) | 1.749 (100,0) | 1.679 (100,0) | 4.201 (100,0) |

Tabla 37-B: Consulta al Especialista (grado de significación).

| Consulta Especialista x Años (4 g.l.) | | | Consulta Especialista x CS (2 g.l.) | | |
|---------------------------------------|--------------|------|--------------------------------------|--------------|--------|
| Año | Chi-cuadrado | p | C.S. | Chi-cuadrado | p |
| 2001 | 0,68 | N.S. | Cartuja | 3,52 | N.S. |
| 2003 | 5,83 | N.S. | Eugenia Montijo | 4,70 | N.S. |
| 2004 | 2,21 | N.S. | La Chana | 3,20 | N.S. |
| | | | Gran Capitán | 7,11 | <0,05 |
| | | | Maracena | 2,14 | N.S. |
| Total | 6,91 | N.S. | Total | 18,82 | <0,001 |

Tabla 38-A: Médico que atiende.

| Centro de Salud / Médico | | Año | | | Total N (%) |
|--------------------------|----------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| | | 2001 N (%) | 2003 N (%) | 2004 N (%) | |
| Cartuja | MIR | 51 (43,2) | 150 (55,1) | 150 (59,8) | 351 (54,8) |
| | MA | 67 (56,8) | 122 (44,9) | 101 (40,2) | 290 (45,2) |
| | Subtotal | 118 (100,0) | 272 (100,0) | 251 (100,0) | 641 (100,0) |
| Eugenia Montijo | MIR | 60 (42,6) | 155 (47,4) | 149 (48,9) | 364 (47,1) |
| | MA | 81 (57,4) | 172 (52,6) | 156 (51,1) | 409 (52,9) |
| | Subtotal | 141 (100,0) | 327 (100,0) | 305 (100,0) | 773 (100,0) |
| La Chana | MIR | 73 (56,6) | 164 (50,3) | 165 (54,6) | 402 (53,1) |
| | MA | 56 (43,4) | 162 (49,7) | 137 (45,4) | 355 (46,9) |
| | Subtotal | 129 (100,0) | 326 (100,0) | 302 (100,0) | 757 (100,0) |
| Gran Capitán | MIR | 98 (41,9) | 227 (48,7) | 253 (52,0) | 578 (48,7) |
| | MA | 136 (58,1) | 239 (51,3) | 234 (48,0) | 609 (51,3) |
| | Subtotal | 234 (100,0) | 466 (100,0) | 487 (100,0) | 1.187 (100,0) |
| Maracena | MIR | 67 (44,4) | 172 (48,0) | 188 (56,3) | 427 (50,7) |
| | MA | 84 (55,6) | 186 (52,0) | 146 (43,7) | 416 (49,3) |
| | Subtotal | 151 (100,0) | 358 (100,0) | 334 (100,0) | 843 (100,0) |
| Total | MIR | 349 (45,1) | 868 (49,6) | 905 (53,9) | 2.122 (50,5) |
| | MA | 424 (54,9) | 881 (50,4) | 774 (46,1) | 2.079 (49,5) |
| | Subtotal | 773 (100,0) | 1.749 (100,0) | 1.679 (100,0) | 4.201 (100,0) |

MIR: Médico interno residente; MA: Médico adjunto.

Tabla 38-B: Médico que atiende (grado de significación).

| Mir/MA x Años (4 g.l.) | | | Mir/MA x CS (2 g.l.) | | |
|------------------------|--------------|-------|----------------------|--------------|--------|
| Año | Chi-cuadrado | p | C.S. | Chi-cuadrado | p |
| 2001 | 8,42 | N.S. | Cartuja | 8,89 | <0,05 |
| 2003 | 4,54 | N.S. | Eugenia Montijo | 1,56 | N.S. |
| 2004 | 8,17 | N.S. | La Chana | 1,94 | N.S. |
| | | | Gran Capitán | 6,42 | <0,05 |
| | | | Maracena | 7,60 | <0,05 |
| Total | 11,86 | <0,05 | Total | 17,16 | <0,001 |

Tabla 39-A: Triage (% Banal).

| Centro de Salud | Año | | | Total % (IC 95%) |
|-----------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| | 2001 % (IC 95%) | 2003 % (IC 95%) | 2004 % (IC 95%) | |
| Cartuja | 33,05 (24,56-41,54) | 36,03 (30,32-41,73) | 35,86 (29,92-41,79) | 35,41(31,71-39,12) |
| Eugenia Montijo | 42,55 (34,39-50,71) | 40,67 (35,35-46,00) | 45,25 (39,66-50,83) | 42,82 (39,33-46,31) |
| La Chana | 40,31 (31,85-48,77) | 37,73 (32,47-42,99) | 33,44 (28,12-38,76) | 36,46 (33,03-39,89) |
| Gran Capitán | 35,90 (29,75-42,04) | 36,05 (31,69-40,41) | 39,43 (35,08-43,77) | 37,41 (34,65-40,16) |
| Maracena | 45,70 (37,75-53,64) | 40,78 (35,69-45,87) | 42,22 (36,92-47,51) | 42,23 (38,90-45,56) |
| Total | 39,33 (35,88-42,77) | 38,19 (35,92-40,47) | 39,42 (37,09-41,77) | 38,90 (37,42-40,37) |

IC: Intervalo de confianza al 95%.

Tabla 39-B: Triage (grado de significación).

| Banalidad x Años (4 g.l.) | | | Banalidad x CS (2 g.l.) | | |
|---------------------------|--------------|--------|-------------------------|--------------|------|
| Año | Chi-cuadrado | p | C.S. | Chi-cuadrado | p |
| 2001 | 6,34 | N.S. | Cartuja | 0,35 | N.S. |
| 2003 | 3,34 | N.S. | Eugenia Montijo | 1,35 | N.S. |
| 2004 | 11,28 | <0,05 | La Chana | 2,24 | N.S. |
| | | | Gran Capitán | 1,44 | N.S. |
| | | | Maracena | 1,05 | N.S. |
| Total | 15,22 | <0,005 | Total | 0,62 | N.S. |

Figura 6: Evolución de la proporción de asistencias Banales.

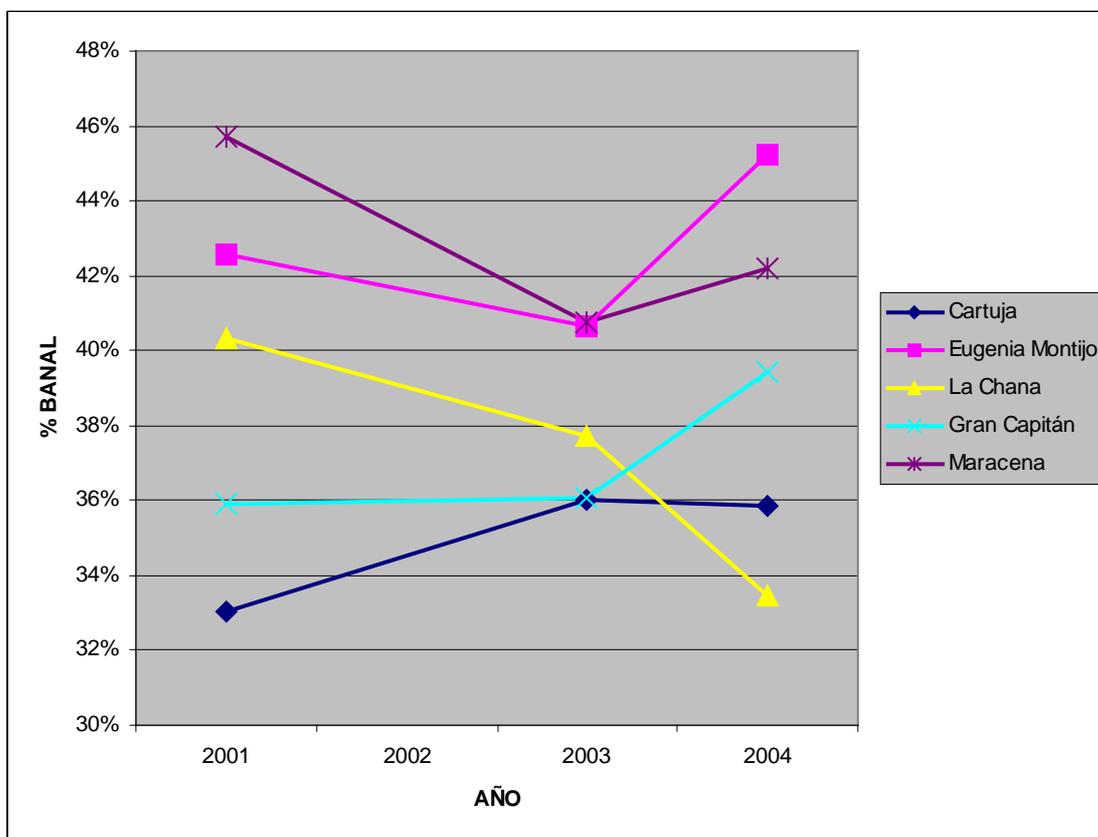


Tabla 40-A: Porcentaje de Inadecuación (IC).

| Centro de Salud | Año | | | Total % (IC 95%) |
|-----------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| | 2001 % (IC 95%) | 2003 % (IC 95%) | 2004 % (IC 95%) | |
| Cartuja | 47,46 (38,45-56,47) | 45,59 (39,67-51,51) | 43,03 (36,90-49,15) | 44,93 (41,08-48,78) |
| Eugenia Montijo | 62,41 (54,42-70,41) | 52,60 (47,19-58,01) | 44,92 (39,34-50,50) | 51,36 (47,83-54,88) |
| La Chana | 54,26 (45,67-62,86) | 49,39 (43,96-54,81) | 37,75 (32,28-43,22) | 45,57 (42,03-49,12) |
| Gran Capitán | 49,57 (43,17-55,98) | 46,14 (41,61-50,66) | 43,53 (39,13-47,94) | 45,75 (42,91-48,58) |
| Maracena | 61,59 (53,83-69,35) | 50,84 (45,66-56,02) | 45,51 (40,17-50,85) | 50,65 (47,27-54,03) |
| Total | 54,72 (51,21-58,23) | 48,83 (46,49-51,17) | 43,06 (40,69-45,42) | 47,61 (46,10-49,12) |

IC: Intervalo de confianza al 95%.

Tabla 40-B: Inadecuación (grado de significación).

| Inadecuación x Años (4 g.l.) | | | Inadecuación x CS (2 g.l.) | | |
|------------------------------|--------------|-------|----------------------------|--------------|---------|
| Año | Chi-cuadrado | p | C.S. | Chi-cuadrado | p |
| 2001 | 11,27 | <0,05 | Cartuja | 0,72 | N.S. |
| 2003 | 4,97 | N.S. | Eugenia Montijo | 12,16 | <0,01 |
| 2004 | 4,77 | N.S. | La Chana | 13,29 | <0,01 |
| | | | Gran Capitán | 2,37 | N.S. |
| | | | Maracena | 10,77 | <0,01 |
| Total | 12,24 | <0,05 | Total | 30,64 | <0,0001 |

Figura 7: Evolución del porcentaje de Inadecuación.

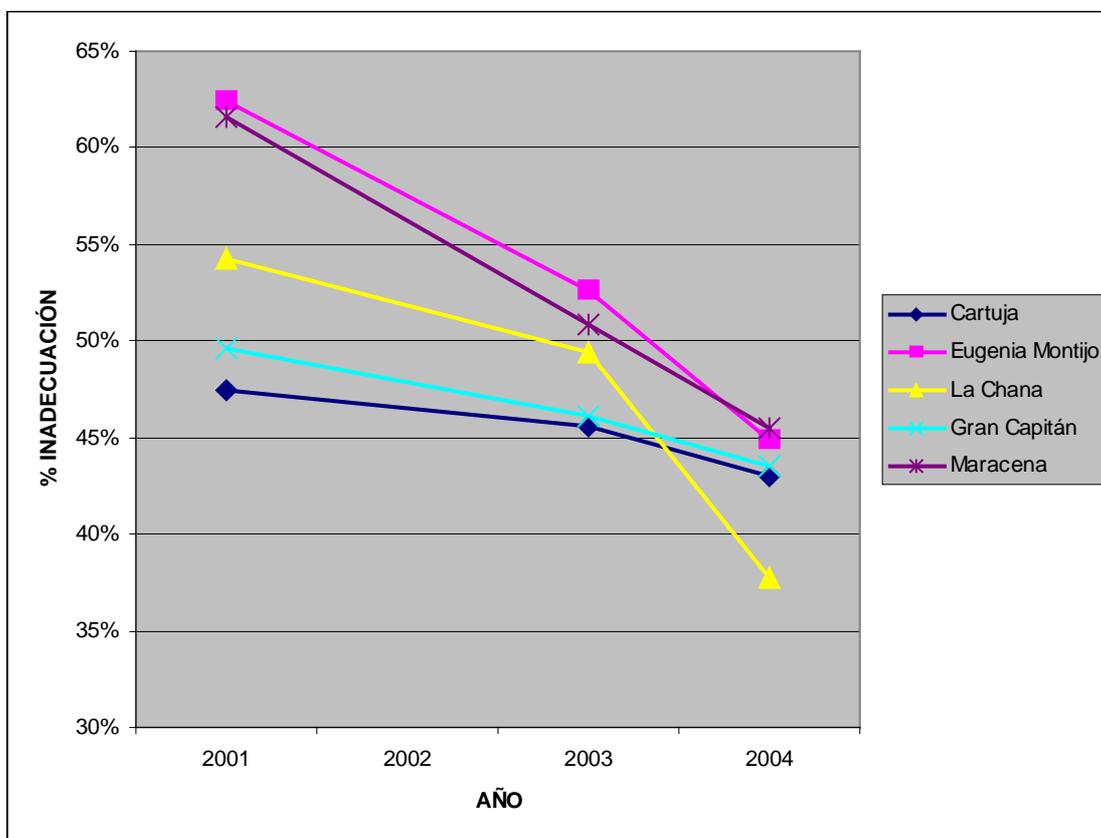


Tabla 41-A: Adecuado por Gravedad de entre todos los adecuados.

| Centro de Salud / Cumple Criterio | | Año | | | Total N (%) |
|-----------------------------------|----------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| | | 2001 N (%) | 2003 N (%) | 2004 N (%) | |
| Cartuja | No | 45 (72,6) | 118 (79,7) | 113 (79,0) | 276 (78,2) |
| | Si | 17 (27,4) | 30 (20,3) | 30 (21,0) | 77 (21,8) |
| | Subtotal | 62 (100,0) | 148 (100,0) | 143 (100,0) | 353 (100,0) |
| Eugenia Montijo | No | 34 (64,2) | 127 (81,9) | 121 (72,0) | 282 (75,0) |
| | Si | 19 (35,8) | 28 (18,1) | 47 (28,0) | 94 (25,0) |
| | Subtotal | 53 (100,0) | 155 (100,0) | 168 (100,0) | 376 (100,0) |
| La Chana | No | 46 (78,0) | 120 (72,7) | 123 (65,4) | 289 (70,1) |
| | Si | 13 (22,0) | 45 (27,3) | 65 (34,6) | 123 (29,9) |
| | Subtotal | 59 (100,0) | 165 (100,0) | 188 (100,0) | 412 (100,0) |
| Gran Capitán | No | 72 (61,0) | 197 (78,5) | 196 (71,3) | 465 (72,2) |
| | Si | 46 (39,0) | 54 (21,5) | 79 (28,7) | 179 (27,8) |
| | Subtotal | 118 (100,0) | 251 (100,0) | 275 (100,0) | 644 (100,0) |
| Maracena | No | 38 (65,5) | 131 (74,4) | 133 (73,1) | 302 (72,6) |
| | Si | 20 (34,5) | 45 (25,6) | 49 (26,9) | 114 (27,4) |
| | Subtotal | 58 (100,0) | 176 (100,0) | 182 (100,0) | 416 (100,0) |
| Total | No | 235 (67,1) | 693 (77,4) | 686 (71,8) | 1.614 (73,3) |
| | Si | 115 (32,9) | 202 (22,6) | 270 (28,2) | 587 (26,7) |
| | Subtotal | 350 (100,0) | 895 (100,0) | 956 (100,0) | 2.201 (100,0) |

**Tabla 41-B: Adecuado por Gravedad de entre todos los adecuados
(grado de significación).**

| Adec Gravedad x Años (4 g.l.) | | | Adec Gravedad x CS (2 g.l.) | | |
|-------------------------------|--------------|------|-----------------------------|--------------|--------|
| Año | Chi-cuadrado | p | C.S. | Chi-cuadrado | p |
| 2001 | 6,26 | N.S. | Cartuja | 1,41 | N.S. |
| 2003 | 5,40 | N.S. | Eugenia Montijo | 8,10 | <0,05 |
| 2004 | 7,64 | N.S. | La Chana | 4,25 | N.S. |
| | | | Gran Capitán | 12,41 | <0,01 |
| | | | Maracena | 1,78 | N.S. |
| Total | 7,46 | N.S. | Total | 15,75 | <0,001 |

Tabla 42-A: Adecuado por Tratamiento de entre todos los adecuados.

| Centro de Salud / Cumple Criterio | | Año | | | Total N (%) |
|-----------------------------------|----------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| | | 2001 N (%) | 2003 N (%) | 2004 N (%) | |
| Cartuja | No | 21 (33,9) | 81 (54,7) | 77 (53,8) | 179 (50,7) |
| | Si | 41 (66,1) | 67 (45,3) | 66 (46,2) | 174 (49,3) |
| | Subtotal | 62 (100,0) | 148 (100,0) | 143 (100,0) | 353 (100,0) |
| Eugenia Montijo | No | 25 (47,2) | 76 (49,0) | 97 (57,7) | 198 (52,7) |
| | Si | 28 (52,8) | 79 (51,0) | 71 (42,3) | 178 (47,3) |
| | Subtotal | 53 (100,0) | 155 (100,0) | 168 (100,0) | 376 (100,0) |
| La Chana | No | 27 (45,8) | 102 (61,8) | 92 (48,9) | 221 (53,6) |
| | Si | 32 (54,2) | 63 (38,2) | 96 (51,1) | 191 (46,4) |
| | Subtotal | 59 (100,0) | 165 (100,0) | 188 (100,0) | 412 (100,0) |
| Gran Capitán | No | 52 (44,1) | 147 (58,6) | 151 (54,9) | 350 (54,3) |
| | Si | 66 (55,9) | 104 (41,4) | 124 (45,1) | 294 (45,7) |
| | Subtotal | 118 (100,0) | 251 (100,0) | 275 (100,0) | 644 (100,0) |
| Maracena | No | 31 (53,4) | 94 (53,4) | 102 (56,0) | 227 (54,6) |
| | Si | 27 (46,6) | 82 (46,6) | 80 (44,0) | 189 (45,4) |
| | Subtotal | 58 (100,0) | 176 (100,0) | 182 (100,0) | 416 (100,0) |
| Total | No | 156 (44,6) | 500 (55,9) | 519 (54,3) | 1.175 (53,4) |
| | Si | 194 (55,4) | 395 (44,1) | 437 (45,7) | 1.026 (46,6) |
| | Subtotal | 350 (100,0) | 895 (100,0) | 956 (100,0) | 2.201 (100,0) |

**Tabla 42-B: Adecuado por Tratamiento de entre todos los adecuados
(grado de significación).**

| Adec Tratamiento x Años (4 g.l.) | | | Adec Tratamiento x CS (2 g.l.) | | |
|----------------------------------|--------------|------|--------------------------------|--------------|-------|
| Año | Chi-cuadrado | p | C.S. | Chi-cuadrado | p |
| 2001 | 4,91 | N.S. | Cartuja | 8,55 | <0,05 |
| 2003 | 6,56 | N.S. | Eugenia Montijo | 3,20 | N.S. |
| 2004 | 3,26 | N.S. | La Chana | 7,58 | <0,05 |
| | | | Gran Capitán | 6,86 | <0,05 |
| | | | Maracena | 0,28 | N.S. |
| Total | 1,58 | N.S. | Total | 13,45 | <0,01 |

Tabla 43-A: Adecuado por Intensidad Diagnóstica de entre todos los adecuados.

| Centro de Salud / Cumple Criterio | | Año | | | Total N (%) |
|-----------------------------------|----------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| | | 2001 N (%) | 2003 N (%) | 2004 N (%) | |
| Cartuja | No | 8 (12,9) | 17 (11,5) | 24 (16,8) | 49 (13,9) |
| | Si | 54 (87,1) | 131 (88,5) | 119 (83,2) | 304 (86,1) |
| | Subtotal | 62 (100,0) | 148 (100,0) | 143 (100,0) | 353 (100,0) |
| Eugenia Montijo | No | 6 (11,3) | 17 (11,0) | 17 (10,1) | 40 (10,6) |
| | Si | 47 (88,7) | 138 (89,0) | 151 (89,9) | 336 (89,4) |
| | Subtotal | 53 (100,0) | 155 (100,0) | 168 (100,0) | 376 (100,0) |
| La Chana | No | 5 (8,5) | 26 (15,8) | 22 (11,7) | 53 (12,9) |
| | Si | 54 (91,5) | 139 (84,2) | 166 (88,3) | 359 (87,1) |
| | Subtotal | 59 (100,0) | 165 (100,0) | 188 (100,0) | 412 (100,0) |
| Gran Capitán | No | 25 (21,2) | 30 (12,0) | 39 (14,2) | 94 (14,6) |
| | Si | 93 (78,8) | 221 (88,0) | 236 (85,8) | 550 (85,4) |
| | Subtotal | 118 (100,0) | 251 (100,0) | 275 (100,0) | 644 (100,0) |
| Maracena | No | 4 (6,9) | 24 (13,6) | 23 (12,6) | 51 (12,3) |
| | Si | 54 (93,1) | 152 (86,4) | 159 (87,4) | 365 (87,7) |
| | Subtotal | 58 (100,0) | 176 (100,0) | 182 (100,0) | 416 (100,0) |
| Total | No | 48 (13,7) | 114 (12,7) | 125 (13,1) | 287 (13,0) |
| | Si | 302 (86,3) | 781 (87,3) | 831 (86,9) | 1.914 (87,0) |
| | Subtotal | 350 (100,0) | 895 (100,0) | 956 (100,0) | 2.201 (100,0) |

Tabla 43-B: Adecuado por Intensidad Diagnóstica de entre todos los adecuados (grado de significación).

| Adec Intensidad Diag x Años (4 g.l.) | | | Adec Intensidad Diag x CS (2 g.l.) | | |
|--------------------------------------|--------------|-------|------------------------------------|--------------|------|
| Año | Chi-cuadrado | p | C.S. | Chi-cuadrado | p |
| 2001 | 9,51 | <0,05 | Cartuja | 1,77 | N.S. |
| 2003 | 2,27 | N.S. | Eugenia Montijo | 0,09 | N.S. |
| 2004 | 3,66 | N.S. | La Chana | 2,47 | N.S. |
| | | | Gran Capitán | 5,56 | N.S. |
| | | | Maracena | 1,89 | N.S. |
| Total | 3,74 | N.S. | Total | 0,21 | N.S. |

Tabla 44-A: Adecuado por Otros Criterios de entre todos los adecuados.

| Centro de Salud / Cumple Criterio | | Año | | | Total N (%) |
|-----------------------------------|----------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| | | 2001 N (%) | 2003 N (%) | 2004 N (%) | |
| Cartuja | No | 46 (74,2) | 123 (83,1) | 111 (77,6) | 280 (79,3) |
| | Si | 16 (25,8) | 25 (16,9) | 32 (22,4) | 73 (20,7) |
| | Subtotal | 62 (100,0) | 148 (100,0) | 143 (100,0) | 353 (100,0) |
| Eugenia Montijo | No | 48 (90,6) | 134 (86,5) | 126 (75,0) | 308 (81,9) |
| | Si | 5 (9,4) | 21 (13,5) | 42 (25,0) | 68 (18,1) |
| | Subtotal | 53 (100,0) | 155 (100,0) | 168 (100,0) | 376 (100,0) |
| La Chana | No | 46 (78,0) | 129 (78,2) | 141 (75,0) | 316 (76,7) |
| | Si | 13 (22,0) | 36 (21,8) | 47 (25,0) | 96 (23,3) |
| | Subtotal | 59 (100,0) | 165 (100,0) | 188 (100,0) | 412 (100,0) |
| Gran Capitán | No | 83 (70,3) | 192 (76,5) | 203 (73,8) | 478 (74,2) |
| | Si | 35 (29,7) | 59 (23,5) | 72 (26,2) | 166 (25,8) |
| | Subtotal | 118 (100,0) | 251 (100,0) | 275 (100,0) | 644 (100,0) |
| Maracena | No | 47 (81,0) | 143 (81,3) | 147 (80,8) | 337 (81,0) |
| | Si | 11 (19,0) | 33 (18,8) | 35 (19,2) | 79 (19,0) |
| | Subtotal | 58 (100,0) | 176 (100,0) | 182 (100,0) | 416 (100,0) |
| Total | No | 270 (77,1) | 721 (80,6) | 728 (76,2) | 1.719 (78,1) |
| | Si | 80 (22,9) | 174 (19,4) | 228 (23,8) | 482 (21,9) |
| | Subtotal | 350 (100,0) | 895 (100,0) | 956 (100,0) | 2.201 (100,0) |

**Tabla 44-B: Adecuado por Otros Criterios de entre todos los adecuados
(grado de significación).**

| Adec Otros Criterios x Años (4 g.l.) | | | Adec Otros Criterios x CS (2 g.l.) | | |
|--------------------------------------|--------------|-------|------------------------------------|--------------|-------|
| Año | Chi-cuadrado | p | C.S. | Chi-cuadrado | p |
| 2001 | 9,34 | N.S. | Cartuja | 2,54 | N.S. |
| 2003 | 7,35 | N.S. | Eugenia Montijo | 10,25 | <0,01 |
| 2004 | 3,39 | N.S. | La Chana | 0,56 | N.S. |
| | | | Gran Capitán | 1,63 | N.S. |
| | | | Maracena | 0,01 | N.S. |
| Total | 11,70 | <0,05 | Total | 5,47 | N.S. |

Tabla 45-A: Adecuado por Criterios aplicables a pacientes que acuden espontáneamente de entre todos los adecuados.

| Centro de Salud / Cumple Criterio | | Año | | | Total N (%) |
|-----------------------------------|----------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| | | 2001 N (%) | 2003 N (%) | 2004 N (%) | |
| Cartuja | No | 48 (77,4) | 107 (72,3) | 107 (74,8) | 262 (74,2) |
| | Si | 14 (22,6) | 41 (27,7) | 36 (25,2) | 91 (25,8) |
| | Subtotal | 62 (100,0) | 148 (100,0) | 143 (100,0) | 353 (100,0) |
| Eugenia Montijo | No | 39 (73,6) | 113 (72,9) | 128 (76,2) | 280 (74,5) |
| | Si | 14 (26,4) | 42 (27,1) | 40 (23,8) | 96 (25,5) |
| | Subtotal | 53 (100,0) | 155 (100,0) | 168 (100,0) | 376 (100,0) |
| La Chana | No | 45 (76,3) | 129 (78,2) | 136 (72,3) | 310 (75,2) |
| | Si | 14 (23,7) | 36 (21,8) | 52 (27,7) | 102 (24,8) |
| | Subtotal | 59 (100,0) | 165 (100,0) | 188 (100,0) | 412 (100,0) |
| Gran Capitán | No | 84 (71,2) | 191 (76,1) | 199 (72,4) | 474 (73,6) |
| | Si | 34 (28,8) | 60 (23,9) | 76 (27,6) | 170 (26,4) |
| | Subtotal | 118 (100,0) | 251 (100,0) | 275 (100,0) | 644 (100,0) |
| Maracena | No | 46 (79,3) | 127 (72,2) | 135 (74,2) | 308 (74,0) |
| | Si | 12 (20,7) | 49 (27,8) | 47 (25,8) | 108 (26,0) |
| | Subtotal | 58 (100,0) | 176 (100,0) | 182 (100,0) | 416 (100,0) |
| Total | No | 262 (74,9) | 667 (74,5) | 705 (73,7) | 1.634 (74,2) |
| | Si | 88 (25,1) | 228 (25,5) | 251 (26,3) | 567 (25,8) |
| | Subtotal | 350 (100,0) | 895 (100,0) | 956 (100,0) | 2.201 (100,0) |

Tabla 45-B: Adecuado por Criterios aplicables a pacientes que acuden espontáneamente de entre todos los adecuados (grado de significación).

| Adec Acuden Espont x Años (4 g.l.) | | | Adec Acuden Espont x CS (2 g.l.) | | |
|------------------------------------|--------------|------|----------------------------------|--------------|------|
| Año | Chi-cuadrado | p | C.S. | Chi-cuadrado | p |
| 2001 | 1,78 | N.S. | Cartuja | 0,65 | N.S. |
| 2003 | 2,61 | N.S. | Eugenia Montijo | 0,48 | N.S. |
| 2004 | 1,09 | N.S. | La Chana | 1,65 | N.S. |
| | | | Gran Capitán | 1,37 | N.S. |
| | | | Maracena | 1,16 | N.S. |
| Total | 0,37 | N.S. | Total | 0,23 | N.S. |

TABLA 46: MODELO INADECUACIÓN (ODDS RATIO).

| Variables | Cat. ref. | Cat. riesgo | Modelo bruto | | | Modelo 1 | | | Modelo 2 | | | Modelo 3 | | |
|-----------------|------------|-----------------|--------------|--------|--------|----------|--------|--------|----------|--------|--------|----------|--------|--------|
| | | | OR | IC 95% | IC 95% | OR | IC 95% | IC 95% | OR | IC 95% | IC 95% | OR | IC 95% | IC 95% |
| SEXO | Hombre | Mujer | 0,98 | 0,87 | 1,11 | 1,07 | 0,92 | 1,26 | 1,07 | 0,92 | 1,25 | 1,07 | 0,92 | 1,25 |
| EDAD | ≥ 70 años | ≤ 30 años | 3,16 | 2,64 | 3,79 | | | | | | | | | |
| | | 31 - 48 años | 2,90 | 2,43 | 3,47 | | | | | | | | | |
| | | 49 - 69 años | 1,78 | 1,49 | 2,13 | | | | | | | | | |
| Mayores 65 | ≥ 65 años | < 65 años | 2,44 | 2,13 | 2,79 | 1,17 | 0,95 | 1,43 | 1,16 | 0,94 | 1,42 | 1,17 | 0,95 | 1,43 |
| CS (5 grupos) | La Chana | Cartuja | 0,97 | 0,79 | 1,20 | 0,97 | 0,74 | 1,28 | | | | | | |
| | | Eugenia Montijo | 1,26 | 1,03 | 1,54 | 1,04 | 0,81 | 1,35 | | | | | | |
| | | Gran Capitán | 1,01 | 0,84 | 1,21 | 0,98 | 0,77 | 1,24 | | | | | | |
| | | Maracena | 1,23 | 1,01 | 1,49 | 1,14 | 0,88 | 1,47 | | | | | | |
| CS (3 grupos) | La Chana | C+EM+M | 1,16 | 0,98 | 1,37 | | | | 1,06 | 0,85 | 1,31 | | | |
| | | Gran Capitán | 1,01 | 0,84 | 1,21 | | | | 0,98 | 0,77 | 1,24 | | | |
| CS (2 grupos) | La Chana | C+EM+M+GC | 1,11 | 0,94 | 1,29 | | | | | | | 1,03 | 0,84 | 1,26 |
| CS Docente | Si | No | 1,11 | 0,97 | 1,28 | | | | | | | | | |
| Tipo Derivación | Aporta Doc | VV+MP | 3,33 | 2,83 | 3,92 | 2,15 | 1,74 | 2,65 | 2,15 | 1,74 | 2,66 | 2,16 | 1,75 | 2,67 |
| Motivo Consulta | Grupo 1 | Grupo 2 | 3,71 | 3,05 | 4,51 | 3,44 | 2,76 | 4,30 | 3,45 | 2,76 | 4,31 | 3,44 | 2,75 | 4,30 |
| | | Grupo 3 | 12,62 | 10,04 | 15,86 | 5,01 | 3,75 | 6,69 | 5,02 | 3,76 | 6,71 | 5,02 | 3,76 | 6,69 |
| | | Grupo 4 | 25,23 | 20,07 | 31,73 | 6,93 | 5,13 | 9,37 | 6,93 | 5,13 | 9,37 | 6,91 | 5,14 | 9,33 |

Ver ANEXO V para la Recodificación de variables.

TABLA 46: MODELO INADECUACIÓN (cont).

| Variables | Cat. ref. | Cat. riesgo | Modelo bruto | | | Modelo 1 | | | Modelo 2 | | | Modelo 3 | | |
|----------------------------------|---------------|----------------|--------------|-------|-------|-------------|------|-------|-------------|------|-------|-------------|------|-------|
| | | | OR (IC 95%) | | | OR (IC 95%) | | | OR (IC 95%) | | | OR (IC 95%) | | |
| Motivo Consulta por Especialista | Grupo 1 | Grupo 2 | 2,74 | 2,29 | 3,29 | 1,73 | 1,37 | 2,19 | 1,73 | 1,37 | 2,18 | 1,72 | 1,36 | 2,17 |
| | | Grupo 3 | 9,50 | 8,14 | 11,09 | 2,04 | 1,61 | 2,57 | 2,04 | 1,62 | 2,58 | 2,05 | 1,62 | 2,58 |
| Duración Síntomas | < 1 día | 1 día – 3 m | 1,85 | 1,62 | 2,11 | 1,71 | 1,43 | 2,05 | 1,71 | 1,43 | 2,04 | 1,71 | 1,43 | 2,04 |
| | | > 3 m | 3,69 | 2,44 | 5,58 | 4,05 | 2,39 | 6,84 | 4,06 | 2,40 | 6,87 | 4,06 | 2,40 | 6,87 |
| Acceso Consulta | Camilla | Andando | 31,54 | 13,89 | 71,60 | 6,18 | 2,49 | 15,33 | 6,15 | 2,48 | 15,27 | 6,23 | 2,51 | 15,48 |
| | | Carrito | 5,67 | 2,64 | 13,07 | 2,75 | 1,09 | 6,89 | 2,73 | 1,09 | 6,85 | 2,77 | 1,10 | 6,96 |
| Diagnóstico | Grupo 1 | Grupo 2 | 2,12 | 1,61 | 2,80 | 0,23 | 0,15 | 0,35 | 0,23 | 0,15 | 0,36 | 0,24 | 0,16 | 0,36 |
| | | Grupo 3 | 9,88 | 7,36 | 13,26 | 0,28 | 0,21 | 0,38 | 0,28 | 0,21 | 0,38 | 0,29 | 0,21 | 0,39 |
| | | Grupo 4 | 21,23 | 14,90 | 30,25 | 0,44 | 0,32 | 0,61 | 0,45 | 0,33 | 0,61 | 0,45 | 0,33 | 0,61 |
| Periodo de estudio (Año) | 2004 | 2001 | 1,60 | 1,35 | 1,90 | 2,02 | 1,61 | 2,53 | 2,02 | 1,61 | 2,53 | 2,02 | 1,61 | 2,53 |
| | | 2003 | 1,26 | 1,10 | 1,44 | 1,38 | 1,16 | 1,64 | 1,38 | 1,16 | 1,64 | 1,38 | 1,16 | 1,64 |
| Turnos Laborales | Noche (22-8h) | Mañana (8-15h) | 1,22 | 1,03 | 1,44 | 0,72 | 0,54 | 0,96 | 0,72 | 0,55 | 0,96 | 0,72 | 0,54 | 0,96 |
| | | Tarde (15-22h) | 1,28 | 1,08 | 1,51 | 0,74 | 0,59 | 0,93 | 0,74 | 0,59 | 0,93 | 0,74 | 0,59 | 0,93 |
| Horario DCCU | Si | No | 1,08 | 0,96 | 1,22 | 1,05 | 0,86 | 1,29 | 1,04 | 0,85 | 1,28 | 1,04 | 0,85 | 1,28 |
| Hipertensión | No | Si | 0,40 | 0,34 | 0,47 | | | | | | | | | |
| Diabetes | No | Si | 0,41 | 0,33 | 0,51 | | | | | | | | | |
| Cardiovascular | No | Si | 0,22 | 0,17 | 0,27 | | | | | | | | | |
| Neumología | No | Si | 0,21 | 0,17 | 0,27 | | | | | | | | | |
| Digestivo | No | Si | 0,43 | 0,35 | 0,53 | | | | | | | | | |

Ver ANEXO V para la Recodificación de variables.

TABLA 46: MODELO INADECUACIÓN (cont).

| Variables | Cat. ref. | Cat. riesgo | Modelo bruto | | | Modelo 1 | | | Modelo 2 | | | Modelo 3 | | |
|--------------|-------------|-------------|--------------|-------|-------|-------------|------|------|-------------|------|------|-------------|------|------|
| | | | OR (IC 95%) | | | OR (IC 95%) | | | OR (IC 95%) | | | OR (IC 95%) | | |
| Reumatología | No | Si | 0,66 | 0,52 | 0,84 | | | | | | | | | |
| Neoplasia | No | Si | 0,23 | 0,14 | 0,37 | | | | | | | | | |
| Otros | No | Si | 0,60 | 0,53 | 0,69 | | | | | | | | | |
| Comorbilidad | ≥ 4 Comorbs | 0 Comorb | 19,55 | 11,40 | 33,52 | 5,00 | 2,65 | 9,45 | 5,05 | 2,67 | 9,54 | 5,08 | 2,69 | 9,60 |
| | | 1 Comorb | 9,38 | 5,46 | 16,09 | 3,72 | 1,98 | 6,98 | 3,74 | 1,99 | 7,03 | 3,76 | 2,00 | 7,05 |
| | | 2 Comorbs | 4,91 | 2,83 | 8,54 | 2,55 | 1,35 | 4,82 | 2,57 | 1,36 | 4,85 | 2,57 | 1,36 | 4,86 |
| | | 3 Comorbs | 3,12 | 1,74 | 5,60 | 2,19 | 1,12 | 4,31 | 2,19 | 1,11 | 4,30 | 2,20 | 1,12 | 4,33 |
| Médico | MA | Mir | 0,52 | 0,46 | 0,59 | 0,74 | 0,62 | 0,89 | 0,74 | 0,62 | 0,89 | 0,74 | 0,62 | 0,88 |

Ver ANEXO V para la Recodificación de variables.

TABLA 47: MODELO MOTU PROPIO* (ODDS RATIO).

| Variables | Cat. ref. | Cat. riesgo | Modelo bruto | | | Modelo 1 | | | Modelo 2 | | | Modelo 3 | | |
|-----------------|-----------|-----------------|--------------|--------|------|----------|------|--------|----------|--------|------|----------|------|------|
| | | | OR | IC 95% | OR | IC 95% | OR | IC 95% | OR | IC 95% | OR | IC 95% | | |
| SEXO | Hombre | Mujer | 1,04 | 0,90 | 1,20 | 1,12 | 0,95 | 1,32 | 1,12 | 0,95 | 1,31 | 1,12 | 0,95 | 1,31 |
| EDAD | ≥ 70 años | ≤ 30 años | 2,58 | 2,10 | 3,17 | | | | | | | | | |
| | | 31 - 48 años | 2,79 | 2,26 | 3,44 | | | | | | | | | |
| | | 49 - 69 años | 1,84 | 1,51 | 2,23 | | | | | | | | | |
| Mayores 65 | ≥ 65 años | < 65 años | 2,30 | 1,98 | 2,67 | 1,23 | 1,01 | 1,50 | 1,23 | 1,00 | 1,50 | 1,24 | 1,02 | 1,52 |
| CS (5 grupos) | La Chana | Cartuja | 1,39 | 1,08 | 1,79 | 1,26 | 0,96 | 1,66 | | | | | | |
| | | Eugenia Montijo | 1,53 | 1,20 | 1,95 | 1,33 | 1,02 | 1,73 | | | | | | |
| | | Gran Capitán | 1,07 | 0,87 | 1,32 | 1,14 | 0,90 | 1,44 | | | | | | |
| | | Maracena | 1,49 | 1,18 | 1,89 | 1,40 | 1,08 | 1,82 | | | | | | |
| CS (3 grupos) | La Chana | C+EM+M | 1,47 | 1,21 | 1,79 | | | | 1,33 | 1,08 | 1,65 | | | |
| | | Gran Capitán | 1,07 | 0,87 | 1,32 | | | | 1,14 | 0,90 | 1,44 | | | |
| CS (2 grupos) | La Chana | C+EM+M+GC | 1,31 | 1,09 | 1,57 | | | | | | | 1,26 | 1,03 | 1,54 |
| CS Docente | Si | No | 1,06 | 0,90 | 1,25 | | | | | | | | | |
| Motivo Consulta | Grupo 1 | Grupo 2 | 1,27 | 1,06 | 1,52 | 1,16 | 0,95 | 1,42 | 1,16 | 0,95 | 1,42 | 1,16 | 0,95 | 1,42 |
| | | Grupo 3 | 1,85 | 1,47 | 2,33 | 1,25 | 0,92 | 1,70 | 1,25 | 0,92 | 1,70 | 1,25 | 0,92 | 1,70 |
| | | Grupo 4 | 3,07 | 2,44 | 3,86 | 1,78 | 1,28 | 2,48 | 1,78 | 1,28 | 2,48 | 1,77 | 1,27 | 2,47 |

*Incluye las derivaciones no formales o viva voz por el médico.
Ver ANEXO V para la Recodificación de variables.

TABLA 47: MODELO MOTU PROPIO* (cont).

| Variables | Cat. ref. | Cat. riesgo | Modelo bruto | | | Modelo 1 | | | Modelo 2 | | | Modelo 3 | | |
|----------------------------------|---------------|----------------|--------------|--------|-------|----------|-------|--------|----------|--------|-------|----------|-------|-------|
| | | | OR | IC 95% | OR | IC 95% | OR | IC 95% | OR | IC 95% | OR | IC 95% | | |
| Motivo Consulta por Especialista | Grupo 1 | Grupo 2 | 1,28 | 1,05 | 1,57 | 0,95 | 0,75 | 1,21 | 0,95 | 0,75 | 1,21 | 0,95 | 0,74 | 1,20 |
| | | Grupo 3 | 2,47 | 2,08 | 2,94 | 1,26 | 0,96 | 1,65 | 1,26 | 0,96 | 1,66 | 1,27 | 0,97 | 1,66 |
| Duración Síntomas | < 1 día | 1 día – 3 m | 1,28 | 1,05 | 1,57 | 0,78 | 0,64 | 0,94 | 0,78 | 0,64 | 0,93 | 0,78 | 0,64 | 0,93 |
| | | > 3 m | 2,47 | 2,08 | 2,94 | 0,68 | 0,41 | 1,12 | 0,68 | 0,41 | 1,12 | 0,68 | 0,41 | 1,13 |
| Acceso Consulta | Camilla | Andando | 54,74 | 31,29 | 95,77 | 41,74 | 23,32 | 74,71 | 41,51 | 23,20 | 74,27 | 42,30 | 23,64 | 75,67 |
| | | Carrito | 16,54 | 9,38 | 29,19 | 16,12 | 9,02 | 28,81 | 16,02 | 8,96 | 28,62 | 16,40 | 9,18 | 29,30 |
| Diagnóstico | Grupo 1 | Grupo 2 | 2,39 | 1,89 | 3,02 | 0,78 | 0,52 | 1,16 | 0,78 | 0,53 | 1,17 | 0,79 | 0,53 | 1,18 |
| | | Grupo 3 | 3,06 | 2,36 | 3,97 | 1,25 | 0,91 | 1,73 | 1,26 | 0,91 | 1,73 | 1,28 | 0,93 | 1,76 |
| | | Grupo 4 | 4,08 | 2,94 | 5,65 | 0,94 | 0,68 | 1,30 | 0,94 | 0,68 | 1,30 | 0,95 | 0,68 | 1,31 |
| Periodo de estudio (Año) | 2004 | 2001 | 1,40 | 1,13 | 1,73 | 1,45 | 1,15 | 1,85 | 1,45 | 1,14 | 1,84 | 1,45 | 1,14 | 1,84 |
| | | 2003 | 1,20 | 1,02 | 1,41 | 1,13 | 0,95 | 1,35 | 1,13 | 0,95 | 1,35 | 1,13 | 0,95 | 1,35 |
| Turnos Laborales | Noche (22-8h) | Mañana (8-15h) | 1,13 | 0,93 | 1,37 | 1,47 | 1,10 | 1,97 | 1,47 | 1,10 | 1,97 | 1,46 | 1,09 | 1,96 |
| | | Tarde (15-22h) | 1,40 | 1,15 | 1,70 | 1,40 | 1,11 | 1,77 | 1,40 | 1,11 | 1,77 | 1,40 | 1,11 | 1,77 |
| Horario DCCU | Si | No | 0,81 | 0,70 | 0,94 | 0,72 | 0,58 | 0,89 | 0,72 | 0,58 | 0,89 | 0,72 | 0,58 | 0,89 |
| Hipertensión | No | Si | 0,51 | 0,43 | 0,60 | | | | | | | | | |
| Diabetes | No | Si | 0,48 | 0,39 | 0,60 | | | | | | | | | |
| Cardiovascular | No | Si | 0,39 | 0,32 | 0,47 | | | | | | | | | |
| Neumología | No | Si | 0,56 | 0,45 | 0,68 | | | | | | | | | |
| Digestivo | No | Si | 0,68 | 0,55 | 0,85 | | | | | | | | | |

*Incluye las derivaciones no formales o viva voz por el médico.
Ver ANEXO V para la Recodificación de variables.

TABLA 47: MODELO MOTU PROPIO* (cont).

| Variables | Cat. ref. | Cat. riesgo | Modelo bruto | | | Modelo 1 | | | Modelo 2 | | | Modelo 3 | | |
|--------------|-------------|-------------|--------------|--------|--------|----------|--------|--------|----------|--------|--------|----------|--------|--------|
| | | | OR | IC 95% | IC 95% | OR | IC 95% | IC 95% | OR | IC 95% | IC 95% | OR | IC 95% | IC 95% |
| Reumatología | No | Si | 0,86 | 0,65 | 1,13 | | | | | | | | | |
| Neoplasia | No | Si | 0,68 | 0,45 | 1,03 | | | | | | | | | |
| Otros | No | Si | 0,67 | 0,57 | 0,77 | | | | | | | | | |
| Comorbilidad | ≥ 4 Comorbs | 0 Comorb | 4,32 | 3,11 | 6,01 | 1,20 | 0,79 | 1,82 | 1,21 | 0,80 | 1,83 | 1,22 | 0,81 | 1,86 |
| | | 1 Comorb | 3,26 | 2,34 | 4,52 | 1,31 | 0,88 | 1,96 | 1,32 | 0,89 | 1,96 | 1,33 | 0,89 | 1,97 |
| | | 2 Comorbs | 2,01 | 1,43 | 2,82 | 1,12 | 0,75 | 1,66 | 1,12 | 0,76 | 1,66 | 1,13 | 0,76 | 1,67 |
| | | 3 Comorbs | 1,31 | 0,91 | 1,89 | 0,88 | 0,58 | 1,34 | 0,88 | 0,58 | 1,35 | 0,89 | 0,59 | 1,36 |
| Médico | MA | Mir | 1,06 | 0,92 | 1,23 | 1,13 | 0,94 | 1,37 | 1,14 | 0,94 | 1,37 | 1,13 | 0,94 | 1,36 |

*Incluye las derivaciones no formales o viva voz por el médico.
Ver ANEXO V para la Recodificación de variables.

Tabla 48: Odds Ratio Inadecuación comparación CS en tres grupos y por años controlando por la variable horario DCCU.

| Centro de Salud | Comparaciones entre Años | OR (IC 95%) |
|-----------------|--------------------------|------------------|
| La Chana | 2001-2003 | 0,81 (0,54-1,22) |
| | 2001-2004 | 0,50 (0,33-0,76) |
| C+EM+M | 2001-2003 | 0,73 (0,58-0,92) |
| | 2001-2004 | 0,59 (0,46-0,74) |
| GC | 2001-2003 | 0,87 (0,63-1,19) |
| | 2001-2004 | 0,78 (0,57-1,06) |
| Año | Comparaciones Entre CS | OR (IC 95%) |
| 2001 | La Chana vs C+EM+M | 1,14 (0,77-1,71) |
| | La Chana vs GC | 0,82 (0,53-1,26) |
| 2003 | La Chana vs C+EM+M | 1,03 (0,80-1,32) |
| | La Chana vs GC | 0,88 (0,66-1,16) |
| 2004 | La Chana vs C+EM+M | 1,33 (1,02-1,74) |
| | La Chana vs GC | 1,27 (0,95-1,70) |

Tabla 49: Odds Ratio Inadecuación comparación CS en tres grupos y por años controlando por todas las variables.

| Centro de Salud | Comparaciones entre Años | OR (IC 95%) |
|-----------------|--------------------------|------------------|
| La Chana | 2001-2003 | 0,86 (0,51-1,46) |
| | 2001-2004 | 0,63 (0,37-1,08) |
| C+EM+M | 2001-2003 | 0,63 (0,43-0,92) |
| | 2001-2004 | 0,40 (0,27-0,59) |
| GC | 2001-2003 | 0,67 (0,44-1,01) |
| | 2001-2004 | 0,57 (0,38-0,86) |
| Año | Comparaciones Entre CS | OR (IC 95%) |
| 2001 | La Chana vs C+EM+M | 1,33 (0,76-2,34) |
| | La Chana vs GC | 1,05 (0,57-1,94) |
| 2003 | La Chana vs C+EM+M | 0,97 (0,67-1,41) |
| | La Chana vs GC | 0,81 (0,52-1,27) |
| 2004 | La Chana vs C+EM+M | 0,84 (0,56-1,27) |
| | La Chana vs GC | 0,95 (0,60-1,52) |

Tabla 50: Odds Ratio Inadecuación CS La Chana frente al resto controlando por la variable horario DCCU.

| Centro de Salud | Comparaciones entre Años | OR (IC 95%) |
|-----------------|--------------------------|------------------|
| La Chana | 2001-2003 | 0,81 (0,54-1,22) |
| | 2001-2004 | 0,50 (0,33-0,76) |
| C+EM+M+GC | 2001-2003 | 0,78 (0,65-0,94) |
| | 2001-2004 | 0,65 (0,54-0,79) |
| Año | Comparaciones Entre CS | OR (IC 95%) |
| 2001 | La Chana vs C+EM+M+GC | 1,01 (0,69-1,48) |
| 2003 | La Chana vs C+EM+M+GC | 0,98 (0,77-1,24) |
| 2004 | La Chana vs C+EM+M+GC | 1,31 (1,01-1,69) |

Tabla 51: Odds Ratio Inadecuación CS La Chana frente al resto controlando por todas las variables.

| Centro de Salud | Comparaciones entre Años | OR (IC 95%) |
|-----------------|--------------------------|------------------|
| La Chana | 2001-2003 | 0,87 (0,51-1,46) |
| | 2001-2004 | 0,63 (0,37-1,08) |
| C+EM+M+GC | 2001-2003 | 0,65 (0,49-0,86) |
| | 2001-2004 | 0,47 (0,36-0,63) |
| Año | Comparaciones Entre CS | OR (IC 95%) |
| 2001 | La Chana vs C+EM+M+GC | 1,23 (0,72-2,08) |
| 2003 | La Chana vs C+EM+M+GC | 0,92 (0,64-1,32) |
| 2004 | La Chana vs C+EM+M+GC | 0,91 (0,62-1,35) |

Tabla 52: Odds Ratio Tipo de Derivación comparación CS en tres grupos y por años controlando por la variable horario DCCU.

| Centro de Salud | Comparaciones entre Años | OR (IC 95%) |
|-----------------|--------------------------|------------------|
| La Chana | 2001-2003 | 0,75 (0,44-1,25) |
| | 2001-2004 | 0,47 (0,28-0,78) |
| C+EM+M | 2001-2003 | 0,89 (0,66-1,21) |
| | 2001-2004 | 0,77 (0,56-1,04) |
| GC | 2001-2003 | 0,86 (0,59-1,25) |
| | 2001-2004 | 0,86 (0,59-1,24) |
| Año | Comparaciones Entre CS | OR (IC 95%) |
| 2001 | La Chana vs C+EM+M | 1,09 (0,65-1,83) |
| | La Chana vs GC | 0,78 (0,45-1,34) |
| 2003 | La Chana vs C+EM+M | 1,30 (0,96-1,77) |
| | La Chana vs GC | 0,89 (0,64-1,25) |
| 2004 | La Chana vs C+EM+M | 1,79 (1,34-2,40) |
| | La Chana vs GC | 1,43 (1,04-1,96) |

Tabla 53: Odds Ratio Tipo de Derivación comparación CS en tres grupos y por años controlando por todas las variables.

| Centro de Salud | Comparaciones entre Años | OR (IC 95%) |
|-----------------|--------------------------|------------------|
| La Chana | 2001-2003 | 0,72 (0,41-1,27) |
| | 2001-2004 | 0,52 (0,30-0,91) |
| C+EM+M | 2001-2003 | 0,96 (0,64-1,43) |
| | 2001-2004 | 0,84 (0,56-1,26) |
| GC | 2001-2003 | 0,69 (0,45-1,06) |
| | 2001-2004 | 0,69 (0,45-1,06) |
| Año | Comparaciones Entre CS | OR (IC 95%) |
| 2001 | La Chana vs C+EM+M | 0,91 (0,49-1,68) |
| | La Chana vs GC | 0,95 (0,48-1,87) |
| 2003 | La Chana vs C+EM+M | 1,21 (0,82-1,78) |
| | La Chana vs GC | 0,91 (0,57-1,44) |
| 2004 | La Chana vs C+EM+M | 1,47 (1,01-2,15) |
| | La Chana vs GC | 1,26 (0,80-1,98) |

Tabla 54: Odds Ratio Tipo de Derivación CS La Chana frente al resto controlando por la variable horario DCCU.

| Centro de Salud | Comparaciones entre Años | OR (IC 95%) |
|-----------------|--------------------------|------------------|
| La Chana | 2001-2003 | 0,75 (0,44-1,26) |
| | 2001-2004 | 0,47 (0,28-0,78) |
| C+EM+M+GC | 2001-2003 | 0,89 (0,70-1,12) |
| | 2001-2004 | 0,80 (0,64-1,02) |
| Año | Comparaciones Entre CS | OR (IC 95%) |
| 2001 | La Chana vs C+EM+M+GC | 0,96 (0,58-1,56) |
| 2003 | La Chana vs C+EM+M+GC | 1,14 (0,86-1,52) |
| 2004 | La Chana vs C+EM+M+GC | 1,65 (1,26-2,16) |

Tabla 55: Odds Ratio Tipo de Derivación CS La Chana frente al resto controlando por todas las variables.

| Centro de Salud | Comparaciones entre Años | OR (IC 95%) |
|-----------------|--------------------------|------------------|
| La Chana | 2001-2003 | 0,72 (0,41-1,27) |
| | 2001-2004 | 0,52 (0,30-0,91) |
| C+EM+M+GC | 2001-2003 | 0,82 (0,61-1,11) |
| | 2001-2004 | 0,76 (0,57-1,03) |
| Año | Comparaciones Entre CS | OR (IC 95%) |
| 2001 | La Chana vs C+EM+M+GC | 1,00 (0,56-1,80) |
| 2003 | La Chana vs C+EM+M+GC | 1,15 (0,80-1,66) |
| 2004 | La Chana vs C+EM+M+GC | 1,48 (1,03-2,12) |

TABLA 56: MODELO ADECUACIÓN POR GRAVEDAD (ODDS RATIO).

| Variables | Cat. ref. | Cat. riesgo | Modelo bruto | | | Modelo 1 | | | Modelo 2 | | | Modelo 3 | | |
|-----------------|------------|-----------------|--------------|--------|--------|----------|--------|--------|----------|--------|--------|----------|--------|--------|
| | | | OR | IC 95% | IC 95% | OR | IC 95% | IC 95% | OR | IC 95% | IC 95% | OR | IC 95% | IC 95% |
| SEXO | Hombre | Mujer | 1,26 | 1,06 | 1,50 | 1,38 | 1,13 | 1,70 | 1,39 | 1,13 | 1,71 | 1,39 | 1,13 | 1,71 |
| EDAD | ≥ 70 años | ≤ 30 años | 5,28 | 4,01 | 6,97 | | | | | | | | | |
| | | 31 - 48 años | 5,85 | 4,40 | 7,78 | | | | | | | | | |
| | | 49 - 69 años | 2,05 | 1,65 | 2,54 | | | | | | | | | |
| Mayores 65 | ≥ 65 años | < 65 años | 3,41 | 2,85 | 4,08 | 1,35 | 1,05 | 1,72 | 1,35 | 1,05 | 1,73 | 1,35 | 1,05 | 1,73 |
| CS (5 grupos) | La Chana | Cartuja | 1,42 | 1,05 | 1,93 | 1,29 | 0,90 | 1,85 | | | | | | |
| | | Eugenia Montijo | 1,40 | 1,05 | 1,87 | 1,15 | 0,81 | 1,62 | | | | | | |
| | | Gran Capitán | 1,09 | 0,85 | 1,40 | 1,15 | 0,85 | 1,55 | | | | | | |
| | | Maracena | 1,24 | 0,94 | 1,64 | 1,05 | 0,75 | 1,45 | | | | | | |
| CS (3 grupos) | La Chana | C+EM+M | 1,34 | 1,07 | 1,69 | | | | 1,15 | 0,87 | 1,51 | | | |
| | | Gran Capitán | 1,09 | 0,85 | 1,40 | | | | 1,15 | 0,85 | 1,55 | | | |
| CS (2 grupos) | La Chana | C+EM+M+GC | 1,25 | 1,00 | 1,55 | | | | | | | 1,15 | 0,88 | 1,49 |
| CS Docente | Si | No | 1,03 | 0,85 | 1,26 | | | | | | | | | |
| Tipo Derivación | Aporta Doc | VV+MP | 3,55 | 2,96 | 4,27 | 1,57 | 1,24 | 1,99 | 1,57 | 1,24 | 1,99 | 1,57 | 1,24 | 1,99 |
| Motivo Consulta | Grupo 1 | Grupo 2 | 1,78 | 1,47 | 2,15 | 1,88 | 1,50 | 2,36 | 1,88 | 1,50 | 2,36 | 1,88 | 1,50 | 2,36 |
| | | Grupo 3 | 15,33 | 9,31 | 25,24 | 7,46 | 4,26 | 13,06 | 7,45 | 4,26 | 13,05 | 7,45 | 4,26 | 13,05 |
| | | Grupo 4 | 24,87 | 14,69 | 42,09 | 9,61 | 5,19 | 17,82 | 9,60 | 5,18 | 17,78 | 9,60 | 5,18 | 17,78 |

Ver ANEXO V para la Recodificación de variables.

TABLA 56: MODELO ADECUACIÓN POR GRAVEDAD (cont).

| Variables | Cat. ref. | Cat. riesgo | Modelo bruto | | | Modelo 1 | | | Modelo 2 | | | Modelo 3 | | |
|----------------------------------|---------------|----------------|--------------|--------|--------|----------|------|--------|----------|--------|------|----------|------|------|
| | | | OR | IC 95% | OR | IC 95% | OR | IC 95% | OR | IC 95% | OR | IC 95% | | |
| Motivo Consulta por Especialista | Grupo 1 | Grupo 2 | 2,45 | 1,90 | 3,17 | 1,18 | 0,87 | 1,60 | 1,18 | 0,87 | 1,60 | 1,18 | 0,87 | 1,60 |
| | | Grupo 3 | 7,12 | 5,47 | 9,26 | 0,79 | 0,55 | 1,13 | 0,79 | 0,55 | 1,13 | 0,79 | 0,55 | 1,13 |
| Duración Síntomas | < 1 día | 1 día – 3 m | 2,29 | 1,92 | 2,73 | 2,02 | 1,62 | 2,52 | 2,02 | 1,62 | 2,53 | 2,02 | 1,62 | 2,53 |
| | | > 3 m | 4,02 | 1,85 | 8,74 | 3,89 | 1,62 | 9,36 | 3,86 | 1,61 | 9,27 | 3,86 | 1,61 | 9,27 |
| Acceso Consulta | Camilla | Andando | 18,17 | 12,74 | 25,93 | 4,08 | 2,60 | 6,40 | 4,14 | 2,64 | 6,48 | 4,14 | 2,64 | 6,48 |
| | | Carrito | 3,80 | 2,65 | 5,46 | 2,10 | 1,36 | 3,24 | 2,13 | 1,38 | 3,29 | 2,13 | 1,39 | 3,29 |
| Diagnóstico | Grupo 1 | Grupo 2 | 4,01 | 3,17 | 5,08 | 0,10 | 0,04 | 0,23 | 0,10 | 0,04 | 0,23 | 0,10 | 0,04 | 0,23 |
| | | Grupo 3 | 19,65 | 13,58 | 28,44 | 0,27 | 0,12 | 0,59 | 0,27 | 0,12 | 0,59 | 0,27 | 0,12 | 0,59 |
| | | Grupo 4 | 56,73 | 26,14 | 123,10 | 0,48 | 0,21 | 1,12 | 0,48 | 0,21 | 1,12 | 0,48 | 0,21 | 1,12 |
| Periodo de estudio (Año) | 2004 | 2001 | 1,10 | 0,87 | 1,39 | 0,96 | 0,72 | 1,28 | 0,96 | 0,73 | 1,28 | 0,96 | 0,73 | 1,28 |
| | | 2003 | 1,47 | 1,21 | 1,79 | 1,36 | 1,08 | 1,71 | 1,36 | 1,08 | 1,71 | 1,36 | 1,08 | 1,71 |
| Turnos Laborales | Noche (22-8h) | Mañana (8-15h) | 1,06 | 0,85 | 1,34 | 0,82 | 0,57 | 1,18 | 0,81 | 0,57 | 1,17 | 0,81 | 0,57 | 1,17 |
| | | Tarde (15-22h) | 1,45 | 1,15 | 1,83 | 0,89 | 0,66 | 1,19 | 0,89 | 0,66 | 1,20 | 0,89 | 0,66 | 1,20 |
| Horario DCCU | Si | No | 0,88 | 0,74 | 1,05 | 0,89 | 0,68 | 1,18 | 0,90 | 0,68 | 1,18 | 0,90 | 0,68 | 1,18 |
| Hipertensión | No | Si | 0,32 | 0,27 | 0,39 | | | | | | | | | |
| Diabetes | No | Si | 0,37 | 0,29 | 0,46 | | | | | | | | | |
| Cardiovascular | No | Si | 0,20 | 0,17 | 0,25 | | | | | | | | | |
| Neumología | No | Si | 0,30 | 0,25 | 0,38 | | | | | | | | | |
| Digestivo | No | Si | 0,65 | 0,51 | 0,84 | | | | | | | | | |

Ver ANEXO V para la Recodificación de variables.

TABLA 56: MODELO ADECUACIÓN POR GRAVEDAD (cont).

| Variables | Cat. ref. | Cat. riesgo | Modelo bruto | | | Modelo 1 | | | Modelo 2 | | | Modelo 3 | | |
|--------------|-------------|-------------|--------------|-------|-------|-------------|------|------|-------------|------|------|-------------|------|------|
| | | | OR (IC 95%) | | | OR (IC 95%) | | | OR (IC 95%) | | | OR (IC 95%) | | |
| Reumatología | No | Si | 0,57 | 0,43 | 0,77 | | | | | | | | | |
| Neoplasia | No | Si | 0,40 | 0,27 | 0,61 | | | | | | | | | |
| Otros | No | Si | 0,66 | 0,56 | 0,79 | | | | | | | | | |
| Comorbilidad | ≥ 4 Comorbs | 0 Comorb | 14,95 | 10,26 | 21,80 | 3,00 | 1,87 | 4,81 | 2,97 | 1,85 | 4,77 | 2,97 | 1,85 | 4,76 |
| | | 1 Comorb | 5,64 | 4,01 | 7,95 | 1,95 | 1,28 | 2,98 | 1,93 | 1,27 | 2,94 | 1,93 | 1,27 | 2,94 |
| | | 2 Comorbs | 2,43 | 1,72 | 3,45 | 1,28 | 0,86 | 1,93 | 1,28 | 0,85 | 1,92 | 1,28 | 0,85 | 1,92 |
| | | 3 Comorbs | 1,99 | 1,36 | 2,90 | 1,47 | 0,95 | 2,27 | 1,46 | 0,94 | 2,25 | 1,46 | 0,94 | 2,25 |
| Médico | MA | Mir | 0,94 | 0,79 | 1,11 | 1,23 | 0,97 | 1,56 | 1,23 | 0,97 | 1,55 | 1,23 | 0,97 | 1,55 |

Ver ANEXO V para la Recodificación de variables.

TABLA 57: MODELO ADECUACIÓN POR TRATAMIENTO (ODDS RATIO).

| Variables | Cat. ref. | Cat. riesgo | Modelo bruto | | | Modelo 1 | | | Modelo 2 | | | Modelo 3 | | |
|-----------------|------------|-----------------|--------------|--------|--------|----------|--------|--------|----------|--------|--------|----------|--------|--------|
| | | | OR | IC 95% | IC 95% | OR | IC 95% | IC 95% | OR | IC 95% | IC 95% | OR | IC 95% | IC 95% |
| SEXO | Hombre | Mujer | 0,96 | 0,83 | 1,10 | 1,02 | 0,85 | 1,21 | 1,01 | 0,85 | 1,21 | 1,01 | 0,85 | 1,21 |
| EDAD | ≥ 70 años | ≤ 30 años | 4,09 | 3,32 | 5,06 | | | | | | | | | |
| | | 31 - 48 años | 3,57 | 2,91 | 4,38 | | | | | | | | | |
| | | 49 - 69 años | 2,01 | 1,67 | 2,42 | | | | | | | | | |
| Mayores 65 | ≥ 65 años | < 65 años | 2,70 | 2,34 | 3,13 | 1,00 | 0,81 | 1,25 | 1,00 | 0,80 | 1,25 | 0,99 | 0,79 | 1,23 |
| CS (5 grupos) | La Chana | Cartuja | 0,91 | 0,71 | 1,15 | 0,84 | 0,62 | 1,13 | | | | | | |
| | | Eugenia Montijo | 1,13 | 0,89 | 1,43 | 0,85 | 0,63 | 1,14 | | | | | | |
| | | Gran Capitán | 1,03 | 0,83 | 1,27 | 1,02 | 0,78 | 1,33 | | | | | | |
| | | Maracena | 1,17 | 0,93 | 1,47 | 1,02 | 0,76 | 1,36 | | | | | | |
| CS (3 grupos) | La Chana | C+EM+M | 1,07 | 0,89 | 1,30 | | | | 0,90 | 0,71 | 1,15 | | | |
| | | Gran Capitán | 1,03 | 0,83 | 1,27 | | | | 1,02 | 0,78 | 1,33 | | | |
| CS (2 grupos) | La Chana | C+EM+M+GC | 1,05 | 0,88 | 1,26 | | | | | | | 0,94 | 0,75 | 1,18 |
| CS Docente | Si | No | 1,11 | 0,95 | 1,31 | | | | | | | | | |
| Tipo Derivación | Aporta Doc | VV+MP | 2,65 | 2,27 | 3,10 | 1,14 | 0,92 | 1,41 | 1,14 | 0,92 | 1,42 | 1,14 | 0,92 | 1,41 |
| Motivo Consulta | Grupo 1 | Grupo 2 | 2,07 | 1,76 | 2,44 | 1,75 | 1,44 | 2,12 | 1,75 | 1,44 | 2,12 | 1,75 | 1,44 | 2,13 |
| | | Grupo 3 | 22,41 | 14,99 | 33,50 | 5,90 | 3,78 | 9,21 | 5,85 | 3,75 | 9,12 | 5,86 | 3,76 | 9,13 |
| | | Grupo 4 | 17,69 | 12,94 | 24,18 | 1,91 | 1,25 | 2,92 | 1,91 | 1,25 | 2,92 | 1,92 | 1,25 | 2,93 |

Ver ANEXO V para la Recodificación de variables.

TABLA 57: MODELO ADECUACIÓN POR TRATAMIENTO (cont).

| Variables | Cat. ref. | Cat. riesgo | Modelo bruto | | | Modelo 1 | | | Modelo 2 | | | Modelo 3 | | |
|----------------------------------|---------------|----------------|--------------|--------|-------|----------|------|--------|----------|--------|------|----------|------|------|
| | | | OR | IC 95% | OR | IC 95% | OR | IC 95% | OR | IC 95% | OR | IC 95% | | |
| Motivo Consulta por Especialista | Grupo 1 | Grupo 2 | 2,57 | 2,11 | 3,13 | 1,29 | 1,01 | 1,64 | 1,29 | 1,01 | 1,64 | 1,29 | 1,02 | 1,64 |
| | | Grupo 3 | 21,15 | 16,02 | 27,92 | 5,25 | 3,67 | 7,53 | 5,26 | 3,67 | 7,54 | 5,23 | 3,65 | 7,48 |
| Duración Síntomas | < 1 día | 1 día – 3 m | 1,77 | 1,53 | 2,05 | 1,33 | 1,10 | 1,61 | 1,33 | 1,10 | 1,61 | 1,32 | 1,09 | 1,60 |
| | | > 3 m | 3,02 | 1,73 | 5,26 | 2,02 | 1,06 | 3,86 | 2,03 | 1,07 | 3,87 | 2,03 | 1,06 | 3,86 |
| Acceso Consulta | Camilla | Andando | 17,26 | 11,74 | 25,37 | 5,59 | 3,49 | 8,96 | 5,52 | 3,45 | 8,83 | 5,46 | 3,41 | 8,73 |
| | | Carrito | 2,79 | 1,88 | 4,15 | 1,89 | 1,19 | 3,01 | 1,87 | 1,17 | 2,98 | 1,84 | 1,16 | 2,93 |
| Diagnóstico | Grupo 1 | Grupo 2 | 2,47 | 1,97 | 3,10 | 0,33 | 0,20 | 0,54 | 0,33 | 0,20 | 0,54 | 0,33 | 0,20 | 0,54 |
| | | Grupo 3 | 24,45 | 17,26 | 34,64 | 0,47 | 0,30 | 0,72 | 0,47 | 0,31 | 0,73 | 0,47 | 0,30 | 0,72 |
| | | Grupo 4 | 19,15 | 12,53 | 29,27 | 1,44 | 0,85 | 2,41 | 1,46 | 0,87 | 2,44 | 1,45 | 0,87 | 2,44 |
| Periodo de estudio (Año) | 2004 | 2001 | 1,05 | 0,86 | 1,28 | 1,06 | 0,83 | 1,36 | 1,06 | 0,83 | 1,36 | 1,06 | 0,83 | 1,36 |
| | | 2003 | 1,21 | 1,03 | 1,41 | 1,24 | 1,02 | 1,51 | 1,24 | 1,02 | 1,50 | 1,23 | 1,02 | 1,50 |
| Turnos Laborales | Noche (22-8h) | Mañana (8-15h) | 1,75 | 1,46 | 2,11 | 1,39 | 1,02 | 1,88 | 1,39 | 1,03 | 1,89 | 1,40 | 1,03 | 1,90 |
| | | Tarde (15-22h) | 1,98 | 1,65 | 2,38 | 1,52 | 1,19 | 1,93 | 1,51 | 1,19 | 1,93 | 1,52 | 1,19 | 1,93 |
| Horario DCCU | Si | No | 1,22 | 1,05 | 1,41 | 1,05 | 0,83 | 1,34 | 1,05 | 0,83 | 1,33 | 1,05 | 0,83 | 1,33 |
| Hipertensión | No | Si | 0,39 | 0,34 | 0,46 | | | | | | | | | |
| Diabetes | No | Si | 0,31 | 0,25 | 0,38 | | | | | | | | | |
| Cardiovascular | No | Si | 0,23 | 0,19 | 0,27 | | | | | | | | | |
| Neumología | No | Si | 0,19 | 0,16 | 0,23 | | | | | | | | | |
| Digestivo | No | Si | 0,42 | 0,35 | 0,52 | | | | | | | | | |

Ver ANEXO V para la Recodificación de variables.

TABLA 57: MODELO ADECUACIÓN POR TRATAMIENTO (cont).

| Variables | Cat. ref. | Cat. riesgo | Modelo bruto | | | Modelo 1 | | | Modelo 2 | | | Modelo 3 | | |
|--------------|-------------|-------------|--------------|-------|-------|-------------|------|------|-------------|------|------|-------------|------|------|
| | | | OR (IC 95%) | | | OR (IC 95%) | | | OR (IC 95%) | | | OR (IC 95%) | | |
| Reumatología | No | Si | 0,60 | 0,46 | 0,77 | | | | | | | | | |
| Neoplasia | No | Si | 0,43 | 0,30 | 0,63 | | | | | | | | | |
| Otros | No | Si | 0,68 | 0,59 | 0,78 | | | | | | | | | |
| Comorbilidad | ≥ 4 Comorbs | 0 Comorb | 16,81 | 11,80 | 23,95 | 4,16 | 2,65 | 6,53 | 4,21 | 2,68 | 6,61 | 4,17 | 2,66 | 6,53 |
| | | 1 Comorb | 7,12 | 5,05 | 10,02 | 2,88 | 1,88 | 4,41 | 2,91 | 1,90 | 4,45 | 2,89 | 1,89 | 4,42 |
| | | 2 Comorbs | 3,69 | 2,60 | 5,25 | 2,18 | 1,43 | 3,33 | 2,20 | 1,44 | 3,35 | 2,19 | 1,43 | 3,33 |
| | | 3 Comorbs | 2,02 | 1,39 | 2,95 | 1,48 | 0,94 | 2,33 | 1,49 | 0,95 | 2,34 | 1,47 | 0,94 | 2,32 |
| Médico | MA | Mir | 0,63 | 0,54 | 0,72 | 1,03 | 0,84 | 1,26 | 1,03 | 0,84 | 1,26 | 1,03 | 0,84 | 1,27 |

Ver ANEXO V para la Recodificación de variables.

TABLA 58: MODELO ADECUACIÓN POR INTENSIDAD DIAGNÓSTICA (ODDS RATIO).

| Variables | Cat. ref. | Cat. riesgo | Modelo bruto | | | Modelo 1 | | | Modelo 2 | | | Modelo 3 | | |
|-----------------|------------|-----------------|--------------|--------|--------|----------|--------|--------|----------|--------|--------|----------|--------|--------|
| | | | OR | IC 95% | IC 95% | OR | IC 95% | IC 95% | OR | IC 95% | IC 95% | OR | IC 95% | IC 95% |
| SEXO | Hombre | Mujer | 0,95 | 0,84 | 1,07 | 1,04 | 0,90 | 1,22 | 1,04 | 0,89 | 1,22 | 1,04 | 0,89 | 1,22 |
| EDAD | ≥ 70 años | ≤ 30 años | 3,48 | 2,91 | 4,17 | | | | | | | | | |
| | | 31 - 48 años | 3,14 | 2,63 | 3,76 | | | | | | | | | |
| | | 49 - 69 años | 1,84 | 1,55 | 2,20 | | | | | | | | | |
| Mayores 65 | ≥ 65 años | < 65 años | 2,61 | 2,28 | 2,99 | 1,17 | 0,96 | 1,43 | 1,17 | 0,96 | 1,43 | 1,17 | 0,96 | 1,42 |
| CS (5 grupos) | La Chana | Cartuja | 1,00 | 0,81 | 1,23 | 0,94 | 0,72 | 1,23 | | | | | | |
| | | Eugenia Montijo | 1,17 | 0,96 | 1,44 | 0,92 | 0,71 | 1,19 | | | | | | |
| | | Gran Capitán | 1,05 | 0,87 | 1,25 | 0,99 | 0,78 | 1,25 | | | | | | |
| | | Maracena | 1,18 | 0,97 | 1,44 | 1,04 | 0,81 | 1,34 | | | | | | |
| CS (3 grupos) | La Chana | C+EM+M | 1,12 | 0,95 | 1,33 | | | | 0,97 | 0,78 | 1,20 | | | |
| | | Gran Capitán | 1,05 | 0,87 | 1,25 | | | | 0,99 | 0,78 | 1,25 | | | |
| CS (2 grupos) | La Chana | C+EM+M+GC | 1,10 | 0,94 | 1,28 | | | | | | | 0,98 | 0,80 | 1,19 |
| CS Docente | Si | No | 1,09 | 0,95 | 1,26 | | | | | | | | | |
| Tipo Derivación | Aporta Doc | VV+MP | 2,85 | 2,45 | 3,32 | 1,74 | 1,42 | 2,12 | 1,74 | 1,42 | 2,12 | 1,74 | 1,42 | 2,12 |
| Motivo Consulta | Grupo 1 | Grupo 2 | 2,35 | 1,98 | 2,78 | 2,22 | 1,82 | 2,71 | 2,22 | 1,82 | 2,71 | 2,22 | 1,82 | 2,71 |
| | | Grupo 3 | 7,80 | 6,30 | 9,66 | 2,77 | 2,10 | 3,65 | 2,76 | 2,09 | 3,64 | 2,76 | 2,09 | 3,64 |
| | | Grupo 4 | 20,54 | 16,30 | 25,88 | 5,69 | 4,19 | 7,72 | 5,68 | 4,19 | 7,70 | 5,68 | 4,19 | 7,70 |

Ver ANEXO V para la Recodificación de variables.

TABLA 58: MODELO ADECUACIÓN POR INTENSIDAD DIAGNÓSTICA (cont.).

| Variables | Cat. ref. | Cat. riesgo | Modelo bruto | | | Modelo 1 | | | Modelo 2 | | | Modelo 3 | | |
|----------------------------------|---------------|----------------|--------------|--------|-------|----------|------|--------|----------|--------|------|----------|------|------|
| | | | OR | IC 95% | OR | IC 95% | OR | IC 95% | OR | IC 95% | OR | IC 95% | | |
| Motivo Consulta por Especialista | Grupo 1 | Grupo 2 | 3,82 | 3,18 | 4,57 | 2,59 | 2,08 | 3,23 | 2,59 | 2,07 | 3,23 | 2,59 | 2,08 | 3,23 |
| | | Grupo 3 | 9,28 | 7,94 | 10,85 | 1,98 | 1,57 | 2,50 | 1,98 | 1,57 | 2,50 | 1,98 | 1,57 | 2,50 |
| Duración Síntomas | < 1 día | 1 día – 3 m | 1,43 | 1,25 | 1,62 | 1,19 | 1,00 | 1,41 | 1,19 | 1,00 | 1,41 | 1,19 | 1,00 | 1,41 |
| | | > 3 m | 2,78 | 1,81 | 4,27 | 2,49 | 1,47 | 4,21 | 2,49 | 1,47 | 4,22 | 2,49 | 1,47 | 4,22 |
| Acceso Consulta | Camilla | Andando | 12,73 | 7,74 | 20,96 | 3,49 | 1,92 | 6,33 | 3,47 | 1,91 | 6,30 | 3,46 | 1,91 | 6,28 |
| | | Carrito | 2,60 | 1,55 | 4,35 | 1,61 | 0,88 | 2,95 | 1,61 | 0,88 | 2,93 | 1,60 | 0,88 | 2,92 |
| Diagnóstico | Grupo 1 | Grupo 2 | 1,82 | 1,42 | 2,34 | 0,26 | 0,17 | 0,39 | 0,26 | 0,17 | 0,39 | 0,26 | 0,17 | 0,39 |
| | | Grupo 3 | 9,24 | 7,03 | 12,15 | 0,26 | 0,19 | 0,36 | 0,26 | 0,19 | 0,37 | 0,26 | 0,19 | 0,37 |
| | | Grupo 4 | 20,59 | 14,36 | 29,52 | 0,47 | 0,33 | 0,66 | 0,47 | 0,33 | 0,67 | 0,47 | 0,33 | 0,67 |
| Periodo de estudio (Año) | 2004 | 2001 | 1,53 | 1,29 | 1,82 | 1,77 | 1,42 | 2,20 | 1,77 | 1,42 | 2,20 | 1,77 | 1,42 | 2,20 |
| | | 2003 | 1,22 | 1,06 | 1,39 | 1,27 | 1,07 | 1,50 | 1,27 | 1,07 | 1,50 | 1,27 | 1,07 | 1,50 |
| Turnos Laborales | Noche (22-8h) | Mañana (8-15h) | 1,15 | 0,97 | 1,36 | 0,70 | 0,53 | 0,92 | 0,70 | 0,53 | 0,93 | 0,70 | 0,53 | 0,93 |
| | | Tarde (15-22h) | 1,24 | 1,05 | 1,46 | 0,77 | 0,62 | 0,96 | 0,77 | 0,62 | 0,96 | 0,77 | 0,62 | 0,96 |
| Horario DCCU | Si | No | 1,04 | 0,92 | 1,17 | 0,97 | 0,79 | 1,19 | 0,97 | 0,79 | 1,19 | 0,97 | 0,79 | 1,19 |
| Hipertensión | No | Si | 0,39 | 0,33 | 0,46 | | | | | | | | | |
| Diabetes | No | Si | 0,36 | 0,29 | 0,45 | | | | | | | | | |
| Cardiovascular | No | Si | 0,22 | 0,18 | 0,27 | | | | | | | | | |
| Neumología | No | Si | 0,24 | 0,20 | 0,30 | | | | | | | | | |
| Digestivo | No | Si | 0,42 | 0,34 | 0,51 | | | | | | | | | |

Ver ANEXO V para la Recodificación de variables.

TABLA 58: MODELO ADECUACIÓN POR INTENSIDAD DIAGNÓSTICA (cont).

| Variables | Cat. ref. | Cat. riesgo | Modelo bruto | | | Modelo 1 | | | Modelo 2 | | | Modelo 3 | | |
|--------------|-------------|-------------|--------------|-------|-------|-------------|------|------|-------------|------|------|-------------|------|------|
| | | | OR (IC 95%) | | | OR (IC 95%) | | | OR (IC 95%) | | | OR (IC 95%) | | |
| Reumatología | No | Si | 0,67 | 0,53 | 0,85 | | | | | | | | | |
| Neoplasia | No | Si | 0,25 | 0,16 | 0,39 | | | | | | | | | |
| Otros | No | Si | 0,62 | 0,55 | 0,70 | | | | | | | | | |
| Comorbilidad | ≥ 4 Comorbs | 0 Comorb | 18,82 | 11,66 | 30,36 | 4,83 | 2,74 | 8,53 | 4,86 | 2,76 | 8,58 | 4,85 | 2,75 | 8,56 |
| | | 1 Comorb | 9,73 | 6,03 | 15,69 | 3,90 | 2,23 | 6,82 | 3,91 | 2,24 | 6,84 | 3,91 | 2,23 | 6,83 |
| | | 2 Comorbs | 4,89 | 3,00 | 7,98 | 2,74 | 1,55 | 4,81 | 2,75 | 1,56 | 4,83 | 2,74 | 1,56 | 4,82 |
| | | 3 Comorbs | 2,75 | 1,63 | 4,63 | 1,88 | 1,03 | 3,42 | 1,88 | 1,03 | 3,42 | 1,87 | 1,03 | 3,42 |
| Médico | MA | Mir | 0,49 | 0,43 | 0,55 | 0,61 | 0,51 | 0,73 | 0,61 | 0,51 | 0,73 | 0,61 | 0,51 | 0,73 |

Ver ANEXO V para la Recodificación de variables.

TABLA 59: MODELO ADECUACIÓN POR OTROS CRITERIOS (ODDS RATIO).

| Variables | Cat. ref. | Cat. riesgo | Modelo bruto | | | Modelo 1 | | | Modelo 2 | | | Modelo 3 | | |
|-----------------|------------|-----------------|--------------|--------|--------|----------|--------|--------|----------|--------|--------|----------|--------|--------|
| | | | OR | IC 95% | IC 95% | OR | IC 95% | IC 95% | OR | IC 95% | IC 95% | OR | IC 95% | IC 95% |
| SEXO | Hombre | Mujer | 0,95 | 0,84 | 1,07 | 1,04 | 0,90 | 1,22 | 1,04 | 0,89 | 1,22 | 1,04 | 0,89 | 1,22 |
| EDAD | ≥ 70 años | ≤ 30 años | 4,07 | 3,05 | 5,42 | | | | | | | | | |
| | | 31 - 48 años | 3,85 | 2,91 | 5,10 | | | | | | | | | |
| | | 49 - 69 años | 2,28 | 1,79 | 2,90 | | | | | | | | | |
| Mayores 65 | ≥ 65 años | < 65 años | 2,61 | 2,28 | 2,99 | 1,17 | 0,96 | 1,43 | 1,17 | 0,96 | 1,43 | 1,17 | 0,96 | 1,42 |
| CS (5 grupos) | La Chana | Cartuja | 1,00 | 0,81 | 1,23 | 0,94 | 0,72 | 1,23 | | | | | | |
| | | Eugenia Montijo | 1,17 | 0,96 | 1,44 | 0,92 | 0,71 | 1,19 | | | | | | |
| | | Gran Capitán | 1,05 | 0,87 | 1,25 | 0,99 | 0,78 | 1,25 | | | | | | |
| | | Maracena | 1,18 | 0,97 | 1,44 | 1,04 | 0,81 | 1,34 | | | | | | |
| CS (3 grupos) | La Chana | C+EM+M | 1,12 | 0,95 | 1,33 | | | | 0,97 | 0,78 | 1,20 | | | |
| | | Gran Capitán | 1,05 | 0,87 | 1,25 | | | | 0,99 | 0,78 | 1,25 | | | |
| CS (2 grupos) | La Chana | C+EM+M+GC | 1,10 | 0,94 | 1,28 | | | | | | | 0,98 | 0,80 | 1,19 |
| CS Docente | Si | No | 1,09 | 0,95 | 1,26 | | | | | | | | | |
| Tipo Derivación | Aporta Doc | VV+MP | 2,85 | 2,45 | 3,32 | 1,74 | 1,42 | 2,12 | 1,74 | 1,42 | 2,12 | 1,74 | 1,42 | 2,12 |
| Motivo Consulta | Grupo 1 | Grupo 2 | 2,35 | 1,98 | 2,78 | 2,22 | 1,82 | 2,71 | 2,22 | 1,82 | 2,70 | 2,22 | 1,82 | 2,71 |
| | | Grupo 3 | 7,80 | 6,30 | 9,66 | 2,77 | 2,10 | 3,65 | 2,76 | 2,09 | 3,64 | 2,76 | 2,09 | 3,64 |
| | | Grupo 4 | 20,54 | 16,30 | 25,88 | 5,69 | 4,19 | 7,72 | 5,68 | 4,19 | 7,70 | 5,68 | 4,19 | 7,70 |

Ver ANEXO V para la Recodificación de variables.

TABLA 59: MODELO ADECUACIÓN POR OTROS CRITERIOS (cont).

| Variables | Cat. ref. | Cat. riesgo | Modelo bruto | | | Modelo 1 | | | Modelo 2 | | | Modelo 3 | | |
|----------------------------------|---------------|----------------|--------------|--------|-------|----------|--------|------|----------|--------|------|----------|--------|------|
| | | | OR | IC 95% | | OR | IC 95% | | OR | IC 95% | | OR | IC 95% | |
| Motivo Consulta por Especialista | Grupo 1 | Grupo 2 | 3,82 | 3,18 | 4,57 | 2,59 | 2,08 | 3,23 | 2,59 | 2,07 | 3,23 | 2,59 | 2,08 | 3,23 |
| | | Grupo 3 | 9,28 | 7,94 | 10,85 | 1,98 | 1,57 | 2,50 | 1,98 | 1,57 | 2,50 | 1,98 | 1,57 | 2,50 |
| Duración Síntomas | < 1 día | 1 día – 3 m | 1,43 | 1,25 | 1,62 | 1,19 | 1,00 | 1,41 | 1,19 | 1,00 | 1,41 | 1,19 | 1,00 | 1,41 |
| | | > 3 m | 2,78 | 1,81 | 4,27 | 2,49 | 1,47 | 4,21 | 2,49 | 1,47 | 4,22 | 2,49 | 1,47 | 4,22 |
| Acceso Consulta | Camilla | Andando | 12,73 | 7,74 | 20,96 | 3,49 | 1,92 | 6,33 | 3,47 | 1,91 | 6,30 | 3,46 | 1,91 | 6,28 |
| | | Carrito | 2,60 | 1,55 | 4,35 | 1,61 | 0,88 | 2,95 | 1,61 | 0,88 | 2,93 | 1,60 | 0,88 | 2,92 |
| Diagnóstico | Grupo 1 | Grupo 2 | 1,82 | 1,42 | 2,34 | 0,26 | 0,17 | 0,39 | 0,26 | 0,17 | 0,39 | 0,26 | 0,17 | 0,39 |
| | | Grupo 3 | 9,24 | 7,03 | 12,15 | 0,26 | 0,19 | 0,36 | 0,26 | 0,19 | 0,37 | 0,26 | 0,19 | 0,37 |
| | | Grupo 4 | 20,59 | 14,36 | 29,52 | 0,47 | 0,33 | 0,66 | 0,47 | 0,33 | 0,67 | 0,47 | 0,33 | 0,67 |
| Periodo de estudio (Año) | 2004 | 2001 | 1,53 | 1,29 | 1,82 | 1,77 | 1,42 | 2,20 | 1,77 | 1,42 | 2,20 | 1,77 | 1,42 | 2,20 |
| | | 2003 | 1,22 | 1,06 | 1,39 | 1,27 | 1,07 | 1,50 | 1,27 | 1,07 | 1,50 | 1,27 | 1,07 | 1,50 |
| Turnos Laborales | Noche (22-8h) | Mañana (8-15h) | 1,15 | 0,97 | 1,36 | 0,70 | 0,53 | 0,92 | 0,70 | 0,53 | 0,93 | 0,70 | 0,53 | 0,93 |
| | | Tarde (15-22h) | 1,24 | 1,05 | 1,46 | 0,77 | 0,62 | 0,96 | 0,77 | 0,62 | 0,96 | 0,77 | 0,62 | 0,96 |
| Horario DCCU | Si | No | 1,04 | 0,92 | 1,17 | 0,97 | 0,79 | 1,19 | 0,97 | 0,79 | 1,19 | 0,97 | 0,79 | 1,19 |
| Hipertensión | No | Si | 0,47 | 0,38 | 0,58 | | | | | | | | | |
| Diabetes | No | Si | 0,39 | 0,30 | 0,50 | | | | | | | | | |
| Cardiovascular | No | Si | 0,26 | 0,21 | 0,33 | | | | | | | | | |
| Neumología | No | Si | 0,40 | 0,32 | 0,51 | | | | | | | | | |
| Digestivo | No | Si | 0,60 | 0,46 | 0,78 | | | | | | | | | |

Ver ANEXO V para la Recodificación de variables.

TABLA 59: MODELO ADECUACIÓN POR OTROS CRITERIOS (cont).

| Variables | Cat. ref. | Cat. riesgo | Modelo bruto | | | Modelo 1 | | | Modelo 2 | | | Modelo 3 | | |
|--------------|-------------|-------------|--------------|-------|-------|-------------|------|------|-------------|------|------|-------------|------|------|
| | | | OR (IC 95%) | | | OR (IC 95%) | | | OR (IC 95%) | | | OR (IC 95%) | | |
| Reumatología | No | Si | 0,74 | 0,52 | 1,04 | | | | | | | | | |
| Neoplasia | No | Si | 0,38 | 0,25 | 0,59 | | | | | | | | | |
| Otros | No | Si | 0,57 | 0,47 | 0,69 | | | | | | | | | |
| Comorbilidad | ≥ 4 Comorbs | 0 Comorb | 18,82 | 11,66 | 30,36 | 4,83 | 2,74 | 8,53 | 4,86 | 2,76 | 8,58 | 4,85 | 2,75 | 8,56 |
| | | 1 Comorb | 9,73 | 6,03 | 15,69 | 3,90 | 2,23 | 6,82 | 3,91 | 2,24 | 6,84 | 3,91 | 2,23 | 6,83 |
| | | 2 Comorbs | 4,89 | 3,00 | 7,98 | 2,74 | 1,55 | 4,81 | 2,75 | 1,56 | 4,83 | 2,74 | 1,56 | 4,82 |
| | | 3 Comorbs | 2,75 | 1,63 | 4,63 | 1,88 | 1,03 | 3,42 | 1,88 | 1,03 | 3,42 | 1,87 | 1,03 | 3,42 |
| Médico | MA | Mir | 0,49 | 0,43 | 0,55 | 0,61 | 0,51 | 0,73 | 0,61 | 0,51 | 0,73 | 0,61 | 0,51 | 0,73 |

Ver ANEXO V para la Recodificación de variables.

TABLA 60: MODELO ADECUACION APLICABLE A QUIEN ACUDE DE FORMA ESPONTÁNEA (ODDS RATIO).

| Variables | Cat. ref. | Cat. riesgo | Modelo bruto | | | Modelo 1 | | | Modelo 2 | | | Modelo 3 | | |
|-----------------|------------|-----------------|--------------|--------|--------|----------|--------|--------|----------|--------|--------|----------|--------|--------|
| | | | OR | IC 95% | IC 95% | OR | IC 95% | IC 95% | OR | IC 95% | IC 95% | OR | IC 95% | IC 95% |
| SEXO | Hombre | Mujer | 1,10 | 0,92 | 1,31 | 1,16 | 0,93 | 1,43 | 1,15 | 0,93 | 1,43 | 1,15 | 0,93 | 1,43 |
| EDAD | ≥ 70 años | ≤ 30 años | 1,76 | 1,36 | 2,30 | | | | | | | | | |
| | | 31 - 48 años | 1,34 | 1,05 | 1,72 | | | | | | | | | |
| | | 49 - 69 años | 0,99 | 0,78 | 1,25 | | | | | | | | | |
| Mayores 65 | ≥ 65 años | < 65 años | 1,29 | 1,07 | 1,56 | 0,97 | 0,74 | 1,27 | 0,97 | 0,74 | 1,27 | 0,98 | 0,75 | 1,28 |
| CS (5 grupos) | La Chana | Cartuja | 0,94 | 0,69 | 1,28 | 1,05 | 0,73 | 1,52 | | | | | | |
| | | Eugenia Montijo | 1,10 | 0,82 | 1,48 | 1,03 | 0,72 | 1,47 | | | | | | |
| | | Gran Capitán | 0,93 | 0,72 | 1,21 | 0,95 | 0,69 | 1,31 | | | | | | |
| | | Maracena | 1,06 | 0,79 | 1,42 | 1,13 | 0,80 | 1,61 | | | | | | |
| CS (3 grupos) | La Chana | C+EM+M | 1,04 | 0,81 | 1,32 | | | | 1,07 | 0,80 | 1,44 | | | |
| | | Gran Capitán | 0,93 | 0,72 | 1,21 | | | | 0,95 | 0,69 | 1,31 | | | |
| CS (2 grupos) | La Chana | C+EM+M+GC | 1,00 | 0,79 | 1,26 | | | | | | | 1,03 | 0,78 | 1,36 |
| CS Docente | Si | No | 1,02 | 0,84 | 1,25 | | | | | | | | | |
| Tipo Derivación | Aporta Doc | VV+MP | 0,76 | 0,61 | 0,96 | 0,35 | 0,26 | 0,47 | 0,35 | 0,26 | 0,47 | 0,35 | 0,26 | 0,47 |
| Motivo Consulta | Grupo 1 | Grupo 2 | 1,74 | 1,43 | 2,11 | 1,88 | 1,48 | 2,39 | 1,88 | 1,47 | 2,39 | 1,88 | 1,47 | 2,39 |
| | | Grupo 3 | 9,24 | 6,06 | 14,07 | 3,79 | 2,31 | 6,21 | 3,78 | 2,30 | 6,20 | 3,77 | 2,30 | 6,19 |
| | | Grupo 4 | 11,79 | 7,91 | 17,56 | 3,34 | 1,96 | 5,68 | 3,33 | 1,96 | 5,67 | 3,34 | 1,96 | 5,68 |

Ver ANEXO V para la Recodificación de variables.

TABLA 60: MODELO ADECUACION APLICABLE A QUIEN ACUDE DE FORMA ESPONTÁNEA (cont).

| Variables | Cat. ref. | Cat. riesgo | Modelo bruto | | | Modelo 1 | | | Modelo 2 | | | Modelo 3 | | |
|----------------------------------|---------------|----------------|--------------|--------|--------|----------|------|--------|----------|--------|--------|----------|------|--------|
| | | | OR | IC 95% | OR | IC 95% | OR | IC 95% | OR | IC 95% | OR | IC 95% | | |
| Motivo Consulta por Especialista | Grupo 1 | Grupo 2 | 1,91 | 1,50 | 2,43 | 1,71 | 1,25 | 2,33 | 1,70 | 1,25 | 2,33 | 1,70 | 1,25 | 2,32 |
| | | Grupo 3 | 8,12 | 6,10 | 10,80 | 3,17 | 2,11 | 4,74 | 3,17 | 2,12 | 4,74 | 3,19 | 2,13 | 4,77 |
| Duración Síntomas | < 1 día | 1 día – 3 m | 9,85 | 7,96 | 12,19 | 11,75 | 9,20 | 15,01 | 11,74 | 9,20 | 15,00 | 11,78 | 9,23 | 15,04 |
| | | > 3 m | 25,71 | 6,32 | 104,57 | 28,97 | 6,91 | 121,38 | 29,09 | 6,94 | 121,86 | 28,95 | 6,92 | 121,09 |
| Acceso Consulta | Camilla | Andando | 2,29 | 1,52 | 3,46 | 0,78 | 0,46 | 1,33 | 0,77 | 0,45 | 1,32 | 0,78 | 0,46 | 1,33 |
| | | Carrito | 0,88 | 0,57 | 1,34 | 0,55 | 0,33 | 0,92 | 0,55 | 0,33 | 0,91 | 0,55 | 0,33 | 0,93 |
| Diagnóstico | Grupo 1 | Grupo 2 | 1,71 | 1,32 | 2,21 | 0,25 | 0,12 | 0,49 | 0,25 | 0,13 | 0,49 | 0,25 | 0,13 | 0,50 |
| | | Grupo 3 | 6,69 | 4,69 | 9,54 | 0,28 | 0,15 | 0,52 | 0,28 | 0,15 | 0,52 | 0,28 | 0,15 | 0,53 |
| | | Grupo 4 | 13,80 | 7,59 | 25,11 | 0,45 | 0,23 | 0,88 | 0,46 | 0,24 | 0,89 | 0,46 | 0,24 | 0,90 |
| Periodo de estudio (Año) | 2004 | 2001 | 1,37 | 1,06 | 1,77 | 1,53 | 1,12 | 2,09 | 1,53 | 1,12 | 2,09 | 1,52 | 1,11 | 2,07 |
| | | 2003 | 1,17 | 0,97 | 1,42 | 1,26 | 1,00 | 1,60 | 1,26 | 1,00 | 1,59 | 1,27 | 1,00 | 1,60 |
| Turnos Laborales | Noche (22-8h) | Mañana (8-15h) | 2,04 | 1,64 | 2,55 | 1,28 | 0,88 | 1,85 | 1,28 | 0,89 | 1,86 | 1,27 | 0,88 | 1,84 |
| | | Tarde (15-22h) | 2,25 | 1,80 | 2,81 | 1,26 | 0,95 | 1,67 | 1,26 | 0,95 | 1,66 | 1,25 | 0,95 | 1,66 |
| Horario DCCU | Si | No | 1,32 | 1,10 | 1,59 | 0,91 | 0,67 | 1,22 | 0,90 | 0,67 | 1,22 | 0,90 | 0,67 | 1,22 |
| Hipertensión | No | Si | 0,62 | 0,50 | 0,76 | | | | | | | | | |
| Diabetes | No | Si | 0,75 | 0,57 | 0,98 | | | | | | | | | |
| Cardiovascular | No | Si | 0,45 | 0,36 | 0,56 | | | | | | | | | |
| Neumología | No | Si | 0,49 | 0,39 | 0,62 | | | | | | | | | |
| Digestivo | No | Si | 0,70 | 0,54 | 0,91 | | | | | | | | | |

Ver ANEXO V para la Recodificación de variables.

TABLA 60: MODELO ADECUACION APLICABLE A QUIEN ACUDE DE FORMA ESPONTÁNEA (cont).

| Variables | Cat. ref. | Cat. riesgo | Modelo bruto | | | Modelo 1 | | | Modelo 2 | | | Modelo 3 | | |
|--------------|-------------|-------------|--------------|------|------|-------------|------|------|-------------|------|------|-------------|------|------|
| | | | OR (IC 95%) | | | OR (IC 95%) | | | OR (IC 95%) | | | OR (IC 95%) | | |
| Reumatología | No | Si | 0,85 | 0,61 | 1,18 | | | | | | | | | |
| Neoplasia | No | Si | 0,49 | 0,32 | 0,76 | | | | | | | | | |
| Otros | No | Si | 0,85 | 0,71 | 1,02 | | | | | | | | | |
| Comorbilidad | ≥ 4 Comorbs | 0 Comorb | 3,47 | 2,32 | 5,18 | 2,11 | 1,25 | 3,55 | 2,11 | 1,26 | 3,56 | 2,13 | 1,27 | 3,60 |
| | | 1 Comorb | 1,58 | 1,07 | 2,32 | 1,24 | 0,77 | 2,02 | 1,25 | 0,77 | 2,02 | 1,25 | 0,77 | 2,03 |
| | | 2 Comorbs | 1,34 | 0,90 | 2,01 | 1,11 | 0,69 | 1,80 | 1,11 | 0,69 | 1,80 | 1,12 | 0,69 | 1,81 |
| | | 3 Comorbs | 1,31 | 0,84 | 2,04 | 1,21 | 0,72 | 2,05 | 1,22 | 0,72 | 2,06 | 1,23 | 0,73 | 2,07 |
| Médico | MA | Mir | 0,69 | 0,57 | 0,82 | 1,38 | 1,07 | 1,77 | 1,38 | 1,08 | 1,77 | 1,37 | 1,07 | 1,76 |

Ver ANEXO V para la Recodificación de variables.

Tabla 61: Odds Ratio adecuación por gravedad comparación CS en tres grupos y por años controlando por la variable horario DCCU.

| Centro de Salud | Comparaciones entre Años | OR (IC 95%) |
|-----------------|--------------------------|------------------|
| La Chana | 2001-2003 | 0,71 (0,37-1,37) |
| | 2001-2004 | 0,42 (0,22-0,79) |
| C+EM+M | 2001-2003 | 1,31 (0,93-1,86) |
| | 2001-2004 | 0,96 (0,69-1,35) |
| GC | 2001-2003 | 1,88 (1,22-2,88) |
| | 2001-2004 | 1,27 (0,85-1,91) |
| Año | Comparaciones Entre CS | OR (IC 95%) |
| 2001 | La Chana vs C+EM+M | 0,72 (0,38-1,35) |
| | La Chana vs GC | 0,46 (0,24-0,90) |
| 2003 | La Chana vs C+EM+M | 1,32 (0,91-1,92) |
| | La Chana vs GC | 1,23 (0,80-1,87) |
| 2004 | La Chana vs C+EM+M | 1,66 (1,19-2,31) |
| | La Chana vs GC | 1,42 (0,99-2,05) |

Tabla 62: Odds Ratio adecuación por gravedad comparación CS en tres grupos y por años controlando por todas las variables.

| Centro de Salud | Comparaciones entre Años | OR (IC 95%) |
|-----------------|--------------------------|------------------|
| La Chana | 2001-2003 | 0,66 (0,31-1,42) |
| | 2001-2004 | 0,56 (0,26-1,17) |
| C+EM+M | 2001-2003 | 1,60 (0,95-2,67) |
| | 2001-2004 | 1,08 (0,65-1,78) |
| GC | 2001-2003 | 1,96 (1,16-3,31) |
| | 2001-2004 | 1,17 (0,71-1,93) |
| Año | Comparaciones entre CS | OR (IC 95%) |
| 2001 | La Chana vs C+EM+M | 0,67 (0,30-1,51) |
| | La Chana vs GC | 0,61 (0,26-1,44) |
| 2003 | La Chana vs C+EM+M | 1,62 (0,96-2,73) |
| | La Chana vs GC | 1,80 (0,97-3,35) |
| 2004 | La Chana vs C+EM+M | 1,30 (0,80-2,12) |
| | La Chana vs GC | 1,29 (0,72-2,29) |

Tabla 63: Odds Ratio adecuación por gravedad CS La Chana frente al resto controlando por la variable horario DCCU.

| Centro de Salud | Comparaciones entre Años | OR (IC 95%) |
|-----------------|--------------------------|------------------|
| La Chana | 2001-2003 | 0,71 (0,37-1,37) |
| | 2001-2004 | 0,42 (0,22-0,79) |
| C+EM+M+GC | 2001-2003 | 1,52 (1,16-1,99) |
| | 2001-2004 | 1,08 (0,84-1,40) |
| Año | Comparaciones entre CS | OR (IC 95%) |
| 2001 | La Chana vs C+EM+M+GC | 0,60 (0,33-1,11) |
| 2003 | La Chana vs C+EM+M+GC | 1,29 (0,90-1,84) |
| 2004 | La Chana vs C+EM+M+GC | 1,56 (1,14-2,14) |

Tabla 64: Odds Ratio adecuación por gravedad CS La Chana frente al resto controlando por todas las variables.

| Centro de Salud | Comparaciones entre Años | OR (IC 95%) |
|-----------------|--------------------------|------------------|
| La Chana | 2001-2003 | 0,66 (0,31-1,42) |
| | 2001-2004 | 0,56 (0,26-1,17) |
| C+EM+M+GC | 2001-2003 | 1,77 (1,22-2,55) |
| | 2001-2004 | 1,12 (0,79-1,60) |
| Año | Comparaciones entre CS | OR (IC 95%) |
| 2001 | La Chana vs C+EM+M+GC | 0,64 (0,30-1,37) |
| 2003 | La Chana vs C+EM+M+GC | 1,69 (1,03-2,79) |
| 2004 | La Chana vs C+EM+M+GC | 1,29 (0,81-2,04) |

Tabla 65: Odds Ratio adecuación por tratamiento comparación CS en tres grupos y por años controlando por la variable horario DCCU.

| Centro de Salud | Comparaciones entre Años | OR (IC 95%) |
|-----------------|--------------------------|------------------|
| La Chana | 2001-2003 | 1,33 (0,82-2,18) |
| | 2001-2004 | 0,68 (0,43-1,09) |
| C+EM+M | 2001-2003 | 0,98 (0,74-1,28) |
| | 2001-2004 | 0,94 (0,71-1,24) |
| GC | 2001-2003 | 1,35 (0,94-1,93) |
| | 2001-2004 | 1,13 (0,80-1,61) |
| Año | Comparaciones Entre CS | OR (IC 95%) |
| 2001 | La Chana vs C+EM+M | 1,06 (0,67-1,68) |
| | La Chana vs GC | 0,82 (0,50-1,34) |
| 2003 | La Chana vs C+EM+M | 0,77 (0,57-1,06) |
| | La Chana vs GC | 0,83 (0,58-1,18) |
| 2004 | La Chana vs C+EM+M | 1,46 (1,10-1,94) |
| | La Chana vs GC | 1,36 (0,99-1,87) |

Tabla 66: Odds Ratio adecuación por tratamiento comparación CS en tres grupos y por años controlando por todas las variables.

| Centro de Salud | Comparaciones entre Años | OR (IC 95%) |
|-----------------|--------------------------|------------------|
| La Chana | 2001-2003 | 1,68 (0,92-3,06) |
| | 2001-2004 | 1,10 (0,61-1,98) |
| C+EM+M | 2001-2003 | 1,07 (0,71-1,61) |
| | 2001-2004 | 0,93 (0,61-1,42) |
| GC | 2001-2003 | 1,39 (0,88-2,18) |
| | 2001-2004 | 1,02 (0,66-1,59) |
| Año | Comparaciones entre CS | OR (IC 95%) |
| 2001 | La Chana vs C+EM+M | 1,08 (0,58-2,01) |
| | La Chana vs GC | 1,11 (0,56-2,20) |
| 2003 | La Chana vs C+EM+M | 0,69 (0,44-1,06) |
| | La Chana vs GC | 0,92 (0,54-1,55) |
| 2004 | La Chana vs C+EM+M | 0,92 (0,60-1,40) |
| | La Chana vs GC | 1,03 (0,63-1,71) |

Tabla 67: Odds Ratio adecuación por tratamiento CS La Chana frente al resto controlando por la variable horario DCCU.

| Centro de Salud | Comparaciones entre Años | OR (IC 95%) |
|-----------------|--------------------------|------------------|
| La Chana | 2001-2003 | 1,34 (0,82-2,18) |
| | 2001-2004 | 0,68 (0,43-1,09) |
| C+EM+M+GC | 2001-2003 | 1,10 (0,89-1,37) |
| | 2001-2004 | 1,01 (0,81-1,26) |
| Año | Comparaciones entre CS | OR (IC 95%) |
| 2001 | La Chana vs C+EM+M+GC | 0,96 (0,62-1,49) |
| 2003 | La Chana vs C+EM+M+GC | 0,79 (0,58-1,07) |
| 2004 | La Chana vs C+EM+M+GC | 1,42 (1,08-1,87) |

Tabla 68: Odds Ratio adecuación por tratamiento CS La Chana frente al resto controlando por todas las variables.

| Centro de Salud | Comparaciones entre Años | OR (IC 95%) |
|-----------------|--------------------------|------------------|
| La Chana | 2001-2003 | 1,68 (0,92-3,05) |
| | 2001-2004 | 1,10 (0,61-1,97) |
| C+EM+M+GC | 2001-2003 | 1,19 (0,88-1,62) |
| | 2001-2004 | 0,97 (0,72-1,32) |
| Año | Comparaciones entre CS | OR (IC 95%) |
| 2001 | La Chana vs C+EM+M+GC | 1,01 (0,57-1,82) |
| 2003 | La Chana vs C+EM+M+GC | 0,72 (0,47-1,10) |
| 2004 | La Chana vs C+EM+M+GC | 0,90 (0,60-1,35) |

Tabla 69: Odds Ratio adecuación por intensidad diagnóstica comparación CS en tres grupos y por años controlando por la variable horario DCCU.

| Centro de Salud | Comparaciones entre Años | OR (IC 95%) |
|-----------------|--------------------------|------------------|
| La Chana | 2001-2003 | 0,96 (0,64-1,45) |
| | 2001-2004 | 0,58 (0,38-0,89) |
| C+EM+M | 2001-2003 | 0,77 (0,61-0,98) |
| | 2001-2004 | 0,65 (0,51-0,83) |
| GC | 2001-2003 | 0,73 (0,53-1,00) |
| | 2001-2004 | 0,70 (0,51-0,96) |
| Año | Comparaciones Entre CS | OR (IC 95%) |
| 2001 | La Chana vs C+EM+M | 1,18 (0,79-1,76) |
| | La Chana vs GC | 1,08 (0,70-1,68) |
| 2003 | La Chana vs C+EM+M | 0,95 (0,74-1,22) |
| | La Chana vs GC | 0,82 (0,62-1,09) |
| 2004 | La Chana vs C+EM+M | 1,31 (1,01-1,71) |
| | La Chana vs GC | 1,30 (0,97-1,73) |

Tabla 70: Odds Ratio adecuación por intensidad diagnóstica comparación CS en tres grupos y por años controlando por todas las variables.

| Centro de Salud | Comparaciones entre Años | OR (IC 95%) |
|-----------------|--------------------------|------------------|
| La Chana | 2001-2003 | 1,08 (0,64-1,81) |
| | 2001-2004 | 0,75 (0,44-1,28) |
| C+EM+M | 2001-2003 | 0,65 (0,45-0,94) |
| | 2001-2004 | 0,49 (0,34-0,72) |
| GC | 2001-2003 | 0,57 (0,38-0,85) |
| | 2001-2004 | 0,52 (0,35-0,77) |
| Año | Comparaciones entre CS | OR (IC 95%) |
| 2001 | La Chana vs C+EM+M | 1,37 (0,78-2,40) |
| | La Chana vs GC | 1,52 (0,82-2,80) |
| 2003 | La Chana vs C+EM+M | 0,83 (0,57-1,20) |
| | La Chana vs GC | 0,80 (0,52-1,25) |
| 2004 | La Chana vs C+EM+M | 0,89 (0,61-1,32) |
| | La Chana vs GC | 1,04 (0,66-1,64) |

Tabla 71: Odds Ratio adecuación por intensidad diagnóstica CS La Chana frente al resto controlando por la variable horario DCCU.

| Centro de Salud | Comparaciones entre Años | OR (IC 95%) |
|-----------------|--------------------------|------------------|
| La Chana | 2001-2003 | 0,96 (0,64-1,45) |
| | 2001-2004 | 0,58 (0,39-0,89) |
| C+EM+M+GC | 2001-2003 | 0,76 (0,63-0,92) |
| | 2001-2004 | 0,67 (0,55-0,81) |
| Año | Comparaciones entre CS | OR (IC 95%) |
| 2001 | La Chana vs C+EM+M+GC | 1,14 (0,78-1,68) |
| 2003 | La Chana vs C+EM+M+GC | 0,91 (0,71-1,15) |
| 2004 | La Chana vs C+EM+M+GC | 1,31 (1,02-1,68) |

Tabla 72: Odds Ratio adecuación por intensidad diagnóstica CS La Chana frente al resto controlando por todas las variables.

| Centro de Salud | Comparaciones entre Años | OR (IC 95%) |
|-----------------|--------------------------|------------------|
| La Chana | 2001-2003 | 1,08 (0,64-1,81) |
| | 2001-2004 | 0,75 (0,44-1,28) |
| C+EM+M+GC | 2001-2003 | 0,61 (0,47-0,81) |
| | 2001-2004 | 0,50 (0,38-0,66) |
| Año | Comparaciones entre CS | OR (IC 95%) |
| 2001 | La Chana vs C+EM+M+GC | 1,40 (0,83-2,36) |
| 2003 | La Chana vs C+EM+M+GC | 0,80 (0,56-1,14) |
| 2004 | La Chana vs C+EM+M+GC | 0,93 (0,64-1,36) |

Tabla 73: Odds Ratio adecuación por otros criterios comparación CS en tres grupos y por años controlando por la variable horario DCCU.

| Centro de Salud | Comparaciones entre Años | OR (IC 95%) |
|-----------------|--------------------------|------------------|
| La Chana | 2001-2003 | 0,91 (0,46-1,77) |
| | 2001-2004 | 0,61 (0,32-1,18) |
| C+EM+M | 2001-2003 | 0,94 (0,61-1,44) |
| | 2001-2004 | 0,61 (0,40-0,92) |
| GC | 2001-2003 | 1,22 (0,77-1,91) |
| | 2001-2004 | 1,02 (0,66-1,58) |
| Año | Comparaciones Entre CS | OR (IC 95%) |
| 2001 | La Chana vs C+EM+M | 1,33 (0,67-2,61) |
| | La Chana vs GC | 0,64 (0,33-1,26) |
| 2003 | La Chana vs C+EM+M | 1,38 (0,91-2,09) |
| | La Chana vs GC | 0,86 (0,55-1,33) |
| 2004 | La Chana vs C+EM+M | 1,32 (0,91-1,91) |
| | La Chana vs GC | 1,06 (0,71-1,58) |

Tabla 74: Odds Ratio adecuación por otros criterios comparación CS en tres grupos y por años controlando por todas las variables.

| Centro de Salud | Comparaciones entre Años | OR (IC 95%) |
|-----------------|--------------------------|------------------|
| La Chana | 2001-2003 | 0,98 (0,46-2,08) |
| | 2001-2004 | 0,90 (0,43-1,88) |
| C+EM+M | 2001-2003 | 0,83 (0,46-1,51) |
| | 2001-2004 | 0,42 (0,24-0,74) |
| GC | 2001-2003 | 0,97 (0,57-1,65) |
| | 2001-2004 | 0,84 (0,50-1,40) |
| Año | Comparaciones entre CS | OR (IC 95%) |
| 2001 | La Chana vs C+EM+M | 1,50 (0,66-3,45) |
| | La Chana vs GC | 0,77 (0,33-1,84) |
| 2003 | La Chana vs C+EM+M | 1,28 (0,74-2,21) |
| | La Chana vs GC | 0,77 (0,41-1,45) |
| 2004 | La Chana vs C+EM+M | 0,70 (0,42-1,16) |
| | La Chana vs GC | 0,72 (0,39-1,33) |

Tabla 75: Odds Ratio adecuación por otros criterios CS La Chana frente al resto controlando por la variable horario DCCU.

| Centro de Salud | Comparaciones entre Años | OR (IC 95%) |
|-----------------|--------------------------|------------------|
| La Chana | 2001-2003 | 0,91 (0,47-1,78) |
| | 2001-2004 | 0,61 (0,32-1,18) |
| C+EM+M+GC | 2001-2003 | 1,08 (0,80-1,47) |
| | 2001-2004 | 0,77 (0,57-1,04) |
| Año | Comparaciones entre CS | OR (IC 95%) |
| 2001 | La Chana vs C+EM+M+GC | 0,97 (0,52-1,82) |
| 2003 | La Chana vs C+EM+M+GC | 1,15 (0,78-1,70) |
| 2004 | La Chana vs C+EM+M+GC | 1,21 (0,86-1,72) |

Tabla 76: Odds Ratio adecuación por otros criterios CS La Chana frente al resto controlando por todas las variables.

| Centro de Salud | Comparaciones entre Años | OR (IC 95%) |
|-----------------|--------------------------|------------------|
| La Chana | 2001-2003 | 0,98 (0,46-2,08) |
| | 2001-2004 | 0,90 (0,43-1,89) |
| C+EM+M+GC | 2001-2003 | 0,93 (0,63-1,37) |
| | 2001-2004 | 0,60 (0,41-0,88) |
| Año | Comparaciones entre CS | OR (IC 95%) |
| 2001 | La Chana vs C+EM+M+GC | 1,22 (0,57-2,59) |
| 2003 | La Chana vs C+EM+M+GC | 1,15 (0,69-1,92) |
| 2004 | La Chana vs C+EM+M+GC | 0,82 (0,50-1,33) |

Tabla 77: Odds Ratio adecuación por criterios aplicables a pacientes de ‘motu propio’ comparación CS en tres grupos y por años controlando por la variable horario DCCU.

| Centro de Salud | Comparaciones entre Años | OR (IC 95%) |
|-----------------|--------------------------|------------------|
| La Chana | 2001-2003 | 0,94 (0,49-1,81) |
| | 2001-2004 | 0,56 (0,30-1,05) |
| C+EM+M | 2001-2003 | 0,67 (0,46-0,98) |
| | 2001-2004 | 0,67 (0,46-0,97) |
| GC | 2001-2003 | 1,13 (0,72-1,78) |
| | 2001-2004 | 0,90 (0,58-1,40) |
| Año | Comparaciones Entre CS | OR (IC 95%) |
| 2001 | La Chana vs C+EM+M | 1,10 (0,58-2,10) |
| | La Chana vs GC | 0,69 (0,36-1,35) |
| 2003 | La Chana vs C+EM+M | 0,79 (0,53-1,17) |
| | La Chana vs GC | 0,83 (0,54-1,30) |
| 2004 | La Chana vs C+EM+M | 1,31 (0,92-1,87) |
| | La Chana vs GC | 1,12 (0,76-1,65) |

Tabla 78: Odds Ratio adecuación por criterios aplicables a pacientes de ‘motu propio’ comparación CS en tres grupos y por años controlando por todas las variables.

| Centro de Salud | Comparaciones entre Años | OR (IC 95%) |
|-----------------|--------------------------|------------------|
| La Chana | 2001-2003 | 1,03 (0,47-2,27) |
| | 2001-2004 | 0,80 (0,37-1,72) |
| C+EM+M | 2001-2003 | 0,92 (0,54-1,58) |
| | 2001-2004 | 0,76 (0,44-1,32) |
| GC | 2001-2003 | 0,86 (0,49-1,49) |
| | 2001-2004 | 0,59 (0,34-1,00) |
| Año | Comparaciones entre CS | OR (IC 95%) |
| 2001 | La Chana vs C+EM+M | 1,14 (0,49-2,63) |
| | La Chana vs GC | 1,20 (0,50-2,91) |
| 2003 | La Chana vs C+EM+M | 1,02 (0,59-1,74) |
| | La Chana vs GC | 1,00 (0,52-1,91) |
| 2004 | La Chana vs C+EM+M | 1,08 (0,65-1,79) |
| | La Chana vs GC | 0,88 (0,48-1,61) |

**Tabla 79: Odds Ratio adecuación por criterios aplicables a pacientes de ‘motu propio’
CS La Chana frente al resto controlando por la variable horario DCCU.**

| Centro de Salud | Comparaciones entre Años | OR (IC 95%) |
|-----------------|--------------------------|------------------|
| La Chana | 2001-2003 | 0,94 (0,49-1,81) |
| | 2001-2004 | 0,56 (0,30-1,05) |
| C+EM+M+GC | 2001-2003 | 0,83 (0,62-1,10) |
| | 2001-2004 | 0,76 (0,57-1,01) |
| Año | Comparaciones entre CS | OR (IC 95%) |
| 2001 | La Chana vs C+EM+M+GC | 0,91 (0,50-1,67) |
| 2003 | La Chana vs C+EM+M+GC | 0,80 (0,55-1,17) |
| 2004 | La Chana vs C+EM+M+GC | 1,24 (0,89-1,73) |

**Tabla 80: Odds Ratio adecuación por criterios aplicables a pacientes de ‘motu propio’
CS La Chana frente al resto controlando por todas las variables.**

| Centro de Salud | Comparaciones entre Años | OR (IC 95%) |
|-----------------|--------------------------|------------------|
| La Chana | 2001-2003 | 1,03 (0,47-2,27) |
| | 2001-2004 | 0,80 (0,37-1,72) |
| C+EM+M+GC | 2001-2003 | 0,88 (0,60-1,30) |
| | 2001-2004 | 0,67 (0,46-0,98) |
| Año | Comparaciones entre CS | OR (IC 95%) |
| 2001 | La Chana vs C+EM+M+GC | 1,22 (0,56-2,66) |
| 2003 | La Chana vs C+EM+M+GC | 1,04 (0,62-1,75) |
| 2004 | La Chana vs C+EM+M+GC | 1,02 (0,63-1,64) |

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

1.-PERTINENCIA DEL OBJETIVO GENERAL.

En el año 2005 se realizaron 40 millones de actos de asistencia sanitaria en las urgencias hospitalarias del territorio nacional (Jano-on line, 2006) para una población, según proyección de población, superior a 43 - 44 millones de habitantes (INE, 2006). Estas cifras demuestran el volumen de trabajo que soportan las urgencias hospitalarias en comparación con la población general atendida y el interés del presente trabajo en el estudio del servicio de urgencias hospitalario (SUH).

No es un fenómeno reciente, ya en 1988 el informe del defensor del pueblo señalaba la masificación del SUH como un problema importante en el ámbito sanitario, en el que destacaba la existencia de una proporción sorprendentemente alta de pacientes de baja gravedad (Gil-Robles, 1988) y que el 80% de los casos acuden por iniciativa propia (Balanzó et al, 1989). Este nuevo comportamiento social de los pacientes por la preferencia del SUH independientemente de la gravedad que presentan, se ha producido también en otros países del mundo desarrollado, un ejemplo lo tenemos en EEUU donde el sistema sanitario es totalmente diferente al nuestro y en cambio los problemas son semejantes (Asplin, 2004; Kwack et al, 2004; Kellermann, 2006; Lerner et al, 2007).

Se ha demostrado la relación de la masificación del SUH con un empeoramiento en la calidad de la asistencia sanitaria como puede ser: la prolongación de la estancia media de los ingresados a su través (Richardson, 2002), de los tiempos de espera (Derlet, 2002), el abandono de la consulta (Lambe et al, 2002), el aumento de la mortalidad a los 10 días (Richardson, 2006), la disminución de la satisfacción entre los profesionales y los pacientes (Derlet, 2002; Lambe et al, 2002) y peores resultados en salud (Derlet, 2002; Lambe et al, 2002; Richardson, 2006).

Las causas que se achacan son variadas: envejecimiento de la población, cultura de atracción hospitalaria, educación sanitaria y falta de accesibilidad a AP son los más señalados (Tornè et al, 2003; Moreno, 2007).

Ante este problema se han propuesto diferentes soluciones cuyo fin es desviar el volumen de pacientes de baja gravedad a otros puntos de asistencia más adecuados a su patología como son: la mejora de la atención primaria (De Pablo, 2007), creación de filtros previos al SUH (Merritt et al, 2000), copago de la asistencia (Hsu et al, 2004; Reed et al, 2005; Moreno, 2007) o la

implantación de nuevos puntos de atención continuada (PAC) extrahospitalarios, como sería el DCCU en Andalucía. Todos ellos son valorados como posibilidades interesantes pero cuyos efectos sobre el SUH son variables y sobre todo poco evaluados (Marqués, 1999; Peiró et al, 1999).

Los DCCUs pretenden ser una competencia frente al SUH ofertando a los pacientes otro lugar donde poder acudir, con el fin de sustraer la mayor proporción posible de pacientes de baja gravedad y por tanto reducir el nivel de saturación del SUH. El DCCU dispondría de unos medios equivalentes a los de la atención primaria, entendiéndose que su función es la de sustituirla en el horario que los centros de salud permanecen cerrados. Sus efectos ya han sido evaluados con resultados parciales en otros entornos (Valdrés et al, 1993; Rodríguez et al, 1999). La remodelación en el área sanitaria norte de Granada de estos dispositivos y la implantación física de un DCCU en el centro de salud de La Chana nos brinda la oportunidad de comprobar su efecto sobre el SUH de referencia y sobre la población que atiende.

2.-ADECUACIÓN DE LA METODOLOGÍA.

La realización de este proyecto debe de cumplir una serie de requisitos: la obtención de datos fiables que puedan ser comparables, la selección/exclusión de pacientes que pueda hacer viable el trabajo, la clara definición del paciente de baja gravedad o inadecuado, los instrumentos pertinentes para poder discriminar entre los pacientes (PAUHm y PT) y finalmente la definición del periodo de recogida de datos y el proceso de análisis.

Respecto a la **obtención de los datos** es frecuente que se realice a partir de una base de datos informatizada del mismo SUH con carácter retrospectivo como Fuda & Immekus (2006), o Paniagua et al (2006) o bien directamente en el propio SUH cuando se pretende obtener información directamente del paciente como realizan Schull et al (2007) o Baumann & Strout (2007). En estos casos se necesitan investigadores voluntarios entrenados para el caso. En nuestra situación no solo los datos que se requerían debían ser preguntadas directamente al propio paciente o sus familiares (v.g.: los motivos de acudir) sino que la escasa información registrada en el sistema informático de urgencias (prácticamente los datos administrativos y hora de entrada/salida) obligaban a la realización del trabajo en el mismo SUH. Como se observó más adelante, la obtención de datos de forma concurrente al proceso asistencial, evitaba las pérdidas de información y los errores derivados de la utilización de registros en los estudios retrospectivos (Del Castillo et al, 1986; O'Brien et al, 1996). Por ejemplo, se detectó que el alta administrativa y la real no solían ser simultánea.

En relación con la validez externa del estudio hay que señalar dos limitaciones: en primer lugar el estudio se realiza en un solo SUH y aunque los resultados sean internamente válidos no tienen porqué ser extrapolables a otras poblaciones con diferentes entornos socioeconómicos, culturales, niveles de salud y desigual interacción con el sistema sanitario. De todas formas la inclusión en el estudio de una población asignada a varios centros de salud, uno prácticamente en el centro de la ciudad con buen nivel económico como es el centro de salud de Gran Capitán, otro de población marginal como es el de Cartuja, dos poblaciones socioeconómicamente intermedias en los casos de La Chana y Eugenia Montijo, además de un centro de salud elegido de un pueblo fuera de la ciudad como es el caso de Maracena, puede compensar este inconveniente.

En segundo lugar, las características del complejo sanitario hacen que se excluyan las urgencias pediátricas, las obstetro-ginecológicas y las traumatológicas limitando la validez de los resultados obtenidos a sólo SUH de características similares y por tanto que tengan diferenciadas las urgencias médico-quirúrgicas (O'Brien et al, 1996; Patel & Dubinsky, 2002). Los resultados consistentes con otros estudios realizados en SUH de características semejantes (Oterino et al, 1999; Sempere-Selva et al, 2001) sugieren que la información puede ser válida para otras regiones, sujeta exclusivamente a variaciones del entorno socioeconómico.

La **selección/exclusión de asistencias urgentes** en el SUH se circunscribe exclusivamente a adultos (mayores de 14 años) de los centros de salud antes referidos, durante 24h seguidas en los días seleccionados. Estas circunstancias suponen una serie de limitaciones. Todos aquellos pacientes que no estén adscritos a ningún médico de cabecera quedan excluidos (los pacientes sin domicilio fijo (SDF)). Unos autores opinan que su presencia favorece el secuestro de recursos del SUH (Kwack et al, 2004; Díaz & García de Castro, 2006), aunque otros discuten esta postura y afirman que los pacientes hiperfrecuentadores y realmente consumidores del esfuerzo en el SUH son los pacientes crónicos descompensados y la población indigente apenas supone una carga para el SUH (Williams, 1996; Kellermann, 2005; Hunt et al, 2006). Tampoco podemos estudiar la población hiperfrecuentadora ya que realizamos las encuestas en días seleccionados y no en todos los del año, por lo que no podemos saber cuantas veces seguidas acude un mismo paciente a lo largo de un periodo. El presente estudio analiza las características del número de asistencias realizadas independientemente que sean el mismo paciente o no.

El trabajo de recopilación realizado durante 24h horas seguidas presenta una ventaja sobre los estudios abordados por turnos como es el caso de Schull et al (2007) que pierden muchos pacientes de larga estancia en el SUH por el cambio de turno. Es raro que un paciente espere

más de 24h en el SUH sin que haya pasado al área de observación en camas, ingreso o alta domiciliaria. De hecho, todos los pacientes incluidos en el día encuestal fueron seguidos hasta que sean dados de alta del servicio de urgencias aunque ésta se produzca 1 o 2 días más tarde.

Tampoco registramos el tiempo de espera de los pacientes (Gisondi et al, 2006; Schull et al, 2007) ya que no hemos podido poner en marcha un protocolo adecuado. La idea más simple es proponer al médico de plantilla y a los residentes que apunten la hora a la que atienden al paciente, pero por diversas razones los facultativos no lo anotaban (olvido, falta de tiempo, otro tipo de prioridades).

Respecto a la **definición de la proporción de pacientes inadecuados**, nos enfrentamos al problema de calcular la población que asiste al hospital y el SUH. ¿La población se corresponde con todos los ciudadanos que según el padrón pertenecen al hospital de referencia de nuestro estudio? En este caso estaríamos abordando el cálculo de la frecuentación que comentaremos más adelante ¿O son solamente los ciudadanos que se sienten enfermos y acuden a algún punto de atención sanitaria? Los pacientes podrían acudir al centro de salud de forma urgente o no urgente, a un punto de atención urgente extrahospitalario (DCCU), o al SUH. Parte de estas reflexiones las analizaron Lowe y Abbuhl (2001) y pueden resumirse de forma abreviada en la siguiente figura:

Figura 8: Cálculo de la proporción de pacientes inadecuados.

| | | Necesidad real de asistencia en el SUH | | |
|----------------------|-------|--|----|-------|
| | | Si | No | Total |
| Asistencia en el SUH | Si | a | b | n1 |
| | No | c | d | n2 |
| | Total | m1 | m2 | N |

Según esta tabla nos podemos encontrar con varias definiciones de proporción de pacientes inadecuados:

1. Todos aquellos pacientes que acuden a un SUH y son atendidos en él sin que realmente tuvieran necesidad real de ser atendidos en el mismo, de entre todos los pacientes que presentan una necesidad urgente de salud:

$$\text{Inadecuación} = b / N$$

2. Todos aquellos pacientes que acuden a un SUH y son atendidos en él sin que realmente tuvieran necesidad real de ser atendidos en el mismo, de entre todos los pacientes que no requieren ser atendidos en un SUH:

$$\text{Inadecuación} = b / m2$$

3. Todos aquellos pacientes que acuden a un SUH y son atendidos en él sin que realmente tuvieran necesidad real de ser atendidos en el mismo, de entre todos los pacientes que acuden al SUH:

$$\text{Inadecuación} = b / n1$$

En general todos los estudios y las posibilidades reales de medir el porcentaje de inadecuación se refieren a esta última definición. Es bastante difícil calcular el valor de todos los pacientes que presentan una necesidad urgente de salud en un momento determinado (N) ya que pueden acudir a diferentes puntos de atención e incluso demorarlo y no ser detectados (hay pacientes que tienen doble asistencia, pública y privada) o pueden incluso rechazar ser atendidos. Para calcular m2, que representa los pacientes que no requieren ser atendidos en un SUH, representa la suma de los no adecuados en el SUH mas los atendidos a nivel extrahospitalario y son alta a domicilio. No disponemos de datos extrahospitalarios y por tanto no podemos calcular este valor (m2). El único valor que podemos calcular es el total de asistencias en el propio SUH (n1).

Igualmente si quisiéramos definir al paciente adecuado nos encontraríamos con las mismas posibles definiciones matemáticas paralelas, por tanto las definiciones que se asumen son las siguientes:

$$\text{Paciente inadecuado: } b / n1$$

$$\text{Paciente adecuado: } a / n1$$

También cabría definir a todos los pacientes que son inadecuados para un SUH pero acuden a dispositivos sanitarios extrahospitalarios como pacientes adecuados para los medios que utilizan, pero esta reflexión se sale del objetivo del presente trabajo.

Respecto a **los instrumentos para medir la inadecuación** del paciente, está claro que buscamos a esos pacientes que son atendidos en el SUH con disposición de un material, personal y tecnologías innecesarias para la patología que presenta. La existencia de numerosos trabajos indicando una gran discrepancia del porcentaje de pacientes inadecuados desde menos del 15% hasta más del 80% (Ibáñez et al, 1991; Alonso et al, 1993; Grumbach et al, 1993; Cunningham et al, 1995; Afilalo et al, 1995; Young et al, 1996; Lang et al, 1996; Dale et al,

1996; Llorente et al, 1996; Escobedo et al, 1997; Petersen et al, 1998; Oterino et al, 1999; Sempere-Selva et al, 2001; Carret et al, 2007), demuestra que no existe un criterio único y objetivo a la hora de diferenciar un paciente inadecuado de uno adecuado.

Las principales diferencias de criterio se basan en tres tipos básicos de discriminación:

- Criterios subjetivos basados en la opinión de expertos.
- Protocolos de clasificación o “Triage” (PT) que valoran “a priori” a los pacientes con el fin de seleccionar a los pacientes más graves de los menos en una escala variable y así priorizar la atención de unos sobre otros.
- Protocolos de criterios explícitos que recopilan una serie items para definir a un paciente adecuado. Normalmente se aplican a “posteriori” y valora al paciente cuando ya se ha procedido a su alta médica.

El criterio de expertos sirve de “gold standart” y como primera comparación para validar otro tipo de protocolos pero incluso entre ellos existen grandes diferencias (Stapczynski, 2004; Richardson et al, 2007). La función del PT es la de priorizar con escasos datos a los pacientes presumiblemente más graves. Son por tanto tests sencillos que utilizan escasa información de la patología del paciente y buscan una alta sensibilidad en detrimento de la especificidad, pero la existencia de varios protocolos crea también gran variabilidad en los resultados (Dong et al, 2007).

Los protocolos de criterios explícitos se aplican cuando el proceso asistencial ya ha terminado en el SUH. Su objetivo es valorar la adecuación del uso que realizan los pacientes de las urgencias. En general son más específicos, pero también presenta una importante variabilidad desde tan solo un 26,8% de uso inadecuado (Oterino et al, 1999) hasta un 38% (Ochoa et al, 2000) sólo en nuestro país. En EEUU han llegado a medir un 43% de inadecuación (O’Brien et al, 1996). Estas discrepancias se deben a la variabilidad en los criterios aplicados y a las diferencias en las poblaciones de referencia.

En el presente estudio se ha utilizado un PT y un protocolo de criterios explícitos como complemento y comparación pre-post asistencia. El Protocolo de Triage utilizado presenta una validez equivalente a otros semejantes y ha sido validado en un entorno similar al nuestro (Roca et al, 2001), si bien para el análisis se han simplificado los cuatro grados de gravedad en solo dos: paciente banal (grado IV) y no banal (grados I, II y III).

En cuanto al instrumento de criterios explícitos utilizado se basa en el Protocolo de adecuación de Urgencias Hospitalario (PAUH) validado por Sempere et al (1999). Consta de 26 criterios diferentes indicadores de la adecuación para un SUH. Si al menos uno de ellos se cumple en un caso estudiado se considera que el paciente es adecuado. Se pueden diferenciar cinco grupos de criterios: de gravedad, de tratamiento, de intensidad diagnóstica, otros criterios y criterios sólo aplicables a pacientes que acuden espontáneamente.

Ochoa et al (2000) al aplicar el PAUH original en un entorno diferente y confrontándolo con médicos de más de cinco años de experiencia, encontraron una concordancia que señalaban como baja (estadístico kappa: 43,5% IC al 95% 34,4 a 52,5%), afirmaban que la principal discrepancia entre el test y los expertos fue la adecuación exclusivamente por la realización de pruebas complementarias como Rx simples o tratamientos sencillos intravenosos. Otros autores opinan que es una buena herramienta a la que hay que realizar sólo ciertas correcciones (Cantero et al, 2001; Tudela & Mòdol, 2003; Aranaz et al, 2004; Sánchez-López et al, 2004).

El presente trabajo utiliza el PAUH modificado (PAUHm) validado por Sánchez-López et al (2004) que amplía los criterios de gravedad de 8 a 10, pero sobre todo su virtud está en matizar los criterios con excepciones. Así para los criterios de gravedad no serán considerados positivos aquellos parámetros vitales habituales para el paciente aunque patológicos para una persona normal (vg: presencia de arritmias en un paciente ya diagnosticado y en tratamiento). Respecto a las pruebas complementarias, excluye todas aquellas que se pueden realizar en AP e incluso en el DCCU (test simple de orina, glucemia capilar y ECG), adaptando los criterios al entorno y capacidad real de primaria. También matiza los criterios de tratamiento, si el que se administra es habitual en el domicilio del paciente (vg: O₂ para un paciente con oxigenoterapia domiciliaria), no debe de considerarse como positivo. Con estas modificaciones se consigue mejorar los indicadores de validación (estadístico kappa: 59,1% IC al 95% 51,9 a 66,3%) con una concordancia inter e intra observador del 100%. Además aumenta la especificidad sin afectar a la sensibilidad. El entorno donde se validó es equivalente a la población donde se realizó este estudio y por tanto es un instrumento ya adaptado a las necesidades del proyecto.

La disponibilidad de instrumentos ya utilizados (PT y PAUHm) obvia la necesidad de construcción de otros nuevos y su validación. Además permite comparar datos sin ningún tipo de problema al utilizar las mismas herramientas desde los datos iniciales hasta el final. La limitación que supone el uso de estos instrumentos es la posible aparición de herramientas de nuevo consenso, como el Sistema de Triage Manchester (MTS) cada vez de mayor implantación en SUH (Musarra, 2003; Iserson & Moscop, 2007).

La **determinación de los periodos de estudio** se basa en la existencia de datos previos a la implantación del nuevo DCCU y a las necesidades del tamaño de muestra (ver material y métodos). Se dispuso de datos previos a la implantación del DCCU de La Chana recogidos en el año 2001 que se usaron como referencia y representan el primer periodo de estudio. Los dos siguientes periodos de estudio fueron posteriores a la implantación del DCCU y corresponden a los datos recogidos en el año 2003 y 2004. Algunos trabajos como el de Valdres et al (1993) en Logroño, estudiaron la implantación del PAC en la región, obtuvieron resultados poco evidentes que achacan a la brevedad del tiempo de estudio. Esta es una de las razones por la cual se decidió alargar durante dos años seguidos la recogida de la muestra.

Para poder realizar el **análisis de los datos** y poder definir el impacto real del DCCU, se creó una nueva variable ‘horario DCCU’ dicotómica, en función del horario de apertura de dicho dispositivo (desde las 17h hasta las 8h de lunes a sábados y las 24h del día en domingos y festivos). En ella se recoge si el paciente acude al SUH en el periodo de apertura de dicho dispositivo o no. De esta forma se puede determinar si surgen cambios de algún modo en la asistencia al SUH en relación con el funcionamiento del DCCU.

En los últimos años se han realizado numerosas innovaciones en el Sistema Andaluz de Salud. En caso de que en los sucesivos periodos de estudio se comprueben diferencias en el porcentaje de inadecuación, estas diferencias, ¿son debidas a la implantación del DCCU, u obedecen a otros factores? Esta disyuntiva se consideró inicialmente en el diseño del estudio, y fue por ello que se seleccionaron dos centros de salud con DCCU (el de La Chana con implantación reciente y el de Gran Capitán con mayor tradición) y otros dos centros sin este dispositivo todos ellos de carácter urbano, adicionalmente se incluye un centro de salud periurbano con la pretensión de disponer de un grupo de control complementario.

En la fase de análisis, considerando que podían operar otras variables confusoras que explicaran en parte el efecto del DCCU sobre el porcentaje de inadecuación se realizó un estudio de regresión logística y análisis multivariable. Esta técnica se aplicó en primer lugar con la variable ‘inadecuación’ para poder determinar que variables influyen fundamentalmente en los cambios producidos. En segundo lugar se aplicó la misma técnica estadística sobre la variable ‘modalidad de derivación’ para comprobar si se producen cambios en el comportamiento del usuario y su interacción con el sistema sanitario.

La implantación del DCCU se produce en el centro de salud de La Chana pero de él dependen los centros Cartuja, Eugenia Montijo y Maracena, y por otro lado tenemos el centro Gran

Capitán (con DCCU propio). Esto justificó la realización de tres modelos diferentes de análisis multivariable: Modelo 1 con los 5 centros de salud independientes, Modelo 2 con La Chana por un lado, Gran Capitán por otro y el resto agrupados en un solo grupo, y finalmente el Modelo 3 que compara La Chana con el resto de centros.

A continuación se procedió al análisis de las interacciones entre los grupos anteriormente dichos de los centros de salud y los periodos de estudio controlando primero por la variable 'horario DCCU' y posteriormente por todas las variables.

Finalmente se repite el mismo proceso dividiendo el PAUHm en sus cinco grupos de criterios para obtener información adicional, es decir, analizando de forma individualizada, la adecuación por gravedad, por intensidad terapéutica o diagnóstica, etc.

3.-RESULTADOS.

3.1.- Características de la serie.

El total de asistencias estudiadas fue de 4.201, de las cuales 773 correspondieron al año 2001, 1.749 al 2003 y 1.679 al 2004. El número de casos estudiados en otros trabajos es muy variable 305 (Diego Domínguez et al, 1990), 379 (Ibáñez et al, 1991), 2.835 (Martínez et al, 1993), 2.980 (Sempere-Selva et al, 2001). En otras series el número de casos analizados es muy superior 18.240 (Lloret et al, 1984) o 70.700 casos (Hansagi et al, 2001), pero se trata de series retrospectivas en las que constituyen la única fuente de información.

La **edad** media de los pacientes atendidos fue de $49,5 \pm 21,5$ años con un rango entre 14 y 104 años. Se corresponde con lo descrito para urgencias médico-quirúrgicas que no atienden población pediátrica ni patología neuro-traumatológica. Esta circunstancia hace que los pacientes presenten una edad media bastante elevada en comparación con otros servicios de urgencias que incluyen todo tipo de patología, incluida la traumatológica (lesiones y accidentes) propia de población joven, como es el hospital general de Santander con 38,4 años de media (Braun et al, 2002) o los 23,3 años de Garreta et al (1991) en pacientes exclusivamente traumatológicos. En el Hospital General Universitario de Alicante se realizó un estudio descartando patología urgente pediátrica, urgencias ginecológico-obstétricas y traumatológicas la media de edad referida fue de 47 años (Aranaz et al, 2004) más próxima a la calculada por nosotros. Fuera de España en las urgencias generales del hospital universitario de Chicago en población no pediátrica detectan una edad media de 43 años (Vieth & Rhodes, 2006) y en

Ontario (Canadá) para pacientes adultos (mayores de 18 años) de 38,4 años (Schull et al, 2007). Se aprecia que la media de edad del presente trabajo es de las más elevadas.

La edad media presentó un aumento significativo, desde 48,1 a 50,5, entre el año 2001 y 2004, posiblemente reflejo del envejecimiento de la población asistida. Ya en 1989 Rodríguez Artalejo indicaba que si aumentaba la proporción de ancianos en la población también aumentaría el coste de las urgencias y el número de ingresos. La distribución etaria es equivalente a la descrita por otros autores con una distribución bimodal, que refleja la menor demanda asistencial realizada en las edades medias de la vida (Lloret et al, 1984; Muiño et al, 1988; Diego Domínguez et al, 1990, Sempere-Selva et al, 2001; Sánchez et al, 2003).

Respecto al **sexo** no se han encontrado diferencias entre los periodos de estudio, con una media de 47,9% de varones semejante a lo referido por otros autores: 52,6% en León (Diego Dominguez et al, 1990), 48,6% en Zaragoza (Fanlo et al, 1991), 52% en Toledo (Martínez et al, 1993), también en Toledo 49,6% varones (Oterino et al, 1999), 49,6% en Elche (Sempere-Selva et al, 2001), en Barcelona 47,0% (Tornè et al, 2003) y 51,1% en Valencia (Aranaz et al, 2004). En otros países encontramos el 48% en Suecia (Hansagi et al, 2001), 42,3% en Portland (EEUU) (Baumann & Strout, 2007) y el 49,2% en Ontario (Canadá) (Schull et al, 2007). Llama la atención el 35% de varones en Chicago en un estudio donde descartan los pacientes que llegan en ambulancia y los que son atendidos directamente por su gravedad (Vieth & Rhodes, 2006).

La **frecuentación** estimada a lo largo de los periodos de estudio ha ido disminuyendo apreciablemente desde 356 hasta 226 asistencias/1.000 habitantes y año (población >14 años). Se aprecia que en La Chana y Gran Capitán presentan una menor frecuentación (198 y 178 respectivamente en el 2004) respecto a los otros centros, lo que puede estar ligado a la presencia en ellos del DCCU. La mayor frecuentación correspondió a Maracena 320 /1.000 habitantes y año (ámbito periurbano). Pero estos datos pierden cierta validez por una razón: a lo largo de estos años se ha ido realizando la migración del sistema informático TASS en los centros de salud al DIRAYA. Este cambio mostró la existencia de una gran cantidad de usuarios que eran atendidos habitualmente pero que no constaban en la Base de Datos del Usuario (BDU), figuraban con datos erróneos, sin médico asignado o no actualizado. Esto obligó a cruzar datos del TASS y de la BDU poniendo de manifiesto una población asistida no oficialmente. Al usar los datos de los cupos en estos años se observa que aumentan muy rápidamente, pero en realidad la población asistida real no aumenta de forma equivalente. Este proceso de puesta al día de los usuarios ha sido progresivo a lo largo de estos años y por tanto

no puede afirmarse que se haya producido un descenso real de la frecuentación.

Desde este punto de vista la frecuentación del último año sería la más aproximada a la realidad y se encuentra en torno a 226 asistencias/1000 habitantes y año que de todas formas indica un valor claramente inferior a la medida por otros autores: Rodríguez et al (1999) tras la implantación de un PAC en el mismo hospital, mide en torno a 340,6/1.000 habitantes y año, Benayas et al (1998) mide en un mes 36,8 /1000 habitantes que en un año supondría una frecuentación de 441,6/1.000 habitantes y año. Sólo el trabajo de Alonso et al (1993) presenta una frecuentación bastante inferior, de 116 por mil habitantes y año. Según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo (2006) en España la media de frecuentación ha pasado de 375 visitas por 1.000 habitantes en el año 1993 a superar los 500 en el año 2000. El dato de frecuentación obtenido en nuestra serie fue reflejo de las urgencias médico-quirúrgicas, para que las comparaciones con los datos del Ministerio fueran válidas habría que sumar la frecuentación de las urgencias neuro-traumatológicas, obstetro-ginecológicas y pediátricas. Con todas las reservas ya mencionadas anteriormente la frecuentación detectada en el presente trabajo es de las más bajas.

Por **horas** la asistencia mostró una evolución a lo largo del día semejante a otros trabajos (Alonso et al, 1993; Tudela & Mòdol, 2003; Tornè et al, 2003), con descensos de la afluencia entre las 13 y 15 horas y a partir de las 23 horas que muestra la clara influencia del ritmo social diario, comida y horario de trabajo.

No se encontraron diferencias significativas ni para el **día de la semana** ni para el **mes del año**, resultado semejante al de Oterino et al (1999). Existen estudios que encuentran mayor asistencia el lunes (Alonso et al, 1993; Tornè et al, 2003; Aranaz et al, 2004).

Al estudiar las asistencias por **turnos laborales**, se observó que el turno de tarde era el de mayor afluencia de pacientes (41,7%), fenómeno que se comprobó para cada centro de salud, y se mantuvo en el tiempo. Encontramos resultados semejantes en otros autores (Ochoa, 2002; Tudela & Mòdol, 2003; Martín & Murillo, 2004; Aranaz et al, 2004). Los turnos del personal de plantilla suelen ser de mañana en la mayoría de los hospitales cuando en realidad acuden más pacientes por la tarde-noche, horario que se suele cubrir por personal eventual o médicos en formación. Coincidimos con Martín & Murillo (2004) que se debería tener en cuenta esta circunstancia cuando se planifican las urgencias hospitalarias.

Cuando el horario de asistencia se agrupa en función del **horario de apertura del DCCU**, se observa que el 58,1% de los pacientes acuden cuando el DCCU está abierto. A lo largo del tiempo el porcentaje de asistencias atendidas en horario DCCU se modificó de forma significativa desde un 62,7% en 2001 a 55,8% en 2004. Cuando se estratificó por centros, las diferencias solo fueron significativas para La Chana. De forma consistente con ello, no se aprecian diferencias entre centros en el periodo 2001 pero si en los datos recogidos en 2003 y 2004. No disponemos de referencias que permitan realizar comparaciones externas para este resultado. Solo Rodríguez et al (1999) refiere que el 54,4% de los pacientes acuden al SUH durante un horario similar, Valdrés et al (1993), sin embargo, en un estudio bastante anterior obtiene resultados contradictorios, solo un 38,7% de los pacientes acuden durante el horario de funcionamiento del PAC. Este es un indicio del posible efecto del DCCU de La Chana al menos en este centro de salud.

La **modalidad de derivación** fue a iniciativa del propio paciente en el 73,2% de los casos, derivado por un médico pero sin aportar documentación en el 4,9% y derivado por un médico con aportación de documentación el 21,9% de las asistencias. Se ha observado que cuando el paciente es derivado de manera informal por el médico las características de la asistencia son parecidas a las del 'motu propio', así que procedemos a su suma con un resultado total de 78,1%. Esta cifra es similar a la literatura, 71% 'motu propio' (Pérez et al, 1990), 79,8% (Tornè et al, 2003), 87,6% (Aranaz et al, 2004) y el 70,5% por iniciativa personal (Moreno, 2007). Las cifras más bajas referidas fueron del 43,3% de visitas espontáneas en Toledo (Oterino et al, 1999) y en Cambera (Australia) el 65% (Richardson, 2006).

Se observa una reducción del 'motu propio' para La Chana (del 79,8 % hasta el 61,9%), mientras que aumenta para Cartuja (desde el 71,2% hasta el 76,9%). Este último efecto desaparece cuando agrupamos el 'motu propio + derivación viva voz'. La implantación del DCCU es claramente beneficiosa para La Chana en la reducción del 'motu propio'. En cambio sorprende que pueda ser perjudicial para Cartuja y prefieran acudir al hospital que al nuevo DCCU.

Respecto a los **motivos del 'motu propio'** el 31,4% correspondieron a la 'patología', el 30,4% a la 'confianza', el 21,6% por 'comodidad', el 14,0% a algún 'fallo' en el sistema y el 2,5% el motivo fue por 'lista de espera'. Para Young et al (1996) el 65% son por razones clínicas y el 21% son por la confianza en el hospital, las pruebas complementarias y el tratamiento. Aranaz et al (2006) señala que los pacientes prefieren el hospital en el 55% (unifica confianza y comodidad), 18,8% acuden por consejo, el 17,7% desconoce otro lugar donde acudir y el 13,5%

por las listas de espera. Para Moreno (2007) acuden al SUH por incompatibilidad horaria con el centro de salud en el 37.3% y por los medios técnicos y “resuelven mejor los problemas” en el 36,4%.

Cuando se estratificó por centros se observó un cambio significativo en los motivos del motu propio entre los pacientes procedentes de La Chana, con una reducción del componente de ‘comodidad’ a la vez que ascienden los motivos de ‘confianza’ y ‘fallo’. Cabe pensar que la existencia de un DCCU en el mismo centro de salud hace que sea más cómodo acudir allí que desplazarse al hospital, pero si no confía en los medios del DCCU (‘confianza’) o no los conoce (‘fallo’) preferirá acudir al hospital. Entre los pacientes procedentes de los otros centros, se observa un aumento del motivo por la gravedad del paciente (‘patología’) y un descenso de la ‘comodidad’, que no llega a ser significativo, en el centro de salud Cartuja. Esta circunstancia podría explicar el aumento aislado del ‘motu propio’ en este centro comentado anteriormente.

Los **motivos de consulta** más frecuentes, fueron el ‘dolor abdominal y/o genital’ (13,8%), (cuando se agrupa por especialidades ‘Digestivo’ (16,1%)), ‘manifestaciones oculares diferentes a cuerpo extraño’ (9,4%) y ‘dolor torácico de cualquier característica’ (8,7%). Para Richardson (2002), en el hospital de Canberra (Australia), los motivos de consulta más frecuentes fueron el dolor abdominal (15%), lesiones (12,5%), motivos respiratorios (6,8%) y cardiacos (4,3%). La principal diferencia son los motivos oftálmicos y lesiones que se comentará en el apartado de grupos diagnósticos.

En cuanto al **tiempo de evolución de los síntomas** los pacientes acuden con ‘menos de 1 día’ de evolución de los síntomas en el 32,8%, entre ‘1 día y 3 meses’ en el 64,6% y con ‘más de 3 meses’ fueron el 2,6%. Se observaron cambios significativos en La Chana y Cartuja, donde aumentaron las asistencias motivadas por patología de ‘menos de 1 día’ de evolución. La necesidad de atención en menos de 24 horas se suele asociar a gravedad aparente de la patología. Por tanto los pacientes de estos centros, al acudir antes al SUH, han demostrado un aumento de la sensación subjetiva de gravedad con los periodos del estudio.

El 30% en los pacientes presenta otras patologías asociadas o **comorbilidad** (2 o más antecedentes personales), sin que se hallan detectado diferencias a lo largo del tiempo en ningún centro de salud. Valor algo inferior a otros autores 46,7% de pluripatológicos (Aranaz et al, 2004) o los 46,6% en Toledo (Oterino et al, 1999). Aquellos pacientes que no siguen un control adecuado de su patología crónica suelen acabar en el SUH e incluso ingresados en los hospitales

(Sokol, 2005), además se relacionan con pacientes hiperfrecuentadores de las urgencias que se descompensan con frecuencia (Ruger et al, 2004).

La aplicación de **pruebas complementarias** (53,3%) y de **tratamientos** (36,9%) de tipo hospitalario se puede relacionar con la gravedad del paciente. Los resultados son semejantes a los descritos por otros autores como Torné et al (2003) en Barcelona: se realizó alguna prueba diagnóstica en el 47,5%. En los pacientes procedentes de la Chana se aprecia un aumento del porcentaje que requieren pruebas complementarias o tratamiento. Es un dato indicativo de que acuden pacientes con mayor gravedad de este centro. De forma aislada se presentó un aumento de pruebas complementarias en Eugenia Montijo y del tratamiento hospitalario para Maracena.

La solicitud de pruebas complementarias es uno de los elementos que pueden hacer que el PAUHm resulte adecuado en un paciente que realmente no lo es, bien porque el paciente y/o familiares presionan para su realización, bien porque se realiza una medicina defensiva. Oterino et al, (1999) detectan un 20,6% de pacientes adecuados exclusivamente por la realización de pruebas complementarias. Cuando se solicita la opinión de los expertos, éstos consideran adecuadas sólo un 45% de las visitas, pero justifican la solicitud de pruebas diagnósticas urgentes en el 55% de ellas. Este contrasentido sugiere la utilización inadecuada de la petición de analíticas (Sánchez, 2004), pero es difícil determinar en qué fracción lo es.

Cuando agrupamos el **tipo de alta** los pacientes con alta directa, tras esperas a resultados o tras pasar por la sala de cuidados representan el 87,0%. Comparable a otros autores, 78,1% de altas inmediatas (Del Castillo et al, 1987), para Tornè et al (2003) son dados de alta a domicilio el 84,1%. Entre los pacientes de 65 años o más son dados de alta el 55,3% (Baumann & Strout, 2007). Se pone de manifiesto de nuevo que en el caso de La Chana aumenta con el tiempo el tipo de alta de más gravedad (paso por observación, ingreso, etc.) de forma significativa. En este caso se le añade también Eugenia Montijo con diferencias significativas en el mismo sentido que La Chana.

En un 23,5% de las asistencias se **consulta al especialista**. En los pacientes procedentes de Gran Capitán es el único grupo en el que se obtienen valores significativos en el sentido de aumento de consulta con el especialista. Se puede explicar como reflejo de las características sociodemográficas del área atendida por este centro, con alto nivel cultural y alta proporción de mayores de 65 años, que haga que sean más demandantes de la atención especializada. También se ha detectado en este centro de salud un aumento de los motivos de la iniciativa propia por

‘lista de espera’, que se suele relacionar con la necesidad de ser visto por el especialista, pero no alcanzaron valores significativos.

Los grupos **diagnósticos** según CIE-9R más frecuentes fueron ‘signos y síntomas mal definidos’ (19,3%), ‘enfermedades del sistema nervioso y órgano de los sentidos’ (15,5%), ‘enfermedades del aparato respiratorio’ (13,4%) y enfermedades del aparato digestivo (8,7%). En otros trabajos obtienen los siguientes resultados: ‘síntomas y signos mal definidos’ (19,4%), seguido por ‘enfermedades respiratorias’ (18,8%), del ‘sistema circulatorio’ (14,8%) y del ‘sistema digestivo’ (14,4%) (Oterino et al, 1999); ‘lesiones y envenenamientos’ (24,1%), ‘síntomas mal definidos’ (14,1%) y ‘enfermedades del aparato respiratorio’ (13,5%) (Tornè et al, 2003). Las principales diferencias se explican por dos salvedades, el grupo de ‘lesiones y envenenamientos’ incluye patología traumatológica que no se atiende en el H. Ruiz de Alda ya que es un hospital médico-quirúrgico, y el segundo grupo más frecuente medido es ‘enfermedades del sistema nervioso y órgano de los sentidos’ que no surgen en otros trabajos, esta diferencia se explica porque en el H. Ruiz de Alda existe cierta creencia social que ante cualquier problema oftalmológico será atendido por el especialista de forma directa y sin gran demora, hecho que hoy en día no es real pero que no obstante los pacientes siguen creyendo. Una vez comentadas estas dos salvedades los grupos diagnósticos no son tan diferentes.

El 50,5% de las asistencias fueron atendidas por médicos MIR. A lo largo de los periodos de estudio se ha producido un ascenso de pacientes atendidos por médicos MIR a expensas de pacientes atendidos por los médicos de plantilla (54,9% en el 2001) mientras que en el 2004 fueron los médicos MIR los que asistieron a una mayor proporción de usuarios de urgencias (53,9% en el 2004).

En cuanto a la variable **triage** se contabiliza un 38% de pacientes banales. El cotejo con otros estudios es problemático dada la heterogeneidad de los criterios de clasificación de los pacientes en las urgencias hospitalarias. Ruger et al (2004) obtienen un 20,1% de pacientes menos graves aplicando los criterios del Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS), y Richardson (2006) mide un 30% de pacientes menos graves aplicando los criterios del Australian Triage Scale. Por grupos de edad se obtiene en el presente estudio un valor del 20,4% de pacientes banales entre los mayores de 65 años. En el mismo grupo de edad Baumann & Strout (2007) miden un 18,2% de pacientes banales aplicando el Emergency Severity Index (ESI v.3). Aunque los diferentes sistemas de triage hace difícil la comparación, las cifras son similares cuando se homogeniza la población de referencia. Respecto a la evolución del porcentaje de banalidad por años y centros de salud no se obtiene ningún resultado significativo.

Solo se aprecia una tendencia a la reducción de la proporción de la banalidad en La Chana y a un ascenso en el resto de centros de salud. La falta de significación estadística se puede explicar por la especial característica del triage (banal / no banal) que pretende ser muy sensible para detectar la gravedad de los pacientes pero poco específico.

La **inadecuación** media fue del 47,6%, más alto en comparación con otros trabajos 38% (Ochoa et al, 2000), 35% (Cantero et al, 2001), 29,6% (Sempere-Selva et al, 2001) o 24,2% (Carret et al, 2007). Todos ellos basados en el PAUH o con modificaciones. En Barcelona, según opinión de expertos, hallan un 38% (Tornè et al, 2003). En EEUU han llegado a medir un 43% de inadecuación (O'Brien et al, 1996). La inadecuación más alta en el presente estudio se puede achacar al uso del PAUHm, que al utilizar criterios más exigentes ofrece mayor especificidad que otros instrumentos, y por tanto menor proporción de falsos positivos.

En cuanto a la evolución en el tiempo de la inadecuación, se produce un descenso global significativo: desde el 54,7% (2001) hasta el 43,1% (2004). Estratificando por centros de salud este descenso fue significativo para La Chana, Eugenia Montijo y Maracena. En cambio no lo fue para Gran Capitán y Cartuja. En Gran Capitán no se introducen durante el periodo de estudio cambios respecto al DCCU (que ya existía con anterioridad) y por tanto no sorprende esta ausencia de cambios en la inadecuación. El cambio tampoco fue significativo para Cartuja, resultado no esperado puesto que debiera ser afectado por la implantación del DCCU en La Chana, sin embargo, por la ubicación del Hospital respecto a este barrio, y dada la mayor distancia del DCCU, parece lógico que se continúe utilizando el SUH como fuente inmediata de cuidados.

3.2.- Estudio del PAUHm por grupos de criterios.

Cuando se analiza la distribución de los pacientes adecuados por grupos de criterios destaca una disminución significativa en el tiempo de los pacientes que adecuan por criterios de gravedad, o por criterios de tratamiento, la mayor parte del descenso se encuentra entre los años 2001 y 2003, y sugiere que a lo largo de este período la gravedad de los pacientes atendidos ha ido disminuyendo. Por el contrario no se observaron diferencias significativas para los criterios de intensidad diagnóstica o motu proprio. Consideramos que estos resultados son escasamente valorables y no hemos localizado ningún estudio que nos permitan realizar comparaciones externas.

3.3.- Análisis multivariable de la inadecuación.

En el análisis crudo se detectaron asociaciones significativas con la frecuencia de inadecuación para la edad, en el sentido de que es mayor en los más jóvenes, el tipo de derivación, el motivo de consulta y la duración de los síntomas, y la presencia de comorbilidades. Al analizar la hora de la consulta se observa un aumento de la inadecuación en los turnos de mañana y tarde respecto al de noche, pero no se reflejaron diferencias significativas en función del horario DCCU. Entre los Centros estudiados, respecto a La Chana se constató una frecuencia de inadecuación significativamente superior en Eugenia Montijo y Maracena. En relación al período de estudio, la frecuencia de inadecuación fue disminuyendo de forma significativa a lo largo del tiempo. Finalmente, el médico también influyó significativamente, los pacientes atendidos por residentes son inadecuados con una frecuencia 0,52 veces inferior a los atendidos por adjuntos.

En la medida en la que estos resultados pueden compararse con los de otros autores se encuentran coincidencias en lo que se refiere a la edad: mayor inadecuación a menor edad (Oterino et al, 1999; Sempere-Selva et al, 2001; Aranaz et al, 2004) y el sexo, no relacionado con la inadecuación (Sempere-Selva et al, 2001; Aranaz et al, 2004). Otros autores, en cambio, si describen una relación significativa entre el sexo mujer y mayor frecuencia de inadecuación (Oterino et al, 1999; Cantero et al, 2001).

Entre las variables más fuertemente asociadas a la inadecuación los resultados son consistentes con los descritos para otros autores para el 'tipo de derivación' (Oterino et al, 1999; Sempere et al, 2001); el 'tiempo de evolución' (Cantero et al; 2001) o la forma de 'acceso a la consulta' también presenta relación, igual que para Sempere-Selva et al (2001). Aunque también encontramos alguna referencia disidente, por ejemplo, Aranaz et al (2004) en un estudio realizado en el servicio de urgencias del Hospital General de Alicante, utilizando el PAUH no encuentra relación entre tipo de derivación e inadecuación. En cuanto al tipo de patología o a la presencia de comorbilidad, como cabía esperar los resultados son plenamente consistentes con los descritos previamente (Oterino et al, 1999; Aranaz et al, 2004).

Cantero et al (2001) refieren mayor inadecuación para centros de salud no reconvertidos, en nuestros datos, los centros de salud asociados a mayor inadecuación fueron centros no docentes, pero solo uno de ellos de reciente conversión. Entre los centros estudiados, el otro centro de reciente conversión (Gran Capitán) mostró una frecuencia de inadecuación igual a la del centro de referencia, La Chana, a pesar de su carácter no docente. Probablemente por ello, cuando se

comparan centros no docentes versus docentes la asociación es débil y no llega a ser significativa (OR=1,11; 0,97-1,28).

El efecto del 'periodo de estudio' descrito anteriormente se confirma en el análisis bivariado. La frecuencia de inadecuación en el año 2001 fue 1,60 veces mayor que en el año 2004. Este dato no puede contrastarse puesto que todos los estudios localizados son exclusivamente transversales, sin que haya, como en este caso, cortes secuenciales de una misma población que permitan aportar una información de carácter dinámico. La disminución de la inadecuación puede deberse a la mejor distribución de los recursos asistenciales extrahospitalarios (el desarrollo y mejora de los servicios de primaria, PAC y DCCU) pero no podemos perder de vista la posible influencia de otras variables, entre ellas el incremento de la medicina defensiva en atención primaria u otros ámbitos sanitarios.

Los modelos multivariados se realizaron utilizando diferentes formas de agrupar los cinco centros de salud estudiados. El modelo 1 analiza individualmente cada uno de ellos, el modelo 2 agrupa los tres centros de salud que no disponen de DCCU, y mantiene individualizados los centros Gran Capitán y La Chana cada uno de ellos con DCCU en el mismo centro, y finalmente en el modelo 3 se comparan todos los Centros simultáneamente con La Chana. Los resultados fueron muy similares en los tres modelos. Al ajustar por el resto de variables se pierde la significación de la edad e igualmente el efecto del centro, se mantiene el efecto significativo del tipo de derivación, el motivo de consulta, la duración de los síntomas y la comorbilidad asociada. En general disminuyen los efectos detectados, lógico puesto que parte de los efectos son debidos a la acción de terceras variables. Para la agrupación de diagnósticos se observa un efecto protector, seguramente por la existencia de colinealidad con otras variables (tipo de patología y/o especialidad). En la literatura se ha establecido la existencia de relación entre el diagnóstico y la inadecuación en unos casos a favor y en otros de forma no significativa (Oterino et al, 1999; Sempere-Selva et al, 2001; Cantero et al, 2001; Aranaz et al, 2004).

El período de estudio mantuvo también su efecto significativo, pero en este caso se acentúa. El efecto del turno de trabajo se invierte, de forma que cuando se controla el efecto de terceras variables (motivo de consulta, tiempo de evolución de la patología, morbilidad o tipo de derivación), la frecuencia de inadecuación es significativamente inferior durante la mañana o la tarde que durante la noche. Efecto inverso al referido por Oterino et al (1999) si bien estos autores no realizan un análisis multivariado, con lo cual los resultados pueden ser superponibles a los detectados en este trabajo.

En relación al efecto detectado por el tipo de médico que realiza la asistencia, al controlar por el resto de variables se atenúa, pero aún así los pacientes atendidos por un médico adjunto son inadecuados con mayor frecuencia que los atendidos por un MIR. Cuando se estudian por separado los criterios de adecuación se encuentra que el médico MIR adecua más por intensidad diagnóstica y por otros criterios pero no por gravedad o intensidad terapéutica. Con estos resultados se podría decir que los MIR tratan igual a los pacientes graves y al ponerles el tratamiento que los médicos adjuntos, pero realizan más pruebas, ingresan más pacientes y tienen más en cuenta a los pacientes que vienen derivados por otro médico.

3.4.- Análisis multivariable del tipo de derivación.

Acudir al SUH por propia iniciativa (incluyendo en esta categoría los pacientes que vienen derivados de manera informal) fue una de las principales variables asociadas a la inadecuación. Se han estudiado los factores ligados a este fenómeno, destacando entre los resultados su frecuencia significativamente mayor en los menores de 65 años, si bien cuando se ajustó el efecto en el análisis multivariable la fuerza de la asociación disminuye considerablemente. En Alicante, Aranaz et al (2006) encontraron también diferencia significativa en la edad de los pacientes que acudían por motu proprio (39 años) respecto a los que eran derivados (57 años). En otros trabajos, aunque no realizaron análisis multivariable, también encontraron relación entre motu proprio y juventud (Belzunegui et al, 1990; Diego Domínguez et al, 1990; Ibáñez et al, 1991; Lang et al, 1996; Vaquero et al, 1999).

Al analizar el efecto de los centros de salud destacó la mayor frecuencia de consulta por motu proprio en aquellos procedentes de centros sin DCCU (aunque cuando se analizaron de forma individualizada el efecto solo fue significativo para Eugenia Montijo y Maracena), e igualmente la ausencia de diferencias significativas entre Gran Capitán y La Chana.

El motivo de consulta no mostró un efecto consistente cuando se realiza el análisis multivariable (para interpretar correctamente estos resultados debe recordarse que las agrupaciones están realizadas en función de la frecuencia de inadecuación). Tampoco lo hicieron la especialidad ni el diagnóstico, variables agrupadas con similares criterios. En relación a la presencia de comorbilidad, aunque individualmente cada una de ellas se asociaba a menor frecuencia de uso por propia iniciativa, tal y como ocurría para la inadecuación, cuando se analizó el número de comorbilidades (que fue el factor incluido en el análisis multivariable) no se mantuvo un efecto independiente. Vaquero et al (1999), sin realizar análisis multivariable, encontró relación entre iniciativa propia y menos antecedentes personales.

La duración de los síntomas se asoció a un incremento del uso por motu propio cuanto mayor era el tiempo de evolución. Sin embargo, al ajustar por el resto de variables incluidas en el modelo el efecto se invirtió, indicando justamente lo contrario. La interpretación de estos resultados es compleja. Inicialmente cabría pensar que los pacientes con procesos tórpidos, de larga evolución, utilizan el Servicio de Urgencias espontáneamente buscando una segunda opinión. Sin embargo cuando se controla el efecto de las posibles variables de confusión, como la existencia de comorbilidad, la duración del proceso tendría un efecto neto protector. Los resultados apuntan pues a reforzar la idea de que es la sensación subjetiva de gravedad súbita lo que lleva a los usuarios a acudir de forma inmediata y por propia iniciativa al SUH. En este caso utilizarían con más frecuencia el SUH como punto de entrada al sistema sanitario. Esta explicación no sería coherente con el hecho de que sean los pacientes más jóvenes los que acuden preferentemente de motu propio, tal como se observó en el análisis crudo o como apuntan otros autores como Aranaz et al (2006), sin embargo, en los datos incluidos en el estudio se han considerado exclusivamente asistencias causadas por sujetos que han institucionalizado su derecho a la asistencia sanitaria y de este modo están asignados a uno de los cinco centros de salud incluidos en el estudio.

Interesa en particular destacar el efecto del turno de trabajo, la frecuencia de consulta de motu propio fue significativamente superior durante la mañana o la tarde que durante la noche. Un efecto aparentemente contradictorio se observa al analizar la variable 'horario DCCU', ya que los resultados indican que fuera del horario DCCU, es decir, de 8 de la mañana a 5 de la tarde, la frecuencia de uso por motu propio es 0,72 veces inferior a la existente a lo largo del horario DCCU. Este último dato sería consistente con los resultados referidos por Márquez et al (2007) en un estudio realizado en Huelva, quienes observaron que los pacientes que acudían por iniciativa propia al SUH lo hicieron con mayor frecuencia en horarios de tarde y noche que durante el horario de mañana.

En cuanto al 'período de estudio' destacó una disminución significativa de la frecuencia de uso por iniciativa propia (1,45 veces superior en el 2001 que en el 2004). Induce a suponer que con el paso de los años los pacientes utilizan más el resto de puntos de asistencia en lugar de acudir directamente al hospital.

3.5.- Análisis de las interacciones por centros de salud.

En el estudio descriptivo llamó poderosamente la atención el comportamiento a lo largo del tiempo del porcentaje de inadecuación, en particular cuando se estratifica por centros de salud.

En La Chana, el centro de salud en el que se implanta el DCCU, al inicio del estudio el porcentaje de uso inadecuado se encontraba en posiciones intermedias respecto a los restantes Centros. En el año 2004, a este centro le corresponde el porcentaje más bajo de todos. Sin embargo, en el análisis multivariable este efecto no fue significativo.

Igualmente, tras la implantación del DCCU en La Chana era de esperar que la variable 'horario DCCU' se asociase a la reducción de la inadecuación procedente de dicho centro. En cambio, en el análisis multivariable el horario DCCU no influyó de forma significativa sobre la inadecuación. Es posible que el análisis de datos conjunto para todos los centros de salud enmascare el efecto del horario DCCU. En el año 2001 La Chana figuró entre los centros con mayor porcentaje de población que demanda asistencia en horario DCCU (70,5%), en el 2004 éste se había reducido al 54,0%. La Chana fue además el único centro en el que se observó esta reducción de forma tan drástica y significativa, probablemente porque partía de los valores más elevados, puesto que en el año 2004 las asistencias en horario DCCU procedentes de Gran Capitán y Eugenia Montijo (52,2 y 50,8% respectivamente) fueron inferiores a las de La Chana pero semejantes a las cifras existentes en el 2001 y por tanto sin cambios significativos.

Con la finalidad de identificar el efecto 'horario DCCU' se procedió a analizar las interacciones existentes entre centros de salud y años. En primer lugar controlando exclusivamente por la variable horario DCCU y a continuación controlando por todas las variables. En el primer caso, cuando se controla por horario DCCU, se observa para La Chana un efecto de reducción de la inadecuación en el año 2004 de 0,50 veces respecto al año 2001, efecto que fue algo más débil para el resto de los centros. También se observa que en el año 2004 en C+EM+M hay 1,33 veces más inadecuación que en La Chana. Al controlar por todas las variables desaparece la significación estadística observada para la evolución de la inadecuación en La Chana, pero sin embargo se mantiene e incluso se acentúa en el resto de los centros. Estos resultados indican que la variable horario DCCU no puede considerarse responsable de la reducción de la inadecuación en La Chana, sino que su efecto es dependiente del ejercido por el resto de variables.

En relación con el tipo de derivación, el análisis de las interacciones entre centros de salud y años proporcionó resultados significativos cuando se controló por 'horario DCCU': la utilización del SUH de "motu propio" fue 0,47 veces menor en el año 2004 que en el 2001. También se observa que en el grupo C+EM+M presenta 1,79 veces más usuarios por iniciativa propia que La Chana en el año 2004, sin diferencias significativas en los restantes años. Controlando por todas las variables los resultados fueron muy similares, incluso al agrupar

todos los centros de salud frente a La Chana se repiten los mismos resultados. Estos hallazgos indican que efectivamente se redujo la utilización espontánea del SUH entre los pacientes procedentes de La Chana, fenómeno que no se pudo comprobar en el resto de centros, y que redundaba en la existencia de una frecuencia de motu proprio en el resto de los centros 1,47 veces mayor que en La Chana para el año 2004, sin que en los años previos se hubieran detectado diferencias.

En resumen puede afirmarse que la utilización inadecuada realizada por la población dependiente de La Chana se reduce significativamente. Este efecto es debido a múltiples variables, entre ellas la reducción de los pacientes que acuden al SUH por iniciativa propia pero no se puede demostrar su relación con el horario de apertura del DCCU. En cualquier caso, el efecto se vuelve significativo dos años después de la puesta en marcha del DCCU. Tras la implantación del DCCU se favorece la canalización de las demandas espontáneas del SUH hacia este servicio periférico, un efecto cuyo impacto va haciéndose más potente con el tiempo, conforme la población va siendo consciente de su existencia y disponibilidad. Por otra parte el efecto detectado fue más potente en La Chana (donde se encuentra instalado el DCCU) que en el resto de centros de salud que dependen del nuevo punto de atención, en ocasiones situados a distancias superiores a las que separan a la población del hospital.

Los resultados comentados confirman la disminución en el tiempo de la frecuencia de uso inadecuado, si bien el hecho de que este efecto no se comporte de forma homogénea en las asistencias procedentes de los distintos centros de salud supone que operan otras variables, probablemente relacionadas con la política interna de estos centros, como por ejemplo gestión de la demora y/o de las citas urgentes, y en particular con elementos en la atención del paciente en el DCCU que la dimensión de nuestro estudio no ha podido detectar adecuadamente.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. La frecuentación anual estimada disminuyó durante el período de estudio. Aunque el incremento de los denominadores, en parte secundario al desarrollo de los programas de gestión de usuarios, hace que los resultados no sean totalmente fiables, la tendencia del número total estimado de asistencias es descendente.
2. A lo largo del período estudiado se observa una disminución del porcentaje de uso inadecuado y de las demandas por propia iniciativa; esta disminución se acompaña de un aumento del porcentaje de ingresos y de los pacientes que requieren observación. En todos los casos la modificación fue especialmente acusada para los pacientes procedentes de La Chana.
3. Globalmente no se detectó que el Centro de Salud o el Horario DCCU ejercieran un efecto significativo e independiente sobre la frecuencia de uso inadecuado, por lo que no podría afirmarse que la apertura de un DCCU redunde sobre la mejora de la utilización del SUH. A pesar de ello, la frecuencia de uso inadecuado descendió a lo largo del tiempo, por lo que tampoco puede descartarse dicho efecto.
4. Tanto el Centro de Salud como el horario DCCU se asociaron de forma significativa e independiente con las demandas por propia iniciativa. Estas disminuyeron a lo largo del tiempo, y supusieron un porcentaje del total de las asistencias inferior entre los pacientes procedentes de La Chana que entre el resto de los pacientes estudiados, sin embargo, presentaron menor frecuencia fuera del horario DCCU que a lo largo de él.
5. Existe una interacción significativa entre el año de estudio y el centro de salud. Su análisis pone de manifiesto la tendencia favorable en el comportamiento del uso del SUH por propia iniciativa en La Chana, el centro de salud donde se analiza un DCCU de nueva apertura, sin embargo los resultados en relación al uso inadecuado son contradictorios, dependientes de las variables por las que se controla.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2005-2008. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla, 2005.
- Abellan MI, Naharro AM, Pedregal F, García MF, Nieto M, Lozano JE. Urgencias en un centro de salud rural. Primer año de funcionamiento. *Centro de Salud* 1999; 7(11): 665-670.
- Afilalo M, Guttman A, Colacone A, Dankoff J, Tselios C, Beaudet M. Emergency department use and misuse. *J Emerg Med* 1995; 13(2): 259-264.
- Alonso M, Hernández R, del Busto F, Cueto A. Utilización de un servicio de urgencias hospitalario. *Rev Esp San Hig Pub* 1993; 67(1): 39-45.
- Alteriis M, Fanning T. A public health model of Medicaid emergency room use. *Health Care Financ Rev* 1991; 12(3): 15-20.
- Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Millbank Memorial Fund Q* 1973; 51(1): 95-124.
- Anía BJ. La medicina extra hospitalaria es diferente. *Med Clin (Barc)* 1987; 88(9): 372-374.
- Anónimo. Media campaign educates public on ED overcrowding. *ED Manag.* 2004; 16(4): 40-42.
- Aranaz JM, Martínez R, Gea MT, Rodrigo V, Antón P, Gómez F. ¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarios por iniciativa propia? *Gac Sanit.* 2006; 20(4): 311-315.
- Aranaz JM, Martínez R, Rodrigo V, Gómez F, Antón P. Adecuación de la demanda de atención sanitaria en servicios de urgencias hospitalarios. *Med Clin (Barc)* 2004; 123(16): 615-618.
- Asplin BR. Show me the money! Managing access, outcomes, and cost in high-risk populations. *Ann Emerg Med* 2004; 43(2): 174-177.
- Baker DW, Stevens CD, Brook RH. Patients who leave a public hospital emergency department without being seen by a physician. Causes and consequences. *JAMA* 1991; 266(8): 1085-1090.
- Balanzó X, Pujol R y Grupo Intercomarcal de Servicios de Medicina Interna. Estudio multicéntrico de las urgencias en hospitales generales básicos de Catalunya. *Med Clin (Barc)* 1989; 92(3): 86-90.

- Bamezai A, Melnick G, Nawathe A. The cost of an emergency department visit and its relationship to emergency department volume. *Ann Emerg Med* 2005; 45(5): 483-490.
- Baumann MR, Strout TD. Triage of geriatric patients in the emergency department: validity and survival with the emergency severity index. *Ann Emerg Med* 2007; 49(2): 234-240.
- Belzunegui T, Perez JM, Castillo JM, Biurrun MA. Diferencia entre urgencias autorizadas y voluntarias generadas por un centro de Atención Primaria Urbano sobre su hospital. *Emergencias* 1990; 2(1): 30-34.
- Benayas M, Aznar JM, Montoya M, Martínez L, Martínez A, López M. Evolución de la frecuentación en el servicio de urgencias del Hospital Torrecárdenas SAS Almería. Años 1990-94. *Emergencias* 1998; 10(5): 290-295.
- Bennett KJ, Baxley E, Probst JC. The impact of resident physician coverage on emergency department visits in South Carolina. *South Med J* 2003; 96(12): 1195-1202.
- Bertos JJ. Utilización inadecuada del servicio de urgencias hospitalarios. Justificación de una consulta rápida. *Todo Hospital* 1997; 13: 29-38.
- Bindman AB. Triage in accident and emergency departments. *Br Med J* 1995; 311(7002): 404.
- Blatchford O, Capewell S. Emergency medical admissions: taking stock and planning for winter. *BMJ* 1997; 315(7119): 1322-1323.
- Bolívar I, Balanzó, Armada A, Fernández J, Foz G, Sanz E, de la Torre M. El impacto de la reforma de la atención primaria en la utilización de servicios de urgencias hospitalarios. *Med Clin (Barc)* 1996; 107(8): 289-295.
- Braun T, García L, Kraffta T, Díaz-Regañón G. Frecuentación del servicio de urgencias y factores sociodemográficos. *Gac Sanit* 2002; 16(2): 139-144.
- Bucheli B, Martina B. Reduced length of stay in medical emergency department patients: a prospective controlled study on emergency physician staffing. *Eur J Emerg Med* 2004; 11(1): 29-34.
- Buesching DP, Jablonowski A, Vesta E, Dilts W, Runge C, Lund J et al. Inappropriate emergency department visits. *Ann Emerg Med* 1985; 14(7): 672-676.

- Burnett MG, Grover SA. Use of the emergency department for nonurgent care during regular business hours. *Can Med Assoc J* 1996; 154(9): 1345-1351.
- Burt CW, McCaig LF. Trends in hospital emergency department utilization: United States, 1992-99. *Vital Health Stat* 2001; 13(150): 1-34.
- Camp J. Caos en los servicios de urgencias. ¿Son las epidemias de gripe las únicas culpables? *Med Clin (Barc)* 1991; 96(4): 132-134.
- Cantalejo M, Mir M, Capilla R, Gancés C. Atención primaria: ¿Es realmente la puerta de entrada al sistema sanitario? *Aten Primaria* 1998; 21(9): 646-647.
- Cantero J, Sánchez-Cantalejo E, Martínez J, Maeso J, Rodríguez JJ, Prieto MA et al. Inadecuación de las visitas a un servicio de urgencias hospitalario y factores asociados. *Aten Primaria* 2001; 28(5): 326-332.
- Cardin S, Afilalo M, Collet JP, Colacone A, Tselios C, Dankoff J, Guttman A. Intervention to decrease emergency department crowding: does it have an effect on return visits and hospital readmissions? *Ann Emerg Med* 2003; 41(2): 173-185.
- Carret ML, Fassa AG, Kawachi I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Serv Res* 2007; 18(7): 131.
- Chan BT, Ovens HJ. Frequent users of emergency departments. Do they also use family physicians' services? *Can Fam Physician* 2002; 48: 1654-1660.
- Chan TC, Killeen JP, Kelly D, Guss DA. Impact of rapid entry and accelerated care at triage on reducing emergency department patient wait times. Lengths of stay, and rate of left without being seen. *Ann Emerg Med* 2005; 46(6): 491-497.
- Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Informe de la Subcomisión de Urgencias, 1991.
- Consejería de Salud. Plan Funcional de la Sección de Urgencias del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla, 1993.
- Coordinated medical research programme, 1986. Comparative study of the organisation and functioning of emergency medical assistance services. Strasbourg: Council of Europe. 1990.

- Cosby KS. A framework for classifying factors that contribute to error in the emergency department. *Ann Emerg Med* 2003; 42(6): 815-823.
- Cubero P, Gálvez E, Salinero M, Abando I, Ayerbe MC. Uso injustificado del servicio de Urgencias de un Hospital General. *MEDIFAN* 1994; 4: 16-22.
- Cunningham PJ, Clancy CM, Cohen JW, Wilets M. The use of hospital emergency departments for nonurgent health problems: a national perspective. *Med Care Res & Rev* 1995; 52(4): 453-474.
- Dale J, Green J, Reid F, Glucksman F. Primary care in the accident and emergency department: I. Prospective identification of patients. *BMJ* 1995; 311(7002): 423-426.
- Dale J, Lang H, Roberts JA, Green J, Glucksman E. Cost effectiveness of treating primary care patients in accident and emergency: a comparison between general practitioners, senior house officers, and registrars. *Br Med J* 1996; 312(7042): 1340-1344.
- De Pablo R. La culpa de que el Sistema Sanitario no funcione, ¿la tiene la atención primaria? *FMC* 2007; 14(4): 173-175.
- Del Castillo M, Huguet J, Bravo JM, Cortada L. Estudio del área de urgencias de un hospital general. Grado de adecuación de las visitas. *Med Clín (Barc)* 1986; 87(13): 539-542.
- Del Castillo M, Huguet J, Bravo JM, Cortada L. Sobreutilización de los servicios de urgencias hospitalarias. ¿Un parámetro de evaluación de calidad de la asistencia primaria?. *Aten Primaria* 1987; 4(3): 122-128.
- Delfino RJ, Murphy-Moulton AM, Burnett RT, Brook JR, Becklake MR. Effects of air pollution on emergency room visits for respiratory illnesses in Montreal, Quebec. *Am J Resp Crit Care Med* 1997; 155(2): 568-576.
- Derlet RW, Kinser D, Ray L, Hamilton B, McKenzie J. Prospective identification and triage of nonemergency patients out of an emergency department: A 5 year study. *Ann Emerg Med* 1995; 25(2): 215-223.
- Derlet RW, Kinser D. The emergency department and triage of nonurgent patients. *Ann Emerg Med* 1994; 23(2): 377-379.
- Derlet RW, Nishio DA, Cole LM, Silva J. Triage of patients who out of the emergency department: Three-year experience. *Am J Emerg Med* 1992; 10(3): 195-199.

- Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the Nation's Emergency Department: Complex causes and disturbing effects. *Ann Emerg Med* 2000; 35(1): 63-68.
- Derlet RW. Overcrowding in emergency departments: increased demand and decreased capacity. *Ann Emerg Med* 2002; 39(4) 430-432.
- Descarrega R, Gutiérrez C, Cruz L, López I. Análisis de la utilización inadecuada del servicio de urgencias en un hospital de tercer nivel. *Aten Primaria* 1994; 13(9): 480-483.
- Díaz P, García de Castro S. Pacientes sin domicilio fijo en un servicio de urgencias hospitalarias. *Emergencias* 2006; 18(5): 292-296.
- Diego Domínguez F, Franch J, Álvarez JC, Álvarez F, de Pablo ML, Villamar J. Urgencias hospitalarias en el área sanitaria de León. Estudio de la repercusión de la atención primaria. *Aten Primaria* 1990; 7(1): 37-43.
- Dong SL, Bullard MJ, Meurer DP, Blitz S, Akhmetshin E, et al. Predictive Validity of a Computerized Emergency Triage Tool. *Acad Emerg Med* 2007; 14(1): 16-21.
- Elola J. El Sistema Nacional de Salud. En: Elola J, ed. *Sistema Nacional de Salud: evaluación de su eficacia y alternativas de reforma*. Madrid: SG Editores, 1994: 53-68.
- Escobedo F, González L, Salarichs M, Manzano A, Martín JA, Albaladejo C. Evaluación de las urgencias hospitalarias desde un área básica de salud (ABS). *Aten Primaria* 1997; 19(4): 169-175.
- Fanlo C, Sauras MA, Ruiz F, Casañal G, Broto A, López MP. Tiempo de estancia asistencial en la atención urgente médica hospitalaria. *Emergencias* 1991; 3(6): 368-377.
- Fenollosa B, Romar A. Revisión y control de la labor asistencial en el área de Urgencias Central de la Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social La Fe. Valencia. Periodo de tiempo: 10 a 16 de abril de 1978. *Rev San Hig Púb* 1979; 53: 1651-1672.
- Ferrús L, Roma J, Castillo A, Martínez N, Portella E, Triquel L. Influencia del médico de cabecera y de la distancia en la frecuentación a un servicio de urgencias hospitalario. *Aten Primaria* 1987; 4(4): 174-177.
- Florence CS. Nonurgent care in the emergency department: can we save by shifting the site of care? *Ann Emerg Med* 2005; 45(5): 491-492.

- Foldes SS, Fisher LR, Kaminsky K. What is an emergency? The judgments of two physicians. *Ann Emerg Med* 1994; 23(4): 833-840.
- Forster AJ. An agenda for reducing emergency department crowding. *Ann Emerg Med* 2005; 45(5): 479-482.
- Franco SM, Mitchell CK, Buzon RM. Primary care physician access and gatekeeping: a key to reducing emergency department use. *Clin Pediatr* 1997; 36(2): 63-68.
- Fuda KK, Immekus R. Frequent users of Massachusetts emergency departments: a statewide analysis. *Ann Emerg Med* 2006; 48(1): 9-16.
- García P, Mínguez J, Ruiz JL, Millán J, Trescoli C, Tarazona E. Gestión integral del área de urgencias y coordinación con atención primaria. *Emergencias* 2008; 20(1): 8-14.
- García-Casasola G, Alonso MJ, Rodríguez A, Abejón, Rosel P, Cortés F, Pato E, Nieto A, Medina P, Zarco C. Utilización de los servicios de urgencias hospitalarios: El problema de los “frecuentadores”. *Emergencias* 1998; 10(2): 92-98.
- Garreta JL, Morales JJ, Ey A, Val M, Anguera A, Parellada J. Impacto de los accidentes de tráfico sobre los hospitales de la región sanitaria “Costa Ponent”. *Emergencias* 1991; 3(6): 358-361.
- Gill JM, Mainous AG 3rd, Nsereko M. The effect of continuity of care on emergency department use. *Arch Fam Med* 2000; 9(4): 333-8.
- Gill JM, Mainous AG. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. *Arch Fam Med* 1998; 7(4): 352.
- Gil-Robles A. Informe sobre Servicios de Urgencia del Sistema Sanitario Público. Madrid: Oficina del Defensor del Pueblo; 1988.
- Gisondi M, Tanabe P, Lucenti M, Metcalf S, Engeldinger L, Graham L. Should You Close Your Waiting Room? An operational solution to ED overcrowding. *Ann Emerg Med* 2006; 48(4): S109.
- González-Grajera B, Mendoza R, Hinojosa J, Buitrago F. Adecuación de las derivaciones médicas a un servicio de urgencias hospitalario. *Aten Primaria* 1995; 16(7): 433-436.
- Gresenz CR, Studdert DM. Disputes over coverage of emergency department services: A study of two health maintenance organizations. *Ann Emerg Med* 2004; 43(2): 155-162.

- Grumbach K, Keane D, Bindman A. Primary care and public emergency department overcrowding. *Am J Pub Health* 1993; 83(3): 372-378.
- Guttman A, Afilalo M, Guttman R, Colacone A, Robitaille C, Lang E, Rosenthal S. An emergency department-based nurse discharge coordinator for elder patients: does it make a difference? *Acad Emerg Med* 2004; 11(12): 1318-1327.
- Han JH, Zhou C, France DJ, Zhong S, Jones I, Storrow AB, Aronsky D. The effect of emergency department expansion on emergency department overcrowding. *Acad Emerg Med* 2007; 14(4): 338-343.
- Hansagi H, Carlsson B, Olsson M, Edhag O. Trial of a method of reducing inappropriate demands on a hospital emergency department. *Public Health* 1987; 101(2): 99-105.
- Hansagi H, Olsson M, Sjöberg S, Tomson Y, Göransson S. Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high use of other health care services. *Ann Emerg Med* 2001; 37(6): 561-567.
- Hansagi H, Olsson M, Hussain A, Ohlén G. Is information sharing between the emergency department and primary care useful to the care of frequent emergency department users? *Eur J Emerg Med* 2008; 15(1): 34-39.
- Hsu J, Reed M, Brand R, Fireman B, Newhouse JP, Selby JV. Cost-sharing patient knowledge and effects on seeking emergency department care. *Med Care* 2004; 42(3): 290-296.
- Huang JA, Weng RH, Tsai WC, Hu WH, Yang DY. Analysis of emergency department utilization by elderly patients under National Health Insurance. *Kaohsiung J Med Sci.* 2003; 19(3): 113-120.
- Hunt KA, Weber EJ, Showstack JA, Colby DC, Callahan ML. Characteristics of frequent users of emergency departments. *Ann Emerg Med* 2006; 48(1): 1-8.
- Hurley RE, Freund DA, Taylor DE. Emergency room use and primary care case management: evidence from four Medicaid demonstration programs. *Am J Public Health* 1989; 79(7): 843-847.
- Hurley RE, Freund DA, Taylor DE. Gatekeeping the emergency department: Impact of Medicaid primary care case management program. *Health Care Manag Rev* 1989; 14(2): 63-71.
- Ibáñez F, Gutiérrez B, Olaskoaga A. Estudio de la utilización de servicios de urgencias hospitalarios por la población de un EAP: grado de adecuación. *Aten Primaria* 1991; 8(10): 764-769.

- Instituto de Estadística de Andalucía. Junta de Andalucía. Consejería de Economía y Hacienda. Proyección de la población de Andalucía 1998-2051. Avance de resultados. [Disponible en: <<http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadistica/proyec/index.htm>>. Acceso: 16/03/08]
- Instituto Nacional de Estadística. Base de datos INEbase. Proyecciones de población. Base Censo 2001. Datos a 1-julio-2005. [Disponible en: <<http://inebase/css/inebase.css>>. Acceso: 10/12/07].
- Instituto Nacional de Estadística. Estadística de Indicadores Hospitalarios 2002. Distribución de los enfermos ingresados en los hospitales de cada CC.AA según el motivo. [Disponible en: <<http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p415/a2002/10/&file=10028.px&type=pcaxis>>. Acceso: 06/03/07]
- Instituto Nacional de Estadística. Poblaciones referidas al 1 de enero de 2000, 2001, 2002, 2003, 2004 por comunidades autónomas y sexo. [Disponible en: <<http://www.ine.es/inebase/cgi/axi>>. Acceso: 28/10/07]
- Iserson KV, Moskop JC. Triage in medicine, part I: Concept, history, and types. *Ann Emerg Med* 2007; 49(3): 275-281.
- Jano-on line y agencias: Los médicos de urgencias atienden 42 millones de emergencias al año. [Disponible en: <<http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?Ident=45407&mail=Si>>. Acceso: 19/07/06]
- Kelen GD, Scheulen JJ, Hill PM. Effect of an emergency department (ED) managed acute care unit on ED overcrowding and emergency medical services diversion. *Acad Emerg Med* 2001; 8(11): 1095-1100.
- Kellermann AL. Calculating the cost of emergency care. *Ann Emerg Med* 2005; 45(5): 491-492.
- Kellermann AL. Crisis in the emergency department. *N Engl J Med* 2006; 355(13): 1300-1303.
- Krakau I, Hassler E. Provision for clinic patients in the ED produces more nonemergency visits. *Am J Emerg Med* 1999; 17(1): 18-20.
- Kwack H, Sklar D, Skipper B, Kaufman A, Fingado E, Hauswald M. Effect of managed care on emergency department use in an uninsured population. *Ann Emerg Med* 2004; 43(2): 166-173.
- Lambe S, Washington DL, Fink A, Herbst K, Liu H, Fosse JS, et al. Trends in the use and capacity of California's emergency departments, 1990-1999. *Ann Emerg Med* 2002; 39(4): 389-396.

- Lang E, Afilalo M, Vandal AC, Boivin JF, Xue X, Colacone A, Léger R, Shrier I, Rosenthal S. Impact of an electronic link between the emergency department and family physicians: a randomized controlled trial. *Can. Med Assoc J* 2006; 174(3): 293-295.
- Lang T, Davido A, Diakite B, Agay E, Viel JF, Flicoteaux B. Non-urgent care in the hospital medical emergency department in France: how much and which health needs does it reflect? *J Epidemiol Community Health* 1996; 50(4): 456-462.
- Larson EB. Deferred care for patients in the emergency department. *Ann Intern Med* 2002; 137(9): 764-765.
- Lee-Lewandrowski E, Corboy D, Lewandrowski K. Implementation of a point-of-care satellite laboratory in the emergency department of an academic medical center. Impact on test turnaround time and patient emergency department length of stay. *Arch Pathol Lab Med* 2003; 127(4): 456-460.
- Lerner EB, Nichol G, Spaite DW, Garrison HG, Maio RF. A comprehensive framework for determining the cost of an emergency medical services system. *Ann Emerg Med* 2007; 49(3): 304-313.
- Llorente S, Alonso M, Buznego B. Papel de la atención primaria en la frecuentación al servicio de urgencias de un hospital comarcal. *Aten Primaria* 1996; 18(5): 243-247.
- Lloret J, Puig X, Muñoz J. Urgencias médicas. Análisis de 18.240 pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un hospital general en el período de un año. *Med Clin (Barc)* 1984; 83(4): 135-141.
- Long SH, Settle RF. An evaluation of Utah's primary care case management program for Medicaid recipients. *Med Care* 1981; 26(11): 1021-1032.
- Lowe RA, Abbuhl SB. Appropriate standards for "appropriateness" research. *Ann Emerg Med* 2001; 37(6):629-632.
- Lowe RA, Bindman AB, Ulrich SK, Norman G, Scaletta TA, Keane D, Washinton D, Grumbach K. Refusing care to emergency department of patients: evaluation of published triage guiderlines. *Ann Emerg Med* 1994; 23(2): 377-379.
- Lowe RA, Bindman AB. Judging who needs emergency department care: a prerequisite for policy-making. *Am J Emerg Med* 1997; 15(2): 133-136.

- Lowy A, Kohler B, Nicholl J. Attendance at accident and emergency department: unnecessary or inappropriate? *J Public Health Med* 1994; 16(2): 134-140.
- Magid DJ, Asplin BR, Wears RL. The Quality Gap: Searching for the Consequences of Emergency Department Crowding. *Ann Emerg Med* 2004; 44(6): 586-588.
- Magnusson G. The hospital emergency department as the primary source of medical care. *Scand J Soc Med*. 1980; 8(3): 149-156.
- Marco MT, Rodríguez M, Gobierno J, González T, Cabrera A, Pérez L. Accesibilidad a las urgencias pediátricas hospitalarias: distancia y medios diagnósticos. *Aten Primaria* 1994; 14(7): 873-876.
- Marín N, Caba A, Ortiz B, Pérez-Tornero E, Martínez L, López M, Fornieles H, Delgado-Rodríguez M. Determinantes socioeconómicos y utilización de los servicios hospitalarios de urgencias. *Med Clin (Barc)* 1997; 108(19): 726-729.
- Marqués JA. Las estrategias convencionales de reducción de las urgencias hospitalarias inadecuadas no son efectivas. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 1999; 1(1): 8-9.
- Márquez JJ, Domínguez B, Méndez J, Gómez B, Toronjo S, Del Río E, Caballero F. Diferencias en los motivos de consulta entre pacientes que acuden derivados y por iniciativa propia a un Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias de un hospital general. *Emergencias* 2007; 19(2): 70-76.
- Martín G, Murillo C. Demanda intradiaria de un servicio de urgencias hospitalario. Análisis del comportamiento estacional. *Cuadernos económicos de I.C.E.* 2004; 67: 107-133.
- Martínez M, de Diego MA, del Río L, Ugartondo M. ¿La saturación de las urgencias hospitalarias puede ser resuelta desde la atención primaria? *Aten Primaria* 1993; 11(7): 376.
- McCusker J, Karp I, Cardin S, Durand P, Morin J. Determinants of emergency department visits by older adults: a systematic review. *Acad Emerg Med* 2003; 10(12): 1362-1370.
- Melguizo M, Prados MA, Quesada F, Castillo R, Bailón E. Ordenación de las urgencias en atención primaria. *Aten Primaria* 1992; 9(5): 269-275.
- Merritt B, Naamon E, Morris SA. The influence of an Urgent Care Center on the frequency of ED visits in an urban hospital setting. *Am J Emerg Med* 2000; 18(2): 123-125.
- Millá J. Medicina de urgencia: un tema a debate. *Rev Clin Esp* 1987; 181(3): 166-167.

- Millá J. Urgencias médicas: algo más que una serie televisiva. *Med Clin (Barc)* 2001; 117(8): 295-296.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. Datos básicos de la salud y los servicios sanitarios en España 2003. [Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Datos_basicos_salud.pdf>. Acceso 10/02/06]
- Miró O, Sánchez M, Borrás A, Millá J. Fútbol, televisión y servicios de urgencias. *Med Clin (Barc)* 2000; 114 (14): 538-539.
- Moreno E. Atención urgente o consulta rápida: necesidad de un modelo de respuesta a la demanda social. *Med Clin (Barc)* 1996; 106(12): 478.
- Moreno E. Ventajas e inconvenientes del copago en la financiación y gestión de la atención sanitaria urgente. *Emergencias* 2007; 19(2): 32-35.
- Morgan K, Prothero D, Frankel S. The rise in emergency admissions-crisis or artefact? Temporal analysis of health services data. *BMJ* 1999; 319(7203): 158-159.
- Muñio A, González VJ, Rodríguez E, Lázaro C, Fernández E. Asistencia en un servicio de urgencias: justificación de las visitas y adecuación de los ingresos. *Rev Clin Esp* 1988; 182(8): 374-378.
- Murphy AW, Plunkett PK, Bury G, Leonard C, Walsh J, Lynam F, Johnson Z. Effect of patients seeing a general practitioner in accident and emergency on their subsequent reattendance: cohort study. *BMJ* 2000; 320 (7239): 903-904.
- Murphy AW, Bury G, Plunkett PK, Gibney D, Smith M, Mullan E et al. Randomised controlled trial of general practitioner versus usual medical care in an urban accident and emergency department: process, outcome, and comparative cost. *BMJ* 1996; 312(7039): 1135-1142.
- Murphy AW. "Inappropriate" attenders at accident and emergency department I: definition, incidence and reasons for attendance. *Fam Pract* 1998; 15(1): 23-32.
- Musarra MJ. El Triage de Enfermería de urgencias: presente y futuro. Experiencias internacionales. *Salud y Cuidados [En línea]* 2003; 4 [Disponible en: <<http://www.saludycuidados.net/numero4/musarra.htm>> ISSN 1578-9128. Acceso 27/04/07]

- O'Brien GM, Shapiro MJ, Woolard RW, O'Sullivan PS, Stein MD. "Inappropriate" emergency department use: a comparison of three methodologies for identification. *Acad Emerg Med* 1996; 3(3): 252-257.
- Ochoa J, Ramalle-Gómar E, Villar A, Ruiz JI, Bragado L, Gimeno C. Visitas inapropiadas al servicio de urgencias de un hospital general. *Med Clin (Barc)* 2000; 115(10): 377-8.
- Ochoa J. SOS desde los servicios de urgencias de los hospitales. *Med Clin (Barc)* 2002; 118(17): 653-654.
- Oderda G, Klein-Schwartz W. Lunar cycle and poison center calls. *J Toxicol Clin Toxicol* 1983; 20(5): 487.
- Oficina del Defensor del Pueblo. Recomendación 32/1988 del 28 de Diciembre. BOCG, Congreso, Serie E, núm. 182.
- Oterino D, Peiró S, Calvo R, Sutil P, Fernández O, Pérez G, Torre P, López MA, Sempere T. Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. *Gac Sanit* 1999; 13(5): 361-370.
- Padgett DK, Brodsky B. Psychosocial factors influencing nonurgent use of the emergency room: a review of the literature and recommendations for research and improved service delivery. *Soc Sci Med* 1992; 35(9): 1189-1197.
- Paniagua MA, Malphurs JE, Phelan EA. Older patients presenting to a county hospital ED after a fall: missed opportunities for prevention. *Am J Emerg Med* 2006; 24(4): 413-417.
- Patel PB, Vinson DR. Team assignment System: expediting emergency department care. *Ann Emerg Med* 2005; 46(6): 499-506.
- Patel S, Dubinsky MD. Outcomes of referrals to the ED by family physicians. *Am J Emerg Med* 2002; 20(3): 144-150.
- Peiró S, Sempere T, Oterino S. Efectividad de las intervenciones para reducir la utilización inapropiada de los servicios hospitalarios de urgencias. Revisando la literatura 10 años después del Informe del defensor del pueblo. *Economía y Salud* 1999; 33: 3-12.

- Pereira S, Oliveira e Silva A, Quintas M, Almeida J, Marujo C, Pizarro M, et al. Appropriateness of Emergency Department visits in a Portuguese University Hospital. *Ann Emerg Med* 2001; 37(6): 580-586.
- Pérez A, Fernández J, López C, Fernández R. Estudio comparativo de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un hospital general en función de su procedencia. *Aten Primaria* 1990; 7(11): 774-776.
- Pérez D, Alvarez J A, Jiménez L, Juárez S, López M, Loste A, et al. Comité Científico SEMES. Medicina de emergencias en España: Documento base. *Emergencias* 1995; 7(1): 5-12.
- Petersen LA, Burstin HR, O'Neil AC, Orav EJ, Brennan TA. Nonurgent emergency department visits: the effect of having a regular doctor. *Med Care* 1998; 36(8): 1249-1255.
- Pines JM, Localio AR, Hollander JE, Baxt WG, Lee H, Phillips C, Metlay JP. The impact of emergency department crowding measures on time to antibiotics for patients with community-acquired pneumonia. *Ann Emerg Med* 2007; 50(5): 510-516.
- Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (PAUE). Junta de Andalucía. [Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_ges_cal_PlanAndUrgEmerg>. Acceso 29/10/06]
- Plan de Calidad: Nuevas Estrategias para la sanidad andaluza. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla, 2000.
- Polevoi SK, Quinn JV, Kramer NR. Factors Associated with Patients Who Leave without Being Seen. *Acad Emerg Med* 2005; 12(3): 232-236.
- Pope D, Fernandes CMB, Bouthillette F, Etherington J. Frequent users of the emergency department: a program to improve care and reduce visits. *Can Med Assoc J* 2000; 162(7): 1017-1020.
- Pujol R. El servicio de urgencias de los hospitales públicos. Necesidades de cambio en los Servicios de Urgencia Hospitalarios. *An Med Interna* 1993; 10: 315-317.
- Rector TS, Venus PJ, Laine AJ. Impact of mailing information about nonurgent care on emergency department visits by Medicaid beneficiaries enrolled in managed care. *Am J Manag Care* 1999; 5(12): 1505-1512.

- Reed M, Fung V, Brand R, Fireman B, Newhouse JP, Selby JV, Hsu J. Care-seeking behavior in response to emergency department copayments. *Med Care* 2005; 43(8): 810-816.
- Richardson DB. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *Med J Aust* 2006; 184(5): 213-216.
- Richardson DB. The access-block effect: relationship between delay to reaching an inpatient bed and inpatient length of stay. *Med J Aust* 2002; 177(9): 492-495.
- Richardson LD, Hwang U. Access to care: a review of the emergency medicine literature. *Acad Emerg Med*. 2001; 8(11): 1030-1036.
- Richardson S, Ardagh M, Hider P. New Zealand health professionals do not agree about what defines appropriate attendance at an emergency department. *N Z Med J* 2006; 119(1232): 47-60.
- Riggs LM. Emergency medicine: two points of view. A vigorous new specialty. *N Eng J Med* 1981; 304(8): 480-483.
- Rizos J, Anglin P, Grava-Gubins I, Lazar C. Walk-in clinics: Implications for family practice. *Can Med Assoc J* 1990; 143(8): 740-745.
- Roberts DC, McKay MP, Shaffer A. Increasing rates of emergency department visits for elderly patients in de United States, 1993 to 2003. *Ann Emerg Med* en prensa; online Diciembre 2007. [Disponible en: <[http:// www.annemergmed.com/ article/ PIIS0196-0644\(07\)01548-X/ fulltext](http://www.annemergmed.com/article/PIIS0196-0644(07)01548-X/fulltext)>. Acceso 17/2/08]
- Roca J, Sánchez J, Luna JD, Morata IJ, Rodríguez F, Delgado AE. Nuestro protocolo de triage: su validación. *Emergencias* 2001; 13(Nº Extraordinario): 240.
- Rodríguez A, Romanos MJ, Cerdeira JM, Molina MG, Álvarez JC, Vázquez P. Influencia de un punto de atención continuada (PAC) ubicado en un hospital en las urgencias hospitalarias del Área de Salud de Monforte (Lugo). *Emergencias* 1999; 11(3): 199-207.
- Rosenblatt RA, Wright GE, Baldwin L-M, Chan L, Clitherow P, Chen FM, Hart LG. The effect of the doctor-patient relationship on emergency department use among the elderly. *Am J Pub Health* 2000; 90(1): 97-102.
- Ross MA, Compton S, Richardson D, Jones R, Nittis T, Wilson A. The use and effectiveness of an emergency department observation unit for elderly patient. *Ann Emerg Med* 2003; 41(5): 668-677.

- Ruger JP, Richter CJ, Spitznagel EL, Lewi LM. Analysis of costs, length of stay, and utilization of emergency department services by frequent users: implications for health policy. *Acad Emerg Med* 2004; 11(12): 1311-1317.
- Ryan J, Taylor CB, Bryant GD, Nayagam AT, Sanders J. HIV malingering in the accident and emergency department. *J Accid Emerg Med* 1995; 12(1): 59-61.
- Sánchez J, Bueno A. Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias* 2005; 17(3): 138-144.
- Sánchez J, Hermoso A, Rojo MC, Galiano M, Ocete MI, Ortega C. Transfundir en urgencias. *Emergencias* 1996; 8: 189-190.
- Sánchez J. Tesis Doctoral: Factores implicados en el uso de los servicios de urgencia hospitalarios como alternativa a la atención primaria. Facultad de Medicina. Granada, 2003.
- Sánchez M, Miró O, Coll-Vinent B, Bragulat E, Espinosa G, Gómez-Angelats E, Jiménez S, Queralt C, Hernández-Rodríguez J, Alonso JR, Millá J. Saturación del servicio de urgencias: factores asociados y cuantificación. *Med Clin (Barc)* 2003; 121(5): 167-172.
- Sánchez M. ¿Urgencias inadecuadas u oferta insuficiente? *Med Clin (Barc)* 2004; 123(16): 619-620.
- Sánchez-López J, Luna JD; Jiménez-Moleón JJ, Delgado-Martín AE, López B, Bueno-Cavanillas A. Propuesta y validación del Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias modificado. *Med Clin (Barc)* 2004; 122(5): 177-179.
- Santos-Eggimann B. Increasing use of the emergency department in a Swiss hospital: observational study based on measures of the severity of cases. *BMJ* 2002; 324(7347): 1186-1187.
- Sarver JH, Cydulka RK, Baker DW. Usual source of care and nonurgent emergency department use. *Acad Emerg Med* 2002; 9(9): 916-923.
- Schull MJ, Kiss A, Szalai JP. The effect of low-complexity patients on emergency department waiting times. *Ann Emerg Med* 2007; 49(3): 257-264.
- Schull MJ, Morrison LJ, Vermeulen M. Emergency department overcrowding and ambulance transport delays for patients with chest pain. *CMAJ* 2003; 168(3): 277-283.

- Schull MJ, Szalai JP, Schwartz B. Emergency department overcrowding following systematic hospital restructuring: trends at twenty hospitals over ten years. *Acad Emerg Med* 2001; 8(11): 1037-1043.
- Schull MJ. Rising utilization of us emergency departments: maybe it is time to stop blaming the patients. *Ann Emerg Med*. 2005; 45(1): 13-14.
- Selby JV, Fireman BH, Swain BE. Effects of a copayment on use of the emergency department in a health maintenance organization. *N Eng J Med* 1996; 334(10): 635-41.
- Sempere T, Peiró S, Sendra P, Martínez C, López I. Validez del protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias. *Rev Esp Salud Publica* 1999; 73(4): 465-479.
- Sempere-Selva T, Peiro S, Sendra-Pina P, Martinez-Espin C, López-Aguilera I. Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, associated factors, and reasons--an approach with explicit criteria. *Ann Emerg Med* 2001; 37(6): 568-579.
- Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. Memoria Actividad Asistencial SAS 2000 a 2004. <<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/inicio.html>>. Acceso: 01/11/06]
- Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). Urgencias Sanitarias en España: Situación actual y propuestas de mejora. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2003.
- Sociedad Extremeña de Medicina de Familia y Comunitaria. Recomendaciones sobre la atención continuada en el Servicio Extremeño de Salud. Documento de trabajo de la SEXMFYC. Atención Continuada. Asamblea extraordinaria SEXMFYC marzo 2005. [Disponible en: <<http://www.sexmfyc.org>>. Acceso 4/11/05].
- Sokol MC, McGuigan KA, Verbrugge RR, Epstein RS. Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Med Care* 2005; 43(6): 521-530.
- Stapczynski JS, Is the Prudent Layperson Standard Really a “Standard”? *Ann Emerg Med* 2004; 43(2): 163-165.
- Tornè E, Guarga A, Torras MG, Pozuelo A, Pasarin M, Borrel C. Análisis de la demanda en los servicios de urgencias de Barcelona. *Aten Primaria* 2003; 32(7): 423-429.
- Tudela P, Mòdol M. Urgencias hospitalarias. *Med Clin (Barc)* 2003; 120(18): 711-716.

- Urgencias y Emergencias Sanitarias. Ministerio Sanidad y Consumo, Madrid 1991.
- Valdrés P, Acitores JM, González A, Rubio LI. Impacto sobre la asistencia en las urgencias hospitalarias de la implantación de la atención continuada en los centros de salud en Logroño. *Aten Primaria* 1993; 11(4): 178-180.
- Vaquero LM, Sánchez MB, Muñoz MJ, Ferreiras A. Urgencias autorizadas y voluntarias generadas en un área de salud. *Centro de Salud*. 1999; 7(10): 616-622.
- Vázquez B, Pardo G, Fernández G, Canals M, Delgado MA, Navas M. ¿Por qué acuden nuestros pacientes a urgencias del hospital?. *Aten Primaria* 2000; 25(3): 172-175.
- Vieth TL, Rhodes KV. The effect of crowding on access and quality in an academic ED. *Am J Emerg Med* 2006; 24(7): 787-794.
- Walker DM. Emergency medicine in perspective. *Can Med Assoc J* 1982; 127(2): 116-118.
- Washington DL, Stevens CD, Shekelle PG. Next-day care for emergency department users with nonacute conditions. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2002; 137(9): 707-714.
- Weber EJ, Showstack JA, Hunt KA, Colby DC, Callaham ML. Does lack of a usual source of care or health insurance increase the likelihood of an emergency department visit? Results of a national population-based study. *Ann Emerg Med* 2005; 45(1): 4-12.
- Williams RM. Health care reform and emergency department services. *J Ambul Care Manage*. 1993; 16(4): 20-26.
- Williams RM. The cost of visits to emergency departments. *N Engl J Med* 1996; 334(10): 642-646.
- Yarboro TL. Emergency room use by patients from the family practice of a black physician. *J Natl Med Assoc* 1990; 82(2): 93-97.
- Young GP, Wagner MB, Kellermann AL, Ellis J, Bouley D. Ambulatory visits to hospital emergency departments. Patterns and reasons for use. *JAMA* 1996; 276(6): 460-465.

ANEXOS

MOTIVOS DEL MOTU PROPIO (pasar a este formulario cuando se ha señalado (B1) (B2) (B3))

A) Problemas relacionados con la patología actual o los antecedentes:

- > Tiene determinada patología y ha sido alertado que acuda cuando aparezca determinado sg/st.....
- > Patología de base.....
- > Aparente gravedad del problema actual.....
- > Proviene de accidente (automóvil, o de otra naturaleza, etc.).....
- > Problemas relacionados con dogas..... y/o antecedentes psiquiátricos.....
- > OTROS: (.....).....

B) Comodidad del paciente o desconocimiento de posibilidades de ser atendido en A.P.:

- > Vive cerca o le es más cómodo.....
- > No pierde tanto tiempo (RAPIDEZ).....
- > No tiene que ausentarse del trabajo.....
- > No tiene médico asignado.....
- > Desconoce Ser. Urgencias extrahospit.....
- > Desconoce teléfono del centro de S. o Serv. Urg. Extrah.....
- > Otros (.....).....

C) Mayor confianza en el Hospital/ desconfianza en A.P.:

- > Ha acudido a su médico: o SEDÚ/PAC:..... pero no se fia: o no ha respondido al tratamiento:.....
- > Tiene historia en el Hospital.....
- > Cree que será mejor atendido.....
- > Pertenencia ("me pertenece").....
- > Puede o cree ser atendido por especialistas.....
- > Se que me van a realizar pruebas o es posible la realización de las mismas.....
- > Consejo de acudir.....
- > OTROS (.....).....

D) Fallo en el dispositivo de AP / PAC o urgencias extrahospitalarias:

- > Consulta del médico ha finalizado.....
- > La cita para el centro de Salud no me la dan para hoy (sí afirmativa poner demora: ___ días).....
- > Ante en la tardanza en la atención (en el C. de Salud, o en el domicilio) se ha dirigido a urgencias.....
- > Imposibilidad de contactar en el C. de Salud, SEU o PAC.....
- > Otros: (.....).....

E) Lista de espera en la atención especializada, problemas relacionados con pruebas complementarias u otros: (REALIZAR A TODOS)

- > Lista de espera quirúrgica: SI..... ;especificar si está en relación con el motivo de consulta actual.....
- > Lista de espera para consulta de 1ª vez: SI..... (especificar consulta:.....); idem.....
- > Lista de espera para consulta de revisión: SI..... (especificar consulta:.....); idem.....
- > Pendiente de realizar o ver el resultado... de pruebas complementarias (cual.....); idem.....
- > OTROS: (.....).....

F) USO Y CONOCIMIENTO DE LAS ALTERNATIVAS DE SERVICIOS SANITARIOS:

- > ¿ CONOCE A SU MÉDICO? SI ...NO
- > ¿ Ha estado alguna vez en su consulta?.....SI (tiempo desde la última visita:.....).....NO
- > Motivo de la última consulta:
 - *Burocrático (recetas, partes, etc.):.....
 - *control de patología crónica:.....
 - *problema agudo:..... ; especificar si está relacionado con problema actual
 - *otros:..... ; (.....)
- > ¿Sabe si le pueden atender en su centro de Salud por un problema agudo, que usted cree urgente, aunque no tenga cita?... SI ...NO
- > ¿Ha empleado alguna vez este procedimiento?..... SI ...NO
- > ¿Sabe si en centro le pueden realizar EKG , glucemia capilar , y tiras de orina ?..... SI ...NO
- > ¿ Su centro es un PAC? ¿su centro presta atención urgente durante las 24 h. del día? SI ...NO . Si no lo es:
- > ¿Sabe donde acudir al cierre del mismo? SI ...NO . (si afirmativa, cual:.....)
- > ¿Ha empleado alguna vez este recurso? SI ...NO
- > ¿Ha estado en otra/s ocasión/es en nuestro servicio (SUH)?..... SI ...NO
- > motivo:.....
- > ¿está relacionado con el problema actual?.....SI ...NO

- > ¿Qué le ocurre? : _____
- > Grupo de motivo de consulta: DIGEST ; RES ; CARD ; M.I ; PSIQUIAT. ; UROL ; ORL ; OFTALM. ; TRAUMA ; REUMA ; DERM A ; HEMAT ; NEFRO ; NEURO ; ENDOCR. ; C. GRAL ; OTRAS Cirugías.(especificar.....) ; Otras (.....).
- ✓ ¿Desde cuando?: ___ horas; ___ días; ___ semanas; ___ meses; ___ años
- ✓ hora de llegada a la consulta: ___, ___ horas
- > ¿cree que debe ingresar por este motivo? SI ; NO ; no sabe ; usted dirá ; otros _____
- > **Resultado del TRIAGE:** BANAL ; NO BANAL

EXPL. FISICA: TA sitól. ____, diast ____ mm Hg; frecuencia card. ____ lpm; señalar si arritmico ; temperatura axilar: ____, °C;
 ¿taquipneico trabajo respiratorio? NO SIsi afirmativa: frecuencia respiratoria ____ rpm; otros hallazgos: _____

- > A. PERSONALES. Ninguno ; HTA ; diabetes ; cardiol ; neumol ; digestivos ; reumat ; neoplasia ; otros (_____)
- > HABITOS TOXICOS: Tabaco ; alcohol: + ; ++ ; +++ ; Otros (_____)

P. COMPLEMENTARIAS: (cuadro 1: solicitada; cuadro 2: espero resultado patológico; cuadro 3: el resultado obtenido es patológico)

- > NINGUNA _____
- > EKG ; orina ; glucemia capilar (destrostix)
- > Hemograma ; bioquímica ; coagulación ; radiología simple ; gases(a. o v.) ; enz. Mioc.
- > Cultivos ; ecografía ; TAC ; gammagrafía ; otros (_____)

TTO: NINGUNO ; ORAL/SL ; IM/SC ; IV ; Vía seca/heparinizada/pmv ; fluidoterapia ; O2 ; otros _____

- > **CIRCUITO DEL PACIENTE:** alta directa desde banales o policlínica ; alta tras periodo de t. sin s.c. u observ. ; alta desde cuidados ; RCP alta desde observ. ; éxitus ; traslado otro hospital ; alta voluntaria ; ingreso (realizado desde: policl. ; s.c. ; observ ; RCP
- > **HORA DEL ALTA/INGRESO:** _____ HORAS
- > **DIAGNOSTICO FINAL:** _____
- > ¿Se ha consultado al especialista? (se incluye residente): NO ; consultado pero no valorado ; ha sido valorado (especial: _____)

- A tu juicio, la patología por la que acude es:** (cuadrado 1º en la valoración inicial; cuadrado 2º tras valoración posterior con p. Complementarias)
- > Podría haberse resuelto (Urg. ; ordinario) por su mco de AP/SEU sin ningún tipo de prueba.....
 - > Podría haberse resuelto (Urg. ; ordinario) por su mco de AP/SEU con EKG, orina y/o glucemia
 - > Podría haberse resuelto por su mco de AP/SEU con R(x) y analítica con resultados no superior a 24 horas.....
 - > Podría haberse resuelto por su mco de AP/SEU con R(x) y analítica con resultados entre 1-3 días
 - > Podría haberse resuelto por su mco de AP/SEU con R(x) y analítica con tardanza de resultados > a 3 días.....
 - > Podría haberse resuelto por su mco de AP con apoyo de otros medios (ECO por ej.) solicitados +/- cotidianamente y con su tardanza habitual.....
 - > Podría haberse resuelto por el especialista correspondiente vía consulta externa.....
 - > Su patología exige: p. Complementaria/ tratamientos/procedimientos urgentes/ necesidad de ingreso.....
 - > *Es eminentemente un problema social!*.....

Estado civil: soltero ; casado ; viudo ; divorciado ; pareja de hecho ; nº de convivientes en el núcleo familiar: _____
 especificar si "sin hogar"(vive en la calle).....

Nivel de estudios: analfabeto estudios primarios bachiller formación profesional diplomado licenciado

- > **Nivel ocupacional:** ama de casa parado jubilado estudiante prepara oposiciones ILT trabajador p.c. ajena trab. autónomo
- > ¿ha tenido que ausentarse del trabajo para acudir a urgencias?: SI ; NO

¿Tiene teléfono? SI ; NO ; ¿Tiene vehículo propio? SI ; NO

MÉDICO QUE ATIENDE AL PACIENTE: MIR de ___ año; FGH

ANEXO II: Hoja de enfermería de cada paciente incluyendo triage.

| HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES - GRANADA Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias REGISTRO DE PACIENTES | Nº H. CLINICA: _____ Nº REGISTRO: _____ APELLIDOS: _____ F. NACIM.: _____ SEXO: _____ CENTRO: _____ FECHA: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|------------|------------|---------|----------|-----------|------------|----------------------------|------------|------------|-----------------|------------|------------|----------------------------------|----|------------|--|------------|----|--------------------------------------|------------|------------|----------------------------------|------------|------------|---|----|------------|----------------------------|------------|----|------------------|------------|-----|-------|------------|------------|------------------|----|------------|---------------|-------|----|----------------|------------|----|---|----|----|----------------|----|----|--|----|----|-------------------------------|----|----|--------------------------------|----|----|
| MOTIVO DE CONSULTA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACOMPAÑANTE: SI NO INFORMACION RECIBIDA DE: PACIENTE X FAMILIAR X NO ALERGIAS X ALERGICO A: PRIORIDAD: RCP PREFERENTE NORMAL LEVE HORA LLEGADA: HORA CONSULTA RECEPCION: HORA POLICLINICA: HORA OBSERVACION/CUIDADOS: HORA ALTA O INGRESO: DESTINO: / | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">Prioridad</th> <th style="width: 15%;">LEVE</th> <th style="width: 15%;">NO LEVE</th> </tr> <tr> <th></th> <th>IV</th> <th>I, II, III</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>¿Trae p10 dirigido al SUH?</td> <td>NO</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>¿Viene andando?</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>¿Tiene dolor toraco - abdominal?</td> <td>NO</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>¿Tiene / ha tenido alteración del nivel de conciencia?</td> <td>NO</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>¿ACVA o AIT en las últimas 72 horas?</td> <td>NO</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>¿Presenta focalidad neurológica?</td> <td>NO</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>¿Refiere alteración del ritmo cardiaco?</td> <td>NO</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>¿El paciente está séptico?</td> <td>NO</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>Si tiene fiebre:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">joven</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">inmunocompetente</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">focalidad ORL</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">otra focalidad</td> <td>NO</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>¿Presenta sangrado activo o sospechado?</td> <td>NO</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>¿Tiene disnea?</td> <td>NO</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>Se puede resolver sin pruebas complementarias o con: Rx simple, glucemia capilar, orina, EKG</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>¿Va a requerir fluidoterapia?</td> <td>NO</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>¿Va a requerir oxigenoterapia?</td> <td>NO</td> <td>SI</td> </tr> </tbody> </table> | Prioridad | LEVE | NO LEVE | | IV | I, II, III | ¿Trae p10 dirigido al SUH? | NO | SI | ¿Viene andando? | SI | NO | ¿Tiene dolor toraco - abdominal? | NO | SI | ¿Tiene / ha tenido alteración del nivel de conciencia? | NO | SI | ¿ACVA o AIT en las últimas 72 horas? | NO | SI | ¿Presenta focalidad neurológica? | NO | SI | ¿Refiere alteración del ritmo cardiaco? | NO | SI | ¿El paciente está séptico? | NO | SI | Si tiene fiebre: | | | joven | SI | NO | inmunocompetente | SI | NO | focalidad ORL | SI | NO | otra focalidad | NO | SI | ¿Presenta sangrado activo o sospechado? | NO | SI | ¿Tiene disnea? | NO | SI | Se puede resolver sin pruebas complementarias o con: Rx simple, glucemia capilar, orina, EKG | SI | NO | ¿Va a requerir fluidoterapia? | NO | SI | ¿Va a requerir oxigenoterapia? | NO | SI |
| Prioridad | LEVE | NO LEVE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | IV | I, II, III | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Trae p10 dirigido al SUH? | NO | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Viene andando? | SI | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Tiene dolor toraco - abdominal? | NO | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Tiene / ha tenido alteración del nivel de conciencia? | NO | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿ACVA o AIT en las últimas 72 horas? | NO | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Presenta focalidad neurológica? | NO | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Refiere alteración del ritmo cardiaco? | NO | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El paciente está séptico? | NO | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si tiene fiebre: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| joven | SI | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| inmunocompetente | SI | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| focalidad ORL | SI | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| otra focalidad | NO | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Presenta sangrado activo o sospechado? | NO | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Tiene disnea? | NO | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Se puede resolver sin pruebas complementarias o con: Rx simple, glucemia capilar, orina, EKG | SI | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Va a requerir fluidoterapia? | NO | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Va a requerir oxigenoterapia? | NO | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENFERMERO/A: FACULTATIVO/A: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONSTANTES VITALES: T.A. / F.C. T.A. AVISADO ESPECIALISTA DE A LAS HORAS ATENDIDO POR ESPECIALISTA A LAS HORAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| GR-711 | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>SOLICITADO</th> <th>CURSADO</th> <th>RECIBIDO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HEMOGRAMA</td> <td>X</td> <td>.....HORAS</td> <td>.....HORAS</td> </tr> <tr> <td>BIOQUIMICA</td> <td>X</td> <td>.....HORAS</td> <td>.....HORAS</td> </tr> <tr> <td>COAGULACION</td> <td>X</td> <td>.....HORAS</td> <td>.....HORAS</td> </tr> <tr> <td>SED. ORINA</td> <td>X</td> <td>.....HORAS</td> <td>.....HORAS</td> </tr> <tr> <td>GASOMETRIA</td> <td>X</td> <td>.....HORAS</td> <td>.....HORAS</td> </tr> <tr> <td>RX TORAX</td> <td>X</td> <td>.....HORAS</td> <td>.....HORAS</td> </tr> <tr> <td>RX ABDOMEN</td> <td>X</td> <td>.....HORAS</td> <td>.....HORAS</td> </tr> <tr> <td>ECG</td> <td>X</td> <td>.....HORAS</td> <td>.....HORAS</td> </tr> <tr> <td>ECO</td> <td>X</td> <td>.....HORAS</td> <td>.....HORAS</td> </tr> <tr> <td>OTRAS</td> <td>X</td> <td>.....HORAS</td> <td>.....HORAS</td> </tr> </tbody> </table> | | SOLICITADO | CURSADO | RECIBIDO | HEMOGRAMA | X |HORAS |HORAS | BIOQUIMICA | X |HORAS |HORAS | COAGULACION | X |HORAS |HORAS | SED. ORINA | X |HORAS |HORAS | GASOMETRIA | X |HORAS |HORAS | RX TORAX | X |HORAS |HORAS | RX ABDOMEN | X |HORAS |HORAS | ECG | X |HORAS |HORAS | ECO | X |HORAS |HORAS | OTRAS | X |HORAS |HORAS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | SOLICITADO | CURSADO | RECIBIDO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HEMOGRAMA | X |HORAS |HORAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BIOQUIMICA | X |HORAS |HORAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COAGULACION | X |HORAS |HORAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SED. ORINA | X |HORAS |HORAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| GASOMETRIA | X |HORAS |HORAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RX TORAX | X |HORAS |HORAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RX ABDOMEN | X |HORAS |HORAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ECG | X |HORAS |HORAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ECO | X |HORAS |HORAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OTRAS | X |HORAS |HORAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|---|-----------------|-----|------|---------------|---------|-----|---------------|
| TECNICAS | CENTRAL <input type="checkbox"/> | FIRMA ENFERMERA | | | | | | |
| | <u>VENOCLISIS</u> | | | | | | | |
| | PERIFERICA <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> SONDAJE VESICAL | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> SONDAJE NASOGASTRICO | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> OXIGENOTERAPIA TIPO | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> AEROSOLTERAPIA TIPO | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> CURAS | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> VENDAJE | | | | | | | | |
| CONSTANTES | HORA | TA | FC | TRA | DTT | VOMITOS | DPS | OBSERVACIONES |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| MEDICACION | FACULTATIVO | MEDICACION | VIA | HORA | FIRMA ENFERM. | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| AUXILIAR DE ENFERMERIA | <input type="checkbox"/> RETIRADA PROTESIS | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> RETIRADA DE OBJETOS PERSONALES | | | | | | | |
| | ENTREGADO A: | | | | | | | |
| | ASEO PACIENTE <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | ALIMENTACION | | | | | | | |
| | DIURESIS | | | | | | | |
| FIRMA: AUX. DE ENFERM. | | | | | | | | |

ANEXO III: Clasificación de los motivos de consulta de los pacientes.

| Código motivo | Clasificación inicial de los motivos de consulta: descripción del motivo. |
|---------------|---|
| 1 | Dolor torácico (incluye techo abdominal superior) de apariencia coronaria, incluye el disectivo |
| 2 | Dolor torácico de apariencia pleurítica (>tos / respiración) |
| 3 | Dolor torácico de apariencia mecánica |
| 4 | Dolor torácico de apariencia no definida o "mixto" |
| 5 | Dolor lumbar +/- irradiación genital +/- sd miccional, teste doloroso (sin >tamaño): crisis renoureteral renoureteral |
| 6 | Dolor abdominal de cualquier localización +/- acompañamiento sintomático, de < 6 h evolución |
| 7 | Dolor abdominal (idem), de > 6 h de evolución |
| 8 | Dolor cefálico (cefalea en cualquiera de sus modalidades) y algias faciales (excluir 9 y 10) |
| 9 | Dolor de la esfera ORL (otalgia, dolor sinusal, etc.) |
| 10 | Odontalgia o dolor estomacal |
| 11 | Dolor osteomuscular no traumático, incluye ciatalgia, lumbalgia, contracturas o rigidez muscular |
| 12 | Dolor traumático de cualquier localización +/-impotencia +/- deformidad postraumática |
| 13 | Dolor no especificado en las características anteriores |
| 14 | Disnea de apariencia respiratoria ("pitos") o acontecida en EPOC |
| 15 | Disnea de apariencia cardiaca o acontecida en cardiopatía conocida |
| 16 | Disnea mixta o no clasificable (la disnea psicógena incluir en 65) |
| 17 | Disnea de apariencia alta (estridor, etc) |
| 18 | Disnea no clasificable en los grupos anteriores |
| 19 | Pérdida de conciencia (total o incompleta) actual o reciente, otras alteraciones: delirio, etc. |
| 20 | Pérdida de fuerza, sensibilidad, alteración lenguaje o alteración visual de perfil súbito (vascular) |
| 21 | Pérdida de fuerza, sensibilidad, atrofia muscular u otros déficit neurológicos de perfil no súbito |
| 22 | Alteración sensorial, incluida percepción de desequilibrio, vértigo, mareo, visión doble o "alterada" |
| 23 | Movimientos tónicos y/o clónicos u otros sg/st de apariencia comicial. Incluir tics u otros movimientos involuntarios |
| 24 | Patología neurológica no clasificable en los grupos anteriores |
| 25 | Sangrado visible o sospecha de sangrado: hemorragia digestiva alta (HDA) |
| 26 | Hemorragia digestiva baja (HDB) |
| 27 | Hemorragia digestiva no especificada |
| 28 | Hemorragia digestiva crónica imperceptible |
| 29 | Hemoptisis |
| 30 | Hematuria |
| 31 | Epistaxis |
| 32 | Otros sangrados no incluidos en los anteriores; se excluyen heridas |
| 33 | Alteraciones del ritmo cardiaco(taqui, bradi o arritmias) con/sin manifestaciones asociadas |
| 34 | Anomalías de la TA o sospechada (ejemplo paciente hipertenso que conoce sus síntomas) |
| 35 | Fiebre: de aparente focalidad ORL |
| 36 | Fiebre de aparente focalidad respiratoria |
| 37 | Fiebre de aparente focalidad digestiva |
| 38 | Fiebre de aparente focalidad urinaria |
| 39 | Fiebre: de otra focalidad, sin focalidad o sospecha de "central" |
| 40 | Supuración ótica, rinorrea, disfagia u otras manifestaciones ORL (si predomina dolor: 9, etc.) |
| 41 | Sd miccional |
| 42 | Fimosis, parafimosis, crecimiento testicular,... u otra patología UROLÓGICA (diferente a 5 y 41) |

| | |
|----|---|
| 43 | Nefropatía conocida o sospechada y/o sus complicaciones |
| 44 | Alteración emisión de la orina: < cantidad (oli/anuria), > cantidad; incluido retención urinaria |
| 45 | Cambio sonda urinaria |
| 46 | Vómitos y/o diarrea con/sin dolor abdominal |
| 47 | Vómitos fuera del contexto digestivo (al menos aparentemente) |
| 48 | Meteorismo, estreñimiento, eructos, percepción anómala de ruidos intestinales. |
| 49 | Defecación dolorosa, secreción anal/ perianal, sg flogóticos, bultomas anales/perianales |
| 50 | Alteración en coloración de excretas (si heces negras= código 25) |
| 51 | Pirosis, RGE o sd dispéptico |
| 52 | Percepción subjetiva/objetiva de masas, bultos o asimetrías |
| 53 | Hepatopatía conocida o sospechada y/o sus complicaciones (si hemorragia digestiva=25) |
| 54 | Otros sg/st de la esfera DIGESTIVA |
| 55 | Tos y/o expectoración |
| 56 | Otros sg/st RESPIRATORIOS no mencionados (apartados=2,14,36,55) |
| 57 | Otros sg/st CARDIOLÓGICOS no mencionados (1,15,33,34); incluir edematización o trastornos tróficos vasculares, claudicación o patología relacionada |
| 58 | Pérdida de peso, sd constitucional (si trasfondo psicopatológico, incluir en 59) |
| 59 | Anorexia o bulimia: trastornos del comportamiento alimentario |
| 60 | Alteración analítica o sospechada (cansancio en sd anémico, sudor en diabético, etc) |
| 61 | Administración, dispensación, consultas relacionadas con FÁRMACOS o sus efectos 2º, incluir hematomas en pacientes anticoagulados. |
| 62 | Cambio de sonda nasogástrica u otro proceso instrumental (se excluye sonda vesical=45) |
| 63 | Ingestión voluntaria de fármacos o tóxicos, o accidental de los mismos. Incluidos alcohol y tóxicos por vía inhalatoria |
| 64 | Otras formas de intento autolítico no medicamentoso; incluir accidentales (ej intoxicación CO) |
| 65 | Ansiedad, depresión, alteraciones de conducta u otras manifestaciones psicopáticas (salvo 63,64) |
| 66 | Patología asociada a la drogadicción, incluido sd de abstinencia (incluso subjetivo:"protocolo") |
| 67 | Cuerpo extraño o sospecha en ojo/s (excluido 74 y 75): si ojo rojo por cuerpo extraño señalar 67. Incluir causticaciones. |
| 68 | Cuerpo extraño o sospecha en oído/s (excluido 40), nariz o garganta (incluir "raspas") |
| 69 | Cuerpo extraño en otra localización |
| 70 | Manifestaciones piel, mucosas o faneras; prurito y ulceraciones; si úlceras de origen vascular incluir en "59"), excluidas: |
| 71 | Heridas, abscesos (si anal o perianal=49) o quemaduras |
| 72 | Frialdad con/ sin alteración coloración de cualquier parte del cuerpo (se excluye si se produce por exposición ambiental) |
| 73 | Picaduras, mordeduras, patología por exposición al frío/ calor |
| 74 | Ojo rojo con/sin dolor o "sensación de arena" |
| 75 | Secreción ocular ("legañas"), patología del aparato lacrimal o ausencia de lagrimeo ("ojo seco") |
| 76 | Otra patología OCULAR: traumatismo, "roce", "moscas volantes", disminución o alteración de la visión (agudeza visual, percepción de "tela o velo", etc.) |
| 77 | Situación de PARADA (PCR) |
| 78 | Ingresa CADÁVER |
| 79 | CONSULTA MEDICA |
| 80 | ST GRIPALES (así expresado por el paciente) |
| 81 | ST CATARRALES (así expresado por el paciente) |
| 82 | MALESTAR GENERAL O MANIFESTACIONES SIMILARES |

| | |
|----|---|
| 83 | OTROS SG/ST DE DIFÍCIL CALIFICACIÓN/ CLASIFICACIÓN |
| 84 | Aporta prueba complementaria (analítica, radiología, etc.) para su valoración (se excluye 60) o solicita la realización de las mismas |
| 85 | Problemas relacionados con el embarazo / parto o puerperio |
| 86 | Patología ginecológica no mencionada en los cuadros previos |
| 87 | Se trata de un problema social |
| 88 | OTROS MOTIVOS DE CONSULTA NO MENCIONADOS ANTERIORMENTE |

Clasificación final de los motivos de consulta (agrupados en 31 motivos).

| Descripción de los motivos de consulta y código numérico. |
|--|
| 1-Dolor torácico, cualquier característica. |
| 2-Dolor abdominal y/o genital. |
| 3-Dolor cefálico, bucodentario u ORL. |
| 4-Dolor osteomuscular mecánico o postraumático. |
| 5-Dolor no especificado en las categorías anteriores. |
| 6-Disnea de apariencia cardiorespiratoria. |
| 7-Disnea alta o de otra apariencia. |
| 8-Pérdida o alteración nivel conciencia. |
| 9-Otro motivo neurológico distinto a 8. |
| 10-Sangrado (o sospecha) de origen digestivo. |
| 11-Otras etiologías de sangrado (no heridas). |
| 12-Alteración TA y/o del ritmo cardiaco. |
| 13-Síndrome febril con/sin foco. |
| 14-Otra patología ORL (diferente a 3 o 13). |
| 15-Patología nefrourológica (diferente a 2,11 o 13). |
| 16-Otra patología digestiva (diferente a 2,10 o 13). |
| 17-Otra patología respiratoria (diferente a 1,4,6,11 y 13) |
| 18-Otra patología cardiaca (diferente a 1,4,6 y 13). |
| 19-Solicita, aporta o cree tener prueba patológica. |
| 20-Administración o problemas relacionado fármacos. |
| 21-Intoxicación placentera, autolítica o accidental. |
| 22-Otros motivos psicopatológicos diferentes a 21. |
| 23-Cuerpo extraño cualquier localización. |
| 24-Manifestaciones en piel, mucosas o faneras. |
| 25-Manifestaciones oculares diferentes a 23. |
| 26-Ingresa cadáver o en PCR. |
| 27-MEG, Síntomas gripales o catarrales. |
| 28-Síndrome constitucional. |
| 29-Patología ginecológica u obstétrica. |
| 30-Problema social. |
| 31-Otros motivos de consulta. |

PCR: Parada cardiorespiratoria, TA: Tensión arterial, MEG: Mal estado general, ORL: Otorrinolaringología.

ANEXO IV: Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias modificado (PAUHm).

PROTOCOLO DE ADECUACION DE URGENCIAS HOSPITALARIAS (PAUH) Modificado.

1.-CRITERIOS DE GRAVEDAD

- 1.1.-Pérdida de conciencia, desorientación, coma, insensibilidad (brusca o muy reciente).
- 1.2.-Pérdida brusca de visión o audición o alteración en la articulación y/o comprensión del lenguaje.
- 1.3.-Pérdida brusca de la capacidad funcional de cualquier parte del cuerpo incluidas las acontecidas de forma transitoria (<72 horas).
- 1.4.-Alteraciones del pulso(<50 / >140 pulsaciones /minuto), excluir deportistas y tratados con fármacos que disminuyen la frecuencia cardíaca (Beta bloqueantes, verapamilo, diltiazem...) y otros depresores de la conducción aurículo ventricular). Y arritmias (se excluyen saltos, vuelcos, en pacientes sin cardiopatía estructural conocida y pulso radial normal, y pacientes con fibrilación auricular conocida y cuyo motivo de consulta sea diferente a inestabilidad cardiorespiratoria).
- 1.5.-Alteración de la presión arterial (sistólica:< 90 / > 200 mmHg; diastólica:< 60 / >120), excluir cuando se conoce el diagnóstico de hipotensión arterial y el motivo de consulta no esta relacionado con labilidad hemodinámica.
- 1.6.- Frecuencia respiratoria > 30 o < de 10.
- 1.7.-Signos de mala perfusión cutánea: sudoración, frialdad, cianosis, livideces.
- 1.8.-Alteraciones de electrolitos o gases sanguíneos (no considerar en pacientes con alteraciones crónicas de estos parámetros: insuficiencia renal crónica; insuficiencia respiratoria crónica, etc. si están dentro de sus "basales" (similares al alta))
- 1.9.- Fiebre persistente (5 días) no controlada con tratamiento en atención primaria.
- 1.10.-Hemorragia activa(hematemesis, epistaxis, melenas, etc...) Excluyen heridas superficiales que sólo requieren sutura, y hematoquecia leve (manchado de papel , sin coagulos) roja rutilante postdefecación.

2.-CRITERIOS DE TRATAMIENTO.

- 2.1.-Administración de medicación (salvo administración puntual sin necesidad de fluidoterapia ni vigilancia posterior (ej. Urticaria- corticoides i.v.) o fluidos por vía i.v. (excepto mantenimiento de vía o vías secas (o heparinizadas). Realización de cardioversión eléctrica.
- 2.2.- Administración de O₂ (excluir pacientes con oxigenoterapia crónica domiciliaria que acuden por un motivo diferente).
- 2.3.-Colocación de yesos (excluye vendajes)
- 2.4.-Intervención / procedimiento realizado en quirófano (excepto intervenciones realizadas en sala de curas o quirofaniño, SIN requerir anestesia general o regional o materiales disponibles sólo a nivel hospitalario)

3.-CRITERIOS DE INTENSIDAD DIAGNOSTICA.

- 3.1.- Monitorización de signos vitales o toma de constantes cada 2 horas
- 3.2.-Radiología de cualquier tipo, sólo se considera criterio si la petición se justifica explícitamente en la Historia clínica de urgencias y no es disponible su petición desde A. primaria (según horario, y las necesidades de ver los resultados). Realización de ECO, TAC, RNM, gammagrafía u otras técnicas de uso generalmente hospitalario.
- 3.3- Pruebas de laboratorio (excepto glucemia, orina y test de embarazada salvo embarazo ectópico).
- 3.4- Electrocardiograma, sólo si procede de un aviso domiciliario y esta clara su indicación (puntos 1.4, 5.2, u otros (especificar: _____)).

4.- OTROS CRITERIOS.

- 4.1.-El paciente está más de 12 horas en el SHU
- 4.2.-El paciente es ingresado en el hospital o traslado a otro hospital, fallece o solicitó el alta voluntaria.
- 4.3.Otros en paciente derivado por su médico (especificar: _____)

5.-CRITERIOS APLICABLES SÓLO A PACIENTES QUE ACUDEN ESPONTÁNEAMENTE.

- 5.1.-Proviene de un accidente (tráfico , laboral, en lugar público...) y hay que evaluar al paciente.
- 5.2.- Síntomas que sugieren urgencia vital : dolor torácico (de instauración reciente y perfil no mecánico) disnea de instauración rápida, tiraje, dolor abdominal agudo.
- 5.3.-Cuadro conocido por el paciente y que habitualmente requiere ingreso.
- 5.4.-Al paciente le ha dicho el médico que acuda a urgencias si se presenta el síntoma
- 5.5.-Requiere atención médica primaria con rapidez y el hospital es el centro más cercano.
- 5.6.-Otros en pacientes espontáneos (especificar _____)

ANEXO V: RECODIFICACIÓN DE VARIABLES.**Edad:** Agrupado en cuatro tramos.

| Edad | N | % | % Inad |
|----------------|----------|----------|---------------|
| 1. ≤ 30 años. | 1.053 | 25,1% | 58,5 |
| 2. 31-48 años. | 1.060 | 25,2% | 56,4 |
| 3. 49-69 años. | 1.057 | 25,2% | 44,3 |
| 4. ≥ 70 años. | 1.031 | 24,5% | 30,8 |

CS (3 grupos): Centro de Salud agrupado en 3.

| CS (3 grupos) | Centro de Salud | N | % | % Inad |
|----------------------|------------------------|----------|----------|---------------|
| 1: La Chana | La Chana | 757 | 18,0 | 45,6 |
| 2: C+EM+M | Cartuja | 641 | 15,3 | 44,9 |
| | Eugenia Montijo | 773 | 18,4 | 51,4 |
| | Maracena | 843 | 20,1 | 50,7 |
| 3: Gran Capitán | Gran Capitán | 1.187 | 28,3 | 45,7 |

CS (2 grupos): Centro de Salud agrupado en 2.

| CS (2 grupos) | Centro de Salud | N | % | % Inad |
|----------------------|------------------------|----------|----------|---------------|
| 1: La Chana | La Chana | 757 | 18,0 | 45,6 |
| 2: C+EM+M+GC | Cartuja | 641 | 15,3 | 44,9 |
| | Eugenia Montijo | 773 | 18,4 | 51,4 |
| | Maracena | 843 | 20,1 | 50,7 |
| | Gran Capitán | 1.187 | 28,3 | 45,7 |

Tipo Derivación: Aporta Documento v.s. Viva Voz + Motu Propio.

| Tipo Derivación | Tipo Derivación (3 grupos) | N | % | % Inad |
|---------------------------|-----------------------------------|----------|----------|---------------|
| 1: Aporta Documento | Aporta Documento de derivación | 921 | 21,9 | 25,8 |
| 2: Viva Voz + Motu Propio | Viva Voz | 205 | 4,9 | 46,3 |
| | Motu Propio | 3.075 | 73,2 | 54,2 |

Motivo de Consulta (según % inadecuación).

| Motivo de Consulta | Motivo de Consulta (31 motivos) | N | % | % Inad |
|--------------------------|--|-----|------|--------|
| Grupo 1: ($\leq 25\%$) | 28-Síndrome constitucional. | 7 | 0,2 | 0,0 |
| | 30-Problema social. | 1 | 0,0 | 0,0 |
| | 26-Ingresa cadáver o en PCR. | 1 | 0,0 | 0,0 |
| | 8-Pérdida o alteración nivel conciencia. | 51 | 1,2 | 2,0 |
| | 10-Sangrado (o sospecha) de origen digestivo. | 51 | 1,2 | 5,9 |
| | 6-Disnea de apariencia cardiorespiratoria. | 312 | 7,4 | 6,6 |
| | 11-Otras etiologías de sangrado (no heridas). | 93 | 2,2 | 8,6 |
| | 2-Dolor abdominal y/o genital. | 578 | 13,8 | 20,4 |
| | 21-Intoxicación placentera, autolítica o accidental. | 37 | 0,9 | 21,6 |
| Grupo 2: (26 - 50%) | 19-Solicita, aporta o cree tener prueba patológica. | 66 | 1,6 | 27,3 |
| | 1-Dolor torácico, cualquier característica. | 365 | 8,7 | 32,3 |
| | 27-MEG, St gripales o catarrales. | 12 | 0,3 | 33,3 |
| | 13-Síndrome febril con/sin foco. | 286 | 6,8 | 36,7 |
| | 12-Alteración TA y/o del ritmo cardiaco. | 113 | 2,7 | 38,9 |
| | 9-Otro motivo neurológico distinto a 8. | 221 | 5,3 | 47,1 |
| Grupo 3: (51 - 75%) | 16-Otra patología digestiva (diferente a 2,10 o 13). | 312 | 7,4 | 47,1 |
| | 18-Otra patología cardíaca (diferente a 1,4,6 y 13). | 18 | 0,4 | 55,6 |
| | 17-Otra patología respiratoria (diferente a 1,4,6,11 y 13) | 53 | 1,3 | 60,4 |
| | 15-Patología nefrourológica (diferente a 2,11 o 13). | 96 | 2,3 | 63,5 |
| | 7-Disnea alta o de otra apariencia. | 12 | 0,3 | 66,7 |
| | 25-Manifestaciones oculares diferentes a 23. | 393 | 9,4 | 70,2 |
| | 20-Administración o problemas relacionado fármacos. | 33 | 0,8 | 72,7 |
| Grupo 4: ($> 75\%$) | 22-Otros motivos psicopatológicos diferentes a 21. | 96 | 2,3 | 74,0 |
| | 5-Dolor no especificado en las categorías anteriores. | 28 | 0,7 | 75,0 |
| | 4-Dolor osteomuscular mecánico o postraumático. | 229 | 5,5 | 76,0 |
| | 23-Cuerpo extraño cualquier localización. | 139 | 3,3 | 78,4 |
| | 3-Dolor cefálico, bucodentario u ORL. | 274 | 6,5 | 83,9 |
| | 24-Manifestaciones en piel, mucosas o faneras. | 239 | 5,7 | 84,9 |
| | 14-Otra patología ORL (diferente a 3 o 13). | 81 | 1,9 | 85,2 |
| | 31-Otros motivos de consulta. | 4 | 0,1 | 100,0 |

PCR: Parada cardiorespiratoria, TA: Tensión arterial, MEG: Mal estado general, ORL: Otorrinolaringología.

Motivo de Consulta por Especialidades: (según % inadecuación).

| MC Especialidades | Especialidades | N | % | % Inad |
|--------------------------|----------------------|-----|------|--------|
| Grupo 1: ($\leq 33\%$) | NEFROLOGÍA | 10 | 0,2 | 0,0 |
| | HEMATOLOGÍA | 18 | 0,4 | 11,1 |
| | CARDIOLOGÍA | 311 | 7,4 | 11,9 |
| | DIGESTIVO | 678 | 16,1 | 24,0 |
| | RESPIRATORIO | 463 | 11,0 | 27,6 |
| | MEDICINA INTERNA | 307 | 7,3 | 29,6 |
| | OTRAS | 25 | 0,6 | 32,0 |
| | ENDOCRINOLOGÍA | 33 | 0,8 | 33,3 |
| Grupo 2: (34 - 66%) | UROLOGÍA | 296 | 7,1 | 34,5 |
| | CIRUGÍA GENERAL | 144 | 3,4 | 44,4 |
| | NEUROLOGÍA | 92 | 2,2 | 50,0 |
| | PSIQUIATRÍA | 178 | 4,2 | 65,2 |
| Grupo 3: ($> 66\%$) | REUMATOLOGÍA | 195 | 4,6 | 70,3 |
| | OTORRINOLARINGOLOGÍA | 436 | 10,4 | 70,4 |
| | OFTALMOLOGÍA | 554 | 13,2 | 70,9 |
| | TRAUMATOLOGÍA | 149 | 3,6 | 75,2 |
| | OTRAS CIRUGÍAS | 80 | 1,9 | 83,8 |
| | DERMATOLOGÍA | 232 | 5,5 | 93,1 |

Duración Síntomas:

| Duración Síntomas | Desde Cuando (5) | N | % | % Inad |
|--------------------|--------------------|-------|------|--------|
| 1: < 1 día | < 1 día | 1.376 | 32,8 | 37,1 |
| 2: 1 día - 3 meses | 1 día - < 1 semana | 1.842 | 43,9 | 52,4 |
| | 1 semana - 1 mes | 606 | 14,4 | 50,5 |
| | 1 mes - 3 meses | 266 | 6,3 | 53,8 |
| 3: > 3 meses | > 3 meses | 111 | 2,6 | 68,5 |

Diagnóstico: (según % inadecuación).

| Diagnóstico | Grupos de Diagnóstico CIE-9R | N | % | % Inad |
|--|---|-----|------|--------|
| Grupo 1: ($\leq 25\%$) | 4- Enf de la sangre y órganos hematopoyéticos. | 19 | 0,5 | 15,8 |
| | 2- Neoplasias. | 28 | 0,7 | 17,9 |
| | 7- Enf del sistema circulatorio. | 309 | 7,4 | 19,4 |
| Grupo 2: (26 - 50%) | 14- Signos y síntomas mal definidos. | 812 | 19,3 | 26,2 |
| | 3- Enf endocrinas y metabólicas. | 57 | 1,4 | 28,1 |
| | 17- Lesiones de origen externo. | 28 | 0,7 | 28,6 |
| | 10- Enf aparato genitourinario. | 190 | 4,5 | 32,1 |
| | 9- Enf aparato digestivo. | 367 | 8,7 | 37,6 |
| | 8- Enf del aparato respiratorio. | 562 | 13,4 | 37,7 |
| | 1- Enf infecciosas y parasitarias. | 240 | 5,7 | 43,8 |
| Grupo 3: (51 - 75%) | 15- Lesiones y envenenamientos. | 229 | 5,4 | 65,6 |
| | 6- Enf del sist nervioso y org de los sentidos. | 651 | 15,5 | 71,0 |
| | 5- Trastornos mentales. | 210 | 5,0 | 71,9 |
| Grupo 4: ($> 75\%$) | 13- Enf sist osteo-mioarticular. | 165 | 3,9 | 77,0 |
| | 12- Enf de la piel. | 192 | 4,6 | 83,3 |
| | 16- Relación con el sist sanitario. | 142 | 3,4 | 90,8 |

Número de patologías asociadas o Comorbilidad.

| Comorbilidad | Nº Patologías asociadas | N | % | % Inad |
|---------------------|-------------------------|-------|------|--------|
| 0 Comorb | 0 | 1.602 | 38,1 | 65,0 |
| 1 Comorb | 1 | 1.340 | 31,9 | 47,1 |
| 2 Comorbs | 2 | 723 | 17,2 | 31,8 |
| 3 Comorbs | 3 | 363 | 8,6 | 22,9 |
| 4 Comorbs: ≥ 4 | 4 | 136 | 3,2 | 9,6 |
| | 5 | 29 | 0,7 | 6,9 |
| | 6 | 8 | 0,2 | 0,0 |

