



Original

Atención Primaria asignada y uso de la urgencia hospitalaria

J. Sánchez López¹, A. Bueno Cavanillas², A. E. Delgado Martín¹, H. Muñoz Beltrán¹, J. J. Jiménez Moleón², J. D. Luna del Castillo³

¹SERVICIO DE URGENCIAS. HOSPITAL MÉDICO-QUIRÚRGICO RUIZ DE ALDA. COMPLEJO HOSPITALARIO VIRGEN DE LAS NIEVES.

²DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA.

³DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA E INVESTIGACIÓN OPERATIVA. FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE GRANADA.

RESUMEN

Objetivos: Analizar la relación existente entre el tipo de Atención Primaria que el paciente tiene asignada (centro de salud o centro no reconvertido) y el uso de un Servicio de Urgencias Hospitalario.

Métodos: Diseño: estudio transversal. Período de estudio: 1 noviembre 2000 a 31 octubre 2001. Entorno: Área de Urgencias del Hospital Médico Quirúrgico "Ruiz de Alda", Granada. Población de estudio: Muestra aleatoria estratificada por semanas y días de todos los usuarios del servicio de urgencias, mayores de 14 años y pertenecientes a la población de referencia. Se recogió información sobre variables demográficas, hora y forma de acceso a la urgencia, tipo, características y utilización de la atención primaria asignada, modalidad de derivación a urgencias, motivo de consulta y adecuación de la urgencia. Se han calculado OR crudas, estratificadas y ajustadas para estudiar la asociación entre tipo de atención primaria: Centro de Salud o Centro No Reconvertido y la inadecuación de la consulta a urgencias.

Resultados y conclusión: La atención primaria en centros no reconvertidos se asoció con una frecuencia de uso inadecuado de la urgencia 1,27 veces mayor que la atención en centros de salud (IC95%=1,01-1,59). Esta asociación aumentó al estratificar por determinadas variables, siendo más elevada en los estratos ligados a una mayor utilización de los servicios de atención primaria, lo que podría suponer mejor capacidad resolutoria para los centros de salud respecto a los centros no reconvertidos.

Palabras clave: Servicios de Urgencias. Atención Primaria. Urgencias adecuadas.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se comprueba un aumento constante de la demanda de atención en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH). Gran parte de esta demanda

ABSTRACT

Primary care pattern and Hospital Emergency Department Use

Aims: To analyze the relationships between Primary Care Pattern (reformed health centre or traditional ambulatory centre) and the utilization of the Hospital Emergency Department.

Methods: Design: Cross sectional study. Study period: From November 1, 2000 to October 31, 2001. Setting: Emergency Department, Granada Hospital Ruiz de Alda. Study population: Random sample stratified by week and day of the week chosen between all patients 14 years and oldest attended at the Emergency Department. Variables: Socio-demographic characteristics, time and reasons of the attending, pattern of primary care assigned, frequency and type of primary care consultation, whether patients attended on the own initiative or they are referral by primary care physicians, and if the ED use is appropriate based on explicit criteria. We estimated the crude and stratified odds ratio between primary care pattern and inappropriate use of the ED.

Results and Conclusion: Primary care in traditional ambulatory centres was associated with greater frequency of inappropriate ED use (OR 1.27; IC95%=1.01-1.59). This figure increased when data were stratified by other variables. The bigger associations were for population strata with high service utilization. This could mean reformed primary care centre have better decisive ability.

Key Words: Emergency Department. Primary Care. Appropriate Utilization.

se debe a patologías no graves, de atención demorable, o susceptible de resolución en los servicios de Atención Primaria^{1,2}. Diversas connotaciones socio-económicas y culturales explican esta tendencia; entre ellas destaca la elevada accesibilidad física, administrativa, horaria y eco-

Correspondencia: Juan Sánchez López
Morena, 7, 3º A - 18015 Granada

Fecha de recepción: 11-4-2005
Fecha de aceptación: 25-11-2005

nómica de los SUH, la desconfianza en el médico de cabecera y una supervaloración de la tecnología disponible en el hospital.

Desde una perspectiva hospitalaria, el incremento de las asistencias en el SUH motivadas por procesos banales se considera fruto de la existencia de importantes carencias en la Atención Primaria (AP)³⁻⁵. Así, se defiende la promoción del desarrollo y accesibilidad de los servicios de AP⁶⁻¹³ para mejorar la utilización de los SUH, aumentar su eficiencia y reducir su saturación. En teoría, una AP accesible y con alta capacidad resolutoria supondría un freno para el uso innecesario de los SUH. La utilización del SUH se daría tras contactar con el médico familia, en el Centro de Salud o en el Punto de Atención Continuada (PAC) asignado, aportando el correspondiente documento de derivación.

Diversos estudios indican que la puesta en marcha de centros de AP y/o la disponibilidad de un médico de AP como fuente regular de cuidados conlleva una disminución de las visitas al SUH de referencia¹⁴⁻¹⁶, aunque en otros no se han logrado estas reducciones¹⁷ o solo se consiguen de forma transitoria¹⁸. En España, la reforma del modelo de atención primaria no se ha acompañado de una disminución de la demanda global de los SUH. Algunos autores¹⁹⁻²¹ refieren mejor utilización entre los usuarios procedentes de los CS; otros, en cambio, no encuentran diferencias entre los dos modelos²².

En Granada, en el año 2000 no se había concluido la implantación de la reforma; por ello se plantea como objetivo analizar la relación existente entre la Atención Primaria que el paciente tiene asignada (centro de salud o centro no reconvertido) y el uso de los SUH.

MÉTODOS

Diseño: Estudio transversal. Se estudió una muestra representativa de los pacientes que acudieron al SUH durante el período comprendido entre el 1 de noviembre de 2000 y el 31 de octubre de 2001.

Entorno del estudio: Área de Urgencias del Hospital Médico Quirúrgico "Ruiz de Alda" (HMQ). El HMQ, que da cobertura al área de Salud Norte de Granada, forma parte del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN), junto con un hospital maternal y un hospital traumatológico, por lo que en el SUH no se atienden urgencias pediátricas, ginecológicas ni traumatológicas.

La población diana la constituye la residente en el área de referencia del HMQ. La población elegible estuvo integrada

por todos los pacientes que acudieron al SUH durante el período de estudio, salvo los afectados por los criterios de exclusión: <14 años, residentes fuera del área de referencia, acompañantes de pacientes encamados o trabajadores del propio hospital en horario laboral y las patologías ajenas a nuestro servicio (obstétricas, pediátricas y traumatológicas). La población de estudio se determinó tras elegir los días muestrales (un total de 52) por muestreo estratificado por semanas y día de la semana, y en cada uno de los días muestrales, secuencialmente un paciente de cada cinco; finalmente quedó constituida por 2.829 asistencias.

Para cada paciente incluido en el estudio se recogió información sobre:

- Variables demográficas: edad, sexo, estado civil, actividad laboral y nivel de estudios, distancia entre la residencia habitual y el SUH, Zona Básica (ZBS) de procedencia.

- Hora y forma de acceso a la urgencia.

- Tipo de atención primaria: Centro de salud (CS), Centro no Reconvertido (CNR –incluye ambulatorios o centros reconvertidos en el curso del último año–), sin atención primaria asignada.

- Conocimiento y uso de la atención primaria asignada: médico asignado, asistencia a su CS o Punto de Atención Continuada (PAC) antes de acudir a urgencias, motivo de la última visita al mismo, PAC, posibilidad de atención urgente en AP, utilización de dichos recursos.

- Modalidad de derivación a urgencias: por propia iniciativa ("motu proprio" –MP–) o derivado de otro nivel asistencial, bien de manera "formal" –p10– o bien "no formal", cuando el paciente no aporta ningún tipo de documento derivativo ("viva voz").

- Adecuación de la urgencia. Se clasificó según los criterios del Protocolo de Adecuación de las Urgencias Hospitalarias modificado (PAUHm)²³.

- Motivo de consulta. Se recogió el diagnóstico y la especialidad correspondiente.

La información se recogió mediante un cuestionario cerrado, que se fue cumplimentando de forma concurrente al proceso asistencial

Análisis de datos: Para las variables cualitativas se construyeron tablas de frecuencias y se ha realizado comparación de frecuencias mediante la χ^2 de Pearson. Para el análisis de variables cuantitativas se calculó la media y desviación estándar, utilizando el análisis de la varianza de una vía para la comparación de medias. Para cuantificar la asociación entre variables se determinaron OR crudas con sus intervalos de confianza al 95%, y OR estratificadas utilizando la OR de Mantel y Haenszel. Para ajustar



por múltiples variables se empleó el análisis logístico multivariante. Todos los cálculos se realizaron con el programa Stata 8.0.

RESULTADOS

Para el total muestral (N= 2.829) el porcentaje de inadecuación –siguiendo los criterios del PAUm– fue del 50,8%. La frecuencia de visitas inadecuadas fue 1,43 veces mayor cuando el paciente procedía de una zona no reconvertida que cuando estaba adscrito a un Centro de Salud (54,9% frente a 46,0%) y casi 6 veces mayor cuando no tenía zona asignada (Tabla 1).

La Tabla 2 recoge las características demográficas de la población muestral, una vez eliminados los 203 pacientes que no tenían asignado Centro de AP. En este último grupo –todos procedentes de Granada capital– se incluyeron pacientes con una edad media inferior al resto ($29,9 \pm 0,78$), mayor porcentaje de varones (61,1%), solteros (88,5%), con un alto porcentaje de estudiantes y parados. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la distribución por edad, sexo o estado civil, pero sí para el nivel de estudios y la actividad laboral, encontrándose mayor nivel de educación, mayor porcentaje de estudiantes y menor de parados en la población dependiente de las zonas no reconvertidas.

La frecuencia de inadecuación se asoció muy significativamente con la distancia al hospital, de forma que disminuye cuando ésta aumenta, con un test de tendencia significativo (Tabla 1).

Puesto que todas las zonas básicas con centros no recon-

vertidos o de reconversión reciente en el momento del estudio se encontraban en Granada capital, los análisis siguientes se centran en los 1.218 pacientes residentes en Granada capital y con atención primaria asignada, bien a centros de salud (551 pacientes) o bien a centros no reconvertidos o de reconversión reciente (667). La frecuencia de inadecuación fue aún significativamente mayor en los pacientes procedentes de CNR, si bien la magnitud de la asociación se redujo de forma importante (Tabla 3).

Se estudió el efecto del tipo de atención primaria estratificado por cada una de las variables de interés. Entre las variables demográficas se encontró heterogeneidad solo para el sexo; en el resto de los casos se pudo calcular la OR estratificada de Mantel y Haenszel, ligeramente superior a la estimación cruda cuando se ajustó por edad, e inferior cuando se estratificó por nivel de estudios (Tabla 4).

En la Tabla 5 se incluyen variables relacionadas con el conocimiento y uso de la atención primaria. Se encontraron diferencias en el porcentaje de pacientes que conocen o visitan al médico, mayor para los Centros de Salud que para los Centros No Reconvertidos, aunque no en el porcentaje de pacientes asignados a un CS o a un CNR que acudían con p10 (21,8 y 18,3%) respectivamente. La asociación entre tipo de AP e inadecuación varió en relación con el modo de derivación: las derivaciones formales –aportan p10– procedentes de centros no reconvertidos conllevaron un uso inadecuado de la urgencia con una frecuencia 1,5 veces mayor que los procedentes de Centros de Salud; cuando se trató de derivaciones informales –"viva voz"–, la frecuencia de inadecuación fue similar para ambos tipos de centros. Cuando acudían directamente (*mo-*

TABLA 1. Tipo de centro asignado, distancia al hospital e inadecuación de la urgencia (N=2.829)

	Urgencia apropiada (N= 1.392)	Urgencia inapropiada (N= 1.437)	OR (IC 95%)
Tipo de centro asignado			
Centro de Salud	1.057 (54,0%)	902 (46,0%)	1
Ambulatorio o reconvertido recientemente	301 (45,1%)	366 (54,9%)	1,43 (1,19 – 1,70)
No asignado	34 (16,6%)*	169 (83,3%)*	5,82 (3,99 – 8,51)
Distancia al hospital (Km)			
0 (capital)	616 (43,3%)	805 (56,7%)	2,65 (2,06 – 3,42)
<15	320 (50,5%)	314 (49,5%)	1,99 (1,51 – 2,63)
15-30	127 (51,0%)	122 (49,0%)	1,95 (1,39 – 2,74)
30-45	112 (55,7%)	89 (44,3%)	1,61 (1,12 – 2,31)
>45	217 (67,0%)	107 (33,0%)	1
Total muestral	1.392 (49,2%)	1437(50,8%)	

* Los 203 pacientes que no se habían asignado centro / médico de familia procedían de Granada capital.

TABLA 2. Características demográficas de la población muestral usuaria del SUH según el tipo de Atención Primaria asignada (eliminados los 203 sin centro asignado; N=2.626)

	GRANADA CAPITAL		PROVINCIA
	Centro de Salud N (%)	Centro No Reconvertido N (%)	Centro de Salud N (%)
SEXO (NS)			
Varón	251 (45,55)	306 (45,88)	713 (50,64)
Mujer	300 (54,45)	361 (54,12)	695 (49,36)
Edad (NS)			
15-24	97 (17,60)	112 (16,79)	210 (14,91)
25-34	109 (19,78)	99 (14,84)	201 (14,28)
35-44	82 (14,88)	90 (13,49)	183 (13,00)
45-54	58 (10,53)	77 (11,54)	155 (11,01)
55-64	53 (9,62)	72 (10,79)	200 (14,20)
65-74	76 (13,79)	115 (17,24)	266 (18,89)
≥ 75	76 (13,79)	102 (15,29)	193 (13,71)
Media (Error Estándar)	47,89 (0,91)	50,35 (0,83)	51,19 (0,56)
Estado civil (NS)			
Soltero	146 (26,84)	213 (32,32)	302 (21,57)
Casado	317 (58,27)	354 (53,72)	923 (65,93)
Viudo	57 (10,48)	66 (10,02)	141 (10,07)
Otros	24 (4,41)	26 (3,95)	34 (2,43)
Nivel de estudios (p<0,001)			
Sin Estudios	67 (12,32)	35 (5,32)	238 (16,99)
Primarios	341 (62,68)	334 (50,76)	905 (64,60)
Bachiller / FP	91 (16,73)	164 (24,92)	214 (15,27)
Universitarios	45 (8,27)	125 (19,00)	44 (3,14)
Actividad laboral (p<0,005)			
Amas de casa	124 (22,84)	123 (18,72)	370 (26,45)
Jubilados	159 (29,28)	204 (31,05)	433 (30,95)
Estudiantes	39 (7,18)	86 (13,09)	96 (6,86)
Parados	41 (7,55)	31 (4,72)	71 (5,07)
Ocupados	180 (33,15)	213 (32,42)	429 (30,66)

TABLA 3. Tipo de centro asignado (solo Granada capital) e inadecuación de la urgencia (N=1.421)

Tipo de AP	Urgencia inadecuada	Urgencia adecuada	Total	OR (IC 95%)
Centro de Salud	281 (51,00)	270 (49,00)	551 (100,00)	1,00
Centro No Reconvertido	301 (45,13)	366 (54,87)	667 (100,00)	1,27 (1,01-1,59)
Sin centro asignado	169 (83,25)	34 (16,75)	203 (100,00)	5,17 (3,38-7,92)

tu propio) la asociación fue menor (OR=1,20) y no significativa; cuando se trató de derivaciones informales, la frecuencia de inadecuación fue similar para ambos tipos de centros. El efecto del tipo de atención primaria sobre la inadecuación de la visita a urgencia sólo fue significativo

para los pacientes que "sí conocen" a su médico, en cuyo caso el estar asignado a un CNR suponía una frecuencia de inadecuación 1,27 veces mayor. Respecto al motivo de consulta, esta asociación sólo se detectó para las consultas burocráticas, estrato en el que no llega a alcanzar la signi-



TABLA 4. Efecto del tipo de Atención Primaria estratificado por las características demográficas de la población (N= 1.218)

	Centro de Salud		Centro No Reconvertido		OR (IC 95%) (CNR versus CS)
	Urgencia inadecuada	Urgencia adecuada	Urgencia inadecuada	Urgencia adecuada	
Sexo					
Varón	130	121	153	153	0,93 (0,67-1,30)
Mujer	140	160	213	148	1,64 (1,20-2,25)
OR ajustada Mantel y Haenszel					(1)
Edad					
15-24	57	40	73	39	1,31 (0,72-2,39)
25-34	68	41	66	33	1,21 (0,66-2,22)
35-44	44	38	57	33	1,49 (0,77-2,87)
45-54	28	30	45	32	1,51 (0,72-3,17)
55-64	22	31	38	34	1,57 (0,73-3,43)
65-74	29	47	56	59	1,54 (0,82-2,90)
≥ 75	22	54	31	71	1,07 (0,53-2,17)
OR ajustada Mantel y Haenszel					1,36 (1,08-1,72)
Estado civil					
Soltero	83	63	134	79	1,29 (0,82-2,02)
Casado	145	172	183	171	1,27 (0,93-1,74)
Viudo	20	37	26	40	1,20 (0,54-2,68)
Otros	15	9	15	11	,82 (0,23-2,94)
OR ajustada Mantel y Haenszel					1,24 (0,99-1,57)
Nivel de estudios					
Sin Estudios	19	48	16	19	2,13 (0,83-5,42)
Primarios	165	176	165	169	1,04 (0,76-1,42)
Bachiller / FP	51	40	101	63	1,26 (0,72-2,18)
Universitarios	28	17	76	49	,94 (0,43-2,00)
OR ajustada Mantel y Haenszel					1,13 (0,89-1,43)
Actividad laboral					
Amas de casa	55	69	65	58	1,41 (0,83-2,39)
Jubilados	57	102	86	118	1,30 (0,83-2,05)
Estudiantes	20	19	60	26	2,19 (0,93-5,13)
Parados	27	14	18	13	0,72 (0,25-2,10)
Ocupados	104	76	129	84	1,12 (0,73-1,71)
OR ajustada Mantel y Haenszel					1,27 (1,01-1,61)

(1) Test homogeneidad de Mantel y Haenszel p<0,05.

ficación, y para las consultas motivadas por patología aguda relacionada con el motivo de la urgencia. En este último caso los pacientes de CNR realizaron una utilización inadecuada con una frecuencia 1,86 veces mayor que los pacientes procedentes de CS. En relación con el tiempo transcurrido desde la última visita al médico de cabecera la frecuencia de inadecuación fue superior en los pacientes procedentes de CNR cuando más reciente era la última visita. Valorando globalmente los pacientes que consultan en las últimas 4 semanas se obtuvo una OR de 1,59 [1,13-

2,23]; cuando habían transcurrido meses o años desde la última visita o no se había hecho nunca no existió asociación entre tipo de AP e inadecuación (OR = 0,96; [0,70-1,32]).

En relación con el conocimiento del paciente sobre las posibilidades de atención fuera del horario habitual del médico de cabecera, los pacientes procedentes de CNR realizaron un uso inadecuado con mayor frecuencia cuando desconocían el punto de atención continuada (PAC) asignado. Hay que señalar que sólo un 10% de la

TABLA 5. Efecto del tipo de Atención Primaria estratificado por modo de acceso al servicio de urgencia, conocimiento, uso y características de la última visita (N= 1.218)

	Centro de Salud		Centro No Reconvertido		OR (IC 95%) (CNR versus CS)
	Urgencia Inadecuada	Urgencia Adecuada	Urgencia Inadecuada	Urgencia Adecuada	
Tipo de urgencia					
Derivación formal (P10)	27	93	37	85	1,50 (0,84-2,68)
Motu propio	234	177	317	200	1,20 (0,92-1,56)
Viva voz	9	11	12	16	0,92 (0,28-2,95)
OR ajustada Mantel y Haenszel					1,23 (0,97-1,56)
Conoce al médico de AP					
NO	20	10	48	32	0,75 (0,31-1,82)
SI	249	271	314	269	1,27 (1,00-1,61)
OR ajustada Mantel y Haenszel					1,22 (0,97-1,54)
Visita al médico de AP					
NO	16	12	40	22	1,36 (0,54-3,42)
SI	253	269	320	279	1,22 (0,96-1,54)
OR ajustada Mantel y Haenszel					1,23 (0,98-1,54)
Motivo última consulta					
Burocrático	69	93	138	131	1,42 (0,96-2,11)
Pat. crónica	28	26	19	19	0,93 (0,40-2,14)
Pat. aguda no relacionada	81	57	88	70	0,88 (0,56-1,41)
Pat. aguda relacionada	65	93	74	57	1,86 (1,15-2,99)
OR ajustada Mantel y Haenszel					1,29 (1,02-1,64)
Tiempo desde última visita					
< 24 horas	22	45	19	25	1,55 (0,70-3,43)
1 a 6 días	30	50	35	34	1,72 (0,88-3,33)
1 a 4 semanas	55	75	89	84	1,44 (0,91-2,29)
1 a 12 meses	95	82	121	99	1,05 (0,71-1,57)
Más de 1 año	48	17	58	34	0,60 (0,30-1,22)
OR ajustada Mantel y Haenszel					1,19 (0,94-1,51)
Conoce PAC asignado					
No o incorrecto	244	259	322	247	1,38 (1,08-1,77)
PAC correcto	13	20	36	50	1,11 (0,45-2,76)
OR ajustada Mantel y Haenszel					1,36 (1,08-1,71)
Visita anterior a urgencias					
No	18	19	60	41	1,54 (0,72-3,31)
Si, no relacionada	163	134	196	119	1,35 (0,98-1,87)
Si, relacionada	80	127	105	141	1,18 (0,81-1,72)
OR ajustada Mantel y Haenszel					1,30 (1,03-1,64)

población estudiada (limitada a residentes en la capital), conocía el PAC correcto, porcentaje que fue significativamente superior en los pacientes de CNR que en los de CS (13,1% vs 6,2%). La frecuencia de inadecuación en pacientes procedentes de CNR también fue mayor cuando no se había utilizado anteriormente el servicio de urgencias hospitalarias o se había utilizado por problemas no relacionados con el actual.

Por último se exploró el efecto de las variables poten-

cialmente asociadas con la gravedad del cuadro (Tabla 6). No existieron diferencias significativas en la frecuencia de antecedentes ni en el tiempo de evolución de los síntomas en los dos grupos de pacientes. El efecto del tipo de atención primaria tendió a aumentar con el tiempo de evolución de los síntomas y fue mayor cuando existían antecedentes patológicos. Al estratificar en función de la especialidad a la que corresponde el motivo de consulta sólo se encontró una asociación significativa para el sistema



TABLA 6. Efecto del tipo de Atención Primaria estratificado por variables potencialmente asociadas con la gravedad de la consulta (N= 1.218)

	Centro de Salud		Centro No Reconvertido		OR (IC 95%) (CNR versus CS)
	Urgencia inadecuada	Urgencia adecuada	Urgencia inadecuada	Urgencia adecuada	
Antecedentes					
No	131	64	164	69	1,16 (0,77-1,75)
Sí	139	217	202	232	1,36 (1,02-1,81)
OR ajustada Mantel y Haenszel					1,29 (1,02-1,63)
Tiempo de evolución de los síntomas					
Horas	47	102	88	135	1,41 (0,91-2,20)
Días	145	101	167	104	1,12 (0,79-1,59)
Semanas	44	47	68	38	1,91 (1,07-3,42)
Meses / años	34	31	43	24	1,63 (0,77-3,48)
OR ajustada Mantel y Haenszel					1,36 (1,08-1,72)
Especialidad					
Digestivo	18	74	34	61	2,29 (1,16-4,51)
Respiratorio	23	42	26	39	1,22 (0,60-2,49)
Cardiología	7	32	8	53	0,69 (0,23-2,10)
M. Interna	24	35	37	39	1,38 (0,69-2,76)
Urología	21	33	16	30	0,84 (0,37-1,91)
Reumatología	22	5	21	3	1,59 (0,33-7,66)
Otras médicas	8	18	12	15	1,80 (0,57-5,68)
Médico-quirúrgicas	101	22	148	29	1,11 (0,60-2,05)
Quirúrgicas	28	16	43	19	1,29 (0,57-2,95)
Psiquiatría	18	4	21	13	0,36 (0,10-1,35)
OR ajustada Mantel y Haenszel					1,23 (0,95-1,59)
Inclusión en listas de espera					
No	214	169	283	186	1,20 (0,91-1,59)
Si	56	112	83	115	1,44 (0,92-2,27)
OR ajustada Mantel y Haenszel					1,27 (1,01-1,60)
Turno					
Mañana	96	94	164	103	1,56 (1,05-2,31)
Tarde	112	116	143	122	1,21 (0,84-1,76)
Noche	62	71	59	76	0,89 (0,53-1,48)
OR ajustada Mantel y Haenszel					1,24 (0,99-1,56)

digestivo. La inclusión en listas de espera para consulta, revisión o cirugía también se asoció con un aumento de la asociación entre CNR e inadecuación. En relación con la hora a la que se produce la demanda, la mayor asociación entre tipo de atención primaria e inadecuación se detecta para el turno de la mañana, desapareciendo la asociación en el turno de noche.

Cuando se estimó el efecto neto del tipo de atención primaria, controlando por análisis logístico todas las variables potencialmente confusoras, la OR ajustada fue de 1,40 (1,08-1,81). No se ajustó por sexo puesto que esta variable introducía una modificación de efecto significativa; en su lugar se repitió el ajuste estratificando por sexos. En varones no se

detectó asociación entre el tipo de atención primaria y la inadecuación; por el contrario, en mujeres la atención primaria proporcionada por un centro no reconvertido supuso una frecuencia de uso inadecuado 1,9 veces mayor que cuando pertenecían a un centro de salud (OR=1,90; 1,31-2,75). Estudiando el efecto de la interacción entre tipo de AP y sexo se llega a la conclusión de que el sexo mujer no se asocia con la frecuencia de inadecuación en los CS (OR=0,87; 0,60-1,26), la frecuencia de inadecuación en varones asignados a CNR es igual que la de varones asignados a CS (OR=1,01; 0,69-1,47) y la frecuencia de inadecuación en mujeres asignadas a CNR es 1,6 veces mayor que la de varones con AP en CS (OR=1,60; 1,11-2,30).

DISCUSIÓN

Los resultados expuestos derivan de un abordaje transversal. La limitación fundamental es la ausencia de datos sobre la frecuencia de utilización del SUH (adecuada o no) en la población estudiada, analizando el efecto del tipo de atención primaria en función de las variables de necesidad y uso de otros servicios. El análisis presentado parte de una muestra representativa de los usuarios del SUH; se basa en la premisa de que el porcentaje de consultas objetivamente valoradas como inadecuadas permite de forma indirecta valorar la utilización del SUH: cuanto mayor sea éste en un subgrupo de población dado peor será la utilización del SUH en dicha población. La exhaustividad de los datos recogidos y la valoración de la adecuación mediante un protocolo con criterios objetivos, previamente validado²³⁻²⁴, constituye la principal fortaleza del estudio.

El factor de riesgo que se analiza es el tipo de atención primaria asignada: Centro de Salud vs Centro no Reconvertido (incluyendo entre ellos los de reconversión reciente, antiguos ambulatorios que llevan menos de un año funcionando como centros de salud). Un tercer grupo de pacientes, sin atención primaria asignada, presentó una frecuencia de uso inadecuado 5 veces superior, explicada porque en estos casos el SUH fue la única o principal fuente de cuidados²⁵. Esta situación se dio sólo en 203 casos (un 7,2% de los pacientes estudiados, que alcanza el 14% en relación con los residentes en Granada capital), con una edad media significativamente inferior al resto de la población, predominio de varones y alta frecuencia de estudiantes, inmigrantes y personas sin hogar, estos últimos en su mayoría con problemas de adicción a drogas.

El análisis se limitó a la población residente en Granada capital por el importante efecto de la distancia al centro sobre la adecuación o no de la urgencia, reiteradamente constatado²⁶⁻²⁷, ya que todos los centros no reconvertidos se encontraban en la capital. Esto puede explicar los diferentes hallazgos en relación con estudios desarrollados en zonas distantes al hospital, o en los que no se controla el efecto de la distancia. Así, se han mencionado disminuciones significativas en el incremento de las urgencias cuando se comparan poblaciones atendidas en centros de salud o ambulatorios⁹. Estudios realizados en otros países, fundamentalmente en Canadá, referidos al aumento de la disponibilidad y accesibilidad de médicos de atención primaria, encuentran un efecto variable y en el mejor de los casos transitorio sobre la utilización de los SUH^{18,29,29}.

Más del 75% de los pacientes estudiados acudieron al SUH por propia iniciativa, sin contactar previamente con el servicio de AP asignado; estas cifras se sitúan en un rango medio-alto entre lo descrito en la literatura^{7,12,21,22,28,29}. Si la re-

forma sanitaria afecta a la utilización del SUH es lógico pensar que lo haría solo en caso de utilización de los servicios de AP. De ahí que se analice el comportamiento de la asociación entre tipo de AP e inadecuación estratificando por el resto de las variables disponibles. Los resultados obtenidos se pueden sintetizar:

- Mayor asociación entre el tipo de AP (CNR vs CS) e inadecuación en subgrupos de población para los que se ha descrito mayor utilización de los servicios sanitarios: sexo mujer y edad entre 35 y 70 años; implica que en el supuesto de que la reforma de la AP tuviera algún efecto sobre la utilización de los SUH este efecto sólo alcanza a los usuarios de los servicios, por lo que deberían potenciarse los esfuerzos para aumentar la cobertura real de los centros de salud y la extensión de uso.

- Mayor asociación entre el tipo de AP y la inadecuación de la urgencia cuando el paciente acude con p10 o se ha realizado una consulta reciente (el motivo de la última consulta al médico fue un problema agudo relacionado con el motivo de la urgencia y ésta se ha realizado en el último mes). Son datos que invitan a pensar en una mayor capacidad resolutoria de los CS frente a los CNR. El aumento del efecto del CNR sobre la inadecuación para determinadas especialidades podría interpretarse igualmente en este sentido, aunque el excesivo número de estratos dificulta su valoración. En aras de contemplar medidas correctoras, las "derivaciones inadecuadas" deben recaer sobre el médico de AP prescriptor del volante o indicación verbal de acudir; el paciente actuó debidamente: acudir a su médico.

- Mayor asociación entre tipo de AP e inadecuación en las urgencias atendidas en el turno de mañana (OR= 1,56; 1,05-2,31) –precisamente el intervalo horario de máximo rendimiento de los centros de AP– y cuando el sujeto está incluido en listas de espera. Podría reflejar una menor accesibilidad de los CNR frente a los CS.

La existencia de heterogeneidad significativa en función del sexo obligó a valorar independientemente su efecto, que fue mucho más acentuado en mujeres que en varones. Desde una perspectiva poblacional, analizando la utilización de urgencias en el año previo referida por el usuario, Bolívar et al²² señalaron que la reforma de la atención primaria disminuía la utilización del servicio de urgencias hospitalario particularmente en mujeres adultas.

Como conclusión, los resultados obtenidos sugieren que la reforma de la AP tiene un potencial significativo para mejorar la utilización de los SUH, si bien éste pasa por conseguir que la población utilice los servicios de AP, mejorando la accesibilidad tanto horaria como cultural de estos centros y su capacidad resolutoria.



BIBLIOGRAFÍA

- 1- Burt CW, McCaig LF. Trends in hospital emergency department utilization: United States, 1992-99. *Vital Health Stat* 2001;13:1-34.
- 2- Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. *Ann Emerg Med* 2000;35:63-8.
- 3- 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;50:456-62.
- 4- Sarver JH, Cydulka RK, Baker DW. Usual source of care and nonurgent emergency department use. *Acad Emerg Med* 2002;9:916-23.
- 5- 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;36:1249-55.
- 6- Escobedo F, González L, Salarichs M, Manzano A, Martín JA, Albaladejo C. Evaluación de las urgencias hospitalarias desde un área básica de salud. *Aten Primaria* 1997;19:169-75.
- 7- Ibañez Pérez F, Gutiérrez Ruiz B, Olaskoaga Arrate A. Estudio de la utilización de servicios de urgencias hospitalarios por la población de un EAP: grado de adecuación. *Aten Primaria* 1991;8:764-9.
- 8- Grumbach K, Keane D, Bindman A. Primary care and public emergency department overcrowding. *Am J Public Health* 1993;83:372-8.
- 9- Murphy AW. 'Inappropriate' attenders at accident and emergency departments II: health service responses. *Fam Pract* 1998;15:33-7.
- 10- Murphy AW. 'Inappropriate' attenders at accident and emergency departments I: definition, incidence and reasons for attendance. *Fam Pract* 1998;15:23-32.
- 11- Lowe RA, Abbuhl SB. Appropriate standards for "appropriateness" research. *Ann Emerg Med* 2001;37:629-32.
- 12- Sempere-Selva T, Peiro S, Sendra-Pina P, Martínez-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;37:568-79.
- 13- Grupo de trabajo de la SAMFYC. Ordenación de las urgencias en Atención Primaria. *Aten Primaria* 1992;9:269-75.
- 14- Gill JM. Nonurgent use of the emergency department: appropriate or not? *Ann Emerg Med* 1994;24:953-7.
- 15- Oster A, Bindman AB. Emergency department visits for ambulatory care sensitive conditions: insights into preventable hospitalizations. *Med Care* 2003;41:198-207.
- 16- Ullman R, Block JA, Boatright NC, Stratmann WC. Impact of a primary care group practice on emergency room utilization at a community hospital. *Med Care* 1978;16:723-9.
- 17- Maynard EJ, Dodge JS. Introducing a community health center at Mosgiel, New Zealand: effects on use of the hospital accident and emergency (A & E) department. *Med Care* 1983;21:379-88.
- 18- Grossman LK, Rich LN, Johnson C. Decreasing nonurgent emergency department utilization by Medicaid children. *Pediatrics* 1998;102:20-4.
- 19- Chueca Rodríguez C, Bentue Ferrer C, Delgado Marroquin M, Galan Herrera S, Herrero Castejon A, Fanlo Merono C. Adecuación de los volantes urgentes remitidos desde atención primaria a un hospital general. *Aten Primaria* 1992;10:671-4.
- 20- Alonso Fernández M, Hernández Mejía R, del Busto Prado F, Cueto Espinar A. Utilización de un servicio de urgencias hospitalario. *Rev Sanid Hig Publica (Madr)* 1993;67:39-45.
- 21- Diego Dominguez F, Franch Nadal J, Alvarez Torices JC, Alvarez Guisasaola F, de Pablo Pons ML, Villamar Berceuelo J. Urgencias hospitalarias en el área sanitaria de León. Estudio de la repercusión en atención primaria. *Aten Primaria* 1990;7:37-43.
- 22- Bolibar I, Balanzo X, 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;107:289-95.
- 23- Sánchez-López J, Luna del Castillo J de D, Jimenez-Moleon JJ, Delgado-Martín AE, Lopez de la Iglesia B, Bueno-Cavanillas A. Propuesta y validación del Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias modificado. *Med Clin (Barc)* 2004;122:177-9.
- 24- Sempere Selva T, Peiro S, Sendra Pina P, Martínez Espin C, López Aguilera I. Validación de un instrumento de evaluación de la adecuación de las visitas a urgencias hospitalarias. *Rev Esp Salud Pública* 1999;73:465-79.
- 25- Lang T, Davido A, Diakite B, Agay E, Viel JF, Flicoteaux B. Using the hospital emergency department as a regular source of care. *Eur J Epidemiol* 1997;13:223-8.
- 26- Alberola Benavent V, Rivera Casares F. La atención primaria como determinante de la utilización del servicio de urgencias hospitalario. *Aten Primaria* 1994;14:825-8.
- 27- Marco García MT, Rodríguez Frias M, Gobierno Hernández J, González Guillermo T, Cabrera de León A, Pérez Méndez L. Accesibilidad a las urgencias pediátricas hospitalarias: distancia y métodos diagnósticos. *Aten Primaria* 1994;14:873-6.
- 28- Derlet RW, Nishio D, Cole LM, Silva J Jr. Triage of patients out of the emergency department: three-year experience. *Am J Emerg Med* 1992;10:195-9.
- 29- Hilditch JR. Changes in hospital emergency department use associated with increased family physician availability. *J Fam Pract* 1980;11:91-6.