

Análisis de las consultas a un servicio de urgencias hospitalario según el origen de los pacientes

ISMAEL FONT¹, ANDREA IZQUIERDO², JORDI PUIGURIGUER³

¹Gerencia. ²Servicio de Admisión. ³Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca, España.

CORRESPONDENCIA:

Jordi Puiguriguer Ferrando
Servicio Urgencias Hospital
Universitario Son Dureta
C/Andrea Doria 55, planta baja
07014 Palma de Mallorca.
Balears, España
E-mail: jordi.puiguriguer@ssib.es

FECHA DE RECEPCIÓN:

29-10-2008

FECHA DE ACEPTACIÓN:

30-3-2009

CONFLICTO DE INTERESES:

Ninguno

Objetivos: Analizar los datos demográficos y de procedencia por países de origen de los pacientes que acceden al área de urgencias de adultos de nuestro hospital en un año natural, y verificar aspectos administrativos relacionados con dicha asistencia tales como ingreso hospitalario, tipo de cobertura sanitaria y estancia media.

Método: Se hace un análisis estadístico de los datos almacenados en un año en el sistema informático del hospital, y se consideran las variables país de procedencia, decisión de ingreso o alta en el mismo episodio y edad. Finalmente se hace un análisis de los sistemas de financiación de los pacientes y del tiempo de estancia en urgencias.

Resultados: Los pacientes españoles representan el 81,1% de nuestra población asignada, y constituyen el grupo de población más numeroso que acude a urgencias (73%), seguido por los habitantes con origen en América latina (10%) y los europeos comunitarios (6,7%). La tasa de ingresos hospitalarios es mayor para pacientes españoles (15,9%) y europeos comunitarios (14,7%); ambos grupos son los que tienen un mayor porcentaje de población con edad superior a 65 años. No obstante, en la tasa de ingreso por 1.000 habitantes, los españoles aparecen en tercer lugar, después de los habitantes de la Eurozona y de los de la Ribera del Mediterráneo Sur. El 88,8% de los pacientes dispone de una cobertura sanitaria pública, y destaca la población española con un 93,9%. Un 5,5% del total tienen un seguro privado, de ellos un 26% corresponde a pacientes de la Unión Europea. Los casos atendidos sin ninguna cobertura sanitaria representa 1.353 urgencias en el año 2007 (1,5% del total), principalmente pacientes procedentes de la antigua Unión Soviética y del África Subsahariana. La duración media del proceso asistencial y de estancia en el área de urgencias global es menor de 4 horas. Dicha estancia se relaciona fundamentalmente con el tipo de patología y área de asistencia, el área traumatológica es la más ágil, y no existen diferencias significativas según el país de origen, el tiempo de estancia y la decisión de ingreso o alta. Las estancias más prolongadas se dan en el bloque quirúrgico, y mayormente en pacientes cuyos orígenes conllevan con frecuencia una barrera idiomática.

Conclusión: Existen diferentes necesidades de atención médica urgente y diferente situación administrativa en función del país del origen del paciente. [Emergencias 2009;21:262-268]

Palabras clave: Accesos a urgencias hospitalarias. País de procedencia. Ingreso hospitalario. Seguridad Social. Financiación. Estancia hospitalaria.

Introducción

Es frecuente el debate en medios de comunicación del mal uso que se hace de los servicios de urgencias y en especial el empleo que de ello hace el personal extracomunitario¹. Huyendo de cualquier debate xenófobo que se pudiera generar, los autores en el presente trabajo no pretendemos debatir sobre las causas que ocasionan este uso adecuado o inadecuado del servicio de urgencias, ni

sus consecuencias u otros aspectos profesionales que se generan a partir de las condiciones de saturación que a menudo se sufren en nuestros servicios de urgencias hospitalarios, sino analizar la tipología poblacional y el perfil del paciente que hace uso de nuestro servicio en un año, y relacionar las diferencias de frecuentación y de las tasas de ingresos, si las hubiera, en razón del país de procedencia y los grupos de edad de los pacientes^{2,3}. También se analizaban otras variables

que pueden ser relevantes en la asistencia urgente como son la estancia total expresada en horas en el propio servicio de urgencias, y el tipo de cobertura sanitaria de los pacientes que acuden.

Método

Como fuente de datos de la población de referencia de nuestro hospital y su distribución según grupos de edad y país de procedencia, se han usado los listados de las Tarjetas Sanitarias Individuales aportados por el *Servei Balear de Salut* que corresponden al periodo de tiempo analizado. Se han tomado los datos de los pacientes que ingresaron en las áreas de urgencias de adultos del Hospital Son Dureta en Palma de Mallorca, durante el periodo que va del 1 de enero de 2007 a 31 de diciembre del mismo año. Asimismo, se empleó el fichero de los pacientes hospitalizados para identificar a los que habían permanecido ingresados en el área de urgencias.

La población de referencia del hospital es de 288.409 personas, a las que ha de sumarse toda la población de la Comunidad Autónoma de Islas Baleares para las especialidades de referencia, así como la numerosa población que pernocta en nuestra Comunidad relacionada con actividades turísticas. Pese a ello, debe manifestarse que en Mallorca hay más de un millar de camas del sector privado que se nutren básicamente de pacientes vinculados con accidentes de tráfico y pacientes financiados por mutuas, entre los que se encuentra un importante número de pacientes extranjeros.

El estudio se realizó en el conjunto de pacientes ingresados en el pabellón A, que corresponde a sujetos adultos tributarios de atención médica o quirúrgica. No entraron en el estudio pacientes pediátricos (menores de 15 años) o los atendidos exclusivamente en el área de toco-ginecología, ya que ambos se atienden en un área materno-infantil totalmente diferenciada.

Las variables empleadas fueron el número de episodio, el número de historia clínica, el país de nacimiento, número de seguridad social o de sistema de cobertura sanitario, destino al alta (ingreso), el servicio o área del servicio de urgencias que realiza la atención y el tiempo de permanencia final. Las técnicas de análisis estadístico fueron las tasas de pacientes atendidos en urgencias por nacionalidades. Se empleó el test de la ji al cuadrado para la determinación de proporción de altas por grupos de edad y país, el financiador por país, altas por área de especialidad y país y final-

mente, el test del análisis de varianza de dos vías para el tiempo total en urgencias por individuo, área asistencial y país de procedencia.

Se han eliminado del trabajo los pacientes fallecidos, ya que su cifra total era de 113 sobre 89.283 casos estudiados, y su distribución era perfectamente uniforme (igual al 0,1% para la población de España, resto de Europa, Hispanoamérica y Ribera Sur del Mediterráneo). Manifestar, finalmente, que la diferencia de efectivos en los distintos cuadros son debidos a la ausencia de uno u otro de los valores de referencia empleados en cada ocasión.

Resultados

Durante el año 2007 el total de visitas a urgencias fue de 130.832^{4,5}. En el Pabellón A, motivo de este estudio, el total fue de 89.283 urgencias. De ellas al bloque médico le correspondieron 51.974 visitas, al bloque quirúrgico 9.729 y al traumatológico 27.580. El resto, 28.914, correspondieron al área de pediátrica y 12.309 a toco-ginecología no ha sido analizado en el presente trabajo.

La población de referencia del Hospital Universitario Son Dureta es de 288.407 personas. Por países de procedencia el 81,1% tienen su origen en nuestro país y casi un 15% son extracomunitarios (Tabla 1).

El primer lugar en tasa de visitas a urgencias corresponde a personas pertenecientes a la Unión Europea, excluida. España, con el 62,9 por 1.000 habitantes España ocupa el tercer lugar con 44 por 1.000. En contraposición, el porcentaje total de ingresos para España ocupa el primer lugar con un 16,0%, seguido por el del resto de la Unión Europea (UE) con un 14,7. En cambio, los habitantes de la antigua Unión Soviética y los hispanoamericanos son los que presentan un porcentaje de ingresos inferior (el 6,5% y 6,9%, respectivamente).

Es de notar que entre la tasa de altas de urgencias por 1.000 habitantes, tenemos una de 648 para los habitantes de la Ribera Mediterránea sur, seguida de un 416 para la población de la antigua Unión Soviética y países no pertenecientes a la UE, lo cual contrasta con la de 234 de la población española. La población española es la más numerosa con un total de 65.115 personas vivas asistidas. Entre la población de la Ribera Sur del Mediterráneo el número total de visitas fue de 1.626, lo cual representa el 70% de la población adscrita oficialmente con dicho origen.

Tabla 1. Distribución poblacional, tasas y porcentaje por ingresos y altas de urgencias en el Hospital Universitario Son Dureta en el año 2007^e

Países agregados por zonas	Población N (%)	Consultas a urgencias* N (%)	Consultas a urgencias por 1.000 habitantes	Altas por 1.000	Altas** N (%)	Ingresos** N (%)	Fallecidos** N (%)
España	233.945 (81,1)	65.206 (73,1)	44,4	233,9	54.710 (83,9)	10.395 (15,9)	101 (0,1)
Hispanoamérica	27.786 (9,6)	8.960 (10,1)	22,3	299,9	8.334 (93,0)	620 (6,9)	6 (0,1)
Resto eurozona	13.964 (4,8)	5.964 (6,7)	62,9	363,8	5.079 (85,2)	578 (14,7)	7 (0,1)
Antigua Unión Soviética + Europa central + Europa no comunitaria	4.406 (1,5)	1.961 (2,2)	28,8	416,3	1.834 (93,5)	127 (6,5)	0 (0,0)
Resto mundo	3.287 (1,1)	823 (0,9)	20,4	230,0	756 (91,9)	67 (8,1)	0 (0,0)
Subsahara + África	2.718 (0,9)	748 (0,8)	27,2	248,0	674 (90,1)	74 (9,9)	0 (0,0)
Ribera Mediterráneo Sur	2.301 (0,8)	1.626 (1,8)	57,8	648,4	1.491 (91,8)	133 (8,2)	2 (0,1)
Sin país de referencia	-	3.995 (4,5)					
Total	288.407 (100,0)	89.283 (100,0)	42,6	252,7	72.878 (85,30)	11.416 (14,57)	116 (0,10)

*p < 0,001 para la distribución global respecto al origen de la población.

**p < 0,001 para la comparación de la distribución de ingresos, altas y fallecidos según el distinto origen de la población.

Hubo 113 fallecimientos en total, 91 pertenecientes a España, 6 a la UE, 6 a Hispano América y uno a la Ribera de Mediterráneo Sur.

El porcentaje total de ingresos hospitalarios provenientes del área de urgencias de adultos fue del 14,4% en el año 2007, este porcentaje se distribuyó con un 7,0% de entre el total de los de 18 a 46 años, un 15,2% para los de 46 a 65 años y un 28,9% para el grupo final de más de 66 años (Tabla 2).

Hubo diferencias en el porcentaje de ingresos dependiendo del país de procedencia, excepto para los mayores de 66 años donde es sensiblemente más uniforme, con la excepción de los habitantes de la antigua Unión Soviética. No obstante, esta tabla permite realizar una lectura inversa. Así, observamos que en más del 90% de cualquier lugar de origen de los pacientes jóvenes (menores de 46 años) no ingresan. Este porcentaje se incrementa a porcentajes superiores, el 94%, en el caso de los orígenes en la antigua Unión Soviética y los países hispanoamericanos. En el grupo de edad entre los 46 y los 65 años los pacientes con origen en Hispanoamérica, Ribera Sur del Mediterráneo y antigua Unión Soviética, presentan un porcentaje de altas superior al 90%. La tasa de in-

gresos por grupos de edad aumenta progresivamente, desde los de 18 a 46 años, con un 7,0%, a los de 46 a 65 años con un 15,2% para finalmente acabar con los de más de 65 años que alcanzan el 28,9% de ingresos. Existen diferencias estadísticamente significativas entre los países en los primeros grupos etarios. Entre los españoles, la cobertura de seguridad social alcanza el 93,9%, seguida por un 78,5% por la Ribera Norte del Mediterráneo y un 76,4% por los hispano-americanos (Tabla 3)⁷. Es notorio el porcentaje de beneficencia total del 1,6%, lo que representa 1.353 pacientes en el año 2007, que se concentra básicamente en urgencias de pacientes que provienen de la antigua Unión Soviética y Europa Central no perteneciente a la Unión Europea (13,2%), seguidos por los subsaharianos y africanos (9,6%) y los hispano-americanos (8,9%).

Destacar que el área quirúrgica, que apenas representa el 11,1% de los pacientes asistidos en urgencias, no presenta diferencias en cuanto al porcentaje de ingresos que genera (Tabla 4) (P = 0,47).

En el área médica el mayor porcentaje de ingresos corresponde a la población española con un 22,8% y el menor a la población de la antigua

Tabla 2. Distribución por países de procedencia, grupos de edad e ingresos

Grupo de edad		España	Resto eurozona	Hispano- América	Ribera Sur Mediterránea	África + Oceanía	Antigua Unión Soviética	Resto mundo	Total
De 18 a 46 años*	Alta [N (%)]	27.294 (92,7)	3.025 (92,1)	6.479 (94,4)	1.147 (93,1)	607 (91,0)	1.524 (95,1)	550 (94,3)	40.626 (93,0)
	Ingreso [N (%)]	2.142 (7,3)	258 (7,9)	386 (5,6)	85 (6,9)	60 (9,0)	79 (4,9)	33 (5,7)	3.043 (7,0)
	Total	29.436	3.283	6.865	1.232	667	1.603	583	43.669
De 46 a 65 años**	Alta [N (%)]	13.564 (84,0)	1.166 (82,2)	1.523 (91,9)	271 (92,2)	60 (84,5)	281 (90,6)	164 (88,6)	17.029 (84,8)
	Ingreso [N (%)]	2.589 (16,0)	253 (17,8)	135 (8,1)	23 (7,8)	11 (15,5)	29 (9,4)	21 (11,4)	3.061 (15,2)
	Total	16.153	1.419	1.658	294	71	310	185	20.090
De 66 a 99 años***	Alta [N (%)]	13.852 (71,0)	888 (70,8)	332 (77,0)	73 (74,5)	7 (70,0)	29 (60,4)	42 (76,4)	15.223 (71,1)
	Ingreso [N (%)]	5.664 (29,0)	367 (29,2)	99 (23,0)	25 (25,5)	3 (30,0)	19 (39,6)	13 (23,6)	6.190 (28,9)
	Total	19.516	1.255	431	98	10	48	55	21.413

*p < 0,001 para la comparación de la distribución de ingresos y altas según el distinto origen de la población.

**p < 0,001 para la comparación de la distribución de ingresos y altas según el distinto origen de la población.

***p = 0,07 para la comparación de la distribución de ingresos y altas según el distinto origen de la población.

Tabla 3. Tipo de financiación o de cobertura sanitaria de los pacientes que acceden al área de urgencias, según el lugar de procedencia

Financiador	España	Resto eurozona	Hispano-América	Ribera Sur Mediterránea	África + Oceanía	Antigua Unión Soviética	Resto mundo	Total
Seguridad social [n (%)]	61.134 (93,9)	2.963 (49,7)	6.844 (76,4)	1.276 (78,5)	519 (69,4)	1.062 (54,2)	598 (72,7)	74.396 (87,3)
Particulares [n (%)]	1.311 (2,0)	1.551 (26,0)	936 (10,5)	158 (9,7)	101 (13,5)	518 (26,4)	133 (16,2)	4.708 (5,5)
Accidentes de tráfico [n (%)]	1.251 (1,9)	108 (1,8)	175 (2,0)	19 (1,2)	11 (1,5)	28 (1,4)	22 (2,7)	1.614 (1,9)
Accidentes de trabajo, enf. profesionales [n (%)]	758 (1,2)	71 (1,2)	117 (1,3)	33 (2,0)	17 (2,3)	30 (1,5)	16 (1,9)	1.042 (1,2)
Estado [n (%)]	528 (0,8)	42 (0,7)	74 (0,8)	53 (3,3)	26 (3,5)	12 (0,6)	0 (0,0)	735 (0,9)
Convenios internacionales [n (%)]	71 (0,1)	1.172 (19,7)	7 (0,1)	2 (0,1)	2 (0,3)	53 (2,7)	3 (0,4)	1.310 (1,5)
Beneficencia [n (%)]	43 (0,1)	50 (0,8)	797 (8,9)	82 (5,0)	72 (9,6)	258 (13,2)	51 (6,2)	1.353 (1,6)
Agresiones [n (%)]	19 (0,0)	1 (0,0)	4 (0,0)	2 (0,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	26 (0,0)
Total	65.115	5.958	8.954	1.625	748	1.961	823	85.184

*p < 0,001 para la comparación de la distribución del financiador según el distinto origen de la población.

Unión Soviética con un 7,2% (P < 0,001). En el área de urgencias traumatológicas el mayor porcentaje corresponde a la población de resto de Europa, con un 8,13%, y el menor Hispanoamérica, con un 3,69% (P < 0,000).

Finalmente en la Tabla 5 se analiza el tiempo medio de los pacientes según el grupo de especialidad de atención y el lugar de origen. En ella se puede observar los tiempos medios diferenciados por área asistencial, según el destino final del paciente (ingreso o alta), y en relación al origen del paciente. Así tenemos un promedio de 4,2 horas de estancia para los pacientes del bloque médico para ingresar y de 3,6 horas para el alta. En el bloque quirúrgico 5,4 horas para el ingreso y 4,0 horas para el alta, y en el área traumatológica 4,1 horas para el ingreso y 3,0 horas para el alta. El análisis estadístico mostró que había diferencias significativas entre países en el tiempo de estancia en urgencias para los pacientes que ingresaban (P < 0,05), pero no así para aquéllos que finalmente eran dados de alta (P = 0,13)

Discusión

El primer dato relevante que hemos objetivado es que la población de origen español sólo ocupe el

tercer lugar en tasa de frecuentación al servicio de urgencias por 1.000 habitantes, después de los que tienen su origen en la zona del África Subsahariana (segundo lugar), que por otra parte representan una comunidad con poca presencia en nuestra población de referencia (0,8%), y de los habitantes que tienen su origen en el resto de la UE (primer lugar de tasa de frecuentación), éstos con un porcentaje poblacional ya más importante (4,8%) en una comunidad autónoma turística como Baleares.

Estos datos obtenidos en la tasa de frecuentación de urgencias, en el caso concreto de los pacientes con orígenes en países de la UE, coincide también con los datos obtenidos en el porcentaje de ingresos de pacientes, donde se ha detectado que el principal factor condicionante para prever el ingreso de un paciente, no es su lugar de origen, sino su edad.

Todo ello puede atribuirse a que en nuestra población de referencia con orígenes en estos países de la UE, hay un gran porcentaje que son residentes en nuestra isla pero que pertenecen a estos grupos de edad con mayor impacto en las tasas de ingreso. En cambio la influencia turística, también sin duda notable, es menor de lo que se podría prever, por un doble motivo: por un lado por la presencia en el sector sanitario privado en Mallorca de más de un millar de camas para la atención precisamente de estos pa-

Tabla 4. Número de pacientes en áreas asistenciales de urgencias por países y grupos de especialidad

Área asistencial	España	Resto eurozona	Hispano-América	Ribera Sur Mediterránea	Antigua Unión Soviética	Resto mundo	Total	% sobre subtotales
Médica								
Alta [n(%)]	29.472 (77,20)	2.462 (79,16)	4.771 (91,10)	917 (90,26)	1.012 (92,84)	881 (89,26)	39.515 (79,64)	
Ingreso [n(%)]	8.706 (22,80)	648 (20,84)	466 (8,90)	99 (9,74)	78 (7,16)	106 (10,74)	10.103 (20,36)	
Total	38.178	3.110	5.237	1.016	1.090	987	49.618	58,2%
Quirúrgica								
Alta [n(%)]	7.133 (94,25)	459 (92,17)	822 (94,37)	145 (92,95)	202 (93,95)	125 (95,42)	8.886 (94,14)	
Ingreso [n(%)]	435 (5,75)	39 (7,83)	49 (5,63)	11 (7,05)	13 (6,05)	6 (4,58)	553 (5,86)	
Total	7.568	498	871	156	215	131	9.439	11,1%
Traumatológica								
Alta [n(%)]	18.114 (93,52)	2.159 (91,87)	2.741 (96,31)	430 (94,92)	620 (94,51)	424 (93,60)	24.488 (93,73)	
Ingreso [n(%)]	1.255 (6,48)	191 (8,13)	105 (3,69)	23 (5,08)	36 (5,49)	29 (6,40)	1.639 (6,27)	
Total	19.369	2.350	2.846	453	656	453	26.127	30,7%

*p < 0,001 para la comparación de la distribución del área de asistencia en urgencias según el distinto origen de la población.

Tabla 5. Tiempo en horas en el área de urgencias por países y grupos de especialidades

Área asistencial		España	Resto eurozona	Hispano-América	Ribera Sur Mediterránea	Antigua Unión Soviética	África + Oceanía	Resto mundo	Promedios totales
Médica	Ingreso [media (desv.tip)]	4,2 (9,73)	4,3 (8,31)	4,5 (8,16)	4,1 (7,79)	4,5 (9,11)	4,3 (6,34)	2,4 (6,05)	4,2 (9,52)
	Alta [media (desv.tip)]	3,8 (43,5)	3,6 (8,63)	2,5 (6,60)	2,6 (6,85)	2,3 (6,07)	2,5 (7,16)	3,1 (7,91)	3,6 (37,75)
Quirúrgica	Ingreso [media (desv.tip)]	5,7 (10,2)	2,8 (5,50)	4,0 (7,75)	2,7 (4,89)	14,9 (24,73)	5,7 (10,0)	19,4 (2,03)	5,4 (9,81)
	Alta [media (desv.tip)]	4,1 (25,3)	3,4 (7,67)	3,9 (7,89)	4,8 (8,35)	3,1 (7,01)	3,2 (6,21)	3,8 (7,25)	4,0 (22,98)
Traumatológica	Ingreso [media (desv.tip)]	3,2 (8,22)	2,6 (6,26)	3,0 (9,73)	3,3 (11,55)	1,7 (4,35)	1,6 (3,82)	2,5 (7,65)	4,1 (9,37)
	Alta [media (desv.tip)]	1,8 (5,70)	1,9 (5,96)	1,7 (5,60)	1,8 (5,28)	1,5 (4,12)	1,9 (6,18)	2,3 (8,53)	3,0 (29,13)

desv.tip: desviación típica.

cientes que disponen de seguros sanitarios públicos concertados o privados vinculados a sus estancia turística y, por otro lado, a que el grupo de edad de estos visitantes o turistas es sensiblemente inferior a los que tienen mayor riesgo de ingreso.

Por eso, en la distribución por grupos de edad se observa que los que más ingresan son el grupo de más de 65 años, con un porcentaje global de ingreso alcanza el 29,0%, seguidos de forma uniforme por los de 46-65 años (con un porcentaje de ingresos del 15,5%) y de 18-45 años respectivamente (con un 7,1%)⁸. La relación entre los distintos grupos de edad es prácticamente geométrica de 1:2:4, para los grupos de edad de 18-46, de 46-65 y más de 65 años. Se producen diferencias estadísticamente significativas con el grupo de más edad.

Cuantitativamente el origen de los pacientes que más han visitado urgencias adultos son los españoles (73,03%), seguidos por el conjunto de personas nacidas en países hispanoamericanos (10,03%), a continuación las personas pertenecientes a la UE (6,69%) y finalmente los habitantes de la antigua Unión Soviética y Europa central (2,2%), Ribera Sur del Mediterráneo y demás.

Debe destacarse que el número de ingresos hospitalarios no sigue un perfil similar. Los pacientes procedentes de nuestro país⁹ con un 15,9% y del resto de países de la Unión Europea (14,7%) respectivamente denotan una línea de ingresos semejante, que contrasta con 6,9%, 6,5% y el 8,2% de los hispanoamericanos, los habitantes de la antigua Unión Soviética, Europa Central y los habitantes de la Ribera Sur del Mediterráneo.

A estos porcentajes cabe una interpretación inversa, si entendemos que este bajo porcentaje de ingreso en relación a la demanda puede representar un criterio de uso inadecuado del servicio de urgencias, en cuyo caso podríamos afirmar que los miembros de estas dos comunidades con orígenes en países de la antigua Unión Soviética y los hispanoamericanos son los que peor uso hacen del servicio de urgencias. El análisis estadístico

de la tasa de ingresos que se relaciona con los grupos de edad y orígenes de los pacientes, demuestra una significación estadística ($p < 0,000$) sobre todo en los grupos de menor tasa de ingresos, éste es en los de 18 a 46 años y en los de 46 a 65 años. Dicha relación no se da en los pacientes de más de 66 años ($P = 0,07$).

En cuanto al grado de cobertura por la Seguridad Social de la sanidad pública entre los pacientes españoles, destaca que casi el 94% dispone de ella mientras, que entre los procedentes de países hispanoamericanos es del 76,4% y los del bloque correspondientes a la Ribera Sur del Mediterráneo es del 78,5%. Por otro lado, no es nada despreciable la proporción global de pacientes asistidos en régimen de beneficencia (1,6% de total), porcentaje que es particularmente significativo en el conjunto de los pacientes con origen en países hispanoamericanos, antigua Unión Soviética y Europa Central no perteneciente a la UE, alcanzando el 13,2%. Lamentablemente, habrá que planificar el incremento previsible de estas cifras en un futuro inmediato, dada la situación de crisis económica actual que estamos viviendo.

Un último comentario relevante en relación al porcentaje de pacientes (26%) procedentes de la UE los cuales acuden a nuestro servicio de urgencias sin cobertura sanitaria como particulares, a pesar de la extensa oferta privada existente en nuestra isla como ya se ha mencionado con anterioridad. En número absolutos, la cifra de pacientes particulares de la UE (1.551) supera incluso la cifra de pacientes españoles (1.311) en esta categoría de financiación sanitaria. Las causas de esta frecuentación significativa cabría encontrarlas en la oferta de especialidades de referencia en la cartera de servicios que dispone nuestro servicio de urgencias, lo cual genera que, a pesar de las deficiencias en aspectos no asistenciales si nos comparamos con la sanidad privada (arquitectónicos, hotelería, etc.), los pacientes prioricen la asistencia a cualquier otra deficiencia de nuestra sanidad pública en relación a la privada.

Considerando la actividad por bloques, médica, quirúrgica y traumatológica, cabe destacar que existen diferencias significativas entre el porcentaje de ingresos y altas en el área de urgencias en el bloque médico y traumatológico, cosa que no ocurre en el bloque quirúrgico. En el caso específico del bloque médico que representa el 58,2% de todos los pacientes asistidos en el año, destaca particularmente el 22,8% de ingreso de la población española y el 20,84% de los pacientes de la Eurozona; por el contrario sólo ingresan el 8,9% de los pacientes procedentes de países hispanoamericanos y el 7,16% de los que tienen su origen en los países de la antigua Unión Soviética. Para el bloque de pacientes traumatológicos (el 30,7% del total de asistidos en urgencias en un año), los pacientes de países de Europa comunitaria no españoles son los que presentan un mayor porcentaje de ingreso (8,13%), y los pacientes hispanoamericanos el menor (3,69%).

En nuestro Hospital la decisión última de ingreso en el bloque quirúrgico corresponde a los propios servicios quirúrgicos, si bien la valoración inicial depende del propio servicio de urgencias. Estos pacientes por tanto sufren un cribaje o selección previa, lo cual afecta al cálculo del porcentaje total de pacientes englobado dentro de este bloque (sólo el 11,1% de todos los pacientes asistidos en un año), y también a los porcentajes relativos para grupo de población. Aún así, y a pesar de la baja muestra poblacional, cabe destacar a los pacientes de la Eurozona (7,83%) y a los de la Ribera Sur Mediterránea (7,05%).

Otra variable que se ve afectada por este modelo organizativo de las especialidades del bloque quirúrgico es el cálculo de la estancia media, cuyo promedio global es superior al de los otros pacientes médicos o traumatológicos, tanto en el alta a domicilio como en el ingreso (Tabla 5).

En el análisis específico de la estancia media, destaca la rapidez asistencial global del área de traumatología, sea cual fuere el destino final del paciente, aunque siempre se tenga en cuenta que el alta a domicilio provoca las estancias más breves, independientemente del lugar de origen del paciente. Por el contrario, las estancias más prolongadas se dan en el bloque quirúrgico, y muy particularmente en los pacientes en los que se decide el ingreso originarios de los países agrupados en el resto del mundo, Asia con 19,4 horas y de la

antigua Unión Soviética con 14,9 horas de promedio. Sin duda, las dificultades idiomáticas que a menudo presentan estos pacientes originarios de estas zonas del planeta, justifican tales demoras no presentes en los otros grupos analizados. A pesar de nuestra condición de hospital situado en una sociedad orientada hacia el turismo, disponer por ello de intérprete en la mayor parte de nuestra jornada laboral, el fenómeno inmigratorio conlleva unas barreras idiomáticas difíciles de superar en situaciones como ésta, con una posible indicación quirúrgica dentro del proceso asistencial, en las que la correcta comunicación con el paciente es fundamental. El área de traumatología, asistida exclusivamente por facultativos del propio servicio de urgencias, en la que el proceso asistencial y el diagnóstico de urgencias se sustenta menos en el interrogatorio o en las exploraciones complementarias complejas, es el área que se ve menos perjudicada por este problema idiomático.

Una limitación del estudio sería la ausencia de un análisis específico de los pacientes que no ingresan, que relacionase la edad, sus lugares de origen, las horas en que se generan dichas visitas al servicio de urgencias, la gravedad de las mismas, el nivel de *triaje* inicial o la codificación diagnóstica final. Todo ello nos aportaría sin duda más información respecto a los patrones de conducta.

Bibliografía

- Balanzó X, Fernandez-Roure JL. Col·loqui sobre l'atenció als immigrants en els serveis d'urgències 2000;904-15.
- Bragulat E, Asenjo MA, Sánchez M, Salgado E, Miró O, Junyent M. Estimación de la actividad en urgencias y su relación con la provisión de camas de hospitalización. *Med Clin (Barc)*. 2006;127:86-9.
- Vilardell L. ¿Por qué ingresan los pacientes de forma urgente en un hospital? *Med Clin (Barc)*. 1994;103:452-3.
- Ochoa J. SOS desde los servicios de urgencias de los hospitales. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:653-4.
- Miró O, Sánchez M, Coll-Vinent B, Millá J. Indicadores de calidad en urgencias: comportamiento en relación a la calidad asistencial. *Med Clin (Barc)*. 2001;116:92-7.
- Cots F, Castells X, Ollé C, Manzanera R, Vrela J, Vall O. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona. *Gac Sanit*. 2002;16:376-84.
- Stoyanova A. El papel de la población extranjera en el déficit en la financiación de los servicios de carácter social en Cataluña, Comunidad Valenciana y Murcia. Informe Comunidades Autónomas 2004;754-779.
- Sanz B, Torres AM, Schumacher R. Características socio-demográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid. *Aten Primaria*. 2000;26:314-8.
- Ochoa-Gómez J, Villar Arias A, Ramalle-Gómara E, Carpintero Escudero JM, Bragado Blas L, Ruiz Aspiazu JI. Adecuación de los ingresos hospitalarios urgentes. *An Med Interna (Madrid)*. 2002;19:8-10.

Visits to a hospital emergency department, by patient country of origin

Font I, Izquierdo A, Puiguriguer J

Objective: To analyze demographic data and countries of origin of patients attending the adult emergency department of our hospital over 1 calendar year. To gather administrative data related to patient visits (hospital admission, type of health-care coverage, and mean length of stay).

Methods: Data from digital hospital records stored over a period of 1 year were extracted to compile descriptive statistics on country of origin, decision to admit or discharge during the visit, and age. Health-care payment schemes and time spent in the emergency department were also analyzed.

Results: Spanish nationals account for the largest proportion (81.1%) of our assigned patient population and they also made the largest number of emergency department visits (73.0%). Patients from Latin America accounted for 10.0% and other European Union countries for 6.7%. The admission rate was higher for Spanish nationals (15.9%) and patients from other European Union countries (14.7%); these groups were also the ones with a higher proportion of patients over 65 years old. After adjustment per 1000 population, however, the admission rate for Spanish nationals fell to third place, below that of other European nationals and those from the North African coast. Public health insurance was available for 88.8% of the patients overall and for 93.9% of the Spanish patients. Private insurance schemes were used by 5.5%; 26% of those patients were from European Union countries. A total of 1353 emergency patients (1.5%) treated in 2007 had no health-care coverage. Most of these were from the former Soviet Union or Sub-Saharan Africa. The average duration of procedures and time spent in the emergency department overall came to less than 4 hours. Length of time spent on care was mainly related to disease and specialty. Trauma patients were cared for most rapidly, with no significant differences associated with country of origin, time spent in the emergency department, or decision to admit or discharge. The longest stays in the department were for surgical patients, particularly those with language difficulties. [Emergencias 2009;21:262-268]

Key words: Emergency health care access. Country of origin. Hospital admission. Social security, Spain. Payment. Length of stay.