

Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social

Trabajo Final Integrador

Autor: Mario Daniel Lopasso

LA SOBRE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE GUARDIA EN LOS HOSPITALES DEL CONURBANO BONAERENSE

Estudio de caso. El Hospital Equiza

2011

Director de Tesis: Dr. Gastón Pastorino

Citar como: Lopasso, M. D. (2011). *La sobre utilización de los servicios de guardia en los hospitales del Conurbano Bonaerense: estudio de caso. El Hospital Equiza.* [Trabajo Final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD. <http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/490>



Índice de contenidos.

1. Introducción.

2. Planteamiento del Problema.

2.1 Formulación del problema de la Tesis.

2.2 Objetivos.

3 Marco Teórico.

3.1. Introducción.

3.2. El concepto de salud y su percepción.

3.3. Uso creciente. La sobre utilización.

3.4. Concepto y frecuencia de uso inadecuado.

3.5. Urgencia – Emergencia. Conceptos.

3.6. Uso inadecuado.

3.7. Categorías emergentes de la percepción salud-enfermedad.

3.8. Factores asociados al uso inadecuado de los Servicios de Urgencia Hospitalarios.

3.9. Características de las Unidades de Urgencias Hospitalarias.

3.10. Hospital vs. Otros efectores de salud.

3.11. Accesibilidad a los servicios de salud.

3.12. Factores asociados a la utilización de los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SUH).

3.13. Instrumentos para la identificación de consultas inadecuadas en los SUH.

4. Contexto de estudio para el análisis de la sobre utilización de los SUH.

5. Metodología y técnicas.

5.1 Tipo de estudio.

6. Presentación de los resultados.

*6.1. Los hospitales públicos en el contexto de la provincia de Buenos Aires.
Las tendencias de los SUH.*

*6.2. Estudio de un caso: el Hospital Materno-Infantil Dr. José Equiza de
González Catán, La Matanza.*

6.3. Análisis de interpretación de resultados.

7. Conclusiones y Recomendaciones.

8. Reflexiones finales.

9. Anexo.

10. Bibliografía.

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

Resumen.

En los últimos años se ha observado un crecimiento del número de consultas en los servicios de urgencia hospitalarios (SUH) con un elevado porcentaje de consultas inadecuadas.

Este fenómeno no es exclusivo de nuestro sistema de salud y está relacionado con la accesibilidad al sistema y la oferta de servicios. También se halla emparentado con conceptos como urgencia, emergencia y la percepción de salud/enfermedad del paciente, que está siendo cada vez más valorada, dejando de lado la perspectiva médica hegemónica.

Para medirlo se utilizan diferentes métodos que aplican criterios, muchas veces implícitos, que dificultan el análisis entre los diferentes efectores sanitarios.

Para este trabajo se comparó el número de consultas de diferentes efectores de la provincia de Buenos Aires con el número de visitas en el hospital en estudio, utilizándose dos métodos, uno implícito y otro explícito para identificar las consultas inadecuadas para el SUH, para lo cual se tomaron 710 diagnósticos del libro de guardias del Hospital Materno-infantil Dr. José Equiza, de la ciudad de González Catán, partido de La Matanza, Provincia de Buenos Aires.

Palabras clave.

Urgencias – Guardias - Accesibilidad – Uso Inadecuado de SUH - Percepción de salud y enfermedad.

1. Introducción

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

El presente trabajo trata sobre la problemática que se viene suscitando en los servicios de guardia de los hospitales en nuestro país, donde la demanda de atención en dichos servicios se ha incrementado en los últimos años. A esto se suma que se trata de patologías que podrían haber sido atendidas en el primer nivel de atención. Este uso inadecuado no sólo abruma a los servicios sino que, además, aumenta los costos del sistema y disminuye la calidad de la atención. Sin embargo no es un fenómeno exclusivo de la Argentina, (de hecho en países desarrollados existe preocupación por el importante crecimiento de la demanda de la atención en servicios de emergencias), ni del subsistema de salud público estatal, ya que se encuentra generalizado a los otros subsistemas, representando un problema de los sistemas sanitarios.

La sobreutilización de los Servicios de Urgencia Hospitalarios (S.U.H), como se citara, es un fenómeno que no sólo se presenta en los países en vías de desarrollo, sino que también se da en países desarrollados. Diversos estudios apoyan la hipótesis que tasas de utilización de los Servicios de Urgencia Hospitalarios son indicativos de una Atención Primaria de Salud subóptimos. Los indicadores de actividad hospitalaria como medida indirecta del funcionamiento de la A.P.S han sido utilizados para evaluar el impacto de las reformas sanitarias.

Hoy podemos abordarlo con diferentes métodos que utilizan juicios objetivos como denominados en la lengua inglesa *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (ACSC) (o *Enfermedades Sensibles a Cuidados de Atención Primaria*) que es un indicador de la actividad hospitalaria desarrollado en los últimos años, de lo que también se denomina en lenguaje coloquial "Indicador de hospitalizaciones evitables". Los denominados ACSC se tratan de problemas de salud que son susceptibles de cuidados en la A.P.S. o con la utilización de protocolos como el P.A.U.H (Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias) o el P.A.U.H m (Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias modificado) desarrollados en España y juicios subjetivos como, por ejemplo, los que aplican los profesionales que se desempeñan en los SUH y hasta la mirada del paciente que decide utilizar los SUH.

Esto preocupa a las autoridades dado que la atención de consultas no urgentes conduce a demoras que pueden afectar seriamente a pacientes que sufren situaciones de riesgo vital; los pacientes que utilizan los SUH en forma inadecuada pueden estar haciendo uso sustitutivo de estos servicios con respecto a la atención primaria; esto ocasiona una disminución en la calidad asistencial dada la pérdida de la continuidad asistencial o de la oportunidad en la promoción de la salud; la atención de casos no urgentes en los servicios de guardia generan incremento en los costos asistenciales; además el aumento de la demanda en los SUH trae aparejadas

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

consecuencias negativas para el efector de salud desde la sobrecarga de los servicios como Laboratorio y Diagnóstico por Imágenes, hasta pérdida en la productividad laboral.

En la Provincia de Buenos Aires mientras la población creció un 9% en el último decenio, las consultas totales en el subsector público lo hicieron aproximadamente un 38%. Si tenemos en cuenta que al momento del estudio para una población de un poco más de 15 millones de habitantes, el subsector público atendió alrededor de 43 millones de consultas médicas.

Aunque este incremento se basó principalmente en función del uso de los servicios de consulta ambulatoria, es decir sustentado en los servicios sin internación (Centros de Atención Primaria o CAPs), un alto porcentaje de las mismas terminan en los servicios de guardia de los hospitales o S.U.H. con cifras preocupantes.

A este escenario deberá sumarse la cantidad de pacientes cuyas consultas en los S.U.H pueden ser consideradas inadecuadas desde el punto de vista médico.

Esta situación termina generando que los S.U.H realicen funciones inherentes a la atención primaria de salud con el agravante que significa la falta de continuidad en la atención que redundaría en un mejor abordaje de la patología con el consecuente beneficio para el paciente, dificulta la atención de pacientes en estado grave, genera la saturación del personal de guardia impactando negativamente en los costos asistenciales.

El caso de análisis se desarrollará en el Hospital Materno infantil Dr. José Equiza, perteneciente al municipio de La Matanza, en la localidad de González Catán, Provincia de Buenos Aires.

La utilidad de este trabajo está relacionada con el fenómeno creciente que representa la sobre utilización de los SUH, no sólo en nuestro país, sino en otras partes de un mundo cada vez más globalizado.

La atención de consultas no urgentes conduce a demoras que pueden afectar seriamente a pacientes que sufren situaciones de riesgo vital; además de ocasionar una disminución en la calidad asistencial y la pérdida de la oportunidad en la promoción de la salud. Todo esto genera un incremento en los costos asistenciales; además el aumento de la demanda en los SUH trae aparejadas consecuencias negativas para el efector de salud desde la sobrecarga de los demás servicios del establecimiento y hasta pérdida en la productividad laboral.

Está emparentado con juicios objetivos y juicios subjetivos que dificultan aún más llegar a una visión clara del problema.

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

Al referirnos a los SUH estamos hablando del vértice de la pirámide de un sistema de atención médica de urgencia al que acuden pacientes atendidos en el resto de los ámbitos de la red asistencial como los que lo hacen por iniciativa propia.

El conocimiento de las razones que generan este problema está relacionado con la mejora en la accesibilidad, la racionalización en la utilización de los recursos y el logro de la eficiencia en el sistema.

La utilidad, la relevancia y la justificación del estudio se pueden verificar por la importancia relativa de las cifras comentadas, por el incesante incremento de los valores hallados y por las posibilidades que los mismos ofrecen para extraer conclusiones aplicables a la jurisdicción e incluso a otros distritos. También se deja constancia de la pertinencia del trabajo de investigación con respecto a los objetivos de la Maestría de Sistemas de Salud y Seguridad Social, ya que se refiere a variables como demanda, accesibilidad y utilización del sistema de salud provincial y, por tanto, se emplean los conceptos y definiciones aprehendidos en dicho postgrado.

2. Planteamiento del Problema

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

La demanda de atención de la salud, en los servicios ambulatorios, tanto de dependencia provincial como municipal, hospitalarios o de Centros de Atención Primaria, en la Provincia de Buenos Aires, alcanza en la actualidad altos niveles de cobertura y utilización. Así es, mientras en el último decenio la población bonaerense creció poco más de un 9%, las consultas totales lo hicieron a un ritmo de aproximadamente un 38 %, es decir 4 veces más. Lo quiere decir que para una población del orden de poco más de 15 millones, se hicieron, solamente en el subsector público, algo más de 43 millones de consultas médicas, lo que significaría, un promedio de casi 3 consultas/habitante/año. Ahora bien, las fuentes secundarias utilizadas en la metodología de recolección de datos, dan cuenta que este incremento se hizo, principalmente en función de los servicios sin internación, comúnmente denominados Centros de Atención Primaria (CAP), responsables de un 80% de tal incremento.

En tal sentido, si bien se considera como muy positivo el aumento de las consultas registradas en el primer nivel de atención, especialmente en las Unidades Sanitarias (US), dependientes de los municipios instalados en el territorio provincial, no debe dejarse de lado que un alto porcentaje de éstas terminan en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH), en cifras relativas que ya resultan preocupantes. En este contexto, se ha relatado que los pacientes no siempre cumplen criterios que precisen atenciones diagnóstico-terapéuticas propias de los servicios de urgencias hospitalarios, describiéndose porcentuales de inadecuación de urgencias hospitalarias entre el 27% y el 38%, si se emplean juicios objetivos, y entre el 25 y el 80% si se emplean juicios subjetivos. Por otra parte, se argumenta como causas responsables del incremento de la demanda de los SUH, entre otras, el desajuste en la relación entre los diferentes niveles de atención, los distintos estilos en la práctica clínica, cada vez más confluentes hacia la llamada "medicina defensiva", los factores socio-demográficos asociados a un fácil acceso y a un bajo nivel económico-educacional, el envejecimiento poblacional y el cambio en los patrones de consumo, relatándose, en la bibliografía consultada, que en un 85%, aproximadamente, se resuelve con la derivación de los pacientes a su domicilio y que 8 de cada 10 de ellos, acude a estos servicios, por iniciativa propia.

En resumen, en los últimos años se ha producido un importante incremento del uso de los servicios de consulta ambulatoria, particularmente en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAP), pero, al mismo tiempo, de las urgencias hospitalarios debido, en gran parte, a un uso inadecuado de estas últimas. Es de destacar que tal aumento tiene importantes repercusiones en la atención a la salud: por un lado, los SUH realizan tareas propias de la atención primaria y de otros niveles no urgentes de atención, hecho que no facilita la

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

continuidad asistencial necesaria para un mejor abordaje de los problemas de salud, ni la recepción de prácticas preventivas, cuyo lugar idóneo de realización es el nivel de atención primaria de la salud; por otro, dificulta la atención a las enfermedades y/o problemas realmente considerados urgentes por la gravedad del cuadro ya que la saturación de las guardias hospitalarias repercute en la calidad asistencial.

Otro de los ámbitos en que el fenómeno tiene importantes implicaciones es el incremento de los costos asistenciales: se ha estimado que el costo de una misma enfermedad no urgente atendida en un SUH es entre 2,5 y 3 veces superior que si se atiende en una consulta ambulatoria.

Como fuera señalado, los principales factores citados en la bibliografía como explicativos o asociados a esta conducta (de sobre utilizar los SUH) son la necesidad percibida de atención inmediata y la existencia de barreras de acceso a los servicios ambulatorios de atención de la salud.

En cuanto al contexto en el que se desarrolla el trabajo, el mismo refiere a la relación consultas ambulatorias y de urgencia en los establecimientos oficiales de la Provincia de Buenos Aires, ya sean de dependencia municipal o provincial y se discrimina la información de acuerdo a las Regiones Sanitarias en las que se divide la jurisdicción y también por la variable territorialidad en conurbano y resto de la provincia, siendo los datos relevados, por fuente secundaria, los correspondientes al año 2008.

Con respecto a la utilidad y relevancia del estudio se puede verificar por la importancia relativa de las cifras comentadas, por el incesante incremento de los valores hallados y por las posibilidades que los mismos ofrecen para extraer conclusiones aplicables a la jurisdicción e incluso a otros distritos.

2.1. Formulación del problema de la Tesis

A continuación se formulan los interrogantes que dieron origen al problema en cuestión y que la investigación pretende responder. En tal sentido, las preguntas centrales son: ¿qué incremento se registra en los servicios de consulta ambulatoria en los establecimientos oficiales del territorio? ¿Qué relación se puede establecer entre el incremento de las consultas ambulatorias en general y las de urgencias hospitalarias? ¿Los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH), de alguna forma, están levantando las barreras a la accesibilidad de la población a la atención médica? ¿El incremento de las consultas de urgencias, ameritan dicha

calificación o son una forma de evitar los turnos y el acceso a los servicios ambulatorios? ¿Son los pacientes los que deciden, por su criterio subjetivo de gravedad atribuida, el uso de los SUH?

2.2. Objetivos

General:

- Analizar la relación entre el volumen de consultas que se producen en los consultorios externos y en el servicio de emergencias identificando la adecuación de éstos últimos a las consultas de emergencia y urgencias.

Específicos:

- Analizar si los SUH, de alguna manera están reemplazando, en gran parte, la consulta ambulatoria, levantando, con ello, las barreras de la accesibilidad.
- Evaluar si los motivos de consulta en los SUH ameritan se realicen en los mismos o podrían resolverse en otros niveles de atención.
- Establecer la relación existente entre las consultas en los CAPS y en los servicios ambulatorios de los establecimientos de 2do. nivel y el incremento de las consultas en servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH).

3. Marco Teórico

3.1. Introducción:

La utilización de los servicios de salud se ve influenciada por diferentes factores. Ya a finales del siglo XX diversos estudios se encargaron de hacer una revisión sistemática con el fin de determinar cuales son los factores más importantes. Entre éstos podemos enumerar factores demográficos como la edad, el sexo-género y el tamaño o estructura familiar; también están los socioeconómicos como el estrato social (ingresos), la educación, la etnia a la que pertenece y el soporte social.

Lo que motiva a que una persona consulte se relaciona con diversas causas y va más allá de la carga de morbilidad que pueda estar padeciendo. *Last (1963)* describió el llamado fenómeno del "iceberg", según el cual un número pequeño de personas con síntomas son quienes consultan al médico.

Banks y col. (1975) señalan, además, que no todos los problemas de salud que tiene una persona son informados al médico en el momento de la consulta. Por otro lado existe lo que se ha dado en llamar el gran utilizador, que hace uso de una gran proporción de consultas sin que exista, desde el punto de vista médico, una clara justificación y aquí se puede exceptuar lo que se denomina el paciente hipocondríaco ya que en ese caso se puede justificar la asistencia a la consulta aunque no lo haga en principio al servicio que corresponde.

Tudela y col. (2003) también se refieren a la elevada tasa existente en los SUH y su crecimiento continuo, de alrededor de un 4 % anual en todo el estado español. Los motivos que se señalan en este trabajo hablan de "*el envejecimiento de la población, la demora en la atención electiva y la cultura de la inmediatez*". Tal vez resulte muy interesante el hecho de que los expertos que debaten sobre dicha problemática, advierten en el trabajo que, según las estadísticas presentadas en el mismo el 80% de los casos, acuden por iniciativa propia y el 70 % de las consultas a los SUH son consideradas patologías leves por lo que sugieren "*la conveniencia de instaurar medidas correctoras de lo que se podría denominar "sobre utilización" de los SUH*"; pero más destacable es la reflexión que plantean al advertir que los intentos por contener esa demanda en los SUH, no están exentos de "*dificultades técnicas y éticas*" cuando se quieren evitar las consultas que pueden ser consideradas no urgentes.

3.2. El concepto de salud y su percepción.

"La salud es un punto de encuentro en el que confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, lo público y lo privado, el conocimiento y la acción. Además de su valor intrínseco, la salud es un medio para la realización personal y colectiva. Constituye, por lo tanto, un índice del éxito alcanzado por una sociedad y sus instituciones de gobierno en la búsqueda del bienestar que es, a fin de cuentas, el sentido último del desarrollo".

Frenk, Julio

La percepción de la salud está ligada, entre otros aspectos, a la noción o el concepto o idea que cada uno, como individuo, tiene de la salud-enfermedad, y está asociada a factores culturales que, en muchos casos, han variado con el tiempo.

El concepto de salud está ligado a ideas, creencias y percepciones de las diferentes culturas y se halla bien documentado tanto en la historia oriental como en la occidental.

Analizando las mismas podemos reconocer que en las diversas culturas, salud equivale a *equilibrio, armonía, equidad*. De la misma manera encontramos que el concepto de enfermedad se describe, en muchos casos, con los antónimos de estas palabras.

Por lo general la gente define salud con la idea de ausencia de enfermedad, de la misma manera que se percibe la idea de que la salud es una vivencia dentro de una secuencia de padecimientos continuos.

Por ejemplo, en el antiguo Egipto la gente convivía con la idea de la muerte, comprendían su vida terrenal como un paso previo de la que sería la vida eterna, de hecho los faraones destinaban grandes esfuerzos para la preparación de su paso a esa vida.

Para las culturas Mesopotámicas de hace cinco mil años el acento estaba puesto en la enfermedad y no en la salud. La enfermedad era el castigo que los dioses imponían a los hombres que transgredían sus normas o eran producto de demonios o por maleficio de algún enemigo.

Para la milenaria cultura china la salud está vinculada a un ente inmutable y eterno, el *Tao*, constituido por dos fuerzas, el *Ying* y el *Yang*. Conforme a estos conceptos ideológicos, del balance armónico de estas dos fuerzas dependen la salud y la vida.

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

Muy cerca de allí, en la India, la medicina *Ayurveda* ("Saber sobre la longevidad") de los siglos VII y VIII A.C. sostenía que para entender las enfermedades se debía reconocer que los elementos esenciales del cuerpo humano son los mismos que los del macrocosmos, es decir: éter, viento, fuego, agua y tierra. Estos se combinan en proporciones diferentes dando origen a los diferentes órganos del cuerpo. La salud radica en un cambio en la armonía de esos elementos.

Como en muchos otros aspectos las culturas griegas y romana estaban emparentadas. El concepto del taoísmo de la armonía se hallaba también presente en la cultura helénica. Recién *Pólibo* en su libro "*De la naturaleza del hombre*" incorpora la creencia de los *humores corporales* en el proceso de salud-enfermedad. Pensaba que el cuerpo humano contenía sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra. La salud era el estado en el cual estas sustancias están en su correcto equilibrio, en su correcta proporción. Es decir, aquí nuevamente reaparece el concepto de *equilibrio*. A su vez los Estoicos sostenían que la naturaleza del universo dispone que el hombre enferme. Recién *Galeno* en ese mismo siglo (Siglo II D.C) se encargó de divulgar a través de numerosos textos el pensamiento de *Pólibo* al que enriqueció y ello representó una gran influencia en la medicina por 1.500 años.

En la Edad Media la teoría de los cuatro humores ejerció mayor influencia que en la época antigua, según *Sigerist (1987)*. Posteriormente influyeron los autores árabes y judíos como *Maimónides (Moisés Ben Maimun)* que fueron líderes para la medicina de occidente. Fue la Escuela de Salerno la que retomó la idea de la cultura greco-romana de la salud asociada a preceptos higiénicos, que da a conocer mediante el *Regimen Sanitatis Salernitanum* que fue publicado en el siglo XII.

Paracelso luego de observar cierta analogía entre los procesos fisiológicos y patológicos con algunas reacciones químicas que pudo apreciar en su primitivo laboratorio de alquimista y aunque erróneos incorporó algunos conceptos químicos a la salud, pero fue *Claudio Bernard*, en el siglo XIX, quien introdujo la medicina al mundo de la ciencia. Encontramos en su libro "*Introducción al estudio de la medicina experimental*" que la condición necesaria para la vida sana no se encuentra ni en el organismo ni en ambiente externo, sino en ambos. A esto agregaba que si se suprime o altera alguna función del organismo, la vida cesa, aun cuando el ambiente permanezca intacto. También decía que si se modifican los factores del ambiente que se asocian con la vida, ésta puede desaparecer, aun cuando el organismo no haya sido alterado. Además hacía notar que del correcto funcionamiento del organismo dependía el

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

ambiente interno y que preservaba la relación necesaria de intercambio y equilibrio con el ambiente externo.

Desde la perspectiva de *Bernard*, la salud depende del funcionamiento en armonía de los órganos con los sistemas corporales. Por eso consideraba que la salud del hombre dependía de una "relación necesaria de intercambio y equilibrio" de su "medio interno" con fuerzas físicas, químicas y seres biológicos del ambiente externo.

Ya en el siglo pasado, *Perkins* definía la salud ("Causa y prevención de enfermedades". 1938) como "un estado de relativo *equilibrio* de la forma y función corporal, que resulta del ajuste dinámico del organismo ante las fuerzas que tienden a alterarlo". Añadía que no era el resultado de una interrelación pasiva entre fuerzas externas e internas, sino una respuesta activa de las fuerzas corporales que intentaban establecer los ajustes necesarios para preservar la vida.

A estos conceptos se pueden agregar otros como los de *Dubos* que interpretó el concepto de salud con sentido ecológico dado que creía que la vida implica una interacción e integración entre dos ecosistemas: el medio interno y el medio externo.

También los de *Cannon* extrapolando el concepto de homeostasis biológica a la población denominándolo *homeostasis social* ("la salud depende del *equilibrio armónico* de todos los elementos que dan cohesión a la sociedad"), *Virchow* que afirmaba que el Estado debía ayudar a todos a vivir una vida sana, *Sigerist* (1987) al definir la salud diciendo que "salud no es simplemente la ausencia de enfermedad, es algo positivo, una actitud gozosa y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida impone al individuo", y en nuestro país a *Carrillo*, en la década del cuarenta en el siglo XX, aportó desde la Argentina una visión social muy amplia al definir salud como "un derecho estrictamente ligado al salario justo, a la seguridad social, la vivienda, la educación, la cultura, el turismo y la recreación".

Estos aportes con una visión social de la salud fueron condensadas con *Sampar* que en 1946 elaboró la definición de salud de la OMS que apareció en su Carta Constitutiva ("El completo estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad o invalidez")

Para la Organización Mundial de la Salud, "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

Al decir *bienestar* se está manifestando, señala *Bernard*, *cierto grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, con su estado emocional, su vida social*, entre otros aspectos.

Por el lado de la enfermedad desde el punto de vista de la ciencia biomédica se refiere al mal funcionamiento de procesos psicofisiológicos y a deformaciones anatómicas objetivas (*Ford 1983; Kleinman, Eisenberg y Good 1978*).

Por supuesto que este enfoque es limitado, ya que excluye lo que aqueja a la persona, sin que existan problemas orgánicos evidentes, pero por los cuales los pacientes continúan sintiéndose mal y continúan demandando atención médica. Según diferentes autores, entre ellos *Bridges y col (1991)* o *Ford (1983)*, en estos casos se trata de pacientes somatizadores. Es decir que la enfermedad médicamente evaluada es sólo un aspecto de malestar del cuerpo y la somatización de algunos pacientes, suele suceder que alguien puede sentirse enfermo y/o estarlo y que algunos autores consideran como uno de los problemas más frecuentes a nivel de la Atención Primaria.

Sostiene *Sánchez M. (2004)* que tal vez la mejor forma de valorar una urgencia médica como adecuada sea desde el punto de vista del paciente. Para *García Romero (2008)* la urgencia la define el paciente en función de su propia percepción de gravedad atribuida y, de acuerdo a ello, decide a dónde consultar, y, con frecuencia, si estima que el problema es grave o urgente, concurre a la guardia; puesto que para el paciente la guardia resuelve rápidamente el problema y lo devuelve a sus tareas habituales.

3.3. Uso creciente. La sobre utilización.

Como se ha dicho, la sobre utilización es un fenómeno que no es exclusivo de países desarrollados sino también de otros, como América Latina. En esta tendencia influyen diferentes causas, entre las que pueden citarse los cambios sociodemográficos producidos en las grandes ciudades y la atracción que ejercen sobre la población los grandes efectores como lo son los hospitales, debido a la idea que abunda entre los usuarios de que al ser centros altamente especializados, serán mejor atendidos.

No son pocos los expertos como *Cunningham (1995)* que sostienen que el uso creciente de los SUH por problemas no urgentes supone una preocupación generalizada. Además

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

consideran, que el uso de los mismos por patologías que podrían resolverse desde la atención primaria de la salud (APS) está revelando problemas de acceso a estos servicios. En el caso de los Estados Unidos de América se atribuyen a problemas de accesibilidad económica tal como revelan estudios hechos por *Rask (1994)* y *Zuckerman (2004)*. Sin embargo, afirman *Lang (1996)* y *Pereira (2001)*, también se repiten en otros países con sistemas de salud que garantizan una cobertura universal. Como en el caso de España (en Andalucía 1992 y en Barcelona por *Marin y col 1997*) donde se han llevado a cabo trabajos que afirman que la inaccesibilidad cultural o administrativa tiende a suplirse con la utilización de los SUH.

También en España, *Aranás Andrés y Col. (2006)*, relatan que la demanda en los SUH pasó de 375 visitas por cada 1000 habitantes en el año 1993 a más de 500 en el año 2000.

Según *Fiorentino (2006)* no se puede poner en duda que en todo el mundo haya alguna otra unidad asistencial que evolucionara tanto, en los últimos años, y tan rápidamente como los sectores hospitalarios destinados a cubrir las emergencias.

En coincidencia con los trabajos de nuestro país, expertos de la Universidad de Granada como *Sánchez López (2005)*, sostienen que en los últimos 20 años no ha habido ninguna otra unidad asistencial que haya evolucionado tan intensamente como los SUH. Tienen como característica las de presentar una gran accesibilidad (económica, administrativa, física y temporal) y un alto grado de eficacia y calidad asistencial. Estos atributos han conseguido que, progresivamente, tengan un amplio nivel de aceptación y prestigio entre la población general.

Hansagi y col. (2001) consideran a los departamentos de emergencias como unidades pensadas para proporcionar tratamiento médico altamente profesionalizado, con disponibilidad inmediata de recursos a pacientes que necesiten cuidados urgentes, las 24 hs. del día, para tener la visión que sin conocer este concepto pueden tener los usuarios y considerarla "puerta de entrada al sistema".

Para *Fiorentino (2006)*, los SUH son "*Unidades diseñadas para brindar tratamiento especializado, con disponibilidad inmediata y gratuita de recursos especiales a los pacientes que requieran cuidados urgentes, a cualquier hora del día o la noche durante los 365 días del año*", para posteriormente referirse a que, de acuerdo con dichas características, estos servicios sólo deberían admitir "*pacientes con patologías que requieran tratamientos urgentes y no diferibles*".

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

Al analizar *Fiorentino (2006)* la producción anual del SUH del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez" de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C.A.B.A) refiere que el número de pacientes asistidos en ese servicio aumenta progresivamente año tras año y se plantea si se debe a un aumento en el número real de enfermos urgentes. El estudio realizado en este hospital está señalando que el fenómeno del incremento de la afluencia de pacientes a los SUH no es una problemática exclusiva de las instituciones sanitarias que atienden pacientes adultos.

En los últimos años, al haber aumentado la demanda, se generó la necesidad de articular inversiones, principalmente en el recurso humano de los servicios de guardia hospitalarios, así como también en la capacitación de ese recurso de este sector. *Fiorentino (2006)*, en coincidencia con *García Romero (2008)* expresa que las dotaciones de dichos servicios han tenido que ser ampliados por necesidades reales, especialmente "a través del financiamiento de los famosos e inconvenientes "parches" denominados por la jerga médica como "suplencias de guardia", es decir, un profesional no incluido en la dotación estable y permanente que la refuerza, sin nombramiento efectivo, lo que representa una forma de precarización del empleo.

Si bien, tal como lo expresa *Fiorentino (2006)* esto se traduce en una mejora indiscutible de la oferta, atrae a mayor cantidad de pacientes, lo que desencadena un fenómeno en espiral con un aumento progresivo y constante de la demanda independientemente, que trae consigo la aglomeración de los pacientes en los SUH, con el agravante que si bien aumenta la frecuencia de uso de los SUH, no lo hace en la misma proporción el porcentaje de pacientes graves, lo que lleva a la conclusión que actualmente se están atendiendo pacientes con problemas no urgentes, despejando la incógnita que este experto planteara al comienzo del trabajo.

Esta situación se repite en distintos sistemas y países, lo que termina por traducirse en una mejora indiscutible de la oferta, para continuar con un aumento progresivo y constante de la demanda, tal como lo afirma *Milla Santos (2001)*.

De igual forma que lo expresado por *Fiorentino (2006)*, aparecen los mismos problemas: fenómenos de saturación, aglomeración, esperas excesivamente prolongadas para la asistencia inicial y la realización de pruebas diagnósticas, etc., aún cuando las raíces del problema pudieran ser diferentes, arriban a los mismos efectos. Ya sea, el aumento de la demanda, atribuido al crecimiento de la población, a su envejecimiento, o al incremento de la prevalencia de patologías crónicas; también es aceptado que se debe, en gran medida, a la utilización del Servicio de Urgencias como fuente alternativa de cuidados ambulatorios para problemas no urgentes, tal como lo aseveran autores como *Padgett (1992)*, *Cunningham*

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

(1995) y otros expertos; aumentando, según *Santos-Eggimann (2002)*, la frecuencia de uso de los SUH, pero no lo hace el porcentaje de pacientes graves.

En la opinión de *Aranás Andrés y col. (2006)*, en España, se describen porcentajes de inadecuación en los SUH entre el 26,8 y el 37,9 % cuando se emplean criterios objetivos (y entre el 24 y el 79 % cuando los criterios utilizados son subjetivos.

Para *Marín N., Caba A., Ortíz B, Pérez-Ternero E, Martínez L, López M y Col. (1997)* los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH) en España son cada vez más utilizados por la población por lo que, frecuentemente, sufren periodos de colapso. Esta sobrecarga asistencial satura también el área dedicada a la observación con enfermos en camillas o pasillos, lo cual dificulta su vigilancia y tratamiento.

El mismo fenómeno se repite en el territorio de la Comunidad Autónoma Vasca, donde el número de asistencias urgentes crece constantemente, estimándose que más de la mitad de la población utiliza alguna vez los servicios de urgencia a lo largo de un año.

3.4. Concepto y frecuencia de uso inadecuado.

Al tratar la frecuencia de consultas a los Servicios de Urgencia Hospitalaria (SUH) se debe tener en cuenta que existe una amplia variabilidad. Esta dependerá de la forma en la que juzgamos que son inadecuadas, ya que encontraremos trabajos (como los desarrollados por *Cunningham (1995)*, *Young y col. (1996)*, *Lang y col. (1996)*, *Ibañez y col. (1996)* o *Sempere – Selva (2001)*) que hablan desde un 15% hasta más del 80%. Lo mismo ocurre con el trabajo de *Aranás Andrés y col. (2006)* antes citado, donde oscilan entre porcentajes que van del 24 al 79 % según qué juicio se utilice.

No pueden obviarse opiniones como la de *Sánchez (2004)* cuando advierte que a "*la suma de los conocimientos médicos, con el hecho de disponer de todas las pruebas realizadas y del diagnóstico final, unido a las vivencias emocionales personales de un SUH con fuerte presión asistencial, favorece la sobre clasificación de las urgencias como inadecuadas*". Incluso propone que tal vez la forma idónea de valorar una urgencia hospitalaria como adecuada o no, sea utilizando el punto de vista del paciente, con lo cual cree que el PAUH (*Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias*) sería el más adecuado (para la realidad del sistema español) en reemplazo de otros como el ACSC (*Ambulatory Care Sensitive Conditions*) americano.

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

Esta situación está relacionada con los diferentes objetivos, métodos y criterios que son utilizados para definir qué consulta es inadecuada.

Otra variable dependerá de qué se entiende por "Urgencia", a partir de la cual se valorará el concepto de "Urgencia Inadecuada" o consulta inadecuada para el objetivo de un SUH. Esto puede lograrse a través de tres alternativas que son:

A.- Criterios subjetivos: son implícitos, se basan en el juicio clínico, en general de varios expertos, en función del motivo de consulta y la impresión de gravedad. Según este criterio se considerarán inadecuadas aquellas consultas que podrían haber sido resueltas en la atención primaria. Suelen ser estudios retrospectivos que proporcionan cifras elevadas de consultas inadecuadas. Entre el 35,5% según el trabajo de *Domínguez y col. (1990)* y el 87% para *Del Castillo Rey (1986)*, *Grumbach y col. (1993)*, entre otros trabajos.

B.- Criterios explícitos: como el título lo dice, son explícitos y señalan una serie de premisas que identifican la existencia potencial de un riesgo de vida, también pueden referirse a la necesidad de estudios basados en pruebas diagnósticas o de intervenciones terapéuticas complejas, que no pueden ser resueltas en otros niveles asistenciales. Es el caso que propone el trabajo de *Sempere y col. (1999)*. El *Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias (PAUH)* de *Sempere y col. (1999)* que fue modificado pasando a denominarse: *Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias modificado (PAUHm)* de España; el *Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSS)* (o enfermedades sensibles a cuidados de atención primaria) utilizado en los Estados Unidos de América como indicador de actividad hospitalaria y como medida indirecta del funcionamiento de la A.P.S *Caminal y col. (2002)* y que con gran variabilidad de listados es utilizado en muchas partes del mundo son algunos de los criterios para valorar la adecuación o no de las consultas a los SUH.

Lo negativo de estos criterios es que a pesar de ser objetivos presentan limitaciones como por ejemplo el ser ajenos a la disponibilidad de los recursos extrahospitalarios, ser dependientes del proceso asistencial y estar fuertemente condicionados a que hayan sido adaptados a la realidad de sistema de salud local. *Sempere y col. (1999)* proponen un protocolo de adecuación basado en criterios de gravedad, diagnósticos, terapéuticas, entre los más destacados. Aplicando este protocolo, en varios hospitales de España, dio como resultado porcentajes de inadecuación de entre 26,8% *Oterino y col. (1999)* y 38% *Ochoa y col. (2000)*.

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

C.- *Protocolos de "Triage"*: mediante estos protocolos pueden clasificarse a los pacientes asignando prioridades, lo que permite al personal de salud redistribuir las consultas, rechazando o reasignando a otro sector a los pacientes que no plantean situación de urgencia o emergencia, tal como lo plantea *Derlet (1992)*. En opinión de *Gómez Jiménez (2003)* el "Triage", entendido como el proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes en función de su urgencia/gravedad, antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa en el servicio de urgencias, es imprescindible siempre que la demanda exceda la capacidad resolutive del servicio. Además sostiene este experto que el "Triage estructurado" se ha de poner en práctica tanto en las situaciones antes descritas como en ausencia de saturación del servicio, y que su funcionamiento ha de ser monitoreado de forma continua mediante la evaluación de indicadores de calidad o de funcionamiento de Triage.

Según *Lowe y col (1994)* en el caso de los pacientes a los que se les niega la asistencia y dada la repercusión médica y legal que puede conllevar, el protocolo está obligado a ser muy sensible para detectar adecuación, pero esto lo transforma en un instrumento poco específico.

Para *Bindman (1995)* esta situación se atenúa cuando la aplicación del "Triage" es dentro de un mismo servicio de emergencias y se lo utiliza para la redistribución de pacientes dentro de él; ya que un posible error puede ser detectado y corregido durante el proceso de asistencia.

Es interesante destacar que los trabajos basados en este tipo de instrumentos, como lo señala *Derlet (1995)*, recogen porcentajes de inadecuación más bajos (Entre el 15 y el 20%) (38). En cambio, cuando el "Triage" es utilizado dentro de un mismo servicio se encuentran valores relativos de inadecuación del 40 al 49%, como se ve reflejado en los trabajos de *Young (1996)*, *Dale (1995)* o *O'Brien (1996)*.

Gómez Jiménez (2003) plantea que en un modelo de "Triage estructurado", "el grado de urgencia será el que condicione la respuesta asistencial y la adecuación de recursos necesarios para solucionarla". La estructuración del Triage implica diferentes mecanismos de control continuo de todo lo que sucede dentro del servicio de urgencias así como también en las áreas de espera, ya que son funciones inherentes al proceso de clasificación: ubicación de los pacientes clasificados, control de tiempos de espera, control de salas y espacios, y hasta debe incluirse la gestión de la actividad de los diferentes equipos asistenciales.

Triage o Triage:

Este término aquí utilizado proviene del francés, según lo explica *Villatoro Martínez (2005)*, y significa clasificar. *Gómez Jiménez (2003)* que si bien en el mundo anglosajón se lo conoce como "Emergency Triage", no siendo el término "Triage" o "Triage" aceptado por la Real Academia de la Lengua Española y dado que sí existe el verbo *triar* (escoger, separar, entresacar) se conoce como *tría* a la acción y efecto de *triar* o *triarse*. Finalmente hace mención a que el sufijo "aje" forma sustantivos que expresan acción, por lo que considera que el término más correcto sería "TRIAJE".

Más adelante comenta *Villatoro Martínez (2005)* que comenzó a ser utilizado en las guerras napoleónicas y desde ese momento y con muchos cambios llegó hasta nuestros días. En resumen, la prioridad es para los pacientes que se encuentran en las condiciones más urgentes. Finaliza diciendo que actualmente los SUH utilizan el "Triage" de manera diaria para valorar los recursos de los servicios y la atención de dichos pacientes.

Ya en los años `60, en los EE.UU. se desarrolló un sistema clásico de clasificación en tres niveles de categorización: *emergente*, *urgente* y *no urgente*. Este sistema, en los `90 fue superado por otro de cuatro niveles, mientras que en Australia y tomando la *Escala de Ipswich* de cinco niveles, se desarrolló a nivel nacional otra de cinco niveles de priorización (**NTS**: *National Triage Scale for Australasian Emergency Department*), para finalmente en el año 2000 ser revisada y recomendada como Escala Australiana de Triage o lo que es lo mismo la "*Australasian Triage Scale*" (**ATS**). En la actualidad existen básicamente cinco modelos de "Triage Estructurado", según *Gómez Jiménez (2003)*, que son la **ATS** (*Australasian Triage Scale*), la **CTAS** (*Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale*), el **MTS** (*Manchester Triage Sistem*), el **ESI** (*Emergency Severity Index*) y el **MAT** (*Modelo Andorrá de Triage*).

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

Tabla 1

Características fundamentales de los diferentes sistemas de triaje estructurado existentes

2003

Característica	ATS	CTAS	MTS	ESI	MAT
Escala de 5 niveles o categorías	SI	SI	SI	SI	SI
Utilización universal en su país	SI	SI	SI	NO	SI
Basada en categorías sintomáticas	NO	NO	SI	NO	SI
Basada en discriminantes clave	SI	NO	SI	SI	SI
Basada en algoritmos clínicos	NO	NO	SI	SI	SI
Basada en escalas de urgencia predefinida	SI	SI	NO	NO	SI
Formato electrónico	NO	NO	SI	NO	SI

Fuente: Emergencias 2003;15:165-174

Elaboración: propia

Es destacable un aspecto que introducen los sistemas de triaje estructurado; ya que su capacidad de relacionar los niveles de priorización con otros aspectos asistenciales de los servicios de urgencias donde se aplican. El mejor ejemplo puede ser el ESI (*Emergency Severity Index*) de los EE.UU. ya que fue el primer sistema que demostró una buena relación entre el nivel de triaje y la duración de la estancia en urgencias, el índice de ingreso hospitalario y los requerimientos de consumo de recursos diagnósticos. La disponibilidad de un sistema de triaje estructurado en los S.U.H ha sido considerada por la *Sociedad Catalana de Medicina de Urgencias* (SCMU) un indicador de calidad básico de riesgo-eficiencia.

En lo que respecta a las funciones del Triaje, *Gómez Jiménez (2003)* menciona que son ocho:

- 1.- Identificar rápidamente a los pacientes en situación de riesgo vital, mediante un sistema estandarizado de clasificación.
- 2.- Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación, acorde con la urgencia de la condición clínica del paciente.
- 3.- Asegurar la reevaluación periódica de los pacientes que no presentan condiciones de riesgo vital.
- 4.- Determinar el área más adecuada para tratar un paciente que se presenta en el servicio de urgencias.

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

- 5.- Dar información sobre cuales son las necesidades de exploraciones diagnósticas preliminares.
- 6.- Informar a los pacientes y sus familias sobre el tipo de servicio que necesita el paciente y el tiempo de espera probable.
- 7.- Disminuir la congestión del servicio, mejorando el flujo de pacientes dentro del servicio.
- 8.- Dar información que ayude a definir la complejidad del servicio.

3.5. Urgencia – Emergencia. Conceptos.

Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) la definición de Urgencia es *"La aparición fortuita, imprevisto o inesperado, en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia"*.

Según lo expuesto por *Pereda Rodríguez y Col. (1995)* en su trabajo "Urgencias Clínicas. Comportamiento según su gravedad", donde definen y clasifican las urgencias, como *"Toda situación que, desde el punto de vista médico, plantea una amenaza para la vida o la salud de una persona"*. Esto puede ser producto de una patología de reciente presentación o nueva enfermedad o patología de aparición aguda o una reagudización de una patología crónica y de retrasar su diagnóstico y/o tratamiento, podría agravar o alargar la historia natural de la enfermedad.

Otros autores definen Urgencia Médica como *"Toda aquella situación que lleva al paciente, al testigo o a sus familiares, a solicitar asistencia médica inmediata"*. Continúa *Villatoro Martínez (2005)*, definiendo Caso Urgente, como aquel que requiere atención inmediata y amplía diciendo que *"El cuidado urgente es el cuidado médico dado por una condición que, sin el tratamiento en su debido tiempo, se podría esperar que resulte en un deterioro de una emergencia, o causar daño prolongado, temporal de una o más funciones corporales, desarrollando enfermedades crónicas y necesitando de tratamiento más complejo"*.

En coincidencia con el trabajo de *Pereda Rodríguez y col., Villatoro Martínez y col.*, señalan que son casos que requieren atención médica dentro de las 24 hs. de aparición o notificación de una condición urgente, citando como ejemplos éste último, de "Condición Urgente": dolor

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

abdominal de causa desconocida, aparición de síntomas nuevos de causa desconocida, falta de mejoría de las agudizaciones en enfermedades crónicas, sospecha de fractura.

En el caso del concepto de Emergencia, encontramos en las palabras de la Asociación Médica Americana (A.M.A) que se entiende por tal a "aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de un órgano".

Pereda Rodríguez y col., lo describen como que "Atendiendo a ello se consignan las definiciones siguientes:

a) *Emergencia o urgencia de primera prioridad*: Todo problema patológico agudo, que comprometa la vida del paciente, algún órgano o parte esencial de su organismo con riesgo real o potencial, que requiera medidas o condiciones de sostén inmediatas. En tales casos el nivel primario, brindará las primeras medidas terapéuticas y la transportación adecuada del paciente al nivel secundario, donde se le brindará una atención especializada.

b) *Urgencia de segunda prioridad*: Contempla problemas patológicos que, de acuerdo con la evolución de su gravedad, podrían poner en peligro, en tiempo mediano la vida del paciente.

c) *Urgencia menor o de tercera prioridad*: Problema patológico que, siguiendo el curso de su evolución, no pondría en peligro la vida del paciente en tiempo inmediato ni mediano, aunque pudiera peligrar a partir de complicaciones.

Villatoro Martínez (2005) es más explícito en su trabajo, clasifica y define las urgencias como lo consideran en México. Urgencia Médica Real y Urgencia Médica Sentida.

Urgencia Médica Real: "*Es todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, o la pérdida de un órgano o una función y requiera atención inmediata. Es todo padecimiento de orden agudo o crónico agudizado, que produce una descompensación súbita del funcionamiento del organismo que condiciona discapacidad permanente o evolución a la muerte, y que requiere de atención inmediata*". (Diario Oficial de la Federación México, diciembre 7, de 1998 inciso 4.9). Describe además que de todas las urgencias que ingresan a un hospital, estas urgencias están en un rango del 20-30%. Considerando la definición se incluyen:

* La dificultad respiratoria repentina (disnea súbita).

* La hemorragia activa por cualquier vía.

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

- * El dolor torácico súbito y persistente (aún sino es coronario).
- * Pérdida del conocimiento sin recuperación espontánea.
- * Heridas extensas y/o amputación.
- * Las crisis convulsivas.
- * Parálisis súbita de cualquier extremidad.
- * Ingestión de sustancias tóxicas
- * Presencia de cuerpos extraños en vías respiratorias o digestivas.
- * Retención aguda de orina.
- * Mordeduras o piquetes de animales venenosos.
- * Quemaduras de 1° grado > al 15% de SCT,
- * Quemaduras de 2° grado >10% y de SCT 3° grado > 5%
- * Quemaduras de cara, articulaciones, genitales, aun con menos porcentaje.

Urgencia Médica Sentida: *"Es todo padecimiento de orden agudo o crónico agudizado, que el paciente percibe ó siente que amenaza su vida. Casi nunca es grave y puede ser atendido por consulta externa"*. Termina este concepto afirmando que si bien las cifras varían entre países, su rango va de 80-85% de todas las urgencias.

Siguiendo con el trabajo de *Villatoro Martínez (2005)*, define Emergencia recurriendo en primer término al diccionario de la Real Academia Española, Del lat. *emergens, -entis, emergente*; para luego definirla como *"una situación de peligro o desastre que requiere una acción inmediata. Atención médica que se recibe en el servicio de emergencias de un hospital. Vocablos principalmente utilizados en estos países (Guatemala, Puerto Rico y Venezuela)"*. No muy diferente es para los estadounidenses que entienden por Emergencia *"Aquella patología que sin un tratamiento inmediato, el paciente puede tener un daño severo en una o más funciones corporales, u ocasionar una severa disfunción de uno o más órganos o partes del cuerpo, la vida o la salud en general"*. Donde evidentemente sólo se resuelve con atención médica inmediata.

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

Ejemplos de condiciones de emergencia, para este autor serían: convulsiones, heridas por puñalada/herida por arma de fuego, descompensación diabética aguda, paro cardiaco, meningitis, fractura obvia (con fractura expuesta).

No dista mucho la definición que recibe en España la Emergencia Médica, donde la **Subcomisión de Urgencias en España** considera que es "*aquella urgencia vital, entendida como sinónimo de, que se corresponde con aquella situación en la cual existe un peligro inmediato, real o potencial, para la vida del paciente, o riesgo de secuelas graves permanentes, si no recibe atención cualificada sin demora*", es decir un escalón por encima de la Urgencia. Villatoro Martinez (2005).

Vázquez y Col. (2001) la medicina en general y en especial los servicios hospitalarios, se enfrentan en este siglo a una sociedad que rápidamente está cambiando sus pautas de conducta. Además, siempre según el trabajo de estos expertos, la sociedad ha incorporado a sus pautas de conducta sanitaria la asistencia urgente e inmediata, lo que está generando incremento de pacientes atendidos que superan a cualquier otro servicio hospitalario, llegando en muchos casos a situaciones de saturación. Incluso sostienen que la "escalada tecnológica" necesaria para atender los diversos tipos de demanda de asistencia urgente hacen recomendable diversificar el "concepto unitario y clásico de urgencias" para definir mejor sus funciones.

Así, debemos que hablar de *Urgencias*, cuando se trata de procesos que si bien no suponen un riesgo vital para el paciente requieren su corrección. Se trata entonces de una *Emergencia* cuando el paciente se encuentra en presencia de un riesgo vital potencial. Finalmente hablamos de *Críticos* cuando los pacientes requieren medidas de reanimación y soporte vital avanzado.

Aplicando una mirada sistémica sobre los SUH y teniendo en cuenta el aporte de la Organización Mundial de la Salud al problema podemos sumar un elemento más. "Pese a que en la últimas décadas se han llevado a cabo reformas, no se ha progresado lo suficiente en el desarrollo de sistemas de salud que promuevan mejoras sanitarias colectivas. Más adelante la OMS (2007), en el capítulo que se menciona aquí se refiere a que "*En los últimos 25 años se han producido grandes cambios, a nivel mundial, nacional y local, en los entornos en cuyo marco los valores de la atención primaria deben traducirse en medidas. Entre las transiciones demográficas y epidemiológicas más importantes cabe citar el envejecimiento de las poblaciones, la explosión de VIH/SIDA y la creciente doble carga de morbilidad que arrastran los países de ingresos bajos y medios. Los progresos de la tecnología sanitaria han*

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

transformado muchos aspectos de la práctica médica y han generado expectativas respecto al tipo de funciones y servicios que deberían provocar los sistemas de salud”.

Otros autores sostienen un concepto opuesto sobre el problema. Estudios realizados por *Murphy (1998)* y también en otros de *Peiró, Sempere y Oterino (1999)* sostienen que no serían los usuarios de los SUH los que realizan consultas inadecuadas, sino que los SUH son los que no son adecuados para el tipo de paciente que atienden.

La perspectiva del usuario aporta también conceptos que deben ser tenidos muy en cuenta, ya que según *Dorr (2004)* los pacientes protestan contra el hecho de ser tratados como objetos cuando están enfermos.

Queda en claro que en medicina, se consideraban válidas sólo las observaciones del equipo médico (también llamados datos objetivos), pero es sabido que los motivos por los cuales una persona consulta van más allá de la carga de morbilidad que pueda estar sufriendo.

Debido a esto posteriormente tomó mayor importancia la consideración de los datos provenientes del paciente (datos subjetivos).

En la actualidad se reconoce que en el campo de la salud se ponen en juego los conocimientos y las experiencias previas de cada persona. Es decir, que tanto los profesionales de la salud como los pacientes, interaccionan en el momento de la consulta a la que han llegado por trayectorias socioculturales distintas. Por lo tanto la pertinencia cultural dentro del proceso de atención en salud lleva implícito valorar la diversidad cultural, biológica y social de las personas.

Es fundamental aceptar que el paciente trae a la consulta un bagaje de experiencias absolutamente irreductibles, al que solamente él tiene acceso, lo que viene a modificar totalmente el carácter de la relación paciente-profesional de la salud. Para *López-Yarto (2002)* todo caso que convierta al profesional sanitario en un técnico sabedor de las últimas claves de lo que le pasa al paciente, cae en el error de “creer saber”, o lo que es lo mismo, parte de una falsedad. Únicamente es el paciente su propio experto conocedor de lo que está experimentando.

La mirada del paciente como la de un organismo biológico hasta cierto punto puede garantizar el logro de una objetividad en la relación médico-paciente, pero como se señaló, los pacientes no dejan de protestar contra el hecho de ser tratados como un objeto cuando están enfermos según lo asevera *Dorr (2004)*.

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

Estas demandas de los pacientes parecen no ser comprendidas y hasta despreciadas por los profesionales de salud. *Garlet y col. (2009)*

La reacción del paciente ante un tratamiento está relacionada con la perspectiva de la persona que sufre la patología. *Herzlich y Pierret (1998)* sostienen la importancia de valorar el punto de vista de las personas sin formación en el área de la salud. También es apoyada por estudios realizados por *Conrad (1987)* y *Good (1977)*, referidas a las ideas, significaciones, experiencias y representaciones en el área de la salud.

Para *Banchs (1990)* quienes acepten este reto están aceptando renunciar a una objetividad abarcativa, determinante y totalizadora. A cambio estarán incorporando ideas y representaciones que los pacientes tienen de su enfermedad enriqueciendo, con ello, la forma en que la enfermedad de sus pacientes debe ser atendida y manejada. De lo contrario el profesional sanitario no contará con información primordial y es muy posible que sus propias representaciones en torno al padecimiento no coincidan con la de los enfermos y la de sus familiares, pudiendo llegar a una relación médico-paciente disfuncional.

Resulta interesante comentar aquí el aporte de *Di Silvestre (1998)* quien sostiene que el médico y el paciente pueden provenir de grupos socioeconómicos y culturales diferentes, generando un desacuerdo entre sus "modelos explicatorios". "Este hecho resulta en un abandono del tratamiento, la falta de compromiso y la insatisfacción del paciente y búsqueda reiterada de nuevos médicos, todo lo cual representa una carga para el sistema de salud tanto como una frustración y pérdida de tiempo para el médico".

Hoy existe una mirada más integradora, se está comenzando a dejar de lado el debate "objetivo" versus "subjetivo" y empiezan a tomar fuerza los datos subjetivos que reflejan los sentimientos y las percepciones del paciente y que tienen que ver con su percepción de salud y su estado de bienestar. Sobre la percepción subjetiva, *Schumaker y Naughton (1996)* sostienen que está influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.

Aquí, por lo visto, la esencia de este concepto está en reconocer que la percepción del paciente sobre su bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende, en gran parte, de sus valores y creencias, su contexto cultural y su historia personal.

Los motivos por los cuales una persona consulta pueden ser muchos; para la Sociedad Americana de Emergentología la percepción subjetiva u objetiva por parte del paciente de que

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

se está produciendo un cambio peligroso que modifica su estado de salud habitual, lo lleva a la necesidad de requerir atención.

García Romero (2008) observa: "Algunas sociedades científicas como la Sociedad de Emergencia de España consideran que cualquier cambio brusco en lo físico o psíquico que perciba una persona o alguien que lo esté acompañando, que considere que lo pone en peligro su salud o su vida y le hace generar la necesidad de realizar una consulta médica inmediata. Nosotros desde la Sociedad Argentina de Emergencias (SAE) avalamos estas posturas y creemos que el Servicio de Emergencia o la Central de Emergencia es una de las puertas de entrada al sistema de atención médica, por lo que no se puede ni debe rechazar ninguna consulta. Para evitar la sobrecarga, se diseñaron metodologías de reordenamiento del Servicio de Emergencias y del Hospital".

En este sentido *Fiorentino (2006)* tiene en cuenta que la emergencia está definida, principalmente, por las necesidades de los propios pacientes, resaltando la importancia de éstos. También sostiene que este incremento expresa que los SUH *"ofrecen una alternativa sanitaria inmediata, en tiempos en que los pacientes parecen casualmente carecer de paciencia y tiempo y, en este sentido, las necesidades reales de los usuarios no reconocen imperiosamente una enfermedad o dolencia aguda"*.

Las diferentes concepciones que los pacientes y los profesionales de salud poseen para definir "urgencia" han sido señaladas como uno de los factores determinantes de la superocupación de las unidades hospitalarias de atención a las urgencias.

Tan es así que es posible identificar la discrepancia entre la finalidad del trabajo en las unidades con modelo tradicional de atención de las urgencias y emergencias y las necesidades de los pacientes, que poseen criterios propios para caracterizar lo que representa una urgencia, los cuales no siempre coinciden con los parámetros biomédicos y la organización del sistema de atención a la salud. *Garlet y col. (2009)*.

Dentro del proceso de socialización la persona aprende una definición social y cultural de los síntomas acorde al contexto sociocultural en el que vive. *Di Silvestre (1998)* asevera que durante este proceso *"cada persona es enseñada sobre las posibles causas de las enfermedades, las expectativas de rol de su familia y de los proveedores de salud y las normas sociales que definen su conducta en la situación de enfermedad"*.

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

Sánchez (2004) sostiene que el paciente, ante lo que percibe como un cambio en su salud, se encuentra en una situación de estrés emocional y no dispone ni de conocimientos médicos ni de medios de diagnóstico como para poder auto catalogarse como visita adecuada o no y que las urgencias hospitalarias inadecuadas serían menos de las que se suponían; con lo cual sostiene que el impacto de la inadecuación en los SUH no sería tan importante y que no se trata de un problema que dependa del número de visitas inadecuadas sino de una insuficiente oferta.

La disparidad entre el concepto de los usuarios de servicios de salud y los profesionales es tratado en un estudio sobre la atención de urgencia en una unidad de atención rápida, donde se consigna que la utilización era indebida y se perdía la caracterización de la misión de atención de urgencia, por parte de los profesionales, ocasionando sobrecarga al trabajo que por sí ya causaba estrés, lo que colocaba al usuario en situación de justificar su necesidad para recibir atención. *Marques y col. (2008)*.

Según lo expresa *Martín Alfonso (2003)* las aplicaciones que aporta la psicología de la salud en el proceso de salud enfermedad proponen un modelo hipotético de progreso de cualquier enfermedad. Este modelo tiene su basamento en la epidemiología clásica, que reconoce que la "historia natural de la enfermedad":

1. Salud.
 - a) Conducta saludable.
 - b) Modelos salutogénicos.
 - c) Modelos de creencias de salud.
 - d) Factores de riesgo. Estrés. Variables personales.

2. Enfermedad asintomática susceptible de ser detectada.
Problemas psicológicos de los programas de *screening*.

3. Enfermedad sintomática aún no diagnosticada.
Búsqueda de ayuda médica.

Atribuciones, estigmas.

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

4. Enfermedad manifiesta en el momento del diagnóstico.

Comunicación del diagnóstico.

Dolencia. Enfermedad.

Rol del enfermo.

5. Desarrollo de la enfermedad. Influencia del tratamiento.

Adherencia terapéutica.

Recuperación.

Estado crónico. Adaptación y ajuste a la enfermedad.

6. Calidad de vida del enfermo crónico.

Enfermedad después del tratamiento.

Discapacidad. Rehabilitación.

Muerte. Afrontamiento de la muerte.

La aparición de síntomas estimula la búsqueda de ayuda médica, sin embargo, el intervalo que media entre el inicio de los síntomas y la decisión del paciente de ir en busca de la atención médica varían. En este trabajo *Martín Alfonso (2003)* expresa que *"En este proceso inciden factores socio psicológicos de diferente tipo: valores y creencias individuales y familiares, diferencias económico sociales, situación social concreta en la que aparecen los síntomas, diferencia de sexos y edades, pero muy importantes resultan los problemas psicológicos relacionados con la **percepción de la enfermedad**, como las atribuciones y los estigmas"*.

La demanda de ayuda médica se relaciona con la experiencia de sentirse enfermo y con la última fase del proceso y con la tercera etapa en el "Proceso natural de la enfermedad" según el modelo desarrollado por algunos expertos *Martín Alfonso (2003)*. Este proceso comienza con una percepción de los cambios en las funciones del cuerpo. "Existe un darse cuenta que algo está ocurriendo en una forma que no es familiar y que es interpretada de acuerdo al marco de referencia del funcionamiento individual. *Mechanic (1962)* y *Osterweis (1987)*.

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

Inmediatamente los síntomas del cuerpo serán interpretados por el individuo y éste les atribuirá a ellos significados específicos.

Helman (1984) sostiene que diferentes variables como las experiencias personales previas con el síntoma, las experiencias familiares, los modelos aprendidos, las creencias y las normas sociales, lograrán que el paciente interprete y le dé significado a sus síntomas o a los malestares que perciba.

En cuanto se refiere a la experiencia subjetiva de enfermedad, está influida por factores psicológicos y socioculturales del contexto sociocultural donde él vive (*Di Silvestre 1998*). Dicho contexto es el que marca la conducta a seguir cuando tiene dolor, cómo expresarlo de manera verbal o no-verbal, a quién solicitar ayuda y de lo esperado sobre los roles y normas que deberían ser tomadas en cuenta para comportarse de acuerdo a lo que le prescribe su cultura.

Helman (1984) describe ocho experiencias subjetivas en el proceso de enfermar:

- 1) Cambios percibidos en el cuerpo.
- 2) Cambios en el funcionamiento normal esperado del cuerpo.
- 3) Emisiones inusuales del cuerpo.
- 4) Cambios en el funcionamiento límbico.
- 5) Alteraciones en los principales sentidos.
- 6) Síntomas físicos no confortables.
- 7) Estados afectivos inusuales.
- 8) Alteraciones conductuales en la relación con otros.

La percepción de los cambios en las funciones del cuerpo suelen funcionar como disparador para advertir que algo está ocurriendo de una forma no familiar, generando el comienzo de la búsqueda de atención médica.

3.6. Uso inadecuado.

Estudiando el acceso a los Servicios de Emergencias en la ciudad de Medellín, Colombia, se observó que éstos son utilizados tanto por personas con problemas de salud real que justificarían el ingreso por Guardia Médica como de otras "que no quieren o no pueden asistir a la consulta regular". Tal como se observa en estudios desarrollados en nuestro país, el aumento

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

en el tiempo de espera en los Servicios de Urgencias además de incrementar el sufrimiento y la gravedad de la patología en los pacientes, también afectó la percepción de la satisfacción de la atención prestada, con el agravante que un porcentaje significativo son a eventos que podrían ser resueltos en otro nivel de atención previo. En estos casos lo hacen como sustitutivo de la atención externa o programada, logrando una atención más rápida y de más fácil acceso, sin tomar conciencia de las consecuencias de ese uso.

En España, y como en otros países desarrollados, existe preocupación por el importante crecimiento de la demanda de la atención en Servicios de Urgencia Hospitalaria (S.U.H). Esta situación es analizada por diversos estudios. *Cantero Hinojosa y col. (2001)* describen en el trabajo realizado sobre inadecuación de visitas a un Servicio de Emergencias en España, los siguientes resultados: el porcentaje de visitas inadecuadas fue del 35%, siendo el mayor uso inadecuado del servicio por parte del género femenino, las urgencias quirúrgicas fueron más adecuadas que las clínicas. Los datos del mismo parecen indicar que los SUH son utilizados como una "vía alternativa para evitar las listas de espera y las demoras" que presenta el sistema sanitario español. Además, consideran en este estudio que existiría una "especial idolatría" de la atención hospitalaria de urgencias y que en algunas ocasiones, se utiliza para soslayar la demora asistencial.

En todos los casos en que se desarrollan estudios sobre esta problemática se presentan como factores en común, el uso sustitutivo respecto a la Atención Primaria de la Salud que hacen los usuarios de los Servicios de Emergencia, perdiendo continuidad asistencial y del seguimiento de los tratamientos, lo que repercutirá en la calidad de la asistencia, dado que el empleo abusivo de "las guardias médicas" para situaciones que no lo ameritan provoca la utilización de recursos físicos, personales y de tiempo en forma ineficiente, que son restados a pacientes en situación de riesgo vital; además de sobrecargarse los Servicios de Laboratorio y de Diagnóstico por Imágenes. Todo esto conlleva a un incremento de los costos, principalmente en la de oportunidad y una pérdida de situación de bienestar para toda la comunidad, según lo han descrito *Cantero Hinojosa y Col. (2001)*.

Según expresa el trabajo de *Garlet y col. (2009)* los pacientes pueden buscar atención al presentar alteraciones de salud que ellos consideren importantes, aunque no coincida con lo esperado por los profesionales de salud. En ese sentido, *"el examen de gravidez para una mujer que no consigue o no quiere la gravidez, así como la nebulización para un portador de enfermedad respiratoria, sin condiciones de adquirir el aparato para realizarla en casa, pueden volverse necesidades urgentes para el usuario"*.

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

Continuando la perspectiva española de la problemática, se llevó a cabo un estudio sobre la frecuentación del SUH. en un hospital de la ciudad de Santander. Sobresale en el estudio la mayor utilización del SUH en los grupos sociales más desfavorecidos y de mayor edad media, llegando a la conclusión de que el nivel socioeconómico (bajo), el estado de salud y la utilización de recursos se encuentran interrelacionados. En el caso del mayor uso por parte de sectores de nivel socioeconómico bajo podría estar justificado por un menor nivel de salud o por un uso inadecuado.

Sería importante poder cuantificar las asistencias inadecuadas en relación a la infraestructura que se le está ofertando a los pacientes, pero se debe tener presente que lo que dificulta las comparaciones es la diversidad de instrumentos y criterios de medición.

Existen deferentes juicios que permiten evaluar una consulta como adecuada o no. Entre estos encontramos juicios subjetivos, objetivos, implícitos y explícitos, la elección del criterio determinará, entre otros aspectos, el resultado de la medición. Podemos mencionar, el Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) de los EE.UU., o el Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias español (PAUH), entre otros.

En España, a partir del PAUH que desarrollaron Sempere y col. (basado en criterios objetivos y cuya crítica principal como herramienta de medición universal a todas las urgencias hospitalarias es que fue diseñado excluyendo las urgencias obstétricas, pediátricas y traumatológicas) *Sánchez-López (2004)*. Posteriormente se gestó el llamado PAUHm o Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias modificado, que es definido por *Sánchez-López (2004)* como: "*Un instrumento construido con criterios explícitos, que define como inapropiados los casos atendidos en los SUH que pueden resolverse en forma similar extrahospitalariamente, y en concreto en el centro de atención primaria/urgencias extrahospitalarias que el paciente tenga asignado*". El PAUH es un instrumento construido sobre criterios explícitos. Define como no adecuados o inapropiados los casos que habiendo sido atendidos en el SUH pudieron haber sido resueltos en un centro de APS.

Braun y Col. (2002) destacan que al ser una de las causas de mayor utilización, el número de visitas repetidas por el mismo paciente en la agrupación de menor nivel social podría apoyarse en la idea de estar emparentada con un menor uso de otros recursos sanitarios como el de Atención Primaria de Salud por parte de esta población.

En la ciudad de Aragón, España, los Servicios de Emergencias Extrahospitalarios han centralizado la atención a los procesos urgentes, aumentando de esta forma la accesibilidad al sistema sanitario. Sin embargo se observó una variabilidad en su uso. Esto motivó diferentes

estudios. *Cano Del Pozo (2008)* sobre frecuentación, señala que la masificación y el uso inadecuado de las urgencias hospitalarias se mantienen, a pesar de la aplicación de medidas de reforma de la A.P.S, siendo el incremento en su utilización de un 5% anual. Lo que más preocupa a las autoridades es no sólo el incremento de los servicios de urgencia sino que éste se produzca en parte por la atención de casos inadecuados, variando los estudios entre un 20 y un 80%.

3.7. Categorías emergentes de la percepción salud-enfermedad.

En general, se pueden identificar 5 categorías emergentes: a. síntomas; b. elaboración de autodiagnóstico; c. percepción de necesidad; d. conocimiento de la oferta y e. contexto global de la persona.

Los síntomas generan la consideración de pérdida de salud y desencadenan la acción. La elaboración del autodiagnóstico determina la necesidad y el tipo de atención. Del contraste entre la percepción sobre la necesidad y el conocimiento de la oferta de los servicios, así como de la situación vital de la persona, surge la decisión de acudir a un servicio u otro y se genera la acción. El conocimiento de la oferta de los SUH es mejor que el de los CAP. El tiempo parece básico en la toma de decisiones.

A continuación, se realiza un breve desarrollo de las 5 categorías descriptas, en el punto anterior:

a. Percepción de síntomas

El hecho desencadenante de la toma de decisiones es siempre la percepción de unos síntomas que se valoran como pérdida de salud. Los pacientes suelen diferenciar sobre todo entre los síntomas que son claramente objetivables (por ejemplo: sangre en orina, fiebre) y los que no lo son (por Ej., dolor, molestia, etc.), entre los que son previamente conocidos de aquellos que desconocen y entre los que se les otorga el calificativo de graves o no graves. A partir de la percepción de síntomas, las personas ponen en marcha mecanismos simbólicos y acciones para recuperar la normalidad perdida, o bien para conocer lo que les está sucediendo.

b. Elaboración de un autodiagnóstico

La elaboración o no de un autodiagnóstico, entendido a éste como una idea o significado de lo que le está pasando a la persona. Hay informantes que ponen una etiqueta diagnóstica a lo

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

que les sucede, otros no asignan un nombre pero sí sitúan el síntoma en un lugar del cuerpo, otros son incapaces de tener una representación mental-corporal de lo que les sucede o bien son incapaces de generar un autodiagnóstico. En general, los síntomas no conocidos, o los conocidos previamente pero que tuvieron un mal desenlace, son los que producen una ausencia o negación de autodiagnóstico.

c. Percepción de necesidad

El autodiagnóstico se presenta como el hilo conductor y determinante de la necesidad no sólo de requerir atención urgente, sino también del tipo de atención rápida que se necesita. Esta percepción de necesidad conlleva la asignación de la categoría de grave o no a la situación.

La ausencia de autodiagnóstico, ciertos síntomas (como una opresión en el pecho o la presencia de sangre en la orina) y los síntomas referidos a órganos vitales son situaciones que generan una idea de gravedad atribuida que puede llevar a escoger un SUH. Otras situaciones consideradas no graves hacen elegir un servicio de guardia según los criterios de disponibilidad tecnológica percibida en la APS, como en el caso de autodiagnósticos asociados a traumatismos.

d. Conocimiento de la oferta de los servicios

En relación a este punto, referido al conocimiento de la oferta de los servicios de salud, que no necesariamente se corresponde con la oferta real, los SUH son especialmente valorados por la tecnología disponible y el servicio profesional y técnico del personal sanitario, además de por otros aspectos, como la exploración física, los estudios complementarios y, especialmente, por la inmediatez de la resolución del problema de salud.

e. Valoración del contexto global del individuo

Se ha encontrado que la falta de flexibilidad horaria dentro del ritmo de las actividades cotidianas (cargas domésticas, de atención a niños y ancianos, etc.), así como la falta de flexibilidad horaria asociada al entorno laboral (horarios de trabajo extensos, precariedad laboral, y miedo a perder el trabajo), hacen decidir la demanda de atención urgente. Además, cuanto más importancia tiene para la persona el factor tiempo, más probabilidad hay de que se

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

elija un SUH, en relación a los consultorios externos hospitalarios e incluso a los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS).

Así, en algunas regiones, uno de los factores más citados en la bibliografía es la falta de accesibilidad a otros servicios, sobre todo a la atención sanitaria regular, hecho que se produce en las personas de menor nivel socioeconómico. En estudios realizados desde la perspectiva de los pacientes sí que se han encontrado factores de la vida cotidiana (familia, trabajo, valoración de otros servicios) como determinantes de la acción. Otros autores del contexto cercano, básicamente el argentino, han encontrado factores similares a los hallados en este estudio, como la valoración positiva del tiempo de resolución en el SUH frente al mayor tiempo en el ámbito extrahospitalario, la inconveniencia de horarios de los servicios extrahospitalarios y el conocimiento de los servicios por experiencias previas.

En este estudio, un factor que no se ha podido analizar y que requeriría otros diseños, pero que se plantea como hipótesis, es que los servicios de urgencias, tanto hospitalarios como extrahospitalarios, desempeñan un papel de contención de la ansiedad, que en otros tiempos era ejercido por el entorno social cercano. La familia, los vecinos y todos los contextos próximos solían ser el primer lugar de demanda de consejo para muchos de los problemas de salud. En el contexto social actual, con menores redes informales de apoyo, son los servicios públicos, en este caso los sanitarios, los que pasan a ejercer ese rol. Además, hay que considerar la cada vez mayor medicalización de la vida, que hace cada vez más dependiente a la población de los servicios de salud; en este caso, se define la medicalización como el "proceso mediante el cual problemas sociales se transforman en problemas médicos".

Para *Mira y col. (2002)* "Si atendemos a los datos publicados hasta la fecha, las causas más de insatisfacción de los pacientes varían en función de distintos parámetros", por lo que también expresa que para que la información resulte más eficiente deben tenerse en cuenta las características propias de cada paciente y cada comunidad.

Existen diversos trabajos que intentan dilucidar por qué consultan los usuarios de los hospitales y por qué lo hacen por la guardia. Esto está íntimamente ligado a cuestiones culturales y de la idiosincrasia del lugar. Sin embargo suelen existir similitudes en las diferentes comunidades.

En estudios realizados en un servicio de emergencia de un Centro de Salud de la ciudad de Porto Alegre, Brasil, fueron identificadas como demandas dentro del Servicio de Emergencia atenciones de situaciones graves y con riesgo de vida para el paciente, pero también atención

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

de necesidades puntuales que se caracterizaban por no ser de urgencia y atenciones que complementaban a atenciones que habían recibido en otros niveles inferiores del sistema.

En este mismo estudio se observó que “En los casos en los cuales no era posible la consulta médica a corto plazo, el usuario prefería buscar el servicio de emergencia a esperar filas por una cita”.

En otro párrafo se desprende el concepto de que en la atención básica, al dar prioridad a las consultas con turnos previamente asignados, provocaban que los usuarios sean transferidos informalmente a los servicios de emergencia, dado que las demandas excedían lo programado o no correspondían a lo ofertado por el servicio.

“La demanda a los servicios de salud puede ser entendida como una solicitud explícita que expresa todas las necesidades del usuario. Esta puede ser efectiva, a través de la consulta, acceso a los exámenes, consumo de medicamentos, ejecución de procedimientos; considerando que, de esta forma, los servicios organizan su oferta. Paradójicamente, las necesidades de cada usuario pueden ser otras. Estas pueden ser respuestas a problemas socioeconómicos, a las condiciones de vida, a la violencia, la soledad, la necesidad de un vínculo con un servicio/profesional, o aún, al acceso de alguna tecnología específica que le proporcione calidad de vida”. *Garlet y col (2007)*

Otro trabajo de *Garlet y col. (2009)* “La finalidad del trabajo en urgencias y emergencias bajo la perspectiva de los profesionales” realizado en una unidad de emergencia de Río Grande Do Sul, donde las unidades hospitalarias de atención a las urgencias y emergencias integran el componente hospitalario del sistema de atención, instituido por la Política Nacional de Atención a las Urgencias (PNAU) y cuya finalidad de esas unidades es atender pacientes que llegan en estado grave, acoger casos no urgentes y proceder a dirigirlos a servicios de ambulatorio básicos o especializados, existentes en la red de atención a la salud llegó, entre otras conclusiones, a que al trabajar en la puerta de entrada de un hospital público de emergencia, los profesionales se encuentran con una demanda que ultrapasa lo que los servicios están organizados para reconocer e intervenir.

La necesidad de atención por los servicios de salud incluye diferentes factores que van a definir la elección del usuario. Influyen: la gravedad o la urgencia del problema, la necesidad, la tecnología de la cual se dispone, la solución al problema, la recepción, las condiciones de acceso (físico, geográfico, económico, etc.), la rapidez de la atención, experiencias anteriores

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

del paciente o de amigos, familiares, el vínculo establecido por la persona y el personal del servicio de guardia, el servicio y el sistema de salud en sí.

Franco Vega (2002) en su trabajo "Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud", sostiene que en todas las lenguas existen vocablos con los cuales definir la idea de bienestar. Esta palabra resume "la compleja percepción de quienes disfrutan una vida cómoda, con sus necesidades básicas satisfechas y en buen estado físico, por lo que esta palabra también se usa para expresar el concepto que implica "estar sano".

La percepción del paciente sobre el estado de su salud lleva a la utilización de los servicios de salud. Diversos modelos han tratado de explicar esta utilización, dependiendo de la etapa del proceso. Así tenemos el modelo epidemiológico (*Donabedian, 1987*); social (*Mechanic, 1961; Suchman, 1964; Andersen, 1968; Aday y Anderson, 1974; Andersen 1995*), económico (*Schultz, 1962; Grossman, 1972; Phelps Newhouse, 1973; Acton, 1975; Feldstein, 1983; Parker y Robert, 1986*) y psicosocial (*Rosenstock 1966; Zola, 1973*).

La dolencia es particularmente relevante en el análisis de la utilización de servicios de salud, ya que el uso del mismo lo decide en última instancia el paciente en función de su perspectiva.

La demanda de servicios asistenciales es derivada por la demanda de salud, y ésta está determinada por definiciones no profesionales de signos, síntomas y dolencias que están implícitas en la percepción del paciente. Es decir, es la población la que decide cuándo, dónde y por qué razones concurrir a los servicios de salud.

Incluso plantea *Garlet y col (2007)* que los médicos sustentan la concepción biomédica, poniendo el foco de atención en la enfermedad y no en el individuo que tienen enfrente.

También para quienes tienen una visión económica o "mercantil" de la medicina desde la perspectiva de los actores (médicos y pacientes) pocas veces coinciden en la identificación de las necesidades sanitarias, vistas desde el proceso de la atención.

Los usuarios parten de una *necesidad sentida*, que es el planteamiento de su percepción de la realidad, así como de sus deseos, expectativas y preferencias en materia de salud, sean estas expresadas o no (*necesidad expresada*), señala *Priego Álvarez (2005)*.

En contraste, los proveedores de la atención sanitaria tienen necesidades reales o normativas, es decir, las que define el experto y se encuentran plenamente avaladas por

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

fundamentos científico técnicos, concretizadas epidemiológicamente y presupuestadas racionalmente.

Al no coincidir en la identificación de las necesidades, se genera una brecha que crea una distancia entre los actores que no pueden ver resueltas sus necesidades, logrando gran insatisfacción en ambos.

Algunos expertos opinan que los conocimientos médicos, más las pruebas o estudios realizados al paciente y el diagnóstico final, unido a las vivencias emocionales del personal de un SUH con fuerte presión asistencial, termina por sobre clasificar muchas de las consultas como inadecuadas (*Sánchez (2004)*), por lo que este autor sostiene que las urgencias hospitalarias inadecuadas son menos de las que se suponía y, en consecuencia, las urgencias inapropiadas tendrían muy poco impacto sobre el normal funcionamiento de los SUH .

3.8. Factores asociados al uso inadecuado de los SUH.

Los expertos coinciden en señalar diferentes factores asociados al uso inadecuado de los SUH, entre los que encontramos:

a. Variables demográficas

Edad: tanto los trabajos de *Petersen y Col. (1998)* o *Sempere Selva (2001)* describen una asociación significativa entre edad avanzada y una mayor utilización, pero más adecuada de los servicios de urgencias.

La mayor frecuencia de uso inadecuado se da en edades pediátricas y con el aumento de la edad disminuye progresivamente, hasta que vuelve a ascender hacia la tercera edad.

Con referencia a esta variable, *Carpio Pérez, de la Universidad de Salamanca* realizó un trabajo sobre la utilización inadecuada del servicio de urgencia del hospital universitario de esa ciudad en el año 2003.

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

Tabla 2

Adecuación de la visita y edad de los pacientes. En porcentaje

Hospital universitario de la Universidad de Salamanca

Año 2003

Grupos de edad	Adecuación	Inadecuación
<i>14 – 19</i>	<i>42,7</i>	<i>57,3</i>
<i>20 – 25</i>	<i>49,1</i>	<i>50,9</i>
<i>26 – 35</i>	<i>59,3</i>	<i>40,7</i>
<i>36 – 45</i>	<i>60,8</i>	<i>39,2</i>
<i>46 – 55</i>	<i>48,1</i>	<i>51,9</i>
<i>56 – 65</i>	<i>62,6</i>	<i>37,4</i>
<i>66 – 75</i>	<i>61,3</i>	<i>38,7</i>
<i>76 – 85</i>	<i>78,3</i>	<i>21,7</i>
<i>Más de 85</i>	<i>72,0</i>	<i>28,0</i>

Fuente: Estimación de la utilización inadecuada del SUH de un hospital universitario

Elaboración: Carpio Pérez. 2008

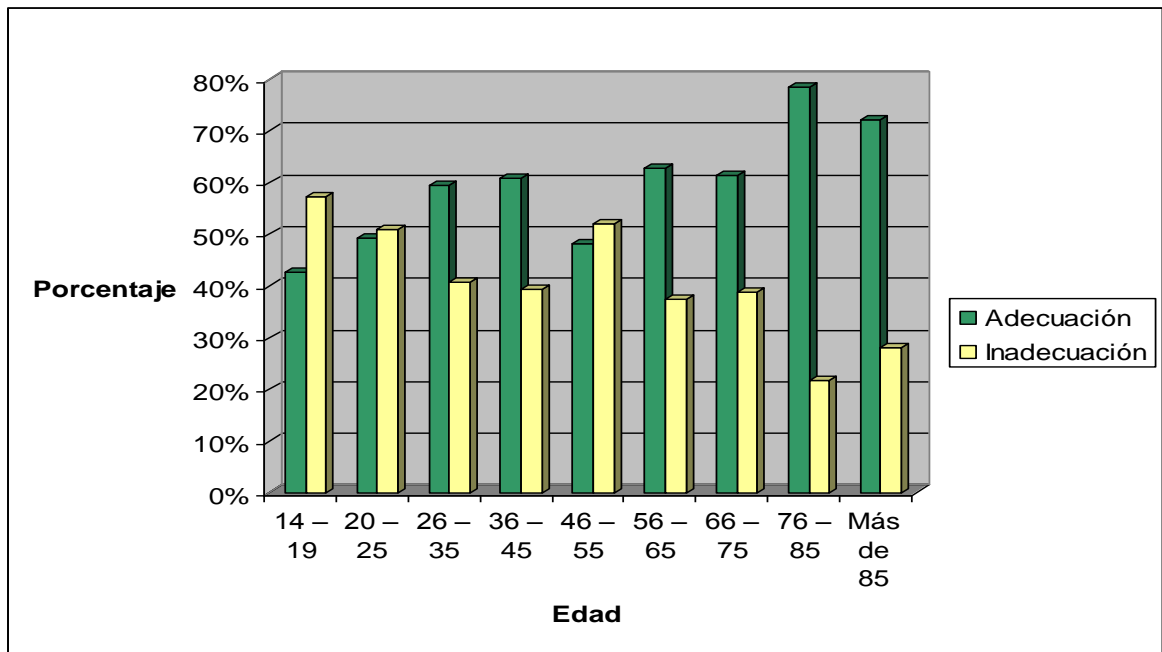
Al relacionar la edad con la adecuación de la visita queda en evidencia que la adecuación más alta se encuentra en los pacientes mayores de 55 años, con un máximo en el grupo etáreo de entre 76 y 85 años con un 78,3%; mientras que el máximo de inadecuación aparece en el grupo de entre 14 y 19 años con el 57,3%. **Gráfico 1.**

Gráfico 1

Adecuación de la visita y edad de los pacientes

Hospital universitario de la Universidad de Salamanca

Año 2003



Fuente: Estimación de la utilización inadecuada del SUH de un hospital universitario. Carpio Pérez. 2008

Elaboración: Propia.

Más adelante se describe la relación existente entre la edad y el tipo de derivación a los SUH. Los porcentajes máximos por voluntad propia se encuentran en los tramos de edad de 14 a 19 años, siendo del 85%, y la menor incidencia se observa en la categoría de mayores de 85 años (35,3%). Los valores cambian cuando se trata de derivaciones por Atención Primaria de Salud (APS). **Tabla 3** y **Gráfico 2**

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

Tabla 3

Tipo de derivación y edad categorizada. En porcentaje.

Hospital universitario de la Universidad de Salamanca

Año 2003

Grupos de edad	Derivación motu propio	Derivación por APS	Otros
14 – 19	89,5	6,6	3,9
20 – 25	85,5	10,0	4,2
26 – 35	80,0	13,1	6,9
36 – 45	79,7	14,4	5,9
46 – 55	74,3	21,9	3,8
56 – 65	66,7	27,8	5,6
66 – 75	67,3	22,7	10,0
76 – 85	47,8	42,6	9,6
Más de 85	35,3	41,2	23,5

Fuente: Estimación de la utilización inadecuada del SUH de un hospital universitario. Carpio Pérez. 2008

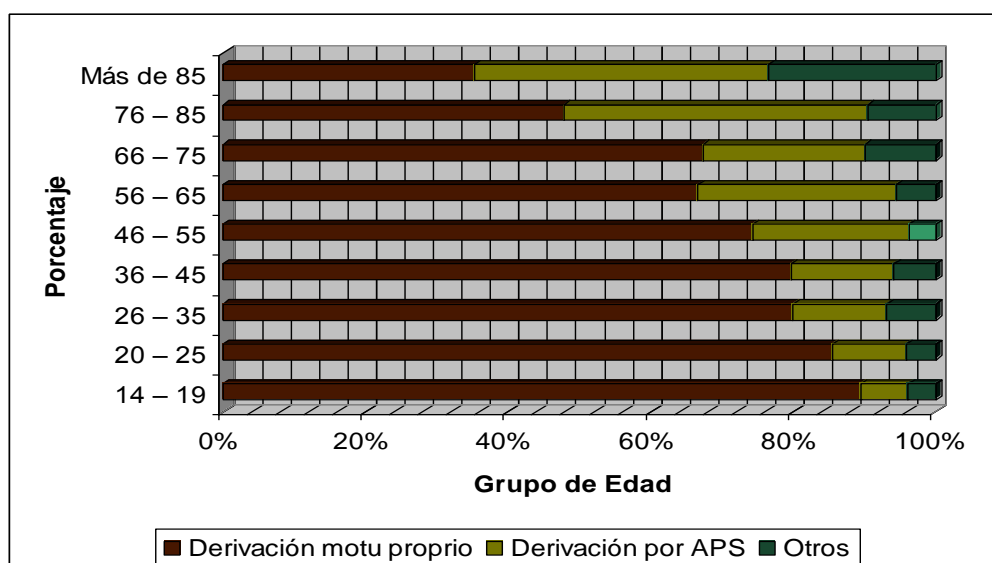
Elaboración: Propia.

Gráfico 2

Tipo de derivación y edad categorizada

Hospital universitario de la Universidad de Salamanca

Año 2003



Fuente: Estimación de la utilización inadecuada del SUH de un hospital universitario. Carpio Pérez. 2008

Elaboración: Propia.

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

Sexo: de la misma forma la mayoría de los trabajos de los expertos, como *Pereira y Col. (2001)*, *Ibáñez y Col. (1991)*, *Alonso Fernández y Col. (1993)* coinciden en señalar la asociación que existe con una mayor frecuencia de uso inadecuado a la mujer. Sin embargo se da en forma débil e inconsistente.

Estado civil: en general, se describe un mayor uso inadecuado para solteros o divorciados y menor en casados o viudos.

Situación laboral: algunos trabajos como los de *Walls y Col. (1998)*, *Sun y Col. (2003)* y otros señalan una asociación entre uso inadecuado y trabajador desocupado.

Nivel de estudios: trabajos llevados a cabo en Portugal (2001), por *Pereira y Col.* describen una mayor utilización inadecuada entre población de más alto grado de estudios, pero está influenciada por la edad y patología lo que consigue hasta invertir esta asociación, según *Cunningham y Col. (1995)*.

Nivel socioeconómico: en diferentes estudios se señala la mayor frecuencia que se asocia entre el menor nivel socioeconómico y un mayor uso inadecuado de los SUH, siendo éstos, como lo señalan algunos trabajos los que "amortiguan los peligros inherentes a la falta de recursos para obtener asistencia sanitaria. *Kellermann (1994)*; *Clancy y Eisenberg (1997)*; *Shapiro (2000)*. Para *Garlet y col. (2009)* la demanda por atención en unidades de emergencia, no sólo es excesiva, si no que no se agota en lo que se considera una necesidad de salud. Muchas veces, está caracterizada por pacientes que buscan en la atención de la salud la resolución para los más diversos problemas sociales que enfrentan en su día a día.

b. Variables relacionadas con el estado de salud

Diferentes trabajos demuestran que la existencia de antecedentes patológicos, el número de patologías asociadas, la discapacidad física y la percepción subjetiva del estado de salud están asociados con una mayor frecuencia de uso de los SUH. Lo que también queda demostrado es un menor porcentaje de uso inadecuado. *Cunningham y col. (1995)*; *Young y col. (1996)*; *Escobedo y col. (1997)*; *Oterino y col. (1999)*; *Sempere-Selva y col. (2001)*.

En el trabajo de *Garlet y col. (2009)* los SUH de **urgencia pediátrica** el tipo de consulta atendida evidenció la heterogeneidad de las atenciones y no obstante atender casos graves conforme su misión, también recibió casos no urgentes.

c. Variables relacionadas con el sistema sanitario

El modelo de sistema sanitario de cada región o países responsable, en gran medida, del uso inadecuado de los SUH. Diferentes trabajos como los de Padget (1992), Cunningham (1994), Rosenblatt (2000), Sarver (2002), Walls (2002) o Sun (2003) demuestran que la inaccesibilidad económica a la que pueden estar sometidos los usuarios y la obligatoriedad de prestar asistencia urgente en los SUH empujan a éstos a asistirse en dichos servicios como única entrada al sistema.

En otros casos, estudios realizados en España por *Marín (1997)* demuestra como, a pesar de contar con una cobertura universal, la falta de institucionalización del derecho a la asistencia, deja un sector de la población con la única cobertura del SUH. Esto también fue advertido en Portugal por *Pereira (2001)*.

Más allá de la adhesión o no a un sistema de Atención Primaria de Salud, si existe un déficit en el funcionamiento del mismo, ello generará una afluencia importante de usuarios a los SUH. La existencia de déficit en la asistencia primaria ha sido señalada reiteradamente como una de las causas más importantes de utilización inadecuada del SUH. *Alberola y Rivera (1994)* encontraron que en el medio urbano a igual accesibilidad existe una atracción preferente por la asistencia hospitalaria por sobre la atracción en otros centros sanitarios.

Muchos trabajos señalan que la carencia de servicios alternativos resulta ser una de las causas más importantes de uso inadecuado de los SUH, entre ellos los de *Baker (1994)*, *Lang (1996)*, *Petersen (1998)*, *Rosenblatt (2000)*, *Oster (2003)*.

Merrit (2000) asocia una reducción del uso inadecuado de los SUH donde existen servicios de urgencia extrahospitalarios. Sin embargo, *Peiró, Sempere y Oterino (1999)* encontraron que aumentan la utilización sin lograr una reducción significativa en las urgencias hospitalarias.

Existen algunos servicios hospitalarios de atención de urgencias y emergencias que están organizados jerárquicamente y atienden el modelo de atención racional bajo parámetros biomédicos. Como ejemplo podemos tomar el modelo de organización de una unidad de emergencia hospitalaria del interior del estado de San Pablo, que "*adoptó el cambio en la organización del trabajo y de la gestión de las urgencias, contribuyendo para que la superocupación fuese controlada, por medio de la reducción del número de consultas y de la tasa de ocupación, con aumento del promedio de permanencia, de la complejidad de los casos*

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

atendidos y del costo promedio de las internaciones, transformándose en un centro de referencia en las atenciones de elevada complejidad, así como para la formación y capacitación de profesionales de urgencia” Garlet y col. (2009). Sin embargo, en la atención a las urgencias todavía no se han obtenido los resultados esperados. En la mayoría de los centros urbanos, la descentralización de la asistencia es pobre y el orden de los flujos recién comienza. *“Predomina el modelo tradicional de organización de la atención a las emergencias, determinado por la búsqueda espontánea de los usuarios, culminando con la superocupación de las salas de atención, con la consecuente baja calidad de la asistencia prestada, con el largo tiempo de espera para consultas, exámenes y cirugías, con la falta de cupos para internación, así como de personal capacitado” Garlet y col. (2009).*

Es decir, que el personal de salud, al desempeñarse en la puerta de entrada de un hospital público de emergencia, se encuentra con una demanda que sobrepasa lo que los servicios están organizados para reconocer e intervenir. *“Esta organización no se restringe a las condiciones materiales, tecnológicas y de personal, igualmente engloba la forma de organización y gestión de los procesos de trabajo empleados en esos servicios” Garlet y col. (2009).*

En muchas oportunidades, los SUH son utilizados como válvula de escape de los servicios de salud, disminuyendo la calidad de la atención de los casos agudos y graves que son considerados adecuados a la finalidad a la cual se destinan esos servicios. Cuando el exceso de demanda genera el acumulo de tareas y la consecuente sobrecarga para todo el equipo de profesionales, se traduce también, en aumento de los costos hospitalarios. *Garlet y col. (2009)*

Existen también otras variables, tanto *Rosenblatt (2000)* como *Oster (2003)* plantean que así como la buena relación médico-paciente disminuye el uso inadecuado, la ausencia de provisión de cuidados con un médico regular aumenta el uso de los SUH por patologías que se podrían haber asistido en el nivel de APS y, por el contrario, el estudio de *Gill (2000)* señala que la continuidad de la atención en APS lo reduce.

Resulta un aporte muy interesante el trabajo de *Cantalejo y col. (1998)* realizado en el SUH de la Paz, Madrid, donde se encontró un porcentaje de pacientes que concurrían al SUH por “motu proprio” en un porcentaje superior al 80%, en la banda horaria de 10 a 14 hs. con la particularidad de coincidir con el horario de pleno rendimiento de ese efector de salud demostrando, según los autores, que una gran proporción de personas no utilizan el primer nivel de asistencia, o sea cuestionando que la APS sea realmente la puerta de entrada al sistema sanitario.

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

Al analizar las causas "motu proprio", el motivo principal de las mismas se señala: "es rapidez y comodidad". Ver **Tabla 4**.

Tabla 4
Causas por "motu proprio". En porcentaje
Servicio de Urgencias Hospitalarias de la Paz. Madrid
Año 1998

<i>Rapidez y comodidad</i>	55,1
<i>Gravedad aparente</i>	11,9
<i>Conocimiento de patología de base</i>	5,5
<i>Descontento con la APS</i>	5,5
<i>Accidente de tráfico</i>	2,1
<i>Accidente laboral</i>	2,0

Fuente: Caltalejo y col. 1998

Elaboración: Propia

El motivo principal de las mismas, como se verifica en la tabla anterior lo representa "rapidez y comodidad", en 438 pacientes (55,1%). Los accidentes, de tráfico o laborales suponen un 4,1% (43 pacientes). Por gravedad aparente acuden 127 pacientes (11,9%) y 59 (5,5%) son desplazados de otros lugares.

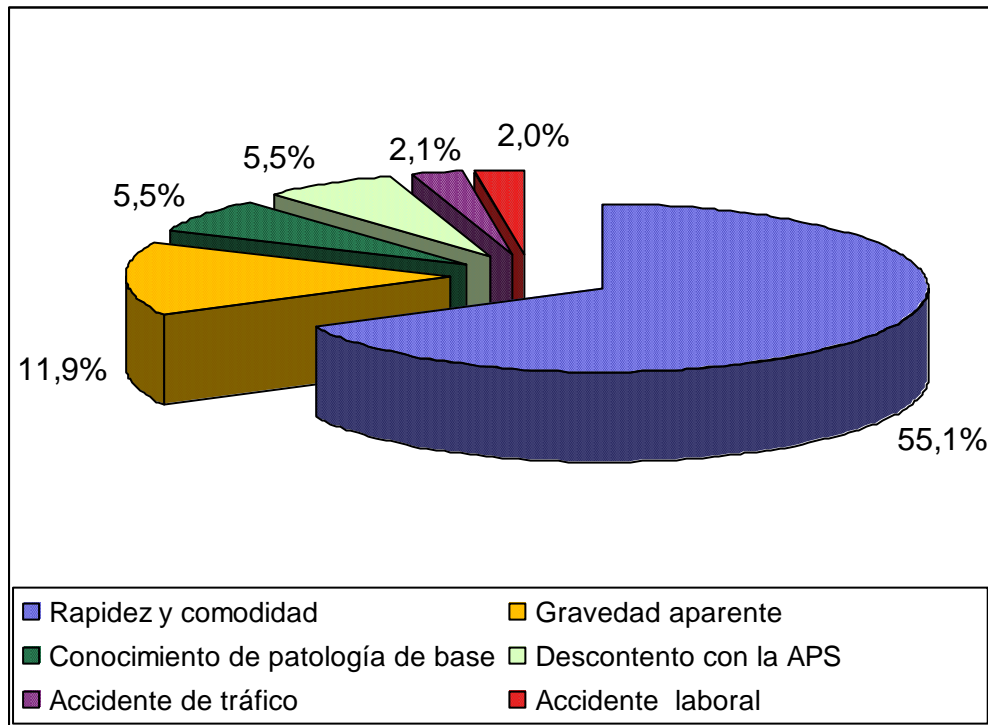
Entre las primeras 6 causas "motu proprio" se encuentra el "descontento con la APS" en el cuarto lugar y aducen por "rapidez y comodidad" el 55,1 % de los 1.068 encuestados, tal como se aprecia mejor en el **gráfico 3**.

Gráfico 3

Causas "motu proprio"

Servicio de Urgencias Hospitalarias de la Paz. Madrid

Año 1998



Fuente: Caltalejo y col. 1998

Elaboración: Propia

En otro trabajo, llevado a cabo en el Hospital Universitario de Alicante, España, por *Aranaz y col. (2002)*, se entrevistaron a 348 pacientes, de los cuales 287 acudieron al SUH por iniciativa propia y sólo 61 fueron derivados por un médico. Dentro de éste grupo, se destaca:

Ha venido directamente al SUH porque prefiere venir al hospital que ir al Centro de Salud o Servicio de Urgencias con 158 casos (55%)

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

Tabla 5

Causas "motu proprio"

Servicio de Urgencias Hospitalarias del Hospital Universitario de Alicante

Año 2002

Motivos principales (bloque 1) y específicos (bloque 2)

Bloque 1: 1a. Desconocimiento de que puede acudir al CS/SU o existen problemas para acudir 51 (100%)

Bloque 2: A1. No tiene médico de cabecera 27 (52,9%)

A2. No conoce la localización/teléfono de su médico 2 (3,9%)

A3. No conoce la existencia/localización/teléfono del SU del CS 19 (37,2%)

A9. Otros (especificar): «acude de madrugada», «desplazado», «no hay servicio de urgencia» 4 (7,8%)

Bloque 1: 1b. Ha acudido al CS/SU antes de venir al hospital 54 (100%)

Bloque 2: B1. El CS/SU casi siempre le envía al SUH 1 (1,9%)

B2. No dan solución a los problemas 10 (18,5%)

B3. Por recomendación de los médicos del CS 20 (37%)

B4. Porque tienen más confianza en los resultados 1 (1,9%)

B5. Porque la consulta del médico general ha finalizado 7 (13,0%)

B6. Por demora en visita a domicilio del médico de cabecera o del SU/CS 9 (16,7%)

B7. Por imposibilidad de contactar con el CS o con el SU 2 (3,7%)

B9. Otros (especificar): «porque tardan 2 h en atenderle», «pruebas rápidas», «remitida urgente al especialista» 4 (7,4%)

Bloque 1: 1c. Ha venido directamente al SUH porque prefiere venir al hospital que ir al CS o SU 158 (100%)

Bloque 2: C1. Ha acudido al médico de cabecera y «no se fía» 6 (3,7%)

C2. Ha acudido al SU del CS y «no se fía» 5 (3,1%)

C3. Prefiere acudir directamente al SUH porque tiene más confianza en el hospital 47 (29,7%)

C4. Tiene historia abierta en el hospital y cree que será mejor atendido 11 (6,9%)

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

C5. Vive cerca del hospital/le resulta más cómodo 23 (14,5%)
C6. No pierde horas de trabajo/le resulta más cómodo 12 (7,5%)
C7. Le atienden más rápidamente/le resulta más cómodo 56 (35,4%)
C8. Cree precisar prueba diagnóstica y que en el hospital se la harán 34 (21,5%)
C9. Otros (especificar): «a partir de las 17.00 no están en su CS», «acompañante», «ausencia médico de cabecera», «de paso que visita un familiar», «desplazado», «familia de personal del hospital», «hiperglucemia estando en el hospital», «indicado por médicos del SUH en ocasión anterior», «le dijeron que volviera si no mejoraba», «le ha remitido el médico de empresa», «por recomendación del especialista», «vacaciones de su médico de cabecera», «recomendación SUH», «recomendación médica» 17 (10,7%)

Bloque 1:1d. Está en lista de espera de asistencia en algún centro (atención primaria, especializada u hospital) 39 (100%)
Bloque 2: D1. Está en lista de espera quirúrgica 3 (7,7%)
D2. Está en lista de espera de consulta externa hospitalaria 8 (20,5)
D3. Está siendo visto en consulta externa hospitalaria, pero la siguiente visita es muy tardía 4 (10,3%)
D4. Está pendiente de especialista de zona 16 (41,0%)
D5. Vive pendiente de consulta en atención primaria (con demora por la cita previa) 4 (10,3%)
D6. Está pendiente de pruebas diagnósticas solicitadas por atención primaria o especialista de zona 2 (5,1%)
D7. Está pendiente de la realización de pruebas diagnósticas solicitadas por el hospital 2 (5,1%)
D9. Otros (especificar) 1 (2,6%)

Fuente: Aranz A. "Por qué los pacientes utilizan los SUH por iniciativa propia" 2002.

Elaboración: Propia

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

Tabla 6

Características de los pacientes que acuden "motu proprio" según los motivos principales

Servicio de Urgencias Hospitalarias del Hospital Universitario de Alicante.

Año 2002

	Desconoce CS/SU	Consultó antes con su CS	Prefiere acudir a SUH	Demora en otros niveles asistenciales
Pacientes, n (%)	51 (17,7)	54 (18,8)	158 (55,0)	39 (13,5)
Sexo, n (%)				
Mujeres	31 (60,8)	32 (59,3)	82 (51,9)	24 (61,5)
Hombres	20 (39,2)	22 (40,7)	76 (48,1)	15 (38,5)
Edad, media (años)	39,2	43	44,4	53,2
Edad, mediana (años)	32	37,5	40	52
Edad, < 40 años (%)	34 (66)	30 (55,5)	77 (48,7)	12 (30,7)
Estuvo anteriormente en urgencias:				
Por igual motivo	29 (58%)	36 (67,9%)	120 (76,4%)	33 (84,6%)
Percepción del problema:				
Leve	14 (72,0%)	33 (62,3%)	103 (65,6%)	23 (60,5%)
Grave	36 (28,0%)	20 (37,7%)	54 (34,4%)	15 (39,5%)
Estado de salud habitual:				
Bueno	35 (70,0%)	35 (66,0%)	105 (67,3%)	20 (52,6%)
Malo	15 (30,0%)	18 (34,0%)	51 (32,7%)	18 (47,4%)

Fuente: Aranaz A. "Por qué los pacientes utilizan los SUH por iniciativa propia" 2002.

Elaboración: Propia

d. Variables relacionadas con el entorno

Otras variables relacionadas con el uso inadecuado fueron descritas por diferentes autores. La distancia al hospital hace que el porcentaje de consultas, la frecuentación al SUH y la inadecuación sean inversamente proporcionales a la distancia.

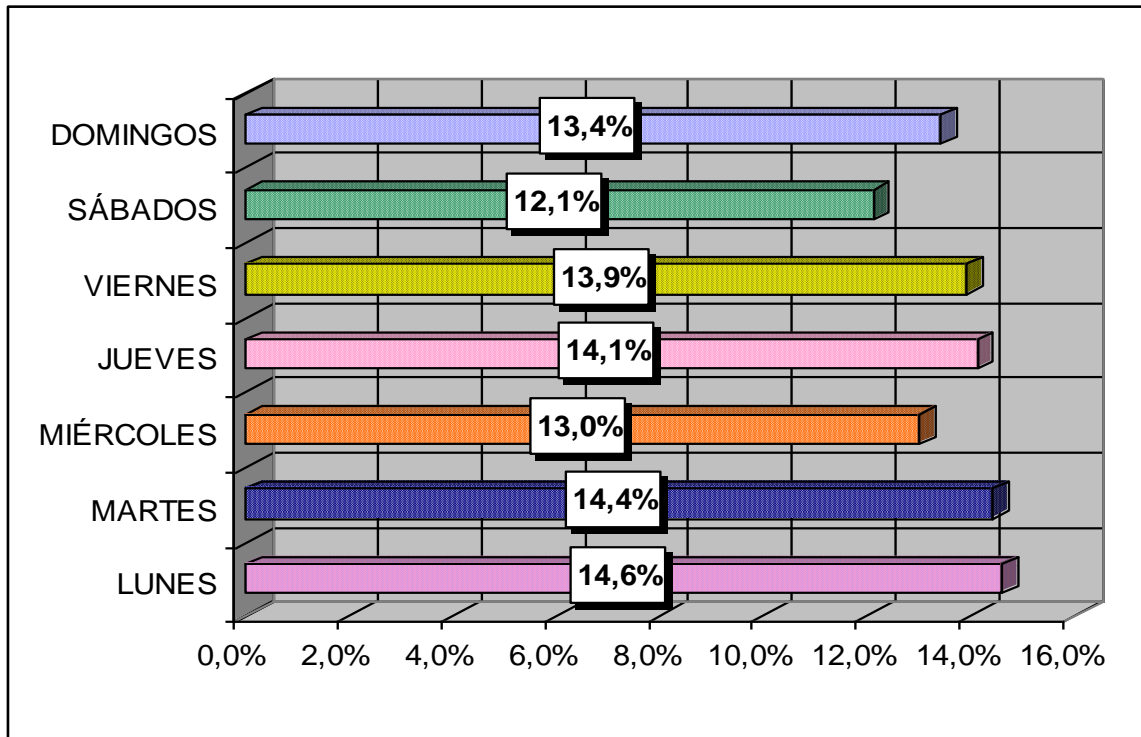
Día de la semana: algunos estudios como el de *Balanzó y Pujol (1989)* en Cataluña asoció un mayor porcentaje de visitas inadecuadas a los SUH los días lunes, aunque no se trata de una asociación consistente. En cuanto al día de la semana, para *Carpio Pérez (2008)* los más frecuentados son los lunes y los martes. Así, los lunes se recibieron 156 pacientes (14,6%), los martes 154 (14,4%), los miércoles 139 (13,0%), los jueves 151 (14,1%), los viernes 148 (13,9%), los sábados 129 (12,1%) y los domingos 143 (13,4%).

Gráfico 4

Día de la semana asociado a inadecuación

Hospital Universitario de Salamanca

Año 2008



Fuente: Tesis Doctoral Carpio Pérez. Universidad de Salamanca. 2008.

Elaboración: Propia

Horario de atención: cuando se estudia el porcentaje de uso inadecuado y se lo relaciona con la hora de consulta, se encuentra que aumenta en horario diurno (mañana y tarde) y disminuye por la noche, tal como lo describen los trabajos de *Pereira y col. (2001)*, *Oterino y col. (1999)*.

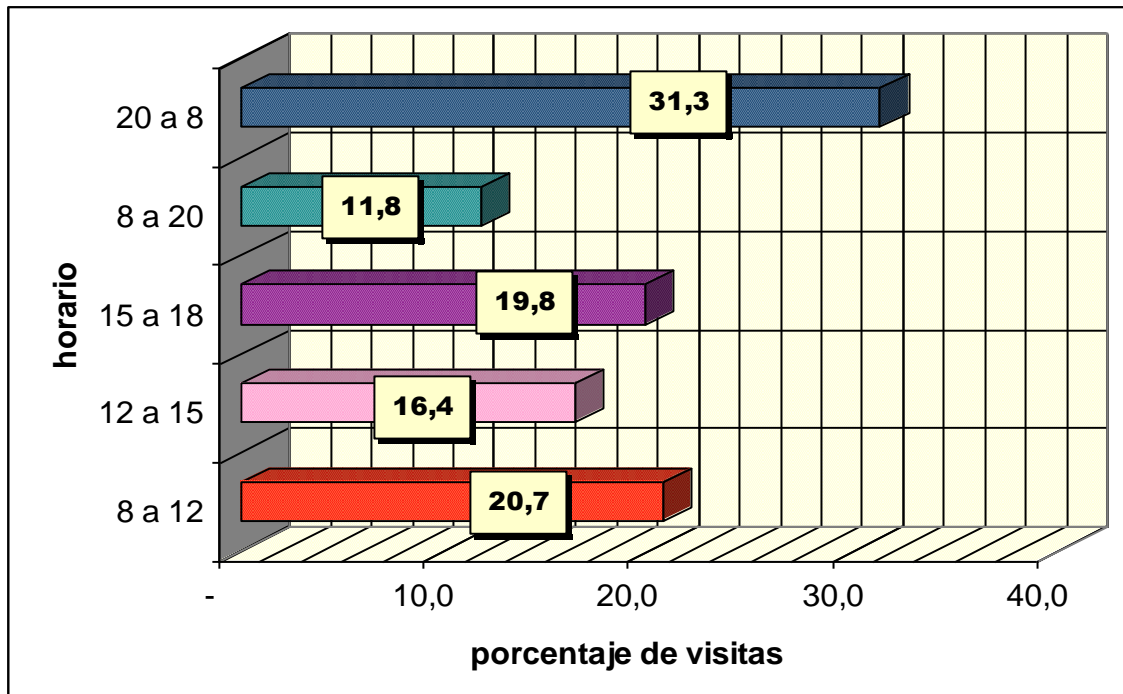
En el trabajo de *Carpio Pérez* se especifica que el 41,0% (438) de la urgencias son atendidas por la tarde, el 39,5% (422) por la mañana y el 19,0% (203) por la noche, siendo las franjas horarias más concurridas las de 8-12 horas (20,7%), 15-18 hs. (19,8%), 12-15 hs. (16,4%) y 18-20 hs. (11,8%).

Gráfico 5

Franjas horarias más concurridas

Hospital Universitario de Salamanca - Servicio de Urgencias Hospitalarias

Año 2008



Fuente: Tesis Doctoral Carpio Pérez. Universidad de Salamanca. 2008.

Elaboración: Propia

Si bien a simple vista aparece como el horario más concurrido el nocturno (de 20 a 8 Hz.) lo es la franja horaria de 8 a 20 Hz. (con el 68,7 %) y dentro de la misma, el horario de 8 a 12 Hz. la franja horaria con mayor concurrencia.

e. Variables relacionadas con el entorno social

Los medios de comunicación que en su afán de primicias pueden llegar al alarmismo y a la pérdida del sentimiento de aceptación y resignación tradicional ante la enfermedad, generan un aumento de exigencia de servicios, muchas veces inadecuados.

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

Sempere – Selva (2001) señalan, como en otros trabajos, que los pacientes que acuden en ambulancia son adecuados con mayor frecuencia que aquellos que llegan al SUH por sus propios medios.

Es más claro el caso de las consultas espontáneas vs. la demanda inducida por un médico; la mayoría de los expertos así lo señalan, desde *Domínguez (1990)*, *Lang (1996)*, *Ibáñez (1991)*, *Alonso Fernández (1993)* hasta otros autores y aunque varían los porcentajes según dónde se haya llevado a cabo el estudio, la mayoría de los trabajos coinciden en que las primeras representan mayor frecuencia de uso inadecuado que las segundas. Estas varían entre un 50% y un 91% en trabajos españoles como los de *González-Grajera y col (1995)* o los de *Ibáñez y col. (1991)*. Para *Patel y Dubinsky (2002)* en Canadá (Ontario), señalan un porcentaje de adecuación de los pacientes derivados del 75%.

f. Grado de adecuación de visitas – Necesidad percibida

Otra variable se relaciona con la aparición súbita de síntomas y el tiempo de duración de los mismos. *Pereira y col. (2001)* describen un aumento progresivo del porcentaje de urgencias inadecuadas con la duración de los síntomas desde el momento de su aparición súbita.

Muchos estudios señalan la asociación existente entre la percepción de gravedad del propio paciente o de sus familiares condicionando la utilización del servicio de urgencias, como lo describen trabajos como el de *Domínguez y col. (1990)*.

Entre los motivos de consulta que muestran una asociación con el uso inadecuado de los SUH, según lo señalan estudios de *Del Castillo Rey y col (1986)* y otros como los de *Oterino y col. (1999)* o el de *Sempere – Selva (2001)* se destacan patologías osteomusculares, alteraciones mentales y enfermedades de la piel.

g. La continuidad de la atención. Médico definido.

Según estudios realizados en los Estados Unidos, investigadores como *Alpert y col. (1970)*, *Andersen y Aday (1978)*, *Becker y col. (1974)*, *Dietrich y Marton (1982)* y *Hayward (1991)* uno de los factores más importantes en la determinación de la utilización fue el hecho de tener un médico definido o un lugar de consulta definido y es bien sabido que este hecho puede ser

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

considerado como un elemento de la calidad de la atención, dada la continuidad de la misma y de la relación médico paciente. *Donabedian (1984)*.

Otras investigaciones, como las hechas en Brasil por *Stein (1998)* muestran que solamente el 30% de los pacientes entrevistados referían tener un médico definido, a diferencia de los estudios antes citados, como el de *Hayward y col. (1991)* y otros autores que los sitúan en un promedio de entre un 70 y un 80% en los Estados Unidos. En el trabajo hecho por *Stein (1998)* éste encontró que se asocia significativamente el no tener "médico definido" con la utilización del servicio de emergencia por motivos realmente urgentes y con la utilización de servicios de atención primaria; inclusive *Wasson et al. (1984)* en los Estados Unidos, vieron que personas de 55 años y más habiendo recibido atención del mismo médico por 18 meses tuvieron menor número de internaciones por el servicio de emergencias y menor cantidad de días de internación.

Es destacable que con respecto a la relación que existe entre "médico definido" y la utilización de los servicios de emergencia, *Sox y col. (1998)* encontraron que la categoría "sin médico definido" se asoció significativamente con la utilización de los servicios de emergencia.

La calidad de la atención también parece verse afectada por la falta de continuidad en la atención médica, a la que podemos nombrar como falta de médico definido. *Forrest y Starfield (1998)* vieron que quienes tenían continuidad en la atención presentaban una menor probabilidad de esperar más tiempo por la consulta, así como *Sox (1998)* observó que el grupo sin médico definido se asoció significativamente con la variable demora para consultar.

3.9. Características de las Unidades de Urgencias Hospitalarias.

La mayoría de las unidades o Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) poseen características en común, indistintamente del sistema local de salud o del país que se trate. Según el trabajo de *Tudela y col. (2003)* en Barcelona, España, los SUH son tan utilizados como controvertidos. Tienen características que le son propias e intrínsecas y que por esto no pueden ser modificados, y otras que si bien no lo son están históricamente asociadas a ellos. Como ejemplo de los primeros tenemos la afluencia discontinua de pacientes, la necesidad de priorizar, la dificultad en el diagnóstico rápido, la importancia del factor tiempo en algunos tratamientos, el valor de la observación clínica, las expectativas del paciente, así como la gran incidencia que los SUH tienen en la dinámica de los hospitales. En tanto que, de los que pueden

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

ser denominados circunstanciales o extrínsecos, también poseen una serie de aspectos que son opuestos a los anteriores y que si bien no son propios de un servicio de urgencias están históricamente asociados a ellos, entre los que el autor cita como ejemplos: la falta de intimidad, la inadecuada discriminación de la urgencia, su reconocimiento profesional o la heterogeneidad organizativa y que refiere son modificables de ser necesario.

1.- Afluencia discontinua:

Una característica que se repite en la mayoría de los SUH es la afluencia no uniforme a lo largo del día, que sigue una curva de distribución horaria muy típica de estos servicios. Lo más significativo de esta curva de distribución es la coincidencia en el horario de atención de los consultorios externos. Con una baja afluencia durante el período nocturno para comenzar un incremento progresivo desde las 8 hs. con un pico hacia las 12 hs. y otro alrededor de las 17 hs., iniciando un descenso a partir de esa hora.

La actividad continuada de los SUH permite analizar la afluencia de las consultas a lo largo de las 24 horas del día. Este comportamiento estaría indicando que los horarios de concurrencia al SUH están determinados, en la mayoría de los casos, no tanto por la presentación de los síntomas que sugieren al paciente la urgencia, sino por "ritmos sociales", como lo son horarios relacionados con el trabajo o las comidas. Siguiendo con este estudio, la distribución de las consultas en los diferentes días de la semana tampoco es regular, siendo en todos los centros, en promedio, mayor los días lunes. Tampoco es ajeno el momento del año en que se realice la observación, sufriendo variaciones según sea época vacacional, mayor incidencia de patologías estacionales, cambios climáticos o eventos sociales. Todo esto habla a las claras de la necesidad de una planificación de los recursos de los servicios, con la flexibilidad necesaria para adaptarlos a esta realidad cíclica y cambiante.

2.- Necesidad de priorizar:

Esta nace de la afluencia discontinua y no programada de pacientes que implica la asistencia muchas veces simultánea de los mismos que lleva al personal de salud a la necesidad de priorizar; para lo cual se utilizan diferentes clasificaciones estandarizadas que tienen como común denominador el criterio de presunción de gravedad. *García Romero (2009)* señala que para éste fin son muy utilizados los "Triages".

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

Tudela y col. (2003) pudieron concluir que sólo el 2% de las consultas en los SUH requirieron la atención en Cuidados Intensivos, el 25–30% pueden ser adjetivadas como urgencias graves, mientras que es destacable que las urgencias leves representaron un 70%. Utilizando criterios de adecuación de urgencias hospitalarias resultó que el 38% de las consultas a los SUH son inadecuadas. "Urgente no siempre es Grave" y "Grave no siempre es Urgente". Estos autores consideran esto así y lo ejemplifican de la siguiente manera: *"Existe un grupo de procesos que requiere asistencia rápida aunque no se trate de cuadros graves. Así, un cólico renal o una intensa urticaria pueden alarmar al paciente y requerir orientación y alivio rápidos, aunque no son enfermedades graves. Por otra parte, hay una serie de circunstancias clínicas que pueden revestir una especial gravedad pero no requieren una actuación inmediata. Como ejemplo, el hallazgo de un nódulo pulmonar no precisa asistencia urgente (aunque puede implicar gravedad), sobre todo si se puede realizar su estudio en un plazo de tiempo razonable. Cabe pues asumir la enfermedad urgente, la que requiere una actuación preferente, tenga mayor o menor gravedad, dado que es difícil implicar en la discriminación al propio paciente"*.

3.- Aproximación diagnóstica difícil:

Lo que *Tudela y col. (2003)* afirman sobre este punto está referido a la dificultad en el proceso diagnóstico en comparación con otros ámbitos asistenciales. Esto es consecuencia del poco tiempo disponible, de no disponer de una historia clínica del paciente, en ocasiones de la falta de acompañantes o de estudios clínicos previos. Los autores de este trabajo también hacen hincapié en el espacio físico con que se suele disponer en los SUH, siendo por ejemplo ruidosos, pequeños, lo que dificulta una aproximación diagnóstica llegándose, en muchos casos, a un diagnóstico sindrómico o únicamente a la exclusión de gravedad. Existe además el riesgo de vulnerar el derecho a la intimidad y a la confidencialidad ya que la asistencia urgente, con los condicionantes de la premura y la gravedad puede, en ocasiones, hacer difícil el respeto a la intimidad y la confidencialidad.

Estas afirmaciones confirman nuevamente que el uso inadecuado de estos servicios perjudican a los usuarios tanto sean pacientes que ameritan ser atendidos en el SUH o no; también son perjudicados los trabajadores de la salud, ya que en estas condiciones la posibilidad de errores y acciones que deriven en actos de mala praxis es alta.

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

4.- Necesidad de coordinación interna y externa:

De lo arriba expuesto se deduce que, dentro del hospital, la relación entre el SUH y el resto de los servicios (laboratorio, diagnóstico por imágenes, etc.) es fundamental; si además se tiene en cuenta que, en algunos hospitales, las guardias atienden también las urgencias que se generan en las salas de hospitalización. La sobre utilización de los SUH dificulta esta coordinación entre los servicios que lo asisten, disminuyendo la calidad de la atención para pacientes que requieren la resolución inmediata de la afección que lo llevó a la consulta.

5.- Ansiedad y expectativas:

Tudela y col. (2003) no dejan de observar la importancia de la alta carga de ansiedad que presentan los pacientes y familiares en lo SUH. Esto puede deberse a lo súbito y grave de la aparición del cuadro o ante la expectativa de una solución rápida a su problema y que puede sentir frustrada. Agrega el trabajo que en las actuales condiciones de sobre utilización y uso inadecuado de los SUH *"la relación médico-paciente en los mismos es difícil y en ocasiones la confrontación excede lo tolerable y crea una situación de auténtico riesgo para el profesional y de gran confusión para el usuario con lo que se gesta el conflicto que lleva en casos a las reclamaciones y denuncias"*.

6.- Otras características de los SUH que citan los autores de este trabajo son:

- Violencia doméstica.
- Problemática social.
- Exposición accidental a material biológico.

Otros expertos como *Villatoro Martínez (2005)*, define a un Departamento de Urgencias como *"Una unidad integral que el hospital dedica, para recibir, estabilizar y manejar pacientes que se presentan con una gran variedad de condiciones urgentes ó no, donde los pacientes se presentan solos ó mediante referencia"*. También considera que deben contar con un alto estándar de calidad y que debe ser organizada y administrada por personal que idealmente conozca de las urgencias (emergentólogo) específicas de ese servicio, además de contar con conocimientos de administración.

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

Puntualmente sostiene que las características indispensables para el funcionamiento de este servicio deben incluir:

Respecto a la estructura: "Siempre será parte del hospital, al mismo tiempo debe contar con licencia de la autoridad territorial responsable. Deberá ser diseñado con el propósito de atender urgencias y estará obligado a tener un área con la capacidad de soporte de vida avanzado, incluyendo ventilación mecánica, donde se hará la recepción y estabilización de pacientes críticamente enfermos. Además de un área de descontaminación de pacientes.

Deberá tener el apoyo las 24 hrs. de los servicios de: laboratorio, imagenología, patología y del servicio de microbiología por lo menos 6 días por semana en turno de 12 hs."

Respecto a los cuidados del paciente: "Este servicio debe de contar para todos los pacientes que se presenten con enfermedad aguda o lesiones. Áreas de recepción, triage -valoración inicial- y sala de observación. Además deberá de ser capaz de proveer ó arreglar los cuidados posteriores de los pacientes atendidos más allá de la fase de urgencias, (ingreso a piso) dependiendo de la infraestructura hospitalaria. Si el rango de atención es limitado –servicio de urgencias pediatría, ginecología, cardiología, etc.) deberán de ser informados, los servicios prehospitalarios, diseñando políticas hospitalarias para la adecuada atención y referencia de cada paciente".

3.10. Hospital vs. otros efectores de salud.

Diversos trabajos, como el de *Rangel y Turrini (2001)* que tratan la problemática citan, entre otras, como causas de la sobre utilización de dichos servicios, la insatisfacción de la población con la atención recibida en la el primer nivel y el alto poder de atracción que significan los Servicios de Urgencia en la población, que considera que les garantizan una atención rápida y eficaz.

Inclusive, diferentes autores entre los que se encuentran a *Del Castillo y col. (1986)* o también a *Baker (1994)* proponen el porcentaje de cuidados ambulatorios recibidos en el SUH como marcador de la accesibilidad y calidad de la APS.

En todo ámbito de consulta, ya sea consultorios externos o la guardia médica, existe el gran utilizador responsable por el uso de una gran proporción de las consultas ofrecidas a la

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

población y que, en algunas ocasiones, utiliza los servicios de salud sin que tenga, desde el punto de vista médico, una justificativa clara. Son algunos ejemplos que pueden ser observados en los padrones de utilización y que son determinados por la necesidad percibida en salud y por otras características.

Schiavone (2003) sostiene que con el paso del tiempo el rol de los hospitales y otros efectores de salud, como las Unidades de Salud, se fue modificando. Los servicios de salud institucionales surgieron durante la Edad Media ante la necesidad de auxiliar y cobijar a los pobres e indigentes. Es decir, que los hospitales "aparecieron con el fin de ofrecer asilo a individuos incapaces de vivir en comunidad, o que a causa de su enfermedad constituían una amenaza para la misma".

Según *Pérgola (2004)* "En los siglos XVII y XVIII, los hospitales constituían prácticamente albergues destinados a aislar a los enfermos contagiosos, a los dementes y a los indígenas".

Los progresos en la ciencia y la tecnología durante los siglos XIX y XX también se involucraron a la medicina, transformando la práctica médica. Este hecho marcó un hito, puesto que los hospitales comenzaron a acaparar estos avances tecnológicos, para los centros de salud quedaron las acciones de promoción de la salud y la atención primaria, es decir, la "medicina de menor complejidad". Para *Schiavone (2003)* en los hospitales se profundizó este proceso sin preocuparse por los costos de una medicina cada vez más tecnológica, "sin prestar atención debida a las prioridades de su área programática, profundizando el aislamiento de los hospitales respecto a los problemas más amplios de la comunidad. El sistema así "organizado" contribuyó al auge de un modelo de medicina basada en la reparación del daño, en el uso y abuso de tecnología, en la búsqueda de "la causa", en la práctica médica individual con una relación médico-objeto que reemplazo la relación médico-paciente". Esto fue desembocando en una situación en la cual la coordinación entre los hospitales y el resto de los efectores de salud pasó a ser escasa o inexistente.

Actualmente, según *Schiavone*, "En todo el mundo los hospitales representan la concentración más importante de recursos de salud, conocimientos profesionales y equipos médicos"; lo cual es otro elemento que explicaría que las personas optaran por concurrir a dichos efectores en vez de optar por los Centros de Salud, generando un escenario en donde el hospital se encuentra saturado de pacientes de modo que es difícil prestar una atención correcta.

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

Es bien sabido que un hospital general no puede trabajar de modo aislado, sino que debe formar parte de un sistema social y médico que preste una atención integrada e integral. Así mismo el resto de los efectores de salud tampoco pueden no tener hospitales en los cuales descansar, derivando a los casos complejos.

Touceda (2007) sostiene que "Ningún sistema de salud local basado en el concepto de la atención primaria puede funcionar sin la participación y el apoyo de un hospital y de un buen sistema de envío de casos que precisan una asistencia mas especializada que la que pueden recibir fuera del hospital. Ahora bien, importa igualmente que éste no aplique tratamientos que puedan ser dispensados en otros niveles del servicio de salud, pues si se lo hace se verá colapsado y no podrá ofrecer apoyo adecuado a la comunidad. Por ello es esencial que existan fuertes vínculos entre el hospital, los Centros de Salud Municipales y la comunidad a fin de que la población tenga la certeza que recibirá asistencia especializada en el hospital siempre que sea verdaderamente necesario".

Más adelante se refiere a la misión del hospital, que *"..es tratar al paciente lo mejor que pueda, darle el alta tan pronto como lo establezca el tratamiento y explicarle al médico del Centro de Salud qué necesitará ese paciente de ahora en adelante. Pero generalmente algo que parece sencillo en la realidad actual y, por ejemplo, en el partido de La Plata no lo es, dado que pese al número de hospitales ubicados en el distrito, éstos se hayan saturados de pacientes (porque acuden por propia iniciativa o por haber sido enviados sin discernimiento) lo que implica muy dificultosa una atención correcta para los habitantes que residen en La Plata."*

Para *González y col. (2005)* los servicios de urgencias pueden ser conceptuados como "unidades diseñadas para proporcionar tratamiento médico, con disponibilidad inmediata de recursos a cualquier hora del día o de la noche". Sin bien suelen ser la puerta de entrada al sistema de la persona en real urgencia, como de aquella que por razones ajenas a la salud, no quiere o no puede asistir a la consulta médica regular. En trabajos realizados en Medellín, Colombia, también se destaca que el número de asistencias urgentes crece constantemente, como también la atención de aquellos que lo hacen como sustitutivo de la atención primaria.

3.11. Accesibilidad a los Servicios de Salud.

"El acceso a los bienes, servicios y oportunidades destinados a satisfacer las necesidades de salud no es sólo un derecho humano fundamental y la clave para que las personas puedan disfrutar de otros derechos humanos fundamentales. Desde una perspectiva social es también un elemento crucial para la construcción de capital humano y tejido social, a través de la inserción de los individuos en la vida de su comunidad. Desde una perspectiva económica, es un factor esencial para el desarrollo productivo de los países"¹.

Es bien conocido que cuando se investiga la utilización de los servicios, se está estudiando la accesibilidad a los mismos y si bien no es una medida exacta, es la más usada en la mayoría de los estudios. También es bien conocido que al analizar la utilización-accesibilidad por grupo socioeconómico, también se está evaluando la equidad del sistema en cuestión.

Según un estudio sobre percepción de niveles de salud y criterios de satisfacción, llevado a cabo en efectores de salud de la Argentina, la *dificultad en el acceso* junto a la *atención deficiente* fueron las principales causas de insatisfacción.

Uno de los primeros interrogantes que nos plantea el problema se relaciona con la accesibilidad y si el sistema permite el fácil acceso a todas las personas. Por lo cual es conveniente revisar las definiciones que plantean diferentes expertos.

Según el diccionario de la Real Academia Española se entiende por accesibilidad a la "posibilidad de llegar a un sitio o entrar en él".

La mayor coincidencia entre los expertos se refiere a que, pese a los avances en el conocimiento y la tecnología médica, el acceso a la atención de la salud continúa marcado por profundas desigualdades no sólo entre países sino también dentro de un mismo país.

El acceso es un concepto importante en la política sanitaria y la investigación de servicios de salud, sin embargo, aún no se ha definido o empleado con precisión. Para algunos autores el "acceso" se refiere a la entrada o el uso del sistema de salud, mientras que para otros lo caracteriza factores que influyen en el acceso o uso.

¹ Dra. María Cecilia Acuña. "Exclusión, protección social y el derecho a la salud". Unidad de Políticas y Sistemas de Salud. Área de Desarrollo Estratégico de la Salud. OPS-OMS. Marzo de 2005.

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

Para *Mogollón Pérez A. S (2004)* y *Vargas (2004)* el acceso suele ser un concepto mal definido, a tal punto que suele ser confundido con otros, como la disponibilidad, la accesibilidad, la búsqueda de atención o con la cobertura en el aseguramiento.

Resulta muy interesante lo señalado por *Aday y Andersen (1974)* al referirse a este tema, cuando afirman que el concepto de acceso se relaciona con los cambios en las preocupaciones y objetivos de las políticas de salud. Es por esta razón que, tanto su definición como la forma de evaluarlo, se va modificado conforme pasa el tiempo y de acuerdo al contexto en el que se lo aplica. Incluso *Aday y Andersen* han llegado a desarrollar una de las propuestas teóricas sobre acceso que mayor impacto han provocado, el "Modelo de comportamiento de utilización de servicios de salud".

Para *Penchansky y Thomas (1981)* el acceso es la relación existente entre los atributos de producción de un servicio y las características de los usuarios y sus necesidades, determinado por su influencia sobre la utilización de los servicios de salud. Es decir, sostienen que el acceso se refiere a la entrada o el uso del sistema de salud, mientras que otros expertos opinan que lo caracteriza factores que influyen en el acceso o no. *Frenk* define el acceso como el proceso de buscar y recibir atención.

También *Bashshur (1982)*, concibe la accesibilidad como la relación funcional entre la población y las instalaciones y los recursos médicos. Esta refleja la existencia diferencial de obstáculos, impedimentos y dificultades, por un lado y de factores facilitadores para los beneficiarios de la atención médica

Donabedian fue uno de los primeros expertos en desarrollar este concepto denominándolo "accesibilidad". Según este autor la accesibilidad contempla dos dimensiones, geográfica y socio sanitaria y es una característica de los recursos de atención, siendo definida como el grado de ajuste entre las características de la población y las características de los recursos (*Frenk J, 1985*). Constituye un factor mediador entre la capacidad de producir servicios y el consumo real de dichos servicios; además, comprende las características del recurso que facilita o dificulta el uso.

Para *Donabedian (1973)* "Se considera la accesibilidad como algo adicional a la mera presencia o "disponibilidad" del recurso en un cierto lugar y en un momento dado. Comprende las características del recurso que facilitan o dificultan el uso por parte de los clientes potenciales".

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

En la definición de accesibilidad se identifica el concepto de "posibilidad" es decir, una situación de acceso "potencial".

Otros autores, como *Testa (2006)* afirman que la accesibilidad, puede ser entendida como el complejo de circunstancias de todo tipo que viabilizan la entrada y circulación de cada paciente dentro de la red interconectada de los servicios en sus diferentes niveles de complejidad.

Para *Romano Yalour y col. (2003)* la atención es **accesible** cuando es fácil de iniciarse y de mantenerse, pero también depende de la habilidad de los usuarios potenciales para vencer obstáculos espaciales, sociales y psicológicos que se interponen entre ellos.

Las personas en procura del acceso a la atención médica recurren a diferentes estrategias y en el caso de la atención por guardia parece ser uno de los ejemplos.

Otros expertos mencionan diferentes tipos de accesibilidad. Es decir, combinan los atributos de los recursos y los de la población. Como por ejemplo *Salkever*, que hace referencia a dos aspectos de la accesibilidad, la financiera y la física, siendo definida la primera como "la capacidad individual para costear la atención médica" (también, podemos agregar, otros costos derivados, como los de laboratorio, diagnóstico por imágenes, pérdida de jornada laboral, pérdida de premio, etc. y no sólo costos directos de la atención) y la segunda como "los costos de transporte, tiempo y búsqueda" que supone el proceso de procurarse la atención.

Observamos según las definiciones sobre acceso que existen dos grandes tendencias, quienes entienden acceso como "El ajuste entre las características de los servicios y las de la población" (como *Penchansky y Thomas, 1981 y Frenk, 1985*) y quienes lo hacen "Equiparándolo con la utilización de los servicios" (como *Aday, Andersen, Ricketts y Goldsmith, 2005*).

Es decir un enfoque, el mencionado en primer término, se centra en el dominio estrecho del acceso (desde el momento en que la persona busca atención). Este enfoque se concentra en las características de la oferta y cómo se ajustan a las características de la demanda. Es aquí donde expertos como *Frenk* o *Donabedian* utilizan el término "Accesibilidad", versus el enfoque más amplio, es decir desde la necesidad de atención a la utilización del servicio. En este enfoque existe la controversia con quienes sostienen el modelo del dominio estrecho, ya que el del dominio amplio el estudio del acceso es el mismo que el de los determinantes de la utilización de servicios (*Frenk, 1985*), pues contempla procesos culturales, conductuales y

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

cognoscitivos inherentes al deseo de atención médica. Éstos estarían en el rubro de los determinantes de la utilización, con lo cual la "Accesibilidad" es solamente una dimensión más.

Con referencia al tipo de evaluación del acceso que proponen estas dos tendencias también son diferentes; la primera centrada en el proceso o acceso potencial, la segunda, en los resultados o acceso realizado.

El acceso entendido como el grado de ajuste o accesibilidad:

Según los expertos que adhieren a esta postura (*Penchansky, Thomas; 1981 y Frenk; 1985*) la accesibilidad constituye un factor mediador entre la capacidad de producir servicios y el consumo real de esos servicios, siendo la accesibilidad una característica de los recursos de atención (*Frenk J, 1985*).

Para dichos autores, el acceso comprende diferentes dimensiones que están relacionadas entre sí. Estas son: la *accesibilidad*, que es la relación entre la localización de la oferta y la de los usuarios; tiene en cuenta la distancia, el costo del traslado, el tiempo de viaje, etc. La *disponibilidad*: siendo ésta la relación entre el volumen y tipo de los servicios existentes, y el volumen y tipo de las necesidades de los usuarios. La *adaptación* o relación entre la forma en que los recursos están organizados para atender a las personas (horarios de atención, solicitud de turnos, etc.) y la capacidad de esos pacientes para adaptarse a dichas formas organizativas. La *aceptabilidad* que son las actitudes de los pacientes sobre las características del personal de salud y sus prácticas en la atención, tanto como las actitudes de quienes proveen salud sobre las características de los pacientes. Y la *asequibilidad* o relación entre el precio de los servicios, y la renta, disponibilidad a pagar y la existencia de un seguro de salud.

Resulta interesante la postura de *Penchansky y Thomas (1981)*, ya que proponen la evaluación del acceso desde la perspectiva de los usuarios a través de indicadores de proceso que miden, mediante un cuestionario, la satisfacción de éstos con las diferentes dimensiones de acceso.

El cuestionario propuesto incluye cuatro ítems relacionados con *disponibilidad*, y otros cuatro relacionados con *adaptación*; tres sobre la *asequibilidad* y tres sobre satisfacción relacionada con la *aceptabilidad* y finalmente dos relacionados con la *accesibilidad*.

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

Disponibilidad:

- 1.- Conseguir atención médica cuando lo necesita.
- 2.- Encontrar un buen profesional.
- 3.- Conocimiento acerca de dónde conseguir atención y obtener atención médica urgente.

Adaptación:

- 1.- Espera para el turno.
- 2.- El horario.
- 3.- La espera en sala de espera.
- 4.- Facilidad para entrar en contacto con el profesional de la salud.

Asequibilidad:

- 1.- Con el Seguro Médico.
- 2.- Los honorarios médicos.
- 3.- Con el pago de las facturas.

Aceptabilidad:

- 1.- El aspecto de las instalaciones de salud.
- 2.- El barrio donde se encuentran.
- 3.- Los pacientes que se encuentran en los servicios.

Accesibilidad:

- 1.- Localización de los servicios.
- 2.- La dificultad para llegar a los servicios.

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

Donabedian (1997) lo relaciona además con la calidad de la atención ya que considera que es uno de los factores que la orientan. Sostiene, además, que la accesibilidad es más que la disponibilidad del recurso en un lugar y un tiempo dado, considera que también comprende las diversas características del recurso que facilita o dificulta. Es decir, que es posible definir a la accesibilidad como "El grado de ajuste entre las características de la población y las características de los recursos".

Las dos dimensiones de la accesibilidad a las que hace referencia Donabedian se interrelacionan y tienen que ver con: la accesibilidad geográfica, que se relaciona con la fricción del espacio y que puede ser medida a través del tiempo y costo del viaje, de la distancia, etc. La otra dimensión que menciona este autor es la accesibilidad socio-organizativa, que engloba todas las demás características de la oferta de servicios que, ya sea de manera individual o en su conjunto, puedan constituirse en facilitadores u obstáculos de la atención médica.

La OMS toma el concepto de accesibilidad desarrollado por Donabedian. En ese caso es definida como "La organización de una oferta de servicios que sea geográfica, financiera, cultural y organizacionalmente alcanzable para toda la comunidad. La atención tiene que ser apropiada y adecuada en contenido y cantidad para satisfacer las necesidades de la población, y provista en medios aceptables para ellos".

Accesibilidad geográfica: es el grado de ajuste entre la distribución espacial de la población y los recursos.

Accesibilidad financiera: los servicios, bajo cualquier forma de pago, deben ser asequibles.

Accesibilidad cultural: los métodos técnicos y de gestión deben respetar los patrones culturales de la comunidad.

Accesibilidad organizacional: se refiere a los elementos que inciden en la utilización de los servicios de salud, que dependen de la dinámica de la institución y la manera como se lleve a cabo la disposición de los recursos.

También *Frenk (1985)* propone un marco conceptual para el análisis de la accesibilidad basado en el ajuste. Este experto distingue los *factores que crean resistencia* a la búsqueda y obtención de la atención, relacionados con las características de la oferta, y los factores que dan poder en la búsqueda y obtención de la atención, relacionados con las características de la

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

población y *factores organizativos* que obstaculizan la entrada como aquellos que interfieren con la recepción de la atención oportuna dentro del establecimiento de salud.

Existe una sucesión de acontecimientos desde el momento en que surge la necesidad de atención médica hasta el momento en que se inicia o se continúa la utilización de los servicios médicos. Como lo expresa Frenk, "Una ruptura conceptual importante surge cuando las causas del deseo de atención se consideran también como parte del alcance de la "accesibilidad". Este enfoque ampliado abarca, fenómenos tales como creencias relativas a la salud, la confianza en el sistema de atención médica y la tolerancia o la incapacidad, los cuales determinan el deseo de atención".

También hace referencia a las *características personales* que confieren poder en la utilización de los servicios y que servirían para sortear los obstáculos que impiden o interfieren con el acceso al sistema.

Corresponde destacar que la importancia relativa de cada obstáculo variará con la forma en que está organizado el sistema de salud que se analice.

La accesibilidad a los servicios de salud puede ser definida como "El grado por el cual individuos están impedidos o facilitados en sus capacidades para adentrar y recibir atención en servicios del sistema de atención de salud". Dentro de los factores que influyen en esta capacidad se incluyen consideraciones geográficas, arquitectónicas, de transporte y financieras, entre otras.

Encontramos además que *Palmer (1991)* incluye en esta dimensión el concepto de equidad. *Maxwell (1984)* las conceptualizó como dimensiones diferentes, *Vuori (1988)*, por el contrario, propone incluir a la accesibilidad dentro del concepto adecuación de los recursos, como "componente distributivo". Nuevamente se tiene que la accesibilidad se relaciona con las características del recurso que facilitan u obstaculizan su utilización por consumidores eventuales y se puede dividir en accesibilidad geográfica (recurso demasiado alejado o elemento de la resistencia al desplazamiento) y accesibilidad socioorganizacional (barreras socioeconómicas, culturales, organizaciones.).

El acceso entendido como utilización de servicios:

La bibliografía coincide en que el modelo que mayor impacto ha causado es el "Modelo de comportamiento de utilización de servicios de salud" que desarrollaron en los años sesenta del siglo pasado, Aday y Andersen. Este modelo incorporó, según *Gold (1998)*, desde sus inicios la interacción de los usuarios con el sistema y su percepción de la utilización de los servicios de salud. Consideraban que las características de la oferta no eran suficientes para explicar la utilización. Para esto era necesario incluir los factores poblacionales que tienen incidencia en la búsqueda de la atención (como por ejemplo el deseo del paciente a buscar atención y las necesidades de salud).

3.12. Factores asociados a la utilización de los Servicios de Urgencia Hospitalarios.

Andersen (1973) ha propuesto un esquema para analizar la utilización de SUH que es el más empleado. Éste postula el uso de los servicios médicos como resultado de tres componentes fundamentales:

- a)** La predisposición para utilizar los servicios (factores predisponentes).
- b)** La capacidad para obtenerlos (factores facilitadores).
- c)** El nivel de enfermedad (factores de necesidad).

a) Predisposición para utilizar los servicios: características demográficas como el sexo, la edad, el tamaño familiar o la actividad laboral actúan como factores predisponentes de la utilización de los SUH.

b) Capacidad para obtener los servicios: ciertas características individuales, como el nivel de ingresos o el tipo de cobertura de salud y características poblacionales son facilitadores del uso de los SUH. En el caso que se describe aquí en este documento, tal vez sería interesante el modelo español (cobertura de la asistencia sanitaria universal donde no existirían problemas de accesibilidad económica) que conduciría a revisar otras variables facilitadoras como la

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

accesibilidad geográfica, la temporal, la administrativa y la cultural, tal como lo afirman *Peiró y col (1999)*.

b.1. Accesibilidad temporal y administrativa: para la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (**SAMFYC 1992**), la atención continuada (las 24 hs. del día) y "*sin ningún tipo de impedimento administrativo*" de las unidades de urgencia, en contraposición a las actividades programadas sobre las que se organiza la APS, es un factor importante que decide a favor de la utilización de los SUH.

b.2. Accesibilidad geográfica: tal como lo señalado por la SAMFYC, *Alberola y Rivera (1994)* han descrito que a igual accesibilidad, en zonas urbanas, se impone la preferencia por el medio hospitalario en desmedro de los centros de salud, con la excepción del medio rural donde la ampliación de un centro de salud logra disminuir la utilización de los SUH.

b.3. Accesibilidad cultural: atribuible a aspectos culturales, se comprueba una marcada preferencia por la atención hospitalaria tal como lo demuestra el trabajo de *Boushy y Dubinsky (1999)* en Toronto.

c) El nivel de enfermedad (factores de necesidad): para *Mc Cusher y col. (2003)* este componente se relaciona con el estado de salud percibido. Para otros expertos este componente es el que menos se adecua al trasladar el esquema de Andersen, puesto que fue diseñado para explicar la utilización de servicios en general, a la utilización de servicios de urgencia en particular. Para *Padget y Brodsky (1992)* se puede adaptar el modelo si diferenciamos tres estadios de decisión, a saber: reconocimiento del problema, decisión de recurrir a la asistencia médica y, por último, demandar asistencia urgente.

Algunos autores como *Mc Cusker y col.* también incluyen en éste, el estado de salud percibido.

Uno de los objetivos del modelo original de Andersen fue poder contar con un elemento que permitiera medir el acceso. Desde un principio fue utilizado para calibrar la utilización de los servicios de salud en sus diferentes niveles de complejidad.

Al evaluar con este modelo el acceso encontramos que es posible medir el acceso potencial, definido como la presencia de recursos disponibles o el acceso real, cuando se refiere al uso de los servicios de salud. Ello brindará información sobre la equidad del acceso (*Andersen, 1995*).

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

En los años '70 del siglo pasado, en una segunda fase, Aday y colaboradores de la Universidad de Chicago (*Aday y Andersen, 1974*) ampliaron el modelo. En el análisis incluyeron el papel de las políticas de salud y los recursos de las instituciones como factores determinantes del uso de los servicios. También fueron incluidas medidas de uso de los servicios de salud (*Andersen, 1995*), como por ejemplo: tipo, sitio, propósito de utilización, y frecuencia de uso de los servicios de salud recibidos ante un episodio específico de enfermedad.

Posteriormente, en una tercera fase, nuevamente el modelo fue modificado para incorporar los resultados de salud. Utilizado para analizar el papel de los servicios de salud en mantener o mejorar la condición de salud de la población (*Andersen y col., 1994*). A partir de esto se desarrollaron nuevos conceptos; por un lado el de "acceso efectivo" (se alcanza cuando la utilización mejora el estado de salud de las personas o la satisfacción de éstos con los servicios) y el de "acceso eficiente" al que se llega cuando aumenta el nivel de salud o de satisfacción en relación con la cantidad de servicios consumidos (*Andersen, 1995*). Es, en esta tercera fase, donde se reconoce el impacto del medio ambiente (incluyendo los componentes físico, económico y político) como un elemento importante del acceso a los servicios de salud.

Finalmente se inicia la cuarta fase del modelo, en los años '90, enfatizando la naturaleza dinámica que tienen los servicios de salud y la influencia que tiene el entorno (condiciones ambientales, sociales y económicas) sobre la condición de salud de los individuos (*Evan y Stoddart, 1990*).

En resumidas palabras el modelo de Aday y Andersen tiene como rasgos principales la distinción entre dos dimensiones del acceso: el *acceso potencial* y el *acceso real*. Mientras el *acceso real* refleja la utilización efectiva de servicios y la satisfacción, el *acceso potencial* se refiere a los factores que predisponen a la utilización de servicios (como actitudes, creencias, etc.), que capacitan (como la disponibilidad y la organización de los servicios) y a las necesidades de atención de salud de las personas. Según *Ricketts y Goldsmith (2005)* los factores que predisponen son características de la población y las características que capacitan son del sistema de prestación del servicio. Otro concepto a tener en cuenta del modelo de Aday y Andersen es que las políticas de salud son un determinante del contexto muy poderoso en la utilización de los servicios.

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

El acceso potencial y las características de los servicios de salud:

Según *Aday y Andersen (1993)* estos factores se relacionan con la disponibilidad de los recursos así como con la forma en que se organizan para brindar atención.

- Recursos disponibles: hacen referencia al trabajo y al capital que le asignan a la prestación del servicio, ya sea tanto en el volumen como en la distribución de servicios en la zona (*Andersen, 1973*).

- Organización: se refiere a la forma en que el sistema utiliza sus recursos para proporcionar la atención. Los dos componentes de la organización son, la "entrada" y la "estructura".

Se entiende por "entrada" el proceso "acceder" según *Andersen y Newman (1973)* o de "ingresar", según *Aday y Andersen (1974)* o al sistema. Incluyen todas las barreras que deben sortear los pacientes antes de recibir servicios de salud (como los distintos servicios que posee un sistema, la distancia que deben recorrer para llegar al lugar de prestación, los horarios de atención, el tiempo de espera, el pago de servicios, etc.).

Por el lado de la estructura, ésta se relaciona con las características del sistema que determina qué sucede con el paciente una vez que ha conseguido entrar al sistema (como el proceso de referencia y contrarreferencia, la localización de quien provee salud, el alcance de la cobertura, etc.).

El acceso potencial y las características de la población:

Aquí se incluyen: los diferentes tipos de determinantes de utilización de los servicios, los factores que predisponen al uso de esos servicios (tales como las creencias y las actitudes frente al uso de los servicios de salud, el conocimiento que posean acerca del funcionamiento de los mismos y características sociodemográficas de la comunidad); factores que determinan la capacidad de utilización de servicios tanto a nivel de la comunidad (la organización de los servicios en la comunidad, redes de apoyo, etc.), como a nivel individual (ingresos, tipo de cobertura de salud, residencia, procedencia, etc.) y las necesidades de atención de la salud que tenga esa población.

El acceso real:

Tal como se expresara más arriba, el acceso real tiene que ver con la utilización efectiva de los servicios de salud desde una mirada institucional y con las diferentes experiencias de los

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

usuarios con referencia al uso de los servicios de salud y su satisfacción de las necesidades expresadas por la comunidad.

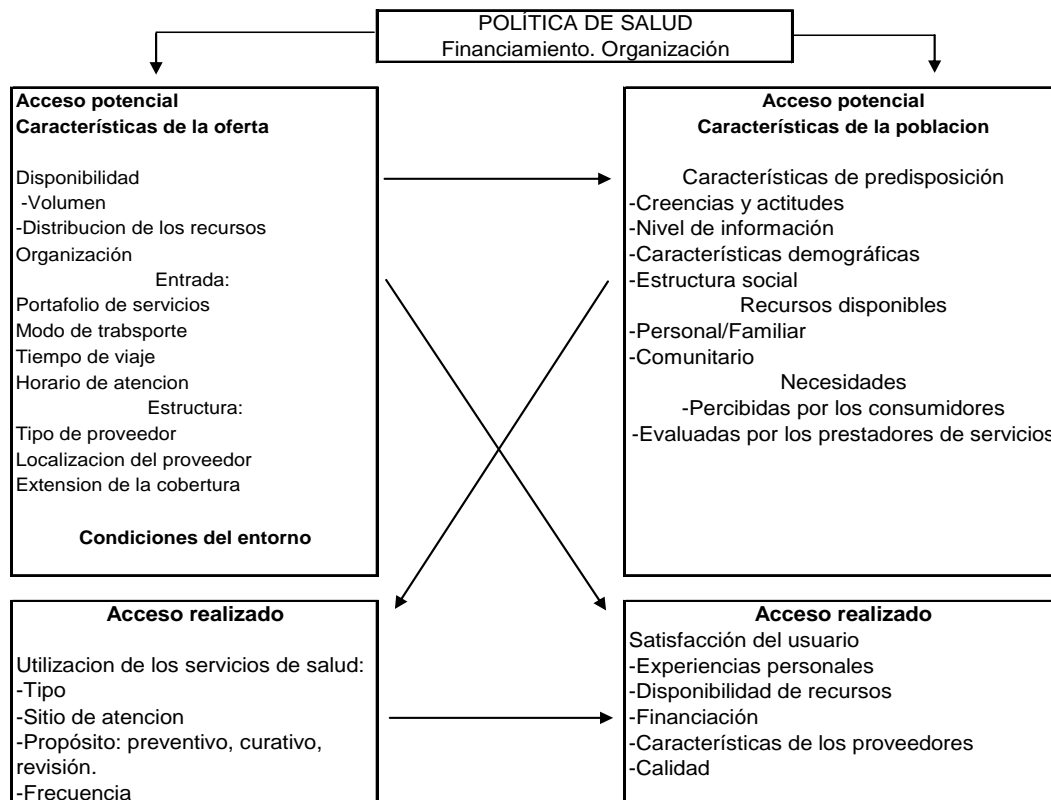
Desde la mirada institucional, de acuerdo a *Andersen (1977)*, se puede medir el acceso mediante el tipo de servicio utilizado, de la frecuencia y la continuidad de la utilización de los servicios, del uso del lugar donde recibió la atención y del propósito de la atención recibida.

Desde la mirada de los usuarios, se tiene en cuenta la experiencia personal en cuanto al uso de los servicios de salud, la adherencia al tratamiento, y la satisfacción con la atención recibida, ya sea desde el punto de vista técnico como desde el interpersonal.

Podríamos sostener que la medida real de la cobertura de servicios de salud, es el uso de los mismos y no sólo la disposición a pagar, afirmándose en la idea de que el uso es la medida real de la cobertura.

Esquema 1

Modelo de acceso de Aday y Andersen



Fuente: Gold M. The concept of access and managed care. *Health Service Research* 1998; 33 (3): 634

Elaboración: Propia.

Retomando el concepto de accesibilidad empleado por *Romano Yalour y col (2003)*, se encuentra que una mayor accesibilidad puede ser sinónimo de mayor calidad, sin embargo puede también conducir a la sobre utilización de los servicios, sobreoferta y aumento de los costos en forma innecesaria.

3.13. Instrumentos para la identificación de consultas inadecuadas a los SUH.

Existen diferentes criterios para evaluar las consultas en los SUH como adecuadas o no. La diferencia principal radica en que en lo que podríamos denominar la mirada del observador, es decir: si lo hacemos a través de las vivencias del paciente y sus familiares o bajo el juicio del modelo biomédico. Si partimos del modelo biomédico deberíamos tener en cuenta si estamos evaluando con criterios implícitos o explícitos. Los métodos utilizados para la identificación del uso inadecuado se basan generalmente en criterios implícitos, muchas veces subjetivos, lo que genera limitaciones a la hora de comparar entre hospitales; y aunque estuviéramos haciéndolo con un criterio explícito deberíamos especificar cuál.

En los últimos años, en diferentes países se han desarrollado y propuesto diferentes indicadores basados en criterios explícitos. Uno de éstos es el "Ambulatory Care Sensitive Conditions" (ACSC) o *Enfermedades Sensibles a Cuidados de Atención Primaria*, elaborado por expertos de los Estados Unidos de América, que mide la utilización de los servicios hospitalarios por problemas de salud que podían haberse prevenido y/o controlado en el nivel primario de atención. El inconveniente que presentan este tipo de listas, según lo expresa *Gérvás y Col (2006)* es el sesgo estadounidense que éste tiene por ser un elemento de medición que, como es natural, refleja una organización y una cultura, por lo cual el listado de ACSC deberá adaptarse a cada ámbito de estudio para garantizar validez.

Gervás, lo ejemplifica con la palabra "ambulatory", que es exactamente el equivalente a "atención primaria", aunque también aclara que este problema se obvió gracias a un proceso de adaptación a la realidad española.

Ese mismo trabajo considera que aplicando el indicador ACSC ("hospitalizaciones evitables") puede erróneamente llegar a ser utilizado el "evitable" como "inapropiado". Respaldada esta idea en los casos en que una hospitalización por ACSC puede ser necesaria y justificable de acuerdo a la situación, a la circunstancia. Por ejemplo: tétanos o sífilis congénita. Termina diciendo que

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

"Las hospitalizaciones evitables (hospitalizaciones por ACSC) dan una cierta idea de la actividad primaria y del reparto de funciones entre niveles asistenciales".

En España, *Sempere y col (1999)* desarrollaron un protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias o PAUH basados en criterios objetivos (**Tabla 7**). Lo conseguido por lo expertos españoles con el PAUH fue elaborar un instrumento construido con criterios explícitos que define como inadecuados los casos asistidos en los SUH que podrían haber sido atendidos en forma similar extrahospitalariamente.

Tabla 7

Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias (PAUH)

España

Año 1999

1) Criterios de gravedad:

- Pérdida de conciencia, desorientación, coma, insensibilidad (brusca o muy reciente).
- Pérdida brusca de visión o audición.
- Alteraciones del pulso (< 50 o > 140 pulsaciones/min) y arritmias.
- Alteración de la presión arterial (sistólica < 90 o > 200; diastólica < 60 o > 120 mmHg).
- Alteraciones de los electrolitos o gases sanguíneos (no considerar en pacientes con alteraciones crónicas de estos parámetros).
- Fiebre persistente (5 días) no controlada con tratamiento en Atención Primaria.
- Hemorragia activa. Excluye heridas superficiales que sólo requieren sutura.
- Pérdida brusca de la capacidad funcional de cualquier parte del cuerpo.

2) Criterios de tratamiento:

- Administración de medicación o fluidos por vía intravenosa.
- Administración de oxígeno.
- Colocación de yesos (excluye vendajes).
- Intervención o procedimiento realizado en quirófano.

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

3) Criterios diagnósticos:

- Monitorización de signos o constantes vitales cada 2 hs.

- Radiología.

- Pruebas de laboratorio.

- Electrocardiograma.

4) Otros criterios:

- El paciente está en observación más de 12 h en urgencia.

- Ingreso hospitalario o traslado a otro hospital.

- El paciente fallece en el servicio de urgencia hospitalario

- Paciente derivado por un médico.

5) Criterios aplicables sólo a pacientes que acuden espontáneamente:

- Proviene de un accidente y hay que evaluar al paciente.

- Síntomas que indican urgencia vital: dolor torácico, disnea de instauración rápida, tiraje, dolor abdominal agudo.

- Cuadro conocido por el paciente y que habitualmente requiere ingreso.

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

- Requiere atención médica rápida y el hospital es el centro más cercano.

- Otros en pacientes espontáneos (especificar)

Fuente: Validez del Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalaria. Rev Esp Salud Pública. España 1999

Elaboración: Propia

Las críticas a este protocolo, *Sánchez López y col. (2004)*, se basan principalmente en que considera toda urgencia como hospitalaria, aun cuando pudiera resolverse en el ámbito del primer nivel, más aún teniendo presente que las estrategias elaboradas (en España) tendientes a la disminución de la sobre utilización de los SUH "intentan potenciar el desarrollo de puntos de atención continuada en la APS".

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

Basándose en el PAUH, *Sánchez López y col. (2004)* desarrollaron un instrumento construido en base a criterios explícitos que entiende por inadecuado todo caso atendido en los SUH que podrían haber sido resueltos de la misma forma extrahospitalariamente (en el primer nivel de salud) y lo que es importante, sin cuestionar lo pertinente de los cuidados médicos que recibieron en el SUH.

El objetivo del PAUH modificado (PAUH m) es contar con una herramienta que, contemplando el entorno del paciente, permita identificar y cuantificar la utilización inadecuada de los SUH. Clasificando como inadecuadas las urgencias que puedan atenderse en el ámbito de la APS. Éste consta de cinco puntos principales, tal como se puede apreciar en la Tabla 8

Tabla 8

Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias modificado (PAUHm)

España

Año 2004

1. Criterios de gravedad

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 h)

1.4 Alteración del pulso (< 50/> 140 lat/min), excluir deportistas y tratados con fármacos que disminuyen la frecuencia cardíaca (bloqueadores beta, verapamilo, diltiazem 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 de 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

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

1.6 Frecuencia respiratoria > 30 o < 10/min

1.7 Signos de mala perfusión cutánea: sudación, 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 exigen 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 posdefecación

2. Criterios de tratamiento

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 se incluye medicación oral, rectal, intramuscular o subcutánea

2.2 Administración de O₂; quedan excluidos los pacientes con oxigenoterapia crónica domiciliaria que acuden por un motivo diferente de 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 en el ámbito hospitalario)

3. Criterios de intensidad diagnóstica

3.1 Monitorización de signos vitales o toma de constantes cada 2 hs

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

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, eco-Doppler, tomografía computarizada, 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 electrocardiograma como medio diagnóstico en atención primaria, sólo se considerará criterio si procede de aviso domiciliario y está clara su indicación.

4. Otros criterios

4.1 El paciente está más de 12 h en el servicio de urgencias hospitalario.

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

4.3 Todo paciente remitido por su médico se considera «urgencia adecuada» (sin implicar «derivación adecuada»).

4.4 Otros en paciente derivado por un médico (especificar).

5. Criterios aplicables sólo a pacientes que acuden espontáneamente.

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

5.2 Síntomas que indiquen urgencia vital: dolor torácico (se excluye si > 24 h de evolución y perfil 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 un médico que acuda a urgencias si se presenta el síntoma.

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

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

5.9 Otros en pacientes espontáneos (especificar).

Fuente: Propuesta de validación del Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalaria modificado. España 2004. Sánchez-López y col.

Elaboración: Propia.

Es importante resaltar que esta herramienta, elaborada en el SUH del Hospital Universitario de Ruiz de Alda de Granada, forma parte de un complejo que cuenta con un hospital materno infantil y otro traumatológico, con lo que en dicho SUH no se atienden urgencias obstétricas, ginecológicas ni pediátricas, como tampoco traumatológicas. Esta particularidad hace que no puedan extrapolarse los resultados a este tipo de urgencias. Solamente los casos considerados urgentes se incluyeron como adecuadas, en tanto los casos restantes que pudieron ser asistidos en el Centro de Salud, se apuntaron como inadecuadas. Más allá de estas consideraciones, en el trabajo de *Sánchez-López y col. (2004)* al comparar las mediciones hechas con el PAUHM respecto del PAUH se consideraron inadecuadas el 68,7% utilizando el primero, mientras que al hacerlo con el criterio del PAUH sólo el 44%. Refiere el autor que esto se debe a que, en ocasiones, una consulta que en primera instancia resulta inadecuada por no cumplir "criterios de gravedad o destino", al ser examinado el paciente y realizarle intervenciones diagnósticas o terapéuticas, se transforman en adecuadas.

Tiempo antes, *Caminal y Col (2002)* seleccionaron un listado de códigos de diagnóstico válidos para su país en base al ACSC norteamericano con el objetivo de evaluar la capacidad de resolución de la atención primaria en ese país. Se propuso un listado de 35 códigos de ACSC adaptado a la realidad sanitaria española. Estos debían cumplir con 5 criterios de definición de un indicador como apropiado, siendo los propuestos por Solberg y Weissman y que son:

1.- Existencia de estudios previos.

2.- Tasa de hospitalización superior o igual a 1/10.000, o "problema de salud importante", definido como aquel que supone un riesgo vital "per se" o que puede representar un riesgo de descompensación de las comorbilidades asociadas.

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

3.- Claridad en la definición y codificación de los casos.

4.- Hospitalización potencialmente evitable mediante cuidados de atención primaria que garantizarán la cobertura asistencial por edad, sexo y tipo de atención.

5.- Hospitalización necesaria cuando el problema de salud se produce.

Los expertos que trabajaron sobre estos indicadores tuvieron en cuenta el sesgo de origen del ACSC y el problema se obvió mediante un proceso de adaptación español a la realidad local de su atención primaria. Incluso este sesgo se agudiza por el uso de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su novena edición o CIE 9 y más específicamente el CIE 9 – MC. (En los EE.UU. se adaptó el CIE 9 para ser utilizado como sistema de pago por acto en ese país tomando el nombre de CIE 9 - MC).

Tabla 9

Listado de *ambulatory care sensitive conditions* para medir la capacidad de resolución de la atención primaria

España

Año 2001

<i>I. Patología infecciosa prevenible por inmunización u otras</i>	CIE 9
1. Difteria	032
2. Tétanos	037
3. Poliomiелitis aguda	045
4. Meningitis por hemófilo	320.0
5. Fiebre reumática	390; 391
<i>II. Sífilis congénita</i>	
6. Sífilis congénita	090
<i>III. Tuberculosis</i>	
7. Otras tuberculosis	012 – 018
<i>IV. Diabetes</i>	
8. Diabetes con complicaciones generales agudas	250.1; 250.2; 250.3

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

9. Coma hipoglucémico	251.0
10. Gangrena + diabetes con trastornos circulatorios periféricos	785.4 + 250.7

V. Trastornos del metabolismo hidroelectrolítico

11. Disminución de volumen/deshidratación	276.5
12. Hipopotasemia	276.8

VI. Infecciones otorrinolaringológicas / infecciones agudas de las vías respiratorias altas

13. Absceso peritonsilar	475
--------------------------	-----

VII. Enfermedad cardiovascular e hipertensión

14. Hipertensión esencial maligna	401.0
15. Enfermedad renal hipertensiva maligna	403.0
16. Enfermedad cardíaca y renal hipertensiva maligna	404.0
17. Hipertensión secundaria maligna	405.0
18. Enfermedad cardíaca isquémica	410 – 414
19. Enfermedad cerebrovascular	430; 431; 436, 437.2

VIII. Insuficiencia cardíaca (IC)

20. Enfermedad cardíaca hipertensiva maligna con IC	402.01
21. Enfermedad cardíaca hipertensiva benigna con IC	402.11
22. Enfermedad cardíaca hipertensiva sin especificar con IC	402.91
23. Fallo cardíaco	428
24. Edema agudo de pulmón, sin especificar	518.4

IX. Neumonía

25. Neumonía debida a hemófilo	482.2
26. Neumonía debida a estreptococos	482.3
27. Neumonía debida a otro organismo especificado	483
28. Bronconeumonía/neumonía, por organismo sin especificar	485; 486

X. Úlcera sangrante o perforada

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

29. Úlcera gástrica aguda o crónica o no especificada, con hemorragia o con hemorragia y perforación	531.0; 531.2; 531.4; 531.6
--	-------------------------------

30. Úlcera duodenal aguda o crónica o no especificada, con hemorragia o con hemorragia y perforación	532.0; 532.2; 532.4; 532.6
--	-------------------------------

31. Úlcera péptica, sitio no especificado, aguda o crónica o no especificada, con hemorragia o con hemorragia y perforación	533.0; 533.2; 533.4; 533.6
---	-------------------------------

XI. Apendicitis perforada

32. Apendicitis aguda con peritonitis generalizada	540.0
--	-------

33. Apendicitis aguda con absceso peritoneal	540.1
--	-------

XII. Infecciones del tracto urinario

34. Pielonefritis aguda	590.1
-------------------------	-------

XIII. Enfermedad inflamatoria pélvica

35. Enfermedad inflamatoria de ovario, trompa de Falopio, tejido celular pélvico y peritoneo	614
--	-----

Fuente: Las hospitalizaciones por *ambulatory care sensitive sentime conditions*: selección del listado de códigos de diagnóstico válidos para España. Gaceta Sanitaria 2001

Elaboración: Propia

Lo expuesto en la **Tabla 9** hace referencia a los 35 códigos de diagnóstico de ACSC seleccionados en el trabajo de Caminal y col. en España. Estos códigos incluyen e identifican problemas de salud que miden hospitalizaciones potencialmente evitables en el primer nivel de atención. Si por alguna razón esto no sucedió (barreras a la atención) y dichas patologías no fueron atendidas en fases tempranas, una vez producido el cuadro la hospitalización es necesaria. Ésta última característica es la que, según los expertos, le confiere fortaleza al indicador como medida indirecta de la capacidad de resolución de la atención primaria de salud, puesto que "se minimizan las limitaciones derivadas de la influencia de las características clínicas de los pacientes, la variabilidad de la práctica clínica hospitalaria, o las políticas de admisión de los centros" Caminal y Col (2001).

4. Contexto de Estudio para el Análisis de la sobre utilización de los Servicios de Urgencia Hospitalaria

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

El trabajo que se desarrolla refiere a la relación consultas ambulatorias y de urgencia en los establecimientos oficiales de la Provincia de Buenos Aires, ya sean de dependencia municipal o provincial y se discrimina la información de acuerdo a las Regiones Sanitarias en las que se divide la jurisdicción y también por la variable territorialidad en conurbano y resto de la provincia, siendo los datos relevados, por fuente secundaria, los correspondientes al año 2008.

La institución de salud que es objeto de este trabajo es el Hospital Materno Infantil Dr. J. Equiza, ubicado en la ciudad de González Catán, perteneciente al Municipio de La Matanza, en el denominado "segundo cordón del conurbano bonaerense".

Es el municipio más extenso del conurbano ya que cuenta con una superficie total de 325,71 kilómetros cuadrados. El distrito limita al noroeste con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, al sudoeste con Cañuelas y Marcos Paz, mientras que al sudeste con los partidos de Lomas de Zamora y Esteban Echeverría; y por último al noroeste con Marcos Paz, Merlo, Morón y Tres de Febrero.

Para continuar, es importante definir "Gran Buenos Aires" para diferenciarlo de "Partidos del Gran Buenos Aires" y de "Conurbano Bonaerense", términos que suelen ser utilizados como sinónimos.

Según el INDEC la expresión Gran Buenos Aires tiene múltiples interpretaciones en su uso corriente: los partidos de la provincia de Buenos Aires cercanos a la Ciudad de Buenos Aires o bien el "aglomerado" que incluye a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C.A.B.A.) y a todo el conjunto urbano unido a ella. A veces se habla del "Conurbano" o del "Conurbano bonaerense" y a veces del "Área metropolitana", "AMBA" y muchas veces queda poco claro si la Ciudad de Buenos está o no incluida en el conjunto.

Para facilitar la interpretación de la información suministrada por el INDEC, a partir del 1º de agosto de 2003 referente a las jurisdicciones de la provincia de Buenos Aires (partidos) cercanas a la Ciudad de Buenos Aires, el instituto decidió denominar "Conurbano" un área unida a la Ciudad de Buenos Aires y que conforma un gran conjunto urbano. En un primer momento formada por los 19 partidos que se transformaron en 24 mediante varias subdivisiones y cambios que hizo la provincia de Buenos Aires entre los años 1993 y 1994. En el *mapa 1* pueden verse pintados de azul los 24 partidos que actualmente integran dicho conjunto urbano.

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

La noción de "cordón", en cambio, tiene una connotación estrictamente de continuidad geográfica; el "primer cordón" se representa en general como un anillo de partidos que rodean a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA); y el "segundo cordón" como un anillo sucesivo que abarca partidos más alejados de la misma. También se habla a veces de un "tercer cordón". En realidad, cuando se mencionan las características del primer o segundo cordón, también se da por supuesta una cierta homogeneidad de la población en ellos incluida.

Por cuestiones técnicas la Encuesta Permanente de Hogares, no puede suministrar resultados a nivel de partido (en los Partidos del Gran Buenos Aires) ya que la muestra no ha sido diseñada para ser representativa a ese nivel de desagregación. Pero sí puede hacerlo por grupos de partidos, (lo cual desarrolló entre 1991 y 1994). A estos agrupamientos, que son cuatro, se los llama en el INDEC "conurbanos bonaerenses".

Sin embargo, dado que en muchos trabajos se emplea el término "conurbano", aquí se tomará "conurbano" o "Partidos del Gran Buenos Aires" como sinónimos y llegado el caso se especificará de qué cordón se está hablando.

Mediante técnicas estadísticas, el INDEC, estableció los siguientes grupos:

Conurbano bonaerense 1 (CB1): San Isidro y Vicente López.

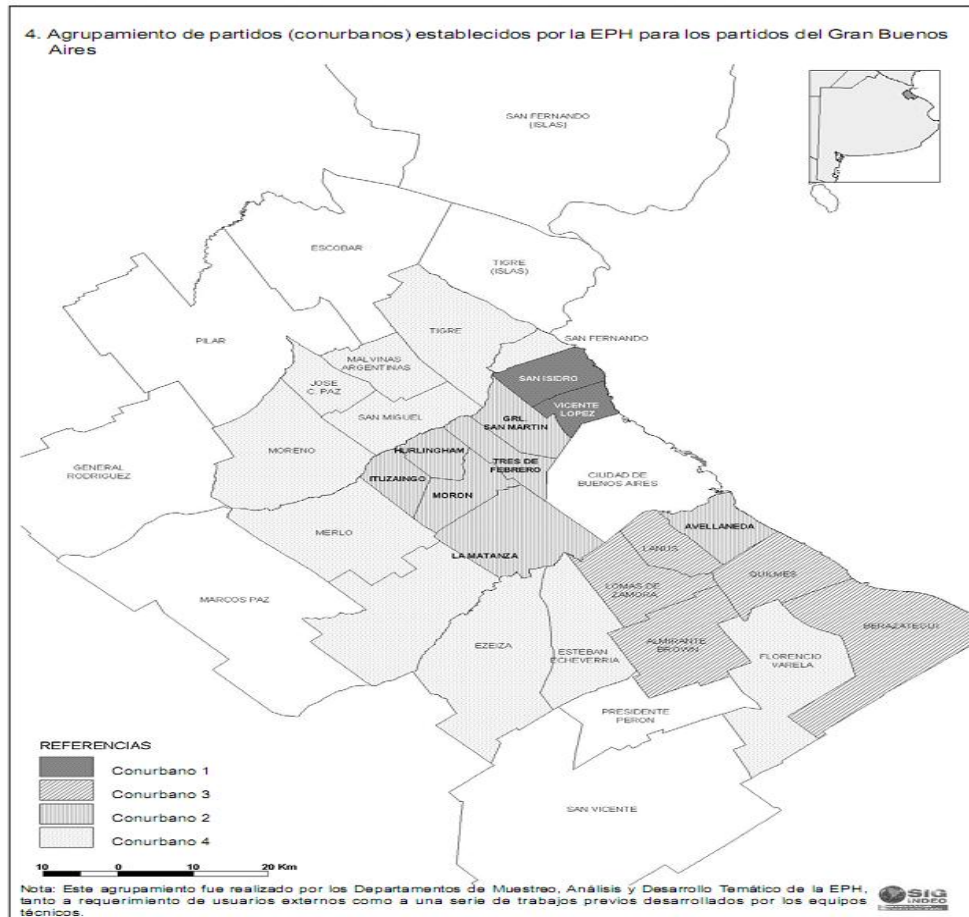
Conurbano bonaerense 2 (CB2): Avellaneda, La Matanza 1 (el partido de **La Matanza** fue dividido en dos zonas diferenciadas, como puede observarse en el **Mapa 2**), Morón, General San Martín y Tres de Febrero.

Conurbano bonaerense 3 (CB3): Almirante Brown, Berazategui, Lanús, Lomas de Zamora y Quilmes.

Conurbano bonaerense 4 (CB4): Florencio Varela, Esteban Echeverría, Merlo, Moreno, General Sarmiento, La Matanza 2, San Fernando y Tigre.

Como esta clasificación se realizó para los 19 Partidos del Gran Buenos Aires, los nuevos partidos (cuando reemplazan a uno anterior, como es el caso de General Sarmiento o Morón) se consideran dentro del mismo conurbano en que quedó ubicado el partido anterior, aun cuando no se ha estudiado si, analizados de manera separada, alguno de ellos no hubiera integrado otro conurbano.

Mapa 2 Cordones del conurbano Año 2011



12

Fuente: INDEC

Elaboración: INDEC 2003

Por la ubicación geográfica del hospital Materno Infantil Dr. Equiza, en la localidad de González Catán, se trata de un establecimiento del 2do cordón, tema que se tratará más adelante.

Mapa 3

Municipio de la Matanza y las localidades que lo componen

Año 2011



Fuente: Municipalidad de La Matanza

Elaboración: Propia

Orígenes de La Matanza: En la página oficial del municipio de La Matanza podemos leer "Los orígenes del pueblo se remontan a la época del virreinato del Río de la Plata. El 1 de enero de 1778 se designaron las personas para ocupar ese cargo para *"los intermedios de Las Conchas y Matanza"* y se nombró a Don Bernabé Casero y Don Juan Manuel Echabarri *"...dividiéndose el territorio por mitad..."* Esta fecha es considerada, desde hace setenta años, por el Archivo Histórico de la Provincia de Buenos Aires como la de la creación del Partido porque se establece la presencia del estado virreinal en el territorio.

En 1812 el Pago se divide en dos jurisdicciones: **Matanza** y Morón y, para una mejor administración, cada una, con un Alcalde de Hermandad".

Más adelante, puede leerse,... "la permanencia de los jueces de paz como principal autoridad política de los partidos bonaerenses se mantuvo hasta 1854. En esa época Buenos Aires se había separado de la Confederación Argentina y había constituido un estado autónomo

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

con una Constitución propia. El **16 de octubre de 1854**, en ese contexto, se produjo un cambio institucional que afectó la organización política interna de la provincia: la sanción de la Ley de Municipalidades de Campaña. De este modo concluían varias décadas de poder centralizado de los jueces de paz que dependían directamente del gobernador. Se restableció el régimen municipal, cuya última expresión habían sido los Cabildos suprimidos en 1821”.

La Matanza cuenta con una población de 1.772.130 habitantes, según el Censo de Hogares, Población y Viviendas, 2010 (Datos del INDEC).

Si se considera a la población del partido de La Matanza en forma aislada del resto de la provincia de Buenos Aires podemos llegar a considerarla como el “quinto” distrito del país, detrás de la Provincia de Buenos Aires (13.822.228 hab. *), Córdoba (3.304.825 hab.), Santa Fe (3.200.736 hab.) y la C.A.B.A (2.891.082 hab.), y por delante de distritos como la Provincia de Mendoza (1.741.610 hab.). Representa el 11,36 % del total de los habitantes de la provincia y el 17,88 % de los habitantes del llamado Conurbano Bonaerense (9.910.282 hab.), que integra junto con otros 23 distritos de la provincia, rodeando a la C.A.B.A.

* Al total de la población de la provincia (15.594.428) se le han restando la totalidad de los habitantes del Partido de La Matanza.

La provincia de Buenos Aires está dividida sanitariamente en 12 regiones, siendo en la actualidad la totalidad del partido de La Matanza la Región Sanitaria XII, pero es importante aclarar que para el año 2008, todavía pertenecía a la Región Sanitaria VII A, que incluía además a los municipios de Morón, Hurlingham, Ituzaingó y Tres de Febrero. **Mapa 4.**

Mapa 4

Regiones Sanitarias área de los Partidos del Gran Buenos Aires

Provincia de Buenos Aires

Año 2011



Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Elaboración: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Administrativamente, la intendencia municipal cuenta, en su estructura, con una Secretaría de Salud Pública, la cual al momento del estudio se subdividía administrativamente en tres subsecretarías, la **de Planificación de Políticas Sanitarias**, la **del Discapacitado** y la **de Salud Pública**. Esta última se subdivide a su vez en cuatro Direcciones, a saber: *Dirección de Hospital Subzonal*, *Dirección del Hospital Local*, *Dirección General* y dos departamentos, el Servicio Social de Salud y Medicina Laboral.

Dentro de las direcciones que dependen del director *de Hospital Subzonal*, se encuentra la Dirección Regional, de la cual dependen las tres "Regiones de Salud" en las que se divide administrativamente el municipio, también denominadas "Regiones Sanitarias". En el presente trabajo a los efectos de no crear confusiones con la división por regiones de la provincia de

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

Buenos Aires, serán mencionadas de aquí en adelante como "Regiones de Salud". Cada una de las tres Regiones de Salud cuenta con efectores de primer nivel que son las Unidades Sanitarias, efectores de segundo nivel que son los Centros de Salud y un hospital como referencia.

Esta división en regiones no en todos los casos coincide con la superficie total de las localidades.

Mapa 5

REGIONES DE SALUD

LA MATANZA

Año 2011



Fuente: Municipalidad de La Matanza

Elaboración: Propia

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

Tal como se expresó anteriormente, el Hospital Materno Infantil Dr. Equiza está ubicado en la localidad de González Catán, en la Región de Salud 1.

Esta Región pertenece al segundo cordón del conurbano bonaerense, siendo formado por las localidades de González Catán (51,36 km²), Virrey del Pino (116,52 km²) y 20 de Junio (14,22 km²) y cuenta con una población que se aproxima a las 600.000 personas (585.019 hab. (Censo 2001). Ya que no se dispone aún de datos censales 2010, por distrito, se supone, dado el crecimiento poblacional, que estamos cerca de los 600 mil habitantes para esta Región que posee una superficie de 182 km².

La región cuenta con 18 efectores de salud, de los cuales 13 son Unidades Sanitarias (1er nivel), 2 son Centros de Salud y 2 hospitales, con la salvedad de que sólo el hospital Dr. Equiza es de dependencia municipal. Todos los efectores municipales de primer y segundo nivel de la Región de Salud 1 se referencian en el Hospital Dr. Equiza. **Mapa 6.**

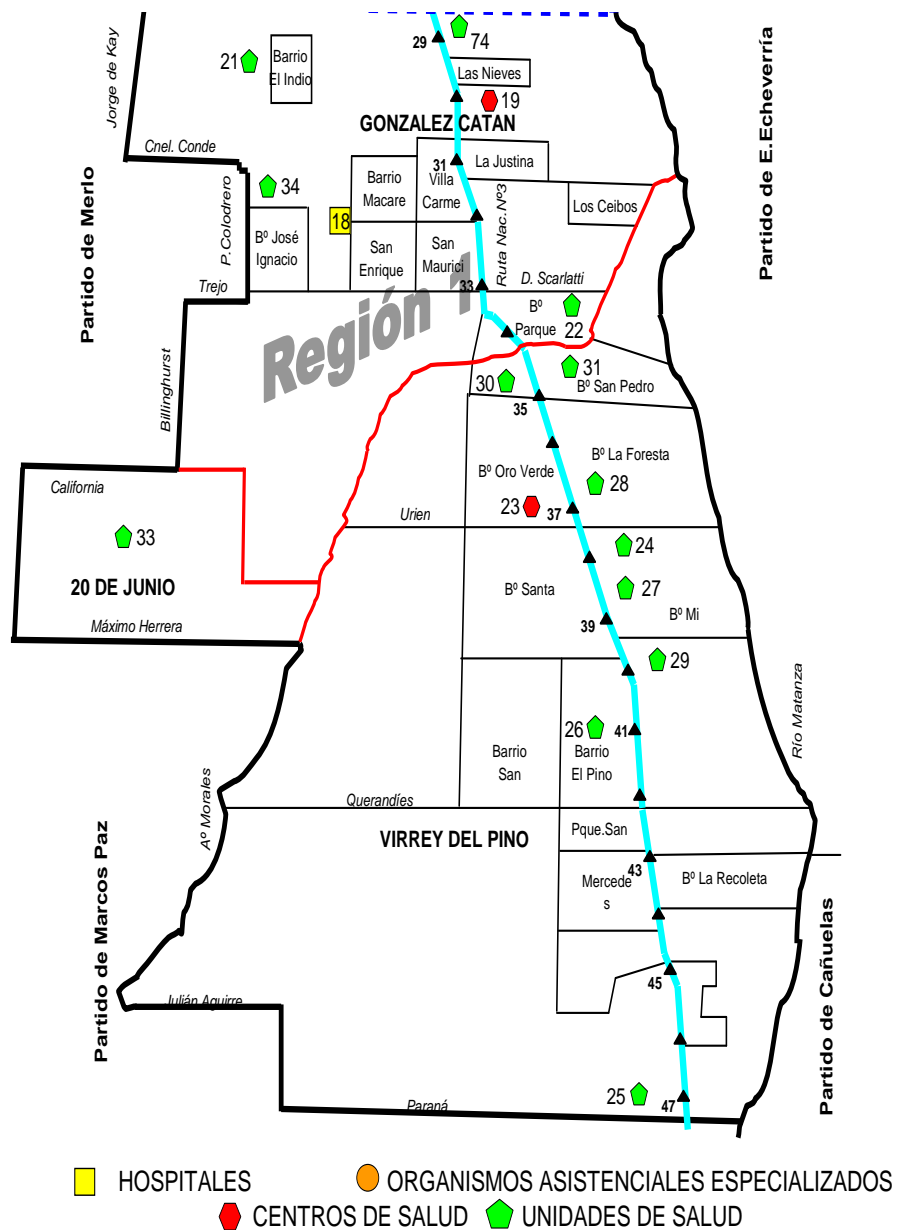
Mapa 6

REGIÓN DE SALUD 1

Ubicación Geográfica de los Efectores de Salud

LA MATANZA

Año 2011



Fuente: Municipalidad de La Matanza. Secretaría de salud Pública.

Elaboración: Dirección de Información Sistematizada de Salud.

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

Referencias:

REGION 1

- | | |
|--|----------------------------|
| 18- HOSPITAL MATERNO INFANTIL DR. EQUIZA | 27- U.S. ESPERANZA |
| 19- C.S. I. EZCURRA | 28- U.S. LA FORESTA |
| 20- U.S. EVA PERÓN | 29- U.S. LELOIR DE QUIROGA |
| 21- U.S. DR. SABIN | 30- U.S. NICOLLE |
| 22- U.S. LOS CEIBOS | 31- U.S. LOS ÁLAMOS |
| 23- C.S. DR. ROCA | 32- U.S. SAN PEDRO II |
| 24- U.S. ESPERANZA | 33- U.S. ROQUE PÉREZ |
| 25- U.S. F. CAPUTTO | 34- U.S. MUNICIPAL |
| 26- U.S. VIRREY DEL PINO | 74- U.S. INDEPENDENCIA |

Características de la institución:

El Hospital Dr. José Equiza es un hospital materno-infantil de mediana complejidad que al momento de este trabajo, año 2008, contaba con un Servicio de Urgencias Hospitalarias estructurado en dos áreas: pediatría, clínica médica (adultos), estando subdividida este sector en clínica médica y toco ginecología. Siendo su área programática la Región de Salud I.

5. Metodología y Técnicas

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

La información para este trabajo se nutrió de la recolección de datos de fuentes primarias directas (cuyo análisis de contenido fue el "Libro de Guardia"), fuentes indirectas (Registros de la Dirección de Estadísticas Municipalidad de La Matanza y de la Dirección de Información Sistemática. Ministerio de Salud. Provincia de Buenos Aires).

También se realizaron encuestas y entrevistas personales. Una de las entrevistas con un experto en la temática de emergentología, el Dr. Oscar García Romero de amplia trayectoria en la materia. En otros casos se trató de entrevistas, también bajo la modalidad "face to face" con cuestionario con dos preguntas, una cerrada, dicotómica (considera que la consulta amerita la visita al SUH?) y otra abierta (por qué?) con profesionales médicos.

Como análisis de contenido se utilizó el libro de guardia del hospital ya que al momento del estudio no existía lo que se denomina: "Historia Clínica de Guardia". Con lo no fue posible comprobar contenidos latentes (implícitos) u observar la solicitud de estudios complementarios.

5.1 Tipo de estudio.

El estudio es de carácter transversal descriptivo con componentes analíticos, circunscrito a los Servicios Ambulatorios de establecimientos oficiales (CAPS y consultorios externos) y Servicios de Urgencia Hospitalarias (SUH) de los efectores provinciales y municipales ubicados en el territorio de la Provincia de Buenos Aires, con datos provenientes de fuentes secundarias, correspondientes al año 2008. (Últimos datos disponibles en el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Dirección de Información Sistemática)

Las variables relacionadas entre sí y estudiadas, son: edad, sexo, procedencia, motivo de consulta, auto percepción de la gravedad asignada al problema por la que concurre el paciente, establecimientos, región sanitaria, consultas totales realizadas en los efectores y peso relativo de las consultas por guardia sobre el total.

6. Presentación de los Resultados

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

Como fuera señalado en la introducción e incluso en el planteo del problema, en los últimos años se ha incrementado la demanda de atención en los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SUH) en nuestro país. Se suma a ello que un número significativo de patologías podrían haber sido atendidas en el primer nivel de atención. Este uso inadecuado aumenta los costos del sistema, abruma a los servicios y disminuye la calidad de la atención. Podemos apreciar que no es un fenómeno exclusivo de la Argentina, (de hecho en países desarrollados existe preocupación por el importante crecimiento de la demanda de la atención en servicios de emergencias), ni del subsistema de salud público estatal, ya que se encuentra generalizado a los otros subsistemas, representando un problema de los sistemas sanitarios.

El presente trabajo toma como ejemplo un hospital municipal del partido de La Matanza, ubicado dentro de los del Gran Buenos Aires: el Hospital Materno-Infantil Dr. Equiza, sito en la localidad de González Catán.

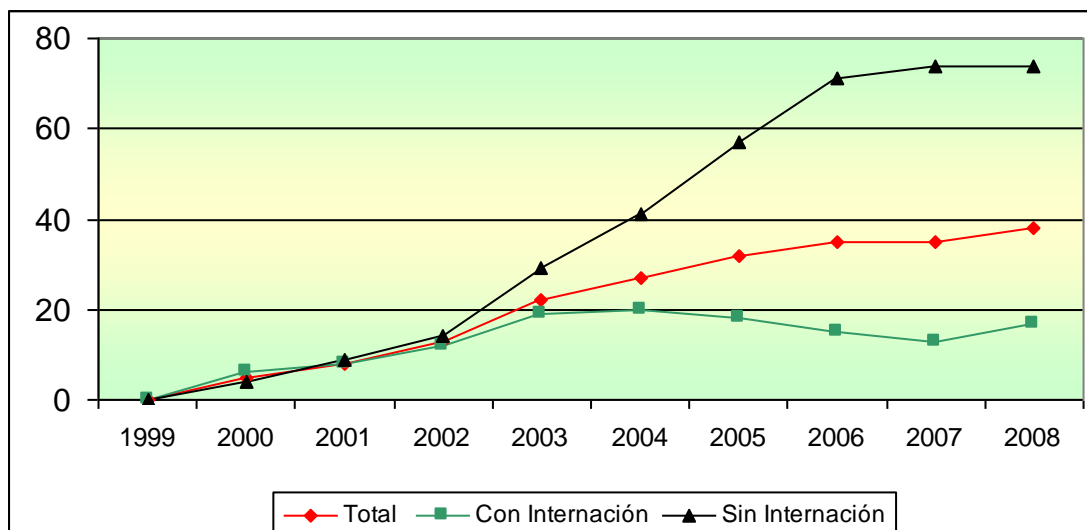
6.1 Los hospitales públicos en el contexto de la provincia de Buenos Aires. Las tendencias de los Servicios de Urgencias Hospitalarios.

Cuando observamos la evolución decenal de las consultas en establecimientos de la provincia de Buenos Aires podemos advertir que en todos los establecimientos ha habido, en promedio, un incremento de las consultas totales a expensas de los establecimientos sin internación, siendo que en los que cuentan con internación, prácticamente se han mantenido. **Gráfico 6.**

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

Gráfico 6
Evolución decenal de las consultas totales y según tipo de establecimientos
2008-1999



Fuente: Dirección de Información Sistematizada. Ministerio de Salud. Provincia de Buenos Aires
Elaboración: Propia

En la provincia de Buenos Aires, durante el año 2008, en los establecimientos públicos estatales observamos que la cantidad de consultas atendidas en los Servicios de Urgencias Hospitalarias variaron según la dependencia evaluada.

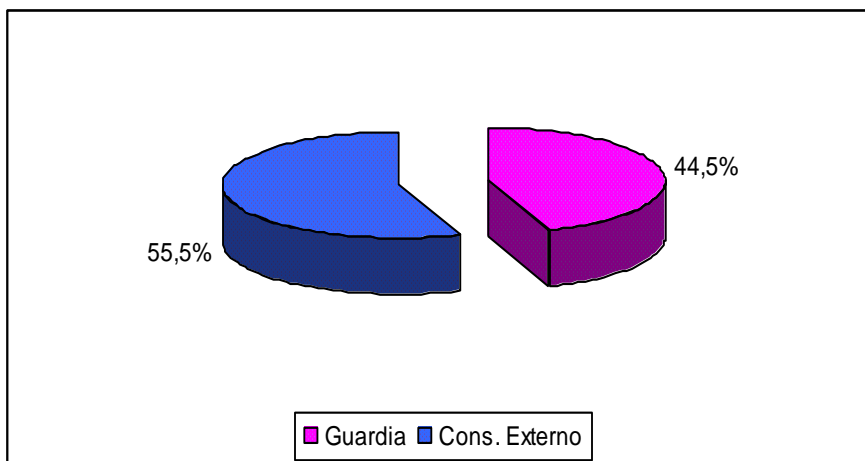
En promedio, en los establecimientos hospitalarios dentro del territorio bonaerense fueron asistidos en los Servicios de Consultorios Externos el mayor porcentaje de consultas, representados en el 55,5 %, mientras que en los S.U.H, el 44,5 % (Ver **Gráfico 7**). De todas maneras, estos porcentajes son inadecuados para un correcto funcionamiento de los servicios en cuestión, al decir de los expertos y tal como se lo mencionara en este trabajo.

Gráfico 7

Porcentaje Total de Consultas de Guardia sobre Consultas Médicas por Establecimiento según Dependencia.

Provincia de Buenos Aires

Año 2008



Fuente: Dirección de Información Sistematizada. Ministerio de Salud. Provincia de Buenos Aires

Elaboración: Propia

Estos datos empiezan a cambiar al analizar los porcentajes de asistencia por servicio en establecimientos según su dependencia. Las diferencias oscilarán desde un 34,9% de consultas realizadas en los S.U.H en establecimientos de dependencia nacional, hasta un 46,9 % de aquellas atendidas cuando la dependencia es municipal. Como se aprecia en la **Tabla 10** las diferencias son apreciables entre establecimientos según dependencia.

Tabla 10

Porcentaje de Consultas de Guardia sobre Consultas Médicas por Establecimiento según Dependencia.

Provincia de Buenos Aires

Año 2008

Establecimiento	%	
	Guardia	Cons. Externo
Total Provincia	44,5	55,5
Provincial	40,0	60,0
Municipal	46,9	53,1
Nacional	34,9	65,1

Fuente: Dirección de Información Sistematizada. Ministerio de Salud. Provincia de Buenos Aires

Elaboración: Propia.

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

El promedio total de consultas realizadas en los S.U.H en la Provincia de Buenos Aires es del 45%, lo cual si bien es menor que el caudal de pacientes asistidos por Guardia, sigue siendo un porcentaje suficientemente alto.

La provincia de Buenos Aires que cuenta con una superficie de 307.571 Km², posee además diferentes realidades sociales, culturales y económicas en las distintas regiones. A su vasta superficie se deben agregar las diferentes realidades que se observan en el medio rural y en la ciudad o en los suburbios, como ocurre en el Conurbano bonaerense. Esto por supuesto, también se refleja en los porcentajes de personas que asisten a la consulta médica, aquí no sólo en los establecimientos que dependen de los diferentes gobiernos (ya sea dependencia nacional, provincial o municipal) si no que además, prácticamente se invierten los porcentajes, tal como lo podemos apreciar en la tabla siguiente:

Tabla 11
Porcentaje de Consultas de Guardia sobre Consultas Médicas por Establecimiento según Dependencia.
Conurbano - Provincia de Buenos Aires
Año 2008

Establecimiento	%	
	Guardia	Cons. Externo
Conurbano	47,4	52,6
Provincial	42,9	57,1
Municipal	50,2	49,8
Nacional	34,9	65,1

Fuente: Dirección de Información Sistematizada. Ministerio de Salud. Provincia de Buenos Aires

Elaboración: Propia

Las estadísticas expresan las diferencias que existen entre los establecimientos según su dependencia nacional, provincial y municipal, con ubicación dentro del Conurbano Bonaerense. Aquí ya se pueden las ver diferencias con la tabla que se presentó líneas arriba. Por ejemplo, el porcentaje de consultas realizadas en los SUH de los establecimientos de dependencia municipal en toda la provincia de Buenos Aires es del 46,9 % (**Tabla 10**), mientras que en el Conurbano es del 50,2 % (**Tabla 11**).

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

Estas diferencias se acentúan al comparar lo que sucede en el municipio de La Matanza como lo expresa la Tabla siguiente:

Tabla 12
Porcentaje de Consultas de Guardia sobre Consultas Médicas por Nivel según Dependencia.
Partido de La Matanza
Año 2008

Establecimiento	%	%
	Guardia	Cons. Externo
LA MATANZA	52,0	48,0
Provincial	45,7	54,3
Municipal	53,2	46,8

Fuente: Dirección de Información Sistematizada. Ministerio de Salud. Provincia de Buenos Aires

Elaboración: Propia

Aquí el total de consultas realizadas en los S.U.H varía según la dependencia, siendo mayor (53%) en las municipales en comparación con los establecimientos de dependencia provincial.

Si observamos la tabla que compara los porcentajes de consultas en hospitales de dependencia municipal en la provincia de Buenos Aires, según la ubicación geográfica, advertimos que las realidades antes mencionadas se expresan como porcentuales de atención médica. **Tabla 13.**

Tabla 13
Porcentaje de Consultas por servicio sobre Consultas Médicas por Establecimiento según Área Geográfica.
Provincia de Buenos Aires
Año 2008

	%	%
	Guardia	Cons. Externo
Municipal - Total Provincia (1)	46,9	53,1
Municipal - Conurbano (2)	50,2	49,8
Municipal - Municipio (3)	53,2	46,8

Fuente: Dirección de Información Sistematizada. Ministerio de Salud. Provincia de Buenos Aires

Elaboración: Propia

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

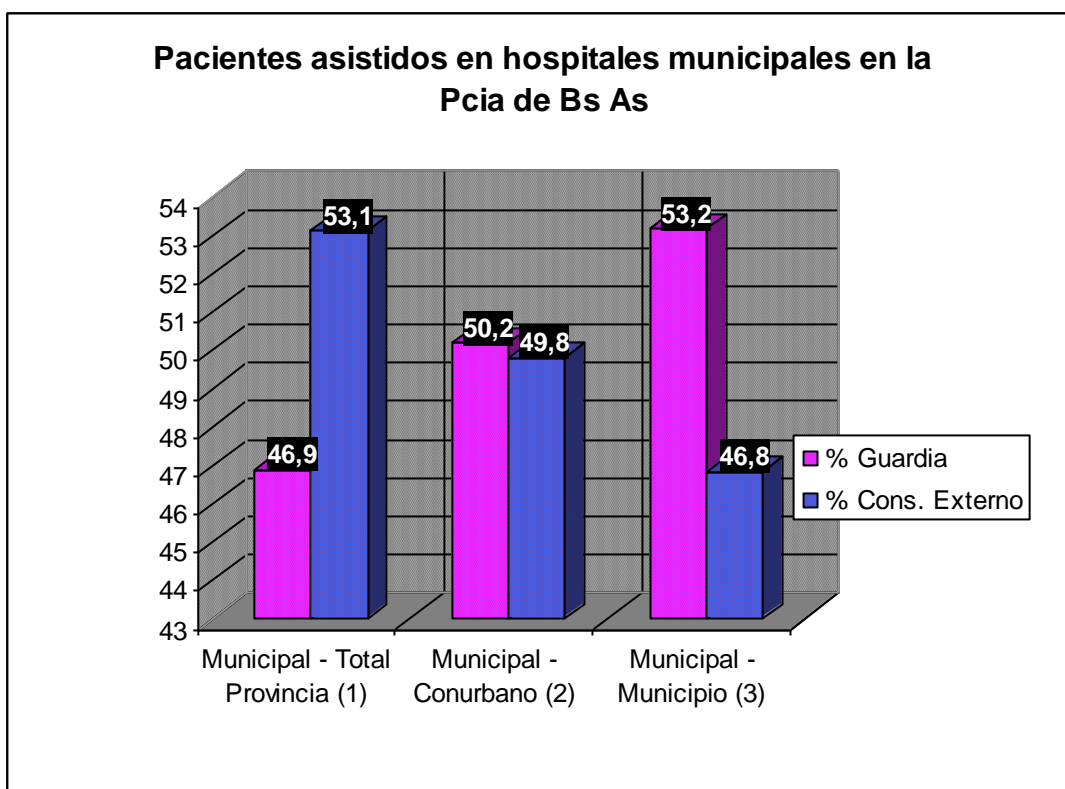
Tal vez se aprecia mejor en el gráfico 8, donde observamos la comparación en los porcentajes de consultas en hospitales de la provincia de Buenos Aires, según la ubicación geográfica. Advertimos que las realidades antes mencionadas se expresan en las diferencias que encontramos entre hospitales municipales según su localización.

Gráfico 8

Porcentaje de consultas en hospitales municipales según área geográfica.

Provincia de Buenos Aires

Año 2008



Fuente: Dirección de Información Sistematizada. Ministerio de Salud. Provincia de Buenos Aires

Elaboración: Propia

6.2. Estudio de un caso: el Hospital Materno Infantil Dr. José Equiza de González Catán, La Matanza.

En el hospital Equiza cuando analizamos la evolución total de consultas del quinquenio 2004-2008, se advierte una merma, pasando de las 202.201 consultas totales en 2004 a 137.484 en el año 2008. Es decir, 64.717 consultas menos, lo que representa una disminución del 32%. Ver **Tabla 14**.

Tabla 14
Evolución quinquenal del total de consultas.
Hospital Materno Infantil Dr. Equiza
2004 – 2008

AÑO	2004	2005	2006	2007	2008
TOTAL DE CONSULTAS	202201	173373	169188	161040	137484

Fuente: Dirección de estadísticas. Municipalidad de La Matanza.

Elaboración: Propia.

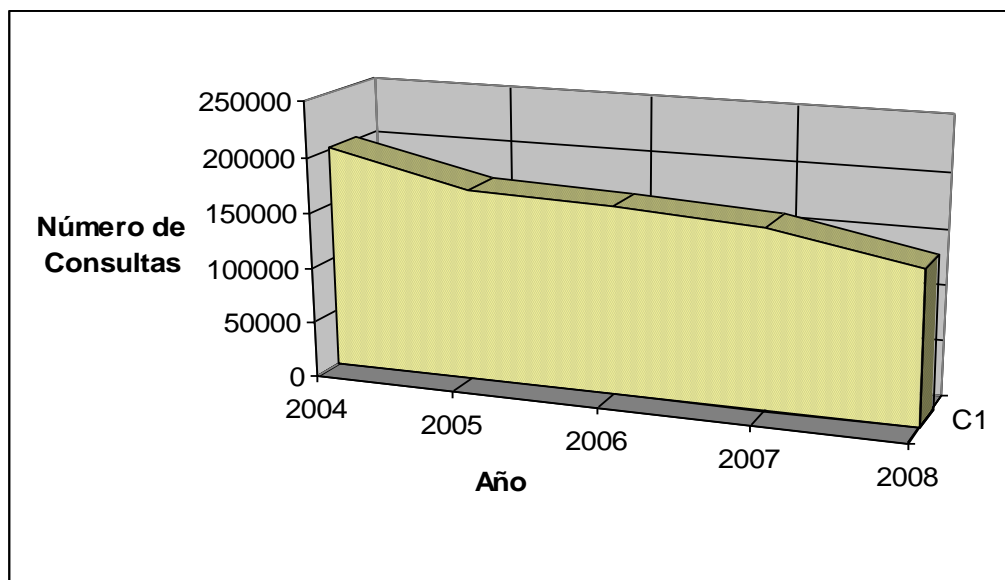
En el **gráfico 9** se aprecia con más claridad la caída de las consultas médicas totales en el quinquenio analizado (2004-2008) en el establecimiento estudiado.

Gráfico 9

Evolución Quinquenal de las consultas totales.

Hospital Materno Infantil Dr. Equiza

2004 – 2008



Fuente: Dirección de Estadísticas Municipalidad de La Matanza.

Elaboración: propia.

Si bien, como se dijo, el total de consultas médicas en el hospital pasó de 202.201 en 2004 a 137.484 la disminución se produjo fundamentalmente a expensas de la atención en consultorios externos, que siendo de 90.062 consultas en 2004 llegó a 42.396 en 2008, mientras que la baja en el número de consultas en el SUH fue de 112.139 en 2004 a 95.088 (**Tabla 15**).

Tabla 15

Evolución comparativa de las consultas totales.

Hospital Materno Infantil Dr. Equiza

2004 – 2008

	2004	2005	2006	2007	2008
CONSULTAS POR S.U.H	112139	103708	107761	109510	95088
CONSULTAS POR C. EXT	90062	69665	61427	51530	42396
TOTAL	202201	173373	169188	161040	137484

Fuente: Dirección de Estadísticas Municipalidad de La Matanza.

Elaboración: propia.

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

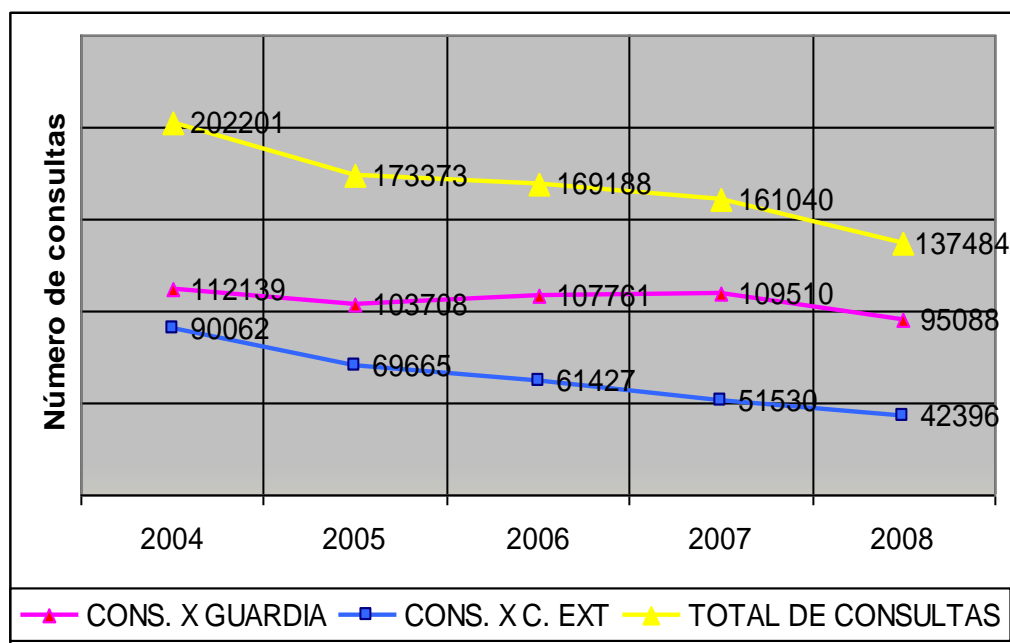
Es decir, que mientras las consultas totales disminuyeron un 30% (de 202.201 a 137.484), el número de consultas por consultorios externos se contrajo en un 49% (de 90.062 a 42.396) en tanto que las consultas en el SUH pasaron de 112.139 a 95.088, un 15% menos. Este descenso podría estar relacionado con el aumento en la cobertura de salud que brinda el subsector de la seguridad social a una parte de la población con trabajo formal. Asiste a éste hospital para utilizar el SUH, pero preferiría las instituciones privadas de salud que le brinda su Obra Social para asistir a consultorios externos.

Gráfico 10

Evolución comparativa de las consultas totales.

Hospital Materno Infantil Dr. Equiza

2004 – 2008



Fuente: Dirección de Estadísticas Municipalidad de La Matanza.

Elaboración: propia.

El **gráfico 10** refleja claramente cómo el número de visitas al SUH se ha mantenido con pocos cambios entre 2004 y 2007 con una pequeña caída en el número de consultas en 2008. Las

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

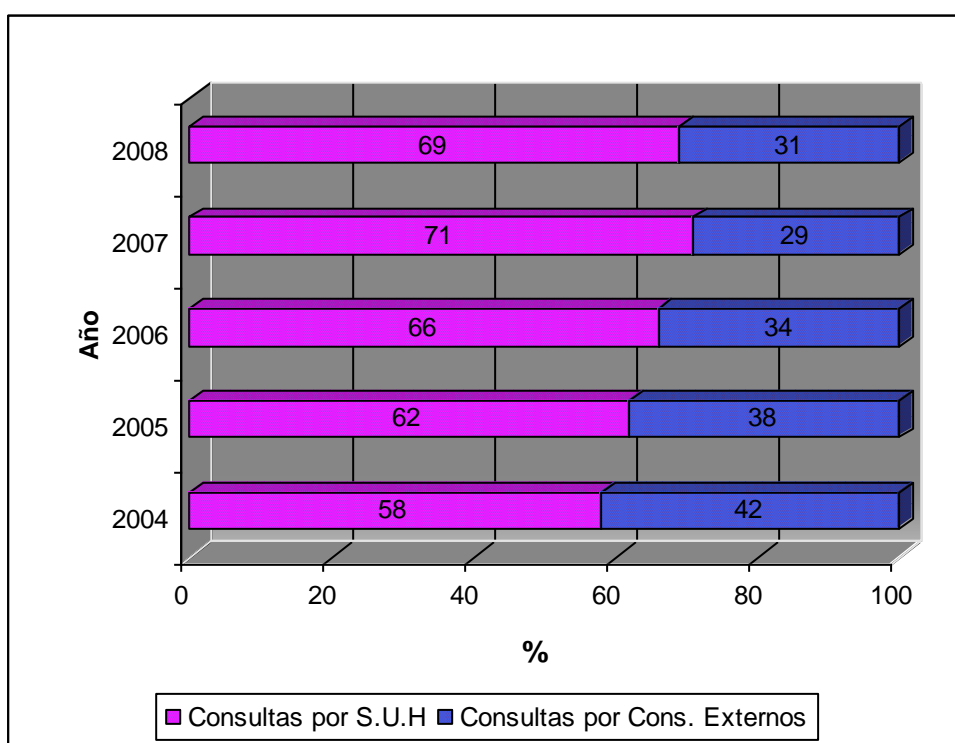
consultas en Consultorios Externos han sufrido variaciones más importantes, siendo el número de consultas en 2004 de 90.062 llegando en 2008 a 42.396.

Gráfico 11

Evolución quinquenal comparativa del porcentual de consultas totales.

Hospital Materno Infantil Dr. Equiza

2004 – 2008



Fuente: Dirección de Estadísticas Municipalidad de La Matanza.

Elaboración: propia.

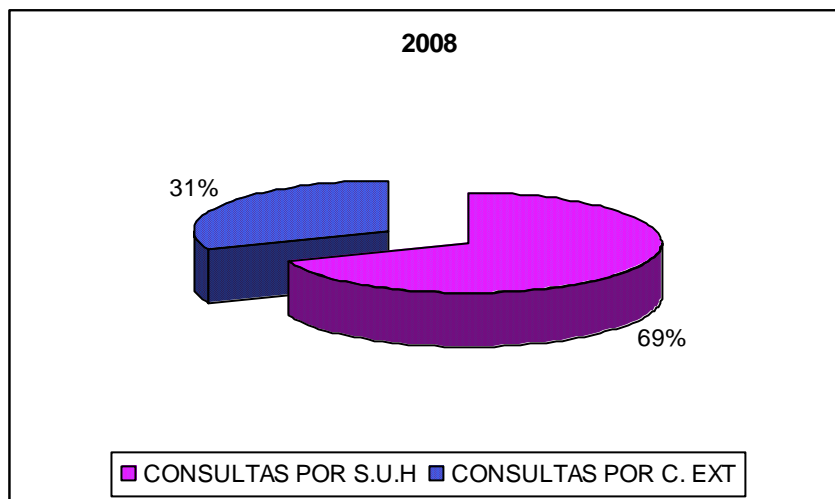
Al analizar la evolución de la composición del porcentual de las consultas totales (**Gráfico 11**) se advierte como del 58% en 2004, el SUH pasó a ser responsable del 69% en 2008 con un pico de consultas en 2007 del 71% del total de consultas en el hospital en estudio.

Gráfico 12

Porcentaje de consultas totales según servicio

Hospital Materno Infantil Dr. Equiza

Año 2008



Fuente: Dirección de Estadísticas Municipalidad de La Matanza.

Elaboración: propia.

En ese año de las 137.484 consultas que se atendieron en el hospital Equiza, 95.088 correspondieron a las asistidas en el S.U.H. De éstas 49.854 (52,5%) corresponden a consultas pediátricas y 45.134 (47,5%) a atención de adultos (36.017 por guardia general y 9.217 por consultas toco ginecológicas).

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

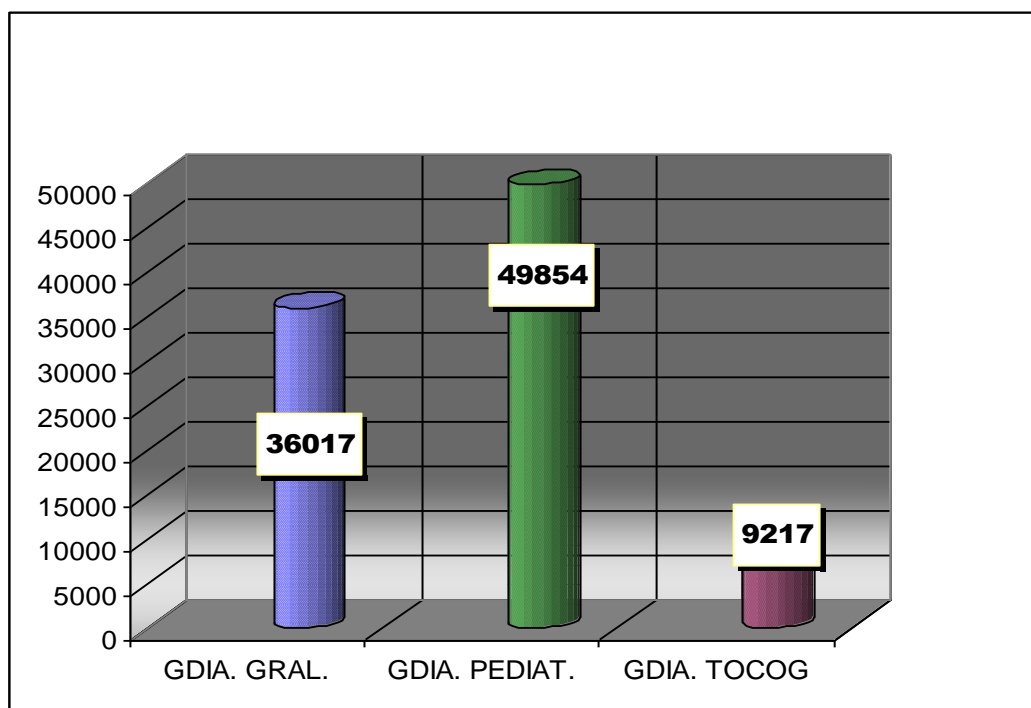
Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

Gráfico 13

Porcentaje de consultas totales según tipo de guardia

Hospital Materno Infantil Dr. Equiza

Año 2008



Fuente: Dirección de Estadísticas Municipalidad de La Matanza.

Elaboración: propia.

En la evolución comparativa de las consultas en 2008 entre ambos servicios encontramos que el número de consultas promedio para los consultorios externos es de 3.533 visitas, siendo el mes de mayor afluencia abril, con 4.355, siguiéndole enero con 2.366. Para las consultas en el SUH, el número de las mismas, en promedio, fue de 7.924 encontrándose que noviembre representó el mayor número con 8.968 y agosto con el menor: 6.967. En total fueron atendidas en el mes de octubre 12.696 consultas y enero con 10.434 los meses con mayor y menor número de consultas respectivamente. **Tabla 16.**

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

Tabla 16

Evolución mensual del número de consultas según servicio

Hospital Materno Infantil Dr. Equiza

2004 – 2008

Año 2008	Enero	Febr.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agos.	Setiem	Oct.	Nov.	Dic.	Anual
CONSULTAS S.U.H	8068	7646	7728	7529	7826	7134	7922	6967	7790	8762	8968	8748	95088
CONSULTAS CONS. EXT	2366	2830	3460	4355	4329	4017	3787	3312	3812	3934	3285	2909	42396
Totales	10434	10476	11188	11884	12155	11151	11709	10279	11602	12696	12253	11657	137484

Fuente: Dirección de Estadísticas Municipalidad de La Matanza.

Elaboración: propia.

La evolución comparativa de las consultas mensuales entre ambos servicios presenta un número decreciente en los extremos del año, tanto para el total de consultas médicas como para el número de las realizadas en los consultorios externos del hospital, no así con las consultas atendidas en el SUH que se presentan prácticamente estables a lo largo del año. Este dato sería incompleto sin comentar que el mes de enero es el cual en el municipio se presenta el mayor número de personal con licencia anual (vacacionando).

Otro aspecto a destacar en el análisis comparativo entre ambos servicios es que se aprecia un crecimiento de las consultas en el servicio de Consultorios Externos durante los meses de otoño e invierno, mientras que la cantidad de las mismas en el S.U.H se mantiene estable, aumentando levemente al finalizar el año. En dicho período los consultorios externos se ven reforzados por personal médico y de enfermería para intentar contener la demanda producida por enfermedades estacionales. **Gráfico 14.**

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

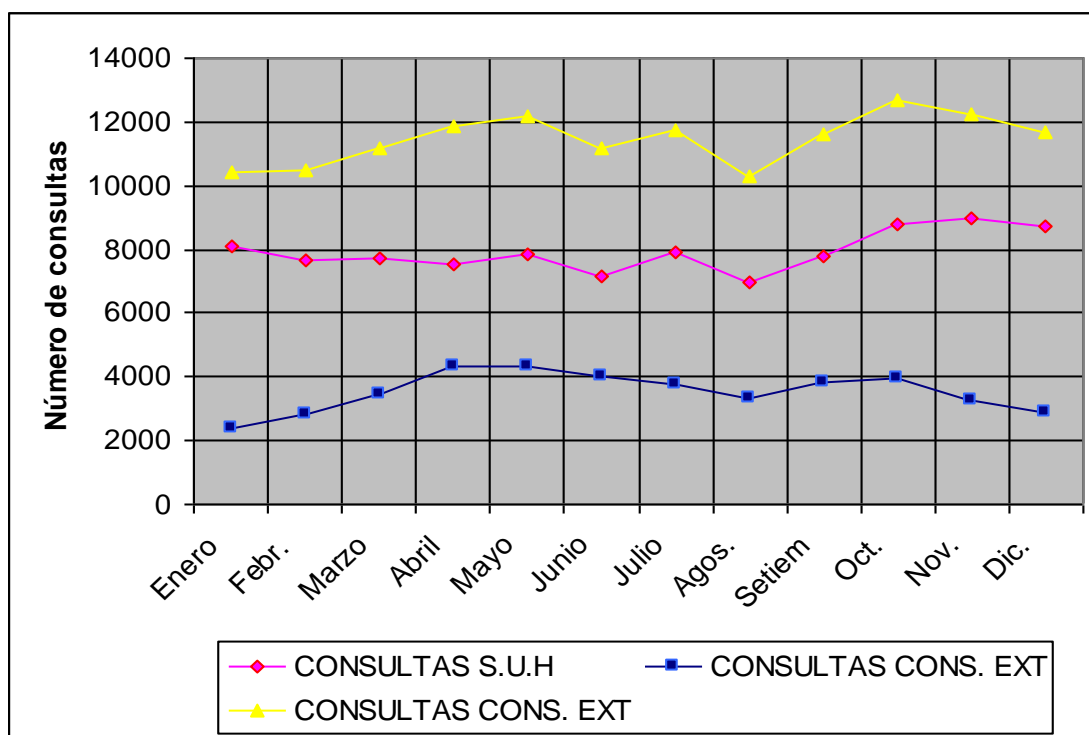
Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

Gráfico 14

Evolución mensual de las consultas por servicio

Hospital Materno Infantil Dr. Equiza

2008



Fuente: Dirección de Estadísticas Municipalidad de La Matanza.

Elaboración: propia.

Los diferentes diagnósticos de los pacientes atendidos en consultorios externos se muestran en la siguiente tabla:

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

Tabla 17

Número de consultas anuales por especialidad en Consultorios Externos

Hospital Materno Infantil Dr. Equiza

2008

CONSULTAS MEDICAS	Número de Consultas	Porcentaje de Consultas
ESPECIALIDAD		
OBSTETRICIA	6.349	15,0%
CLÍNICA MÉDICA	7.121	16,8%
PAT. CERVICAL	5.427	12,8%
GINECOLOGIA	4.374	10,3%
PAT. MAMARIA	3.111	7,3%
NEONATOLOGÍA	2.816	6,6%
PEDIATRÍA	2.507	5,9%
TRAUMATOLOGÍA	1.940	4,6%
CIRUGÍA	2.015	4,8%
CARDIOLOGÍA	1.598	3,8%
PSIQUIATRÍA	1.540	3,6%
GASTROENTEROLOGIA	1.202	2,8%
NEUMONOLOGIA	1.137	2,7%
INFECTOLOGÍA	738	1,7%
NUTRICIÓN	521	1,2%
ALERGIA	0	0,0%
DERMATOLOGÍA	0	0,0%
DIABETOLOGÍA	0	0,0%
OTORRINOLARINGOLOGÍA	0	0,0%
C. ORIENT. ADULTO	0	0,0%
C. ORIENT. PEDIATRÍA	0	0,0%
UROLOGIA	0	0,0%
TOTAL ANUAL	42.396	100,0%

Fuente: Dirección de Estadísticas Municipalidad de La Matanza.

Elaboración: propia.

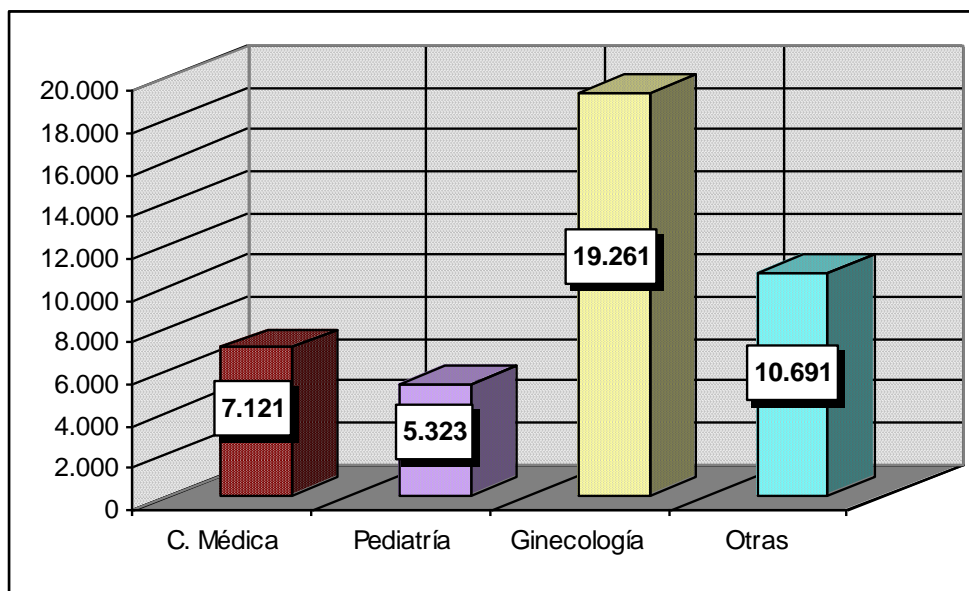
Como se puede apreciar en el servicio de consultorios externos se atendieron en el año 2008 un total de 42.396 consultas. Las especialidades básicas atendieron 31.705 de las cuales 19.261 fueron consultas Toco ginecológicas, 7.121 de Clínica Médica y 5.323 Pediátricas. A su vez de las consultas Toco ginecológicas 6.349 fueron obstétricas, 4.374 ginecológicas y 3.111 de patología mamaria; y en el caso de Pediatría, 2.816 consultas fueron neonatológicas y 2.507 pediátricas. Los números de consultas que representan se grafican de la siguiente manera:

Gráfico 15

Principales consultas anuales en el Servicio de Consultorios Externos

Hospital Materno Infantil Dr. Equiza

2008



Fuente: Dirección de Estadísticas Municipalidad de La Matanza.

Elaboración: propia.

En referencia a "Otras consultas", los tres principales motivos fueron: 2.015 consultorio de Cirugía, 1.940 traumatología y cardiología 1.598.

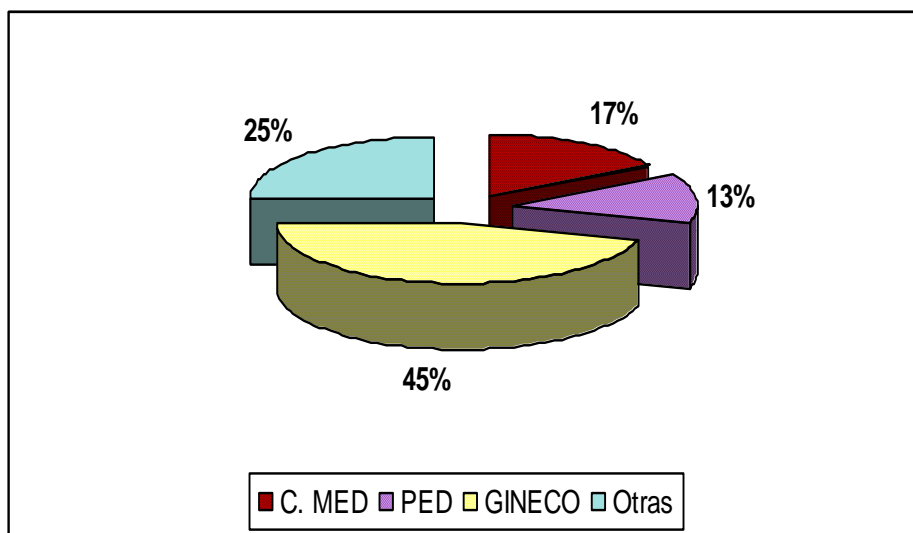
Si medimos por porcentaje de consultas, el 40% de las mismas realizadas en los consultorios externos correspondieron a la atención de casos ginecológicos, el 17% clínica médica, el 13% consultas pediátricas mientras que "otras consultas" correspondió el 25%. Los porcentajes correspondientes a estas consultas se representan en el **Gráfico 16**.

Gráfico 16

Porcentaje de consultas anuales en Servicio de Consultorios Externos

Hospital Materno Infantil Dr. Equiza

2008



Fuente: Dirección de Estadísticas Municipalidad de La Matanza.

Elaboración: propia.

Dentro de las especialidades básicas, se pueden desglosar las siguientes cifras:

6.349 correspondieron a consultas obstétricas, 5.427 a las relacionadas a Patología Cervical y 3.111 fueron asistidas en el consultorio de Patología Mamaria. (Ver **Gráfico 17**).

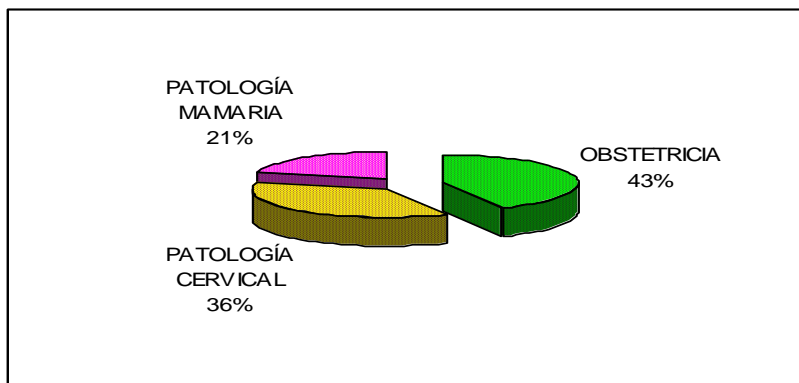
Gráfico 17

Porcentaje de consultas anuales en el Servicio de Consultorios Externos

Subespecialidades de Ginecología

Hospital Materno Infantil Dr. Equiza

2008



Fuente: Dirección de Estadísticas Municipalidad de La Matanza.

Elaboración: propia.

En el mismo período las consultas pediátricas en Consultorios externos del hospital correspondieron: 2.816 de Neonatología y 2.507 de clínica pediátrica.

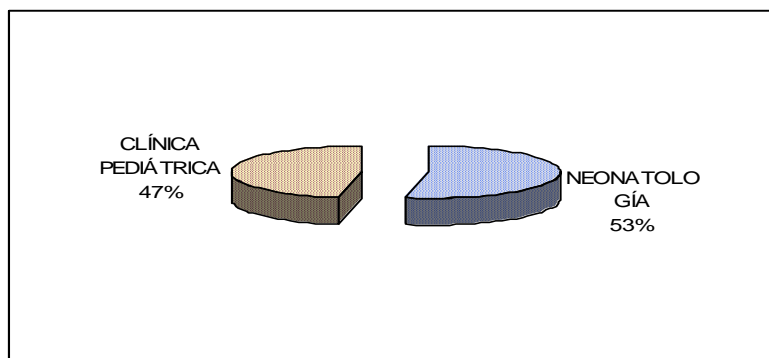
Gráfico 18

Porcentaje de consultas anuales en el Servicio de Consultorios Externos

Subespecialidades de Pediatría

Hospital Materno Infantil Dr. Equiza

2008



Fuente: Dirección de Estadísticas Municipalidad de La Matanza.

Elaboración: propia.

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

Adecuación/Inadecuación de consultas:

Durante el año 2008 el número de consultas atendidas en el SUH fue de 95.088. De éstas 7.134 corresponden a junio de ese año.

Para el caso del hospital Dr. Equiza se obtuvieron 710 consultas del SUH, correspondiendo 308 de ellas a pacientes pediátricos y 402 a consultas de pacientes adultos, durante 3 días del mes de junio de 2008, extraídas del Libro de Guardia de la institución. Al momento del trabajo no existía otro documento médico donde se asentaran los diagnósticos de las consultas atendidas en dicho servicio. Los correspondientes a consultas de adultos (402) se presentan en la **Tabla 18**, en el Anexo de este trabajo.

Para la evaluación de adecuación/inadecuación de las visitas al SUH del hospital en estudio se llevó a cabo una revisión de una muestra de 710 diagnósticos de guardia de pacientes atendidos en el SUH, del libro de emergencias, que para el caso de pacientes adultos resultaron ser 402.

Entre las limitaciones que se encontraron para este trabajo es conveniente señalar la dificultad que representa a ausencia de una Historia Clínica normatizada ya que, en algunos casos, estaremos en presencia de "motivos de consulta" en vez de diagnósticos de guardia, o no contienen información suficiente para evaluar correctamente la adecuación o no de la visita al SUH, generando cierto grado de inexactitud en la clasificación final; en otros casos la variedad de sinónimos con los que puede ser asentada una patología dificulta unificar el diagnóstico (Ej: Faringitis, Faringitis Aguda, Anginas, Amigdalitis, etc.). Otra verdadera barrera de acceso a la información la representa que en dicho libro se encuentran asentados los diagnósticos de puño y letra de cada profesional actuante que, en muchos casos, se trata de letras difícilmente legibles.

Tampoco se puede pasar por alto que el número total de consultas adecuadas o inadecuadas dependerá del criterio utilizado para su medición. Como se ha dicho, el empleo de la utilización de diferentes criterios, y mucho más aún se trata de criterios subjetivos es responsable de la gran variabilidad que se encuentra en la bibliografía al respecto.

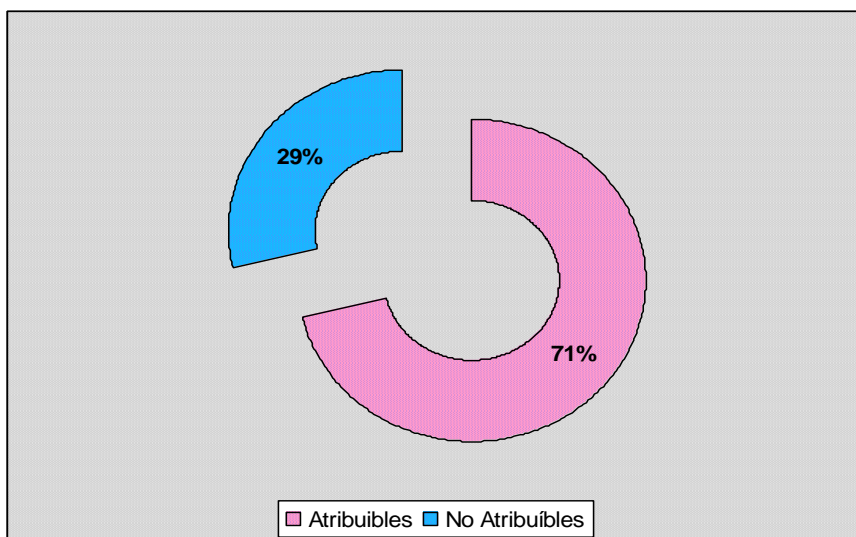
A los 402 diagnósticos del libro de guardia del SUH, pertenecientes a pacientes adultos de dicha institución se les aplicó un criterio implícito, en esta oportunidad el de los profesionales médicos, siendo que 287 (71%) fueron considerados atribuibles a un SUH y 115 (el 29%) que podrían haber sido atendidos en el nivel primario o en el servicio de consultorios externos del hospital, como se presenta en el **Gráfico 19**.

Gráfico 19

Inadecuación de consultas de pacientes atendidos en Guardia Médica de Adultos

Hospital Materno Infantil Dr. Equiza

Junio 2008



Fuente: Libro de guardia. Hospital Materno infantil Dr. Equiza. Municipalidad de La Matanza.

Elaboración: propia.

En el caso de los indicadores explícitos la cantidad de consultas estará ligada a la normativa vigente en el efector o que emane de la autoridad sanitaria competente, pero en el caso en que ésta no existiere, quedará al criterio del profesional actuante en el SUH. Los indicadores explícitos, también dependerán del instrumento de medición elegido por las autoridades sanitarias y a su vez del criterio que utilizaron los expertos para lograr el consenso a la hora del desarrollo de las mismas.

Tampoco puede dejarse de lado al evaluar adecuación/inadecuación de una consulta el criterio subjetivo del paciente y/o de sus familiares, tal como se expresó en el Marco Teórico de este estudio.

Para los pacientes pediátricos fueron 308 diagnósticos de niños atendidos en el SUH siendo los mismos los que refleja la **Tabla 19**, en el Anexo de este documento.

Utilizando un criterio implícito como lo es de los profesionales de dicho SUH y otros pediatras consultados se planteó otro inconveniente que no solamente está relacionado con la edad del paciente, variable que en pediatría es muy importante, sino con una visión más integral muy

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

característica del paciente pediátrico; además a diferencia de otros, éste es traído por un tercero que generalmente es el adulto que lo tiene a su cuidado y con la necesidad de los padres de acudir prontamente a la consulta más allá de que a criterio de los médicos no se trate ni de urgencia real ni mucho menos de una emergencia. Con lo cual queda a la vista la importancia de considerar el criterio no sólo del paciente, sino lo que aquí es de vital relevancia, el criterio de los padres y en muchos casos su nivel de alarma. Un ejemplo de esto puede ser una ascariasis donde el niño pudo haber eliminado el parásito por vía nasal, generando en su entorno familiar una situación de alarma, siendo probablemente un cuadro que si bien amerita la consulta inmediata, no representa, en la amplia mayoría de los casos, ni siquiera una situación de urgencia médica. Es ésta tal vez la razón más determinante a la hora de evaluar adecuación de la consulta.

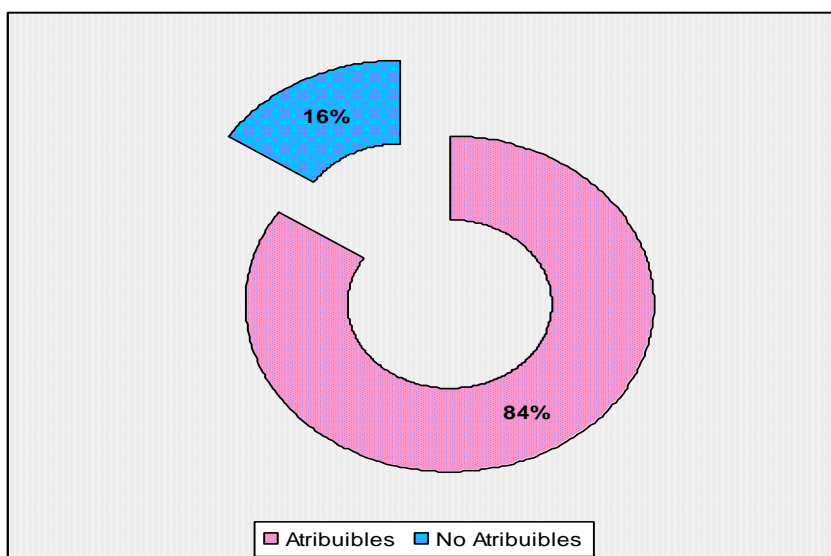
En promedio las opiniones de los profesionales coincidieron en señalar que aproximadamente un 84% de los diagnósticos corresponderían a casos adecuados para la visita a un SUH, mientras que el 16% restante serían inadecuadas o de fácil resolución en el primer nivel de atención. **Gráfico 20.**

Gráfico 20

Inadecuación de consultas de pacientes atendidos en Guardia Médica de Niños

Hospital Materno Infantil Dr. Equiza

Junio 2008



Fuente: Libro de guardia. Hospital Materno infantil Dr. Equiza. Municipalidad de La Matanza.

Elaboración: propia.

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

Estas diferencias observadas entre consultas por pacientes pediátricos y las que realizan los adultos no sólo es una problemática de nuestro país sino también de otros.

No fue posible para la confección de este trabajo aplicar criterios explícitos ya que, como se expresó en el marco teórico, las limitaciones que siempre han generado más debate han sido y son las que hacen referencia a la validez interna del indicador y más aun que en el caso expuesto no existían protocolos de adecuación locales. También tiene que ver la procedencia de los datos. Al trabajar sobre el libro de guardia del hospital en estudio, en varias ocasiones dio la impresión de estar frente a motivos de consulta o diagnósticos de ingreso y no de diagnósticos de guardia.

Tal vez podrían aplicarse algunos de los criterios del PAUH español con la correspondiente adaptación a nuestro sistema de salud.

El PAUH ha sido desarrollado y diseñado a partir de distintos elementos y estudios de identificación de urgencias e ingresos inapropiados. Consta de cinco apartados formados por Criterios de Gravedad (8), Criterios de Tratamiento (4), Criterios o Pruebas Diagnósticas (4), Otros Criterios o Resultados en Urgencias (2) y el último apartado que está relacionado con pacientes que acuden espontáneamente al SUH sin derivación médica.

6.3. Análisis de interpretación de resultados.

Es evidente que tal como lo plantean los expertos, la utilización de los SUH está influenciada por diferentes factores, lo que se expresa en los trabajos que tratan la problemática.

Mientras que en los efectores con internación de la provincia de Buenos Aires el número de consultas en los SUH se mantiene estable, siguen estando en niveles altos (45%) siendo inadecuados para el correcto funcionamiento, al decir de los expertos.

La mayoría de los SUH son unidades que poseen características en común, como ser ámbitos diseñados para proporcionar tratamiento médico altamente especializado, con disponibilidad inmediata y las 24 Hs. del día. Sin embargo otros factores se expresan en las estadísticas como en las que se observan en la heterogeneidad del conurbano.

Sus variables demográficas se expresan en los distintos niveles de concurrencia a los SUH. No sólo existen variaciones entre los establecimientos públicos estatales según su dependencia sino

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

según área geográfica, estando en el conurbano en un promedio del 50% de las consultas a los SUH.

En el municipio de La Matanza el porcentaje de consultas médicas promedia en los establecimientos de dependencia municipal el 53%, en tanto en los provinciales el 46% siendo que es de dependencia municipal la mayor parte de la oferta de APS.

A la vista de los datos que surgen de este trabajo, es evidente que existe sobre utilización de los SUH en el hospital en estudio, siendo este servicio una puerta que permite un acceso más fácil a los otros servicios de salud; incluso hasta podríamos estar ante una problemática de barreras para la utilización de la APS.

Al analizar la evolución de las consultas totales del hospital Equiza en comparación con efectores con internación de la provincia podremos encontrar que, mientras que en el hospital de González Catán han disminuido cerca de un 30% las consultas totales, en el mismo período (2004-2008) en los establecimientos de la provincia se mantuvo prácticamente estable. Sin embargo esto que ocurre en el hospital Equiza es el resultado de una merma en el número de consultas por consultorios externos ya que la misma variable lo hizo en un porcentaje bastante inferior, siendo un 15% menor, en el caso de las consultas por guardia y un 53% menor en las atendidas por consultorios externos, lo que habla a las claras sobre la afluencia de los pacientes hacia los SUH del hospital en estudio.

El número de consultas en el SUH pasó a representar, del 58% del total de consultas en 2004 al 69% en 2008, con un pico en 2007 del 71%. Esto, como lo plantea uno de los expertos citados en el estudio, se traduce en una mejora de la oferta, atrae mayor cantidad de pacientes al SUH y, a la larga, se visualiza en la aglomeración de los mismos en la guardia del hospital. Estos pacientes son asistidos a un alto costo operativo, pero con la consiguiente merma en la calidad brindada (dadas las características de los SUH) además de las demoras consiguientes para los pacientes graves que ingresan al SUH.

Si observamos ese año, 2008, las consultas totales tuvieron pequeñas oscilaciones entre las 10 y las 12 mil consultas durante los 12 meses, como así también se mantuvieron en los mismos porcentajes a lo largo del año las consultas tanto por el SUH como por Consultorios Externos aunque nuevamente el número de las asistidas por el SUH fue superior.

Otra característica del Hospital Equiza está dada por el número de consultas anuales. Siendo un hospital materno infantil las consultas anuales por especialidad (2008) revelan que el mayor

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

número está representado por las consultas pediátricas cuando del SUH hablamos, sin embargo al analizar lo sucedido en Consultorios Externos vemos que las consultas ginecológicas prácticamente triplican a las pediátricas.

Como ya se hizo referencia en este trabajo, una importante barrera a la información la representaron los diagnósticos de guardia. Al momento del estudio (2008) no existía otro documento médico para certificar los diagnósticos de los pacientes que habían asistido al SUH que el "Libro de Guardia" con todo lo que esto representa (letras ilegibles, motivos de consulta en vez de diagnósticos de guardia, etc.); ello no fue sin embargo lo más relevante dado que luego de comprobar la mayor afluencia de pacientes al SUH se evaluó adecuación/inadecuación de las consultas. Para esto, se consideraron las herramientas disponibles para esa medición.

La medición con herramientas explícitas no fue posible. Como ocurre en otros países, la validez interna del indicador y la existencia de protocolos de adecuación locales resultan de fundamental importancia para contar con una herramienta que permita evaluar científicamente los casos. Al momento de la confección de este trabajo éstos no existían en el hospital en cuestión ni en el sistema de salud local.

Para el caso de la aplicación de herramientas implícitas se encontró que no solamente existen diferencias de criterios entre profesionales de la misma especialidad, sino entre especialidades. Los médicos que asisten a pacientes adultos suelen ser más inflexibles en su interpretación subjetiva de la adecuación de la consulta, en cambio los médicos pediatras muestran mayor flexibilidad, puesto que son pacientes traídos a la consulta por otra persona (progenitores, otros familiares, etc.). Aquí no sólo interviene la percepción de la salud del paciente, afectado por variables como fundamentalmente la edad o el nivel de educación, también la cultura, el medio social y otros, sino también por aquel que lo trae a la consulta y tiene sus propios parámetros para medir adecuación. Es así que puede apreciarse cómo aplicando el criterio subjetivo de los profesionales del hospital, el porcentaje de consultas atribuibles a un SUH es mayor en el caso de las pediátricas (84%) que en el de los adultos (71%).

7. Conclusiones y Recomendaciones

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

La sobre utilización de los servicios de urgencia hospitalarios es fenómeno observado no sólo en nuestro país sino en muchos países desarrollados del mundo.

El personal de los SUH enfrenta diariamente conflictos por desempeñarse en ambientes sobrecargado de demanda, a lo que se suma la atención de casos que podrían haberse resuelto en el nivel primario.

La accesibilidad al primer nivel de salud se ve perjudicada por la dificultad para obtener turnos para la atención.

Existe una preferencia por los SUH como primera opción dada la expectativa de asistencia más rápida que tienen en éstos y la consideración de una parte de la población que supone de menor calidad la atención en un centro de salud del primer nivel que la que brinda los hospitales.

Las diferentes herramientas para medir adecuación /inadecuación de las consultas generan inexactitud.

Si aceptamos como un problema sanitario la sobre utilización de los SUH, deberíamos definir, identificar y cuantificar las consultas inadecuadas para la infraestructura que se dispone en los SUH que serán evaluados; para lo cual deberemos contar con herramientas de medición de inadecuación objetivas, cuantificables y reproducibles para la realidad de nuestro sistema de salud. A partir de éstas tendremos un mayor acercamiento a los verdaderos factores involucrados en la sobre utilización.

Una unidad de emergencia se caracteriza por la gran demanda de asistencia, proveniente de cuadros clínicos y/o traumáticos de complejidades diversas. Ese hecho, asociado a las preguntas de organización y gestión, hace que esa unidad no siempre cuente con condiciones adecuadas de trabajo, referidos a cantidad de recursos humanos y materiales, para brindar asistencia de calidad.

Es por esto que sería recomendable:

- Mejorar la accesibilidad de los servicios de APS a través de una mayor adaptación a la realidad social. La valoración del tiempo ha mostrado ser de gran importancia en la organización de la vida de muchas personas influida, en muchos casos, por un entorno laboral y familiar al que le asignan un elevado costo-oportunidad, es decir, el tiempo previsto para recibir la atención se contrasta y valora en función de las cosas que no se podrán realizar en ese tiempo. Esta recomendación se podría concretar, por ejemplo, en la disponibilidad de horarios de atención más amplios, aumentar la accesibilidad a los

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

profesionales, tanto telefónicamente como mediante el uso de las nuevas tecnologías (como el correo electrónico), u otras similares.

- Desarrollar centros de atención continuada en el nivel de la APS.
- Aumentar la coordinación de los servicios, de tal forma que el tiempo de resolución de los problemas de salud en el entorno extrahospitalario no sea una barrera de acceso.
- Generar redes y relaciones sociales que actúen de contención en las situaciones de la vida diaria que producen ansiedad y necesidad de atención, aunque está claro que esta última recomendación excede claramente el ámbito sanitario.
- Generar intervenciones destinadas a la reorganización de los SUH, que logren un equilibrio con la demanda real en vez de esperar que la demanda de la población se adecue a los SUH. Como por ejemplo separando los SUH en dos sectores: Emergencias (recibiendo pacientes que ingresan derivados de otros efectores de menor complejidad, ambulancias, vía pública o del sector de Demanda Espontánea) y Demanda Espontánea.
- Desarrollar herramientas de medición a nivel nacional con adaptaciones locales de protocolos de atención en servicios de urgencias hospitalarias, avalados por sociedades científicas.

8. Reflexiones Finales

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

Las personas que utilizan los SUH de manera inadecuada, por problemas no urgentes pueden estar haciendo un uso sustitutivo de los mismos con respecto a la APS. Esto implica varios inconvenientes para la salud de la población y para el sistema de salud, ya que supone una disminución en la calidad de la atención, pérdida de la continuidad asistencial, falta de seguimiento de los tratamientos médicos, aumento de los costos, sobre utilización de la tecnología médica, demoras en la asistencia a pacientes en situación de riesgo de vida, aumento en el tiempo de espera para la atención en SUH, "fugas" de pacientes que eligen marcharse sin ser atendidos, aumento de las situaciones de violencia, disminución de la prevención y promoción de la salud, errores y omisiones que pueden resultar graves y medicina defensiva producto de la saturación excesiva de los SUH, aumento de la frustración del personal sanitario.

Los profesionales de la salud mantienen una concepción biomédica, teniendo como foco de la atención la enfermedad y la realización de la tarea y no al individuo, priorizan la atención de pacientes con problemas graves y agudos que buscan la unidad de emergencia.

Tal vez sería muy positivo comenzar a valorar en la urgencia hospitalaria, el punto de vista del paciente para medir adecuación y restarle la primordial importancia que hoy todavía tiene la visión médica hegemónica, siendo mucho más relevante cuando se trata de un paciente pediátrico. Esto es así dado que quien recurre a un efector de salud se encuentra bajo una situación de estrés emocional y no cuenta con los conocimientos médicos como para clasificar su problema de salud como adecuado o no para la consulta a un SUH, porque lo que más enferma al hombre no son los microbios "que como causa de enfermedad son unas pobres causas" sino, entre factores, la incertidumbre.

Es justo preguntarnos si la sobre utilización que se vive en los SUH no está dada por el número de visitas inadecuadas que atienden o si no se trata de una oferta insuficiente de APS.

Probablemente tal como ocurre en otros países, la propuesta también sea adecuar la oferta tanto de los SUH como de la APS a la verdadera demanda, o dicho de otra forma, adecuar la oferta a las necesidades reales de la comunidad.

9. Anexo

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

Tabla 18

Diagnósticos de Guardia Pacientes Adultos

Hospital Materno Infantil Dr. Equiza

Junio 2008

Diagnóstico	Tot.	%
CONTUSIÓN CEREBRO	38	9,5
TRAUMATISMOS OTRO Y MÚLTIPLE	29	7,2
ENVENENAMIENTO	24	6,0
CONCUSIÓN	19	4,7
OTRAS CONVULSIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS	14	3,5
HIPERTENSIÓN ESENCIAL NEMO	12	3,0
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR AGUDA MAL DEFINIDA (#)	10	2,5
ANGOR PÉCTORIS	9	2,2
APENDICITIS AGUDA	9	2,2
DOLOR PRECORDIAL	9	2,2
HERIDAS PARED ABDOMEN LATERAL NO COMPLICADA	8	2,0
ASMA EXTRÍNSECA CON E. ASMÁTICO	7	1,7
ANGINA INESTABLE	6	1,5
ENFERMEDAD APARATO RESPIRATORIO OTRA	6	1,5
OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	6	1,5
ABUSO ALUCINÓGENO (+)	5	1,2
DIARREA PRESUNTAMENTE INFECCIOSA	5	1,2
DISNEA Y ANOMALÍA RESPIRATORIA (+)	5	1,2
EDEMA PULMONAR AGUDO NEOM	5	1,2
HERIDA PARED DEL TÓRAX.	5	1,2
ENVENENAMIENTO ACCIDENTAL POR MONÓXIDO DE CARBONO. OTRO	4	0,9
FALLO CARDIACO NEOM	4	0,9
FRACTURA	4	0,9
HERIDA CABEZA OTRA	4	0,9
HIPOGLICEMIA, NO ESPECIFICADA	4	0,9
BRADICARDIA, NO ESPECIFICADA	3	0,7
COLELITIASIS SIN COLECISTITIS	3	0,7
CÓLICO RIÑÓN	3	0,7
DEPLECIÓN VOLUMEN (+)	3	0,7
ENVENENAMIENTO ACCIDENTAL POR QUÍMICO AGRÍCOLA. OTRO Y NEOM	3	0,7
FIEBRE, NO ESPECIFICADA	3	0,7
HERIDAS DE LA MUÑECA. NO COMPLICADA	3	0,7
TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LA MAMA	3	0,7
ABUSO ALCOHOL (+)	2	0,5
ABSCESO PERIAPICAL SIN FÍSTULA	2	0,5
ANEMIA OTRA	2	0,5
CEFALEA	2	0,5
COMA HIPOGLUCÉMICO	2	0,5
CUERPO EXTRAÑO EN EL TUBO DIGESTIVO NEOM (#)	2	0,5
DIABETES MELLITUS, SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	2	0,5
DOLOR TÓRAX	2	0,5

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA NCOC Y NEOM	2	0,5
ENFERMEDAD TRAQUEA Y BRONQUIOS NCOC OTRA (+)	2	0,5
FALLO CARDIACO NEOM	2	0,5
FALLO CARDIACO CONGESTIVO NEOM	2	0,5
HERIDA CADERA Y MUSLO NO COMPLICADA	2	0,5
HERIDAS CADERA Y MUSLO	2	0,5
HERIDA CUERO CABELLUDO NO COMPLICADA	2	0,5
HERIDA DEL ANTEBRAZO COMPLICADA	2	0,5
HERIDA DEL BRAZO NO COMPLICADA	2	0,5
HERIDA PARED TÓRAX NO COMPLICADA	2	0,5
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	2	0,5
INSUFICIENCIA PULMONAR NCOC OTRA	2	0,5
LESIÓN POR ELECTROCUCIÓN CAUSA NEOM	2	0,5
NEUMONÍA ORGANISMO NEOM (#)	2	0,5
PANCREATITIS AGUDA	2	0,5
SÍNDROME ABSTINENCIA ALCOHOL	2	0,5
TRASTORNO MANIACO ÚNICO (+)	2	0,5
ALERGIA FÁRMACO OTRA	1	0,2
ANEURISMA CORAZÓN. VASO CORONARIO	1	0,2
ASFIXIA	1	0,2
ASMA	1	0,2
ATAXIA POR ENF. CEREBROVASCULAR	1	0,2
CELULITIS ORBITA	1	0,2
CISTITIS AGUDA	1	0,2
COLELITIASIS CON COLECISTITIS AGUDA	1	0,2
CONVULSIONES FEBRILES	1	0,2
DERIVACIÓN TRAS ACCIDENTE DE TRABAJO	1	0,2
DESNUTRICIÓN PROTEICO CALÓRICA NO ESPECIFICADA	1	0,2
DESORIENTACIÓN NO ESPECIFICADA	1	0,2
DIABETES CON COMPLICACIONES CIRCULATORIAS PERIFÉRICAS	1	0,2
DIABETES CON COMPLICACIÓN NO ESPECIFICADA,	1	0,2
DIABETES CON COMPLICACIONES GENERALES AGUDAS	1	0,2
DIABETES MELLITUS. NEOM TIPO I	1	0,2
DIABETES MELLITUS SECUNDARIA CON MANIFESTACIÓN RENAL NO INCONTROLADA	1	0,2
DISFASIA POR ENF. CEREBROVASCULAR	1	0,2
DISTONÍA, NO ESPECIFICADA	1	0,2
DOLOR DE ESPALDA NEOM	1	0,2
DOLOR MIEMBRO	1	0,2
EDEMA CEREBRO	1	0,2
EDEMA LARINGE	1	0,2
EFECTO ADVERSO ANESTESIA. NEOM	1	0,2
EFECTO ADVERSO NO ESPECIFICADO DE FÁRMACO, SUSTANCIA MEDICAMENTOSA Y SUSTANCIA BIOLÓGICA NO ESPECIFICADA	1	0,2
EMBOLIA E INFARTO PULMONAR. OTRA	1	0,2
ESCLEROSIS SISTÉMICA	1	0,2
ESPLENOMEGALIA	1	0,2
FARINGITIS AGUDA	1	0,2
FIBRILACIÓN Y ALETEO AURICULAR (+)	1	0,2
FRACASO RESPIRATORIO AGUDO	1	0,2

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

HEMATEMESIS	1	0,2
HEMATURIA	1	0,2
HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL	1	0,2
HEMORROIDES INTERNA TROMBOSADA	1	0,2
HERIDA DE CUELLO	1	0,2
HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO. NO COMPLICADA	1	0,2
HERIDA DE LA CABEZA. OTRA	1	0,2
HERIDA DE LA PARED ABDOMINAL ANTERIOR NO COMPLICADA	1	0,2
HERIDA DEL HOMBRO NO COMPLICADA	1	0,2
HERIDA DEL OÍDO EXTERNO NO COMPLICADA	1	0,2
HERIDA DEL TRONCO Y OTRA Y NEOM NO COMPLICADA	1	0,2
HERIDAS DEL CUELLO OTRA Y NEOM NO COMPLICADA	1	0,2
HIPOTENSIÓN	1	0,2
INFECCIÓN POR PNEUMOCOCCO EN ENF. COC Y NEOM	1	0,2
INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA AGUDA (+)	1	0,2
INTOXICACIÓN ALIMENTARIA POR BACTERIA OTRA	1	0,2
LUMBALGIA	1	0,2
MELENA	1	0,2
MONOPLÉJIA DE MIEMBRO INFERIOR (+)	1	0,2
OTRAS OBSTRUCCIONES INTESTINALES Y LAS NO ESPECIFICADAS	1	0,2
OTROS SÍNTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCIÓN COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS	1	0,2
OTROS TIPOS DE HIPOTENSIÓN	1	0,2
OTROS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES	1	0,2
PARÁLISIS DE BELL	1	0,2
QUEMADURA PRIMER GRADO CABEZA CARA Y DEL CUELLO (+)	1	0,2
QUEMADURAS 50 AL 59% DE LA SUPERFICIE CORPORAL	1	0,2
QUEMADURAS 80 AL 89% DE LA SUPERFICIE CORPORAL	1	0,2
SARNA	1	0,2
SEPTICEMIA OTRA	1	0,2
SHOCK ANAFILÁCTICO OTRO	1	0,2
SÍNDROME DEL SENO ENFERMO	1	0,2
SÍNTOMA APARATO CARDIOVASCULAR	1	0,2
TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR PAROXÍSTICA	1	0,2
TRASTORNOS DEL METABOLISMO DE LA GLICINA	1	0,2
TRAUMATISMO CARA, CUELLO Y OTRO Y NEOM (+)	1	0,2
TRAUMATISMO CODO, ANTEBRAZO, MUÑECA OTRO Y NEOM	1	0,2
TRAUMATISMO DE LA CABEZA NEOM	1	0,2
TRAUMATISMO DIAFRAGMA CON TRAUMA TORACOABDOMINAL ABIERTO	1	0,2
TRAUMATISMO NERVIOS FACIALES (VII PAR)	1	0,2
TRAUMATISMO ÓRGANO INTRATORÁCICO ABIERTO OTRO	1	0,2
TRAUMATISMO PARED TORACICA OTRO	1	0,2
TRAUMATISMO RODILLA, PIERNA, TOBILLO Y PIE. OTRO Y NEOM	1	0,2
TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LA PIEL	1	0,2
TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL HUESO Y CARTILAGO ARTICULAR	1	0,2
TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL UTERO	1	0,2
ÚLCERA ESTOMAGO CRÓNICO CON HEMORRAGIA (+)	1	0,2
	402	100

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

Fuente: Libro de guardia. Hospital Materno infantil Dr. Equiza. Municipalidad de La Matanza.

Elaboración: propia.

Tabla 19
Diagnósticos de Guardia Pediatría
Hospital Materno Infantil Dr. Equiza
Junio de 2008

Diagnóstico	Tot	%
SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA	72	23,4
TRAUMATISMO INTRACRANEAL, NO ESPECIFICADO	21	6,8
BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	18	5,8
DEPLECIÓN DEL VOLUMEN	15	4,9
NEUMONÍA, NO ESPECIFICADA	11	3,6
OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	11	3,6
TRAUMATISMOS MÚLTIPLES, NO ESPECIFICADOS	11	3,6
ABDOMEN AGUDO	9	2,9
OTRAS ANORMALIDADES DE LA RESPIRACIÓN Y LAS NO ESPECIFICADAS	9	2,9
FIEBRE, NO ESPECIFICADA	8	2,6
NAUSEA Y VOMITO	8	2,6
ENVENENAMIENTOS	6	1,9
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRÓNICA	6	1,9
CONVULSIONES FEBRILES	5	1,6
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	5	1,6
OTRAS CONVULSIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS	5	1,6
EFECTO TOXICO DEL MONÓXIDO DE CARBONO	4	1,3
EFECTOS DE LA CORRIENTE ELÉCTRICA	4	1,3
ABSCESO CUTÁNEO, FURÚNCULO Y ÁNTRAX	3	0,9
COLAPSO PULMONAR	3	0,9
CONCUSIÓN	3	0,9
INFLAMACIÓN AGUDA DE LA ORBITA	3	0,9
TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO	3	0,9
TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DEL ABDOMEN, DE LA REGIÓN LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS	3	0,9
BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADO	2	0,6
CAUSAS DE MORBILIDAD DESCONOCIDAS Y NO ESPECIFICADAS	2	0,6
CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	2	0,6
DISNEA	2	0,6
HERIDA DE REGIÓN NO ESPECIFICADA DEL CUERPO	2	0,6
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	2	0,6
OTRAS PÚRPURAS NO TROMBOCITOPENICAS	2	0,6
PIODERMA	2	0,6
PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ABUSO SEXUAL	2	0,6
SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA	2	0,6
ACIDOSIS	1	0,3

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

AHOGAMIENTO Y SUMERSIÓN NO MORTAL	1	0,3
ASCARIASIS, NO ESPECIFICADA	1	0,3
ATAXIA, NO ESPECIFICADA	1	0,3
CUERPO EXTRAÑO EN LAS VÍAS RESPIRATORIAS, PARTE NO ESPECIFICADA	1	0,3
DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	1	0,3
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE CON CETOACIDOSIS	1	0,3
DISTIMIA	1	0,3
EDEMA, NO ESPECIFICADO	1	0,3
EFECTO TOXICO DE PRODUCTOS DEL PETRÓLEO	1	0,3
EFECTO TOXICO DEL ETANOL	1	0,3
ENFERMEDADES DE LA TRAQUEA Y DE LOS BRONQUIOS, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	1	0,3
ESTADO ASMÁTICO	1	0,3
FARINGITIS ESTREPTOCÓCICA	1	0,3
FIBROSIS Y AFECCIONES CICATRICIALES DE LA PIEL	1	0,3
HERIDA DE CUELLO, PARTE NO ESPECIFICADA	1	0,3
HERIDA DEL ANTEBRAZO, PARTE NO ESPECIFICADA	1	0,3
HERIDA DEL CUERO CABELLUDO	1	0,3
HERIDA DEL HOMBRO	1	0,3
HERIDA DEL TOBILLO	1	0,3
HERNIA INGUINAL BILATERAL, SIN OBSTRUCCIÓN NI GANGRENA	1	0,3
HIPERGLICEMIA, NO ESPECIFICADA	1	0,3
IMPÉTIGO (CUALQUIER SITIO ANATÓMICO) (CUALQUIER ORGANISMO)	1	0,3
INFECCIÓN BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	1	0,3
MALABSORCIÓN DEBIDA A INTOLERANCIA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	1	0,3
MALESTAR Y FATIGA	1	0,3
MARCHA ATÁXICA	1	0,3
MENINGITIS, NO ESPECIFICADA	1	0,3
MIASIS, NO ESPECIFICADA	1	0,3
OTRA DIABETES MELLITUS ESPECIFICADA, CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS	1	0,3
OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DEL ABDOMEN, DE LA REGIÓN LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS	1	0,3
PALIDEZ	1	0,3
QUEMADURA DE LA CABEZA Y DEL CUELLO, DE SEGUNDO GRADO	1	0,3
SÍNDROME DE DOWN, NO ESPECIFICADO	1	0,3
SÍNDROME NEFRÍTICO NO ESPECIFICADO CON GLOMERULONEFRITIS NO ESPECIFICADA	1	0,3
TOS	1	0,3
TRAUMATISMO DE NERVIOS NO ESPECIFICADO DEL TÓRAX	1	0,3
TRAUMATISMO DE NERVIOS CERVICALES SIMPÁTICOS	1	0,3
TRAUMATISMO DEL NERVIOS FACIAL (VII PAR)	1	0,3
TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	1	0,3
TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE OTROS SITIOS ESPECIFICADOS	1	0,3
VARICELA SIN COMPLICACIONES	1	0,3
	308	100

Fuente: Libro de guardia. Hospital Materno infantil Dr. Equiza. Municipalidad de La Matanza.

Elaboración: propia.

10. Bibliografía

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

- Aday L. A., Andersen R. M. "*Framework for the study of access to medical care*". Health Service Research, 1974; 9 (3): 208-20.
- Aday, L.A, Andersen R.M. "*Equity to access to medical care: a conceptual and empirical overview*". Medical Care. 1981; 19 (12 Suppl):4-27
- Aday, L.A, Andersen R.M.A. "*Theoretical Framework for the study of access to medical care*". Health Service Research. 1993; (9):208-22.
- Alberola V, Rivera F. "*La atención primaria como determinante de la utilización del servicio de urgencias hospitalario*". Aten Primaria 1994; 14:825-8.
- Alonso Fernández M, Hernández Mejías R, del Busto Prado F, Cueto Espinar A. "*Utilización de un Servicio de Urgencias Hospitalario*". Rev San Hig Pub 1993; 67:39-45.
- Alpert, J. J.; Kosa, J.; Haggerty, R. J.; Robertson, L. S. & Meagarty, M. C., 1970. "*Attitudes and satisfactions of low-income families receiving comprehensive pediatric care*". American Journal of Public Health, 60:499-506.
- Alzugaray, R. "*Ramón Carrillo, el fundador del sanitarismo nacional*". Buenos Aires, Edit. Colihue. 2008: 110.
- Andersen, R. & Aday, L. A., 1978. "*Access to medical care in the U.S.: Realized and potential*". Medical Care, 16:533-546.
- Andersen R.M, Mc Cutcheon A, Aday L.A, Chiu G.Y, Bell R. "*Exploring dimensions of access to medical care*". Health Service Research. 1983; 18(1): 49-74.
- Andersen R.M, "*Health status indices and access to medical care*". American Journal of Public Health. 1978;68 (5): 458-63.
- Andersen R.M. "*Revisiting the behavioural model and access to medical care: does it matter?*". Journal of Health and Social Behaviour. 1995; 36:1-10.
- Andersen R.M, Newman J. "*Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States*". Milbank Mem Fun Quart. 1973; 51(95):1-28.
- Andersen R, Newman JF. "*Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States*". Millbank Memorial Fund Q 1973; 51:95-124.
- Aranaz Andrés, J. M et al: "*¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarios por iniciativa propia?*" Gac Sanit. 2006; 20(4):311-5

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

- Baker DW, Stevens CD, Brook RH. "Regular source of ambulatory care and medical care utilization by patients presenting to a public hospital emergency department". JAMA 1994; 271:1909-12.
- Balanzó X, Pujol R. "Estudio multicéntrico de las urgencias en hospitales generales básicos de Catalunya". Med Clin (Barc) 1989; 92:86-90.
- Banchs M. "Las representaciones sociales: sugerencia sobre una alternativa teórica y rol posible para los psicólogos sociales en Latinoamérica". En: Jiménez-Domínguez B. Aportes críticos a la psicología en Latinoamérica. Guadalajara: Ediciones Universidad de Guadalajara; 1990, pp. 183-221.
- Banks, M.; Beresford, S.; Morrell, D.; Waller, J. & Watkins, C., 1975. "Factors influencing demand of primary medical care in women aged 20-44: A preliminary report. International Journal of Epidemiology, 4:189-195.
- Bashshur, R.: "Objectives and format. Integrative seminar in medical care". University of Michigan. 1982.
- Becker, M. H.; Drachman, R. H. & Kirscht, J. P., 1974a. "A field experiment to evaluate various outcomes of continuity of physician care". American Journal of Public Health, 64:1062.
- Bengoetxea Martínez I. "Perfil del usuario de la zona ambulatoria del Servicio de Urgencias del Hospital de Galdakao". Gac Med Bilbao 2004; 101: 115-120
- Bernard, C. "Introducción al estudio de la medicina experimental". México, DF.: Universidad Nacional Autónoma de México, 1994: 197-201.
- Bindman AB. "Triage in accident and emergency departments". Br Med J 1995; 311:404.
- Biscaro Valera Rangel y Turrini, Ruth Teresa N.: "Factores relacionados con los acuerdos de los pacientes en servicio de urgencia hospitalario". Cienc. enferm. [en línea]. 2008, vol.14, no.2.
- Bittencourt, Roberto José e Hortale, Virginia Alonso: "Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática". Cad. Saúde Pública [online]. 2009, vol. 25, no.7.
- Boushy D, Dubinsky I. "Primary care physician and patient factors that result in patients seeking emergency care in a hospital setting: the patient's perspective". J Emerg Med 1999; 17:405- 412.

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

- Braun, T.; García Castrillo Riesgo L.; Krafft T.; Díaz Regañón Vilches G.; "Frecuentación del servicio de urgencias y factores sociodemográficos". *Gac Sanit* [online]. 2002, vol.16, no.2; 139-144
- Bridges, K; Goldberg, D; Evans, B; Sharpe, T. "Determinantes de somatización en los cuidados primarios". *Psychol Med*, 1991; 473-483.
- Caminal J.; Sánchez E.; Morales M.; Peiró R.; Márquez S.: "Avances en España en la investigación con el indicador "Hospitalización por enfermedades sensibles a cuidados de atención primaria". *Revista española de Salud Pública* 2002; 76: 189-196
- Cantalejo M, Mir M, Capilla R, Gancés C. "Atención Primaria: ¿es realmente la puerta de entrada al sistema sanitario?" *Aten Primaria*. 1998; 21:646-7.
- Cano Del Pozo, Rabanaque Hernández, Feja Solana y otros: "Estudio de la frecuentación de un servicio de urgencias extrahospitalario. *Emergencias*". 2008; 20: 179-186
- Cantero Hinojosa J.; Sanchez Cantalejo Ramírez E.; Martínez Olmos J.; Maeso Villafaña J.; Prieto Rodríguez M. A.; Jimenez Martín J. M.: "Inadecuación de las visitas a un servicio de urgencias hospitalario y factores asociados". *Atención Primaria*. Vol. 28. Núm. 5. 30 de septiembre 2001.
- Carpio Pérez, A. "Estimación de la utilización inadecuada del servicio de urgencias de un hospital universitario". Tesis doctoral. Universidad de Salamanca. 2008. www.gredos.usal.es/jspui/bitstream.
- Carret, María Laura Vidal; Fassa, Ana Claudia Gastal y Domínguez, Marlos Rodríguez: "El uso inapropiado de los servicios de emergencia: una revisión sistemática de la prevalencia y factores asociados". *Saúde Pública* [en línea]. 2009, vol. 25, no.1 ISSN 0102-311X.
- Castells, Xavier. "Comentario. Utilización de los servicios de urgencias hospitalarios: La importancia de la perspectiva de los usuarios". *Gacha. Sanit.* [online]. 2006, Vol. 20, n.2 ISSN 0213-9111. Similarity: 0.454065
- CEPAL. Arriagada, Irma; Aranda, Verónica y Miranda, Francisca: "Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas". División Desarrollo Social. Santiago de Chile, Diciembre de 2005.
- Clancy CM, Eisenberg JM. "Emergency Medicine in Population-Based Systems of Care". *Ann Emerg Med* 1997; 30:800-3.

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

- Conrad P. "*The experience of illness: recent and new directions*". In: Conrad P, Roth J. *The experience and Management of chronic Illanes. Research in the Sociology of Health Care*. Connecticut: Jai Press Inc. 1987; (6): 1-31.
- Cunningham PJ, Clancy CM, Cohen JW, Wilets M. "*The use of Hospital Emergency Departments for Nonurgent Health Problems: A national perspective*". *Medical Care Res & Rev* 1995; 52:453-74.
- Dale J, Green J, Reid F, Glucksman E, Higgs R. "*Primary care in the accident and emergency department: I. Prospective identification of patients*". *Br Med J* 1995; 311:423-6.
- Del Castillo Rey M, Huguet J, Bravo J, Cortada L. "*Estudio del área de urgencias de un hospital general. Grado de adecuación de las visitas*". *Med Clinica (Barcelona)* 1986; 87:539-42.
- Derlet RW, Kinser D, Ray L, Hamilton B, McKenzie J. "*Prospective identification and triage of nonemergency patients our of an emergency department: A 5 year study*". *Ann Emerg Med* 1995; 25:215-23.
- Derlet RW, Nishio D, Cole LM, Silva J. "*Triage of patients out of the emergency department: Three-years experience*". *Am J Emerg Med* 1992; 10:195-9.
- Díaz Novas, José e Guinart Zayas, Nancy: "*Las urgencias en la atención primaria: Utilización del servicio*". *Rev. Cubana Med. Gen. Integr.* [online]. 2007, vol. 23, n.4
- 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; 7:37-43.
- Dietrich, A. J. & Marton, K. I., 1982. "*Does continuous care from a physician make a difference?*" *Journal of Family Practice*, 15:929.
- Di Silvestre, Cristina. "*Somatización y percepción subjetiva de la enfermedad*". *Cinta de Moebio*, número 4. Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales. 1998
- Domínguez F D., 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; 7:37-43.
- Donabedián, A.: "*Aspects of medical care administration: Specifying requirements for health care*". Cambridge, Mass. Harvard University Press. 1973.

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

- Donabedian A. Organización Panamericana de la Salud. *"El concepto y la medición de la accesibilidad. Investigación sobre servicios de salud: una antología"*. Publicación Científica Número 534, 1992.
- Donabedian, A., 1984. *"La Calidad de la Atención Médica. Definición y Métodos de Evaluación"*. México, DF: La Prensa Médica Mexicana.
- Donabedian A. *"The quality of care. How can it be assessed?"*. Arch Pathol Lab Med. 1997; (121): 1145-1150.
- Dorr A. Anneliese. *"Acerca de la comunicación médico-paciente desde una perspectiva histórica y antropológica"*. Rev. Méd. Chile. 2004; 132 (11): 1431-36.
- Dubos R. *"El hombre en adaptación"*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, 1975: 303-306.
- Entralgo P.L. *"La medicina hipocrática"*. ed. Historia universal de la medicina. Barcelona: Salvat, 1982; Tomo 2: 72-117.
- 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; 19:169-75.
- Evans R, Stoddart G. *"Producing Elath, consuming health care"*. Social Sci and Med. 1997;(31): 1347-63.
- Fajardo Ortiz, Guillermo; Ramírez Fernández, Felipe Alberto: *"Utilización del servicio de urgencias en un hospital de especialidades"* / Utilization of emergency services in the hospital de especialidades Cir. & cir; 68(4):164-8, jul.-ago. 2000.
- Fiorentino Jorge Arturo *"Servicios de Urgencia. ¿Todo es urgente?"*. Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires (2006) – Vol. 48 –Número 218 – Pág. 182 - 184
- Ford Charles. *"The somatization Disorders. Illness as a way of life"*. Elsevier Biomedical. Nueva York, 1983
- Forrest, C. B. & Starfield, B., 1998. *"Entry into primary care and continuity: The effects of access"*. American Journal of Public Health, 88:1330-1336.
- Fortes, Paulo Antonio de Carvalho; Zoboli, Elma Lourdes Campos Pavone e Spinetti, Simone Ribeiro: *"Critérios sociais na seleção de pacientes em serviços de emergência"*. Rev. Saúde Pública [online]. 2001, vol.35, n.5

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

- Franco Vega Leopoldo. *"Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica"*. Salud Pública Mex 2002; 44:258-265.
- Freire, J. M.: *"La ordenación de las prestaciones: aspectos sanitarios"*. (En: Gac Sanit 1995; 9: 11-27).
- Frenk Julio. *"El concepto y la medición de la accesibilidad"*. Salud Pública de México. 1985: 438-53.
- Frenk, Julio. *"La salud de la población. Hacia una nueva Salud Pública"*. Fondo de Cultura Económica. México. 1994.
- García Romero, Oscar: Comunicación personal. Junio 2009.
- Garlet Er, Revista Latino-am Enfermagem 2007 janeiro-fevereiro; 15 (1) Artigo Original. www.eerp.usp.br/riae
- Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. *"La finalidad del trabajo en urgencias y emergencias bajo la perspectiva de los profesionales"*. Rev Latino-am Enfermagem 2009 julio-agosto; 17(4).
- Gérvas, Juan; Carminal Homar, Josefina y participantes en el Seminario de Innovación 2006. *"Las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditios (ACSC) desde el punto de vista del médico de atención primaria"*. Revista Española de Salud Pública 2007; 81: 7-13.
- Gill JM, Mainous AG 3rd, Nsereko M. *"The effect of continuity of care on emergency department use"*. Arch Fam Med 2000, 9:333-8.
- Gómez Jiménez J, *"Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias"*. Emergencias 2003;15:165-174
- González G, Valencia ML, Agudelo N, Acevedo L, Vallejo I.: *"Morbilidad sentida de las urgencias médicas y la utilización de los servicios de salud en Medellín"*. Colombia, 2005-2006. Biomédica 2007;27:180-9
- González-Grajera B, Mendoza R, Hinojosa J, Buitrago F. *"Adecuación de las derivaciones médicas a un servicio de urgencias hospitalario"*. Aten Primaria 1995; 16:433-6.
- Gold M. *"Beyond coverage and supply: measuring access to healthcare in today`s market"*. Health Service Research. 1998; 33(3): 625-52.

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

- Good B. *"The heart of what's the matter. The semantics of illness in Iran"*. Culture, Medicine and Psychiatry. 1977; (1): 25-58
- Grumbach K, Keane D, Bindman A. *"Primary Care and Public Emergency Department Overcrowding"*. Am J Pub Health 1993; 83:372-8.
- Grupo de trabajo de la sociedad andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. (SAMFYC). *"Ordenación de las urgencias en atención primaria"*. Aten Primaria 1992; 9:269-75.
- 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; 37:561-7.
- Hayward, R. A.; Bernard, A. M.; Freeman, H. E. & Corey, C. R., 1991. *"Regular source of ambulatory care and access to health services"*. American Journal of Public Health, 81:434-438.
- Helman, Cecil. *"Culture, Health and Illness"*. John Wright and Sons Ltd. U.S.A, 1984.
- Herzlich, C. y Pierret J. *"De ayer a hoy: construcción social del enfermo"*. Cuadernos Médico Sociales. 1998; (43):pp.21-30.
- Huard P, Wong M. *"La medicina China"*. En: Entralgo P.L, ed. *Historia universal de la medicina"*. Tomo1 Barcelona: Salvat, 1976:159-195.
- Ibáñez F, Gutierrez B, Olaskoaga A. *"Estudio de la utilización de servicios de urgencias hospitalarios por la población de un EAP: grado de adecuación"*. Aten Primaria 1991; 8:764-9.
- Kalemoglu, Murat, Keskin, Ozcan; Demirbas, Sezai y Ozisik, Tahir: *"Los pacientes no urgentes en un servicio médico de emergencia"*. Rev. méd. Chile [en línea]. 2004, vol.132, n.9 [citado 2010-03-23], pp. 1085-1089
- Kellermann AL, *"Nonurgent Emergency Departments Visits. Meeting an Unmet need"*. JAMA 1994; 271:1953-4.
- 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.
- Last, J., 1963. *The iceberg: Completing the clinical picture in general practice*. Lancet, 2:28-31.

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

- Lopes S, Santos J, Scarpelini S.: "*The implementation of the medical Regulation Office and Mobile Emergency Attendance System and its impact on the gravity profile of non-traumatic afflictions treated in a University Hospital: a research study*". *BMC Health Services Research* 2007, 7:173 doi:10.1186/1472-6963-7-173
- López-Yarto E. "*Terapia de grupo o terapia en grupo. Aperturas psicoanalíticas*". En: Jornadas de Asociación Laureano Cuesta. Madrid: 2002.
- Lowe RA, Abbuhl SB. "*Appropriate standards for "appropriateness" research*". *Ann Emerg Med* 2001; 37:629-32.
- Lowe RA, Bindman AB, Ulrich SK, Norman G, Scaletta TA, Keane D et al. "*Refusing care to emergency department patients: evaluation of published triage guidelines*". *Ann Emerg Med* 1994; 23:286-93.
- Lowy A, Kohler B, Nicholl J. "*Attendance at accident and emergency departments: unnecessary or inappropriate?*" *J Pub Health Med* 1994; 16:134-40.
- Marin N, Caba A, Ortíz B, Pérez-Tornero E, Martínez L, López M, Fornieles H, Delgado-Rodriguez M. "*Determinantes socioeconómicos y utilización de los servicios hospitalarios de urgencias*". *Med Clin (Barcelona)* 1997; 108:726-9
- Márques, Giselda Quintana e Lima, María Alice Dias da Silva: "*Demandas de los usuarios de un servicio de emergencia y su bienvenida en el sistema de salud*". *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2007, vol.15, n.1
- Marques, Giselda Quintana, Lima María Alicia Dias da Silva: "*Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem*". *Rev Esc Enferm USP* 2008 Marzo; 42 (1):41-7
- Martín Alfonso Libertad. "*Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad*". *Revista cubana de Salud Pública* 2003; 29 (3):275-81
- Maxwell, N. "*From Knowledge to Wisdom: A Revolution in the Aims and Methods of Science*". Oxford: Blackwen. 1984.
- Mira J.J. y col. "*Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria*". *Rev. Calidad Asistencial* 2002;17 (5):273-83
- 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; 10:1362-70.

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

- Mechanic, David. *"The Concept of Illness Behaviour"*. J Chronic Dis 1962; 15, 189-194.
- Merrit B, Naamon E, Morris SA. Am J Emerg Med 2000; 18:123-5.
- Milla Santos J. *"Urgencias Médicas, algo más que una serie televisiva"*. Med Clin (Barcelona) 2001; 117:295-6.
- Mogollón Pérez A. S. *"Acceso de la población desplazada por conflicto armado a los servicios de salud en las Empresas Sociales del estado de primer nivel de la ciudad de Bogotá, Colombia"*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Facultat de Medicina. Departament de Pediatria, Obstetricia y Ginecología i Medicina Preventiva; 2004.
- Moreno Millán, E.: *"¿Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud?"*. Emergencias, 2008; 20: 276-284
- Murphy AW. *"Inappropriate attenders at accident and emergency departments II: health service responses"*. Family Practice 1998; 15:33-7.
- O.M.S.: *"El derecho a la salud."* Nota descriptiva Nº 323. Ginebra, Agosto de 2007.
- 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; 3:252-7.
- Ochoa-Gómez, J., Villar Arias, A, Ramalle-Gómara y otros et al.: *"Adecuación de los ingresos hospitalarios urgentes"*. AN. MED. INTERNA (Madrid), 2002, 19 (9): 446-448, 2002
- 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 (Barcelona) 2000; 115:377-8.
- Oliveira, Lúcio Henrique de; Mattos, Ruben Araújo de e Souza, Auta Iselina Stephan de.: *"Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial"*. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol. 14, n.5 ISSN 1413-8123.
- Oster A, Bindman A. *"Emergency department visits for ambulatory care sensitive conditions"*. Med Care 2003; 41:198-207.
- 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; 13:361-70.

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

- Ovens H, Chan B.: "*Heavy users of emergency services: a population-based review*". CMAJ • OCT. 16, 2001; 165 (8)
- Padgett DK, Brodsky B. "*Psychosocial factors influencing non-urgent use of the emergency room: A review of the literature and recommendations for research and improved service delivery*". Soc Sci Med 1992; 35:1189-97.
- Paganini, José María: "*La evaluación de la accesibilidad, cobertura, calidad y equidad en salud*". Buenos Aires, Agosto 1995.
- Palmer R.H. "*Considerations in defining quality of health care*". En: Ed. Palmer RH, Donabedian A, Povar GJ, Srtiving for quality in health care An Arbor. Michigan: Health Administration Press, 1991: 1-55
- Pasarín, M.I. et al.: "*Razones para acudir a los servicios de urgencias: la población opina*". Gac. Sanit. 2006;20(2):91-100
- Patel S, Dubinsky I. "*Outcomes of referrals to the ED by family physicians*". Am J Emerg Med 2002; 20:144-50.
- Peiró S, Sempere T, Oterino D. "*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; 12:1-15.
- Penchansky, R. y Thomas, J.: "*The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction*". Medical care. 1981. 1: 19: 127-140.
- Pereda Rodríguez, Javier; Díaz Sánchez, Ivonne; Pereda Rodríguez, Reinaldo. "*Urgencias clínicas. Comportamiento según su gravedad*". Rev. Cuba. Med Gen Integr; 2001; 17(4): 329-35.
- Pereda Rodríguez, Javier; Díaz Sánchez, Ivonne; Pereda Rodríguez, Reinaldo; Sosa Acosta, Álvaro: "*Filtro sanitario en las urgencias médicas. Un problema a reajustar*" / Helath filter in medical emergencies. A problem to be readjusted. Rev. Cuba. Med; 40(3):181-188, jul.-sept. 2001. tab, graf.
- Pereira S, Oliveira 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; 37:580-6.

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

- PÉrgola Federico. *"Historia de la salud social argentina"*. Superintendencia de Servicios de Salud. ; 2004; 11.
- Perkins W. H. *"Cause and prevention of disease"*. Philadelphia: Lea and Febiger, 1938.
- Petersen LA, Burstin HR, O'Neil AC, Orav EJ, Brennan TA. *"Non urgent emergency department visits: the effect of having a regular doctor"*. Med Care 1998; 36:1249-55.
- Priego Alvarez Heberto R. *"Consumo en salud. Análisis mercadológico del comportamiento del consumidor sanitario"*. Universidad Autónoma de Barcelona. Facultad de Medicina. Tesis doctoral. 2005; pág. 9 -10.
- Rangel, Biscaro; Turrini, Ruth Teresa Natalia. *"Factores relacionados con reingresos del paciente en el Servicio de Emergencia"*. 2001.
- Rask KJ, Williams MV, Parker RM, McNagny SE. *"Obstacles predicting lack of a regular provider and delays in seeking care for patients at an urban public hospital"*. JAMA 1994; 271:1931-3.
- Revista Latino-am Enfermagem 2007 janeiro-fevereiro; 15 (1) Artigo Original. www.eerp.usp.br/riae.
- Ricketts TC, Goldsmith LJ. *"Access in Elath services research: the battle of the frameworks"*. Nursing Outlook. 2005; 53:274-80.
- Riviere J.R. *"La medicina en la antigua India"*. En: Entralgo P.L, ed. Historia universal de la medicina. Tomo1. Barcelona: Salvat, 1976:129-158.
- Romano Yalour, Margot, Torres, Rubén, Álvarez, Daniela y Grunhut, Yael: *"Satisfacción de los usuarios y efectores con los sistemas de salud"*. Ediciones ISALUD, Buenos Aires. 2003.
- 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; 90:97-102.
- Salkever, D.: *"Accesibility and the demand for preventive care"*. (En: Soc. Sci Med. 1976; 10: 469-475)
- Sánchez M.: *"¿Urgencias inadecuadas u oferta insuficiente?"*.(En: Med. Clin. (Barc.) 2004; 123(16): 619-20.)
- Sánchez, M. Salgado, E. y Miró, O: *"Mecanismos organizativos de adaptación y supervivencia de los servicios de urgencia"*. (En: Emergencias 2008; 20: 48-53)

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

- Sánchez López J. y col. "*Propuesta y validación del Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias modificado*". (En: Med. Clin. (Barcelona) 2004; 122(5):177-9)
- Sánchez López J. y col., Bueno Cavanillas A. "*Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario*". (En: Emergencias 2005; 17:138-144 UNIVERSIDAD DE GRANADA.
- Santos – Eggimann B. "*Increasing use of the emergency department in a Swiss hospital: observational study based on measures of the severity of cases*". Br Med J 2002; 324:1186-7.
- Sarver JA, Cydulka RA, Baker DW. "*Usual source of care and nonurgent emergency department use*". Acad Emergency Med 2002; 9:916-23
- Sempere T, Peiró S, Sendra P, Martínez C, López I. "*Validez del protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias*". Rev Esp Salud Pública 1999; 73: 465-79.
- Sempere-Selva T, Peiró S, Sendra-Pina P, Martínez-Espín C, López-Aguilera I. "*Inappropriate use of an accident and emergency department: Magnitud, associated factors, an reasons. An approach with explicit criteria*". Ann Emerg Med 2001; 37:568-79.
- Schiavone, M. Seminario-taller Internacional sobre Atención Primaria de Salud Buenos Aires Abril de 2003. "*Atención Primaria de Salud a 25 años de Alma Ata*". 1ª edición. Buenos Aires: OPS, 2003
- Shapiro MJ, O'Brien GM. "*Deferral out of the Emergency Department: the wrong solution?*" Ann Emerg Med 2000; 36:71-2.
- Sigerist H. E. "*Civilización y enfermedad*". 1ra edición. México, DF.: Fondo de Cultura Económica, 1987.
- Sox, C. M.; Swartz, K.; Burstin, H. R. & Brennan, T. A., 1998. "*Insurance or a regular physician: Which is the most powerful predictor of health care?*" American Journal of Public Health, 88:364-370.
- Stein, A. T., 1998. "*Acesso a Atendimento Médico Continuado: Uma Estratégia para Reduzir a Utilização de Consultas não Urgentes em Serviços de Emergência*". Tese de Doutorado, Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul
- Subsecretaría de Planificación de la Salud. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Hospitales Públicos: "*La mirada de usuarios y trabajadores*". La Plata, 2007.

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

- Sun BC, Burstin HR, Brennan TA. "Predictors and outcomes of frequent emergency department users". Acad Emerg Med 2003; 10:320-8.
- Testa, Mario: "Pensar en salud". Lugar Editorial. Buenos Aires, Junio 2006. Pág 176
- Touceda, M. A. "La salud en La Plata. "El colapso de un sistema basado en la oferta". Tesis presentada en la Universidad ISALUD, año 2007. Disponible en el Centro de Documentación de la misma.
- Tudela P. y Modol J. M. "Urgencias hospitalarias". Unidad de Urgencias. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. España.
- Valencia Sierra Marta; González Echeverril Germán; Agudelo Vanegas Nelson; Acevedo Arenas Liliana; Vallejo Zapata Isabel. "Acceso a los Servicios de Urgencia en Medellín, 2006". Rev. Salud Pública. Vol 9. n°4. Bogotá Oct/Dec 2007.
- Vázquez Guillermo, Benito Salvador, Cáceres Enric, Net Álvaro, Rusalleda Jordi, Rutllant Miguel, Trias Manel, Vilanova Fernando, Villar Juan, Esperalba Joaquín. "Una nueva concepción de urgencias: el Complejo de Urgencias, Emergencias y Críticos del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo". Rev Calidad Asistencial 2001;16:45-54
- Villatoro Martínez A, "Definiciones básicas en medicina de urgencia". México D.F. 2005. www.reeme.arizona.edu/materials/definiciones.
- Vouri, H.V. "El control de calidad en los servicios sanitarios". Ed. Masson. Barcelona. 1988.
- Walls CA, Rodees KV, Kennedy JJ. "The emergency department as usual source of medical care: estimates from the 1998 national health interview survey". Acad Emerg Med 2002; 9:1140-5.
- Wasson, J. H.; Sauvigne, A. E. & Mogielnicki, P., 1984. "Continuity of outpatient medical care in elderly men: A randomized trial". JAMA, 252:2413.
- www.censo2010.indec.gov.ar/preliminares
- www.gredos.usal.es/jspui/bistream/10366/22513/1/DMPSPMM 2008. Salamanca *Estimacion de la utilización inadecuada del servicio de urgencias de un hospital universitario.*
- www.lamatanza.gov.ar
- [www.paho.org/Spanish/HDP/HDD/Hoja Resumen Argentina.pdf](http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDD/Hoja%20Resumen%20Argentina.pdf)
- www.rae.es

La sobre utilización de los servicios de guardia en hospitales públicos

Conurbano Bonaerense. El caso del Hosp. Equiza

- www.who.int/whr/2003/chapter7/es/index.html
- www.who.org. Oficial Records of The World Health Organization, Nª 2, p.100.
- Young GP, Wagner MB, Kellermann AL, Ellis J, Bouley D. "*Ambulatory visits to hospital emergency departments. Patterns and reasons for use.*" JAMA 1996; 276:460-5.
- Zaragoza J. R. "*La medicina de los pueblos mesopotámicos*". En: Entralgo PL, Ed. Historia universal de la medicina. Tomo 1. Barcelona: Salvat, 1976: 67-93.
- Zuckerman, S, Chen Y. "*Characteristics of occasional and frequent emergency department users. Do insurance coverage and acces to care matter?*" Med Care 2004; 42:176-82.