

Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. La población opina

M. Isabel Pasarín^a / M. José Fernández de Sanmamed^b / Joana Calafell^a / Carme Borrell^a / Dolors Rodríguez^a / Salvador Campasol^c / Elvira Torné^d / M. Glòria Torras^e / Alex Guarga^d / Antoni Plasència^{a,f}

^aAgència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España; ^bInstitut Català de la Salut, Barcelona, España; ^cRegió Sanitària de Girona, Servei Català de la Salut, Girona, España; ^dConsorci Sanitari de Barcelona, Barcelona, España; ^eHospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España; ^fDirecció General de Salut Pública, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona, España.

(Reasons for attending emergency departments. People speak out)

Resumen

Objetivo: Conocer por qué las personas acuden a los servicios de urgencia hospitalarios (SUH) por problemas de salud de baja complejidad.

Método: Se realizó una investigación cualitativa de tipo fenomenológica interaccionista. La muestra teórica pertenecía a un área urbana y otra rural de Cataluña. Se escogieron personas (n = 36) que habían acudido a los SUH o a servicios de urgencia de la atención primaria de salud (SUAP) en el mes previo a su selección. Se recogieron datos en 8 grupos focales. Se realizó un análisis inductivo descriptivo-interpretativo, construyendo categorías emergentes a partir de la triangulación.

Resultados: Emergieron 5 categorías: síntomas, elaboración de autodiagnóstico, percepción de necesidad, conocimiento de la oferta y 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-tipo de atención. Del contraste entre la percepción-tipo de 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 SUAP. El tiempo parece básico en la toma de decisiones.

Conclusiones: La elaboración de un autodiagnóstico es crítica en la determinación de la acción, pero el conocimiento de la oferta de los servicios, las experiencias previas y la situación vital de la persona modulan el tipo de demanda.

Palabras clave: Utilización servicios de urgencias. Urgencias inadecuadas. Motivos de utilización. Investigación cualitativa.

Abstract

Objective: To ascertain why people attend hospital emergency departments (ED) for low complexity health problems.

Method: A phenomenological, interactionist, qualitative study was performed. A theoretical sample that selected one urban and one rural area from Catalonia (Spain) was designed. In each setting, persons (n = 36) who had used the ED or a primary care emergency service 1 month before the beginning of the study were chosen. Data were obtained through 8 focus groups. An interpretative content analysis was performed, and emergent categories were constructed through research triangulation.

Results: Five categories emerged: symptoms, whether or not self-diagnosis was involved, perception of needs, awareness of the health services available, and the overall context of the person. Symptoms generated feelings of failing health and thus initiated care seeking. Self-diagnosis determined perceived need and the type of care sought. People contrasted their self-perception of need with their own opinion about the health services available. The decision to go to one or other service was made as a result of this contrast, but the individual's family, work, and social situations also played a part. Informants were more familiar with the service provided by the ED than with that provided by primary care. Time consumption also figured heavily in decision making.

Conclusions: The presence or absence of self-diagnosis is a determining factor in attendance at EDs. Other factors that influence demand are the level of awareness of the health services available, previous experiences, and the life situation of the individual.

Key words: Emergency department utilization. Inappropriate use. Reasons for utilization. Qualitative research.

Correspondencia: Dra. M. Isabel Pasarín.
Agència de Salut Pública de Barcelona.
Pl. Lesseps, 1. 08023 Barcelona. España.
Correo electrónico: mpasarin@aspb.es

Recibido: 17 de enero de 2005.

Aceptado: 24 de enero de 2005.

Introducción

En los últimos años se ha producido un incremento del uso de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) debido, en gran parte, a un uso inadecuado de ellos¹. Este incremento tiene importantes repercusiones en la atención a la salud. Por un lado, los SUH realizan tareas propias de la atención pri-

Tabla 1. Diseño muestral proyectado y emergente

	Accesibilidad baja al SUH	Accesibilidad alta al SUH
Nivel socioeconómico bajo y medio-bajo	SUH: residentes en Llançà (Girona) usuarios del Hospital de Figueres SUAP: usuarios SUAP del CAP Llançà (Girona)	SUH: usuarios del Hospital del Mar (Barcelona) SUAP: usuarios SUAP del CAP Barceloneta y del CAP Zona Franca* (Barcelona)
Nivel socioeconómico medio-alto	SUH: residentes en la Jonquera (Girona) usuarios del Hospital de Figueres SUAP: usuarios SUAP del CAP de La Jonquera (Girona)	SUH: usuarios del Hospital de Sant Pau (Barcelona) SUAP: usuarios SUAP del CAP Numancia (Barcelona)

SUH: servicio de urgencias hospitalario; SUAP: servicio de urgencias de atención primaria; CAP: centro de atención primaria.

*Grupo emergente.

maria y de otros niveles no urgentes de atención^{2,3}, hecho que no facilita la 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 primario de atención; por otro, dificulta la atención a las enfermedades realmente graves ya que la saturación de los SUH repercute en la calidad asistencial. Otro de los ámbitos en que el fenómeno tiene importantes implicaciones es el incremento de los costes asistenciales: se ha estimado que el coste 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 no urgente⁴.

Los principales factores citados en la bibliografía como explicativos o asociados a esta conducta son la necesidad percibida de atención inmediata y la existencia de barreras de acceso a otros servicios⁵. El perfil de los usuarios de SUH está formado por personas de bajo nivel socioeconómico, con alta accesibilidad al SUH y baja a los servicios extrahospitalarios, sin un médico de cabecera de referencia. También podría ser un factor determinante la edad menor de 5 años para el caso concreto de los pacientes pediátricos⁶⁻⁹.

No obstante, muchos de estos estudios están realizados en contextos donde no se dispone de un servicio público de salud con cobertura universal, como es el caso de Estados Unidos. En nuestro medio, con un sistema sanitario de cobertura universal, accesible, donde la atención primaria de salud (APS) empezó hace más de 15 años un proceso de reforma —y actualmente puede ser considerado un nivel de atención de calidad—, no hay suficientes estudios que identifiquen los factores explicativos de esta conducta de los usuarios. En esta situación, el uso de metodologías cualitativas puede permitir avanzar en la comprensión del fenómeno escuchando a los actores. La profundización comprensiva e interpretativa de la utilización de urgencias por parte de la población puede ayudar a establecer nuevas hipótesis sobre los factores que, en nuestro medio, pudieran estar favoreciendo el incremento del uso inadecuado de los SUH.

El objetivo de este trabajo es conocer cuáles son los factores que influyen en la conducta de acudir a un SUH público ante un problema de salud que puede ser resuelto en el nivel de atención extrahospitalario. Dicho de otro modo, entender la conducta de las personas, respecto a la utilización de los SUH, desde un punto de vista subjetivo y de las experiencias de las personas que se han encontrado en esta situación.

Método

Se realizó una investigación cualitativa de tipo fenomenológico-interaccionista, con la que se pretendió compartir los significados de la acción de las personas y elaborar inductivamente un marco explicativo de dicha acción.

Se definió como población de estudio a los adultos mayores de 18 años, usuarios de servicios de urgencias públicos. Se realizó un muestreo intencionado teórico, utilizando como características para segmentar los discursos la accesibilidad geográfica (alta y media-baja) a un SUH y el nivel socioeconómico del área de residencia (bajo y medio-bajo, y medio-alto). Una vez definidos los contextos teniendo en cuenta estas dos variables, se buscaron informantes de cada uno de los contextos que hubieran utilizado un SUH o un servicio de urgencias de atención primaria (SUAP). No se incluyeron las visitas urgentes realizadas al propio médico de cabecera o al equipo de atención primaria en horario de funcionamiento regular, porque en el momento en que se realizó el trabajo de campo los sistemas de identificación de visitas tenían dificultades para recoger este tipo de consultas. Se utilizó la ciudad de Barcelona como área de alta accesibilidad a un SUH, y como áreas de accesibilidad media-baja dos áreas básicas de salud (ABS) de la Región Sanitaria de Girona (ABS de Llançà y ABS de La Jonquera).

La aproximación al nivel socioeconómico de las áreas de residencia se realizó de forma diferente en las dos

áreas. En Barcelona se disponía de un índice de riqueza de las áreas (índice de capacidad económica familiar [ICEF]), y se escogieron los SUH y centros de atención continuada (CAC) en función del ICEF de su área de influencia, usando como áreas de ICEF bajo el área de influencia del hospital del Mar y de CAC Barceloneta, y como áreas con ICEF medio-alto las de influencia del Hospital de San Pablo y del CAC Numancia. En Girona, la catalogación del nivel socioeconómico de los usuarios de la sanidad pública fue básicamente por contraste de las hipótesis del equipo investigador con los profesionales que atendían a las poblaciones. Así, se escogió la población del ABS de Llançà como de nivel socioeconómico más alto que la atendida en la ABS de La Jonquera. La combinación de las variables de segmentación estableció, tal como se muestra en la tabla 1, un total de 8 estratos.

Se utilizaron los grupos focales como técnica grupal para la recogida de información. Desde febrero a mayo de 2002 se establecieron 8 grupos, uno por cada estrato, utilizando una guía de entrevista adaptada según el grupo fuera de usuarios de los SUH o de los SUAP. Se realizó un grupo piloto para probar la guía. En uno de los grupos proyectados, y debido a problemas en el local donde se debía realizar la sesión grupal, acudió un único participante. Por este motivo, y con la finalidad de alcanzar la saturación de los discursos, fue necesario ampliar un grupo focal de área urbana y nivel socioeconómico bajo. El área seleccionada fue la del CAC de Zona Franca, de Barcelona.

Los participantes se eligieron entre las personas que en el mes anterior a la realización del trabajo de campo habían realizado una visita de urgencias a los SUH o CAC seleccionados. Entre los usuarios de SUH se escogió a los que no habían sido derivados por un profesional sanitario y a quienes se hubiera diagnosticado una enfermedad de clara resolución extrahospitalaria (para su diagnóstico y tratamiento no se requerían medios hospitalarios). A los posibles candidatos se les llamó por teléfono para invitarles a participar y, en caso de

respuesta afirmativa, se les envió una carta con las explicaciones pertinentes. Esta secuencia se alteró a partir del quinto grupo, momento a partir del cual la llamada telefónica se realizó posteriormente al envío de la carta con el fin de mejorar la participación en los grupos. En la tabla 2 se muestra el número de personas seleccionadas y de participantes de cada grupo. Por la información disponible de las personas no participantes (variables de localización y selección) no se presume la existencia de sesgos de selección en los participantes finales de los grupos.

Las sesiones grupales fueron grabadas, previo consentimiento de todos los participantes, y posteriormente se realizaron transcripciones sistemáticas y literales de las grabaciones. Se realizó un análisis inductivo descriptivo-interpretativo del *corpux* textual construido con las transcripciones de las entrevistas. Las fases de análisis fueron las siguientes: a) lectura de las transcripciones, codificación de los textos y definición de las categorías de análisis emergentes de los discursos; b) desagregación de las transcripciones según dichas categorías y análisis de contenido descriptivo-interpretativo de los discursos, y c) articulación de las interpretaciones en un marco explicativo. La codificación de los textos y la definición de las categorías emergentes se trianguló entre tres personas del equipo de investigación. El marco explicativo fue discutido por la globalidad del equipo y se realizó la verificación volviendo a los textos. El informe final se remitió a todos los participantes animándoles a que valoraran si se sentían reflejados y nos hicieran sugerencias, aunque en los 5 meses siguientes no se recibió ninguna respuesta.

En la investigación se siguieron las normas éticas y de confidencialidad necesarias en este tipo de investigación, entre las que se incluyó una consulta jurídica sobre el acceso a personas usuarias de servicios, una consulta al comité de ética de la Societat Catalana de Medicina Familiar y Comunitària, y el consentimiento para grabar los grupos focales por todos

Tabla 2. Personas seleccionadas y asistentes a los grupos focales

	Personas seleccionadas	Cartas enviadas	Confirmadas por teléfono	Asistentes a la sesión grupal
SUH del Mar	55	12	5	7
CAP Barceloneta	58	12	5	1*
SUH Sant Pau	40	7	5	3
CAP Llançà	45	8	6 + 1 probable	4
SUH Figueres residentes en Llançà	29	8	5	2
CAP La Jonquera	36	36	3 + 3 probables	2
SUH Figueres residentes en La Jonquera	33	33	5	3
CAP Zona Franca	94	94	17	7
CAP Numància	99	99	16	9

SUH: servicio de urgencias hospitalario; CAP: centro de atención primaria. *Incidencias con el local proyectado para la sesión de grupo.

sus participantes, así como para la publicación de los resultados sin identificación nominal de los individuos.

Resultados

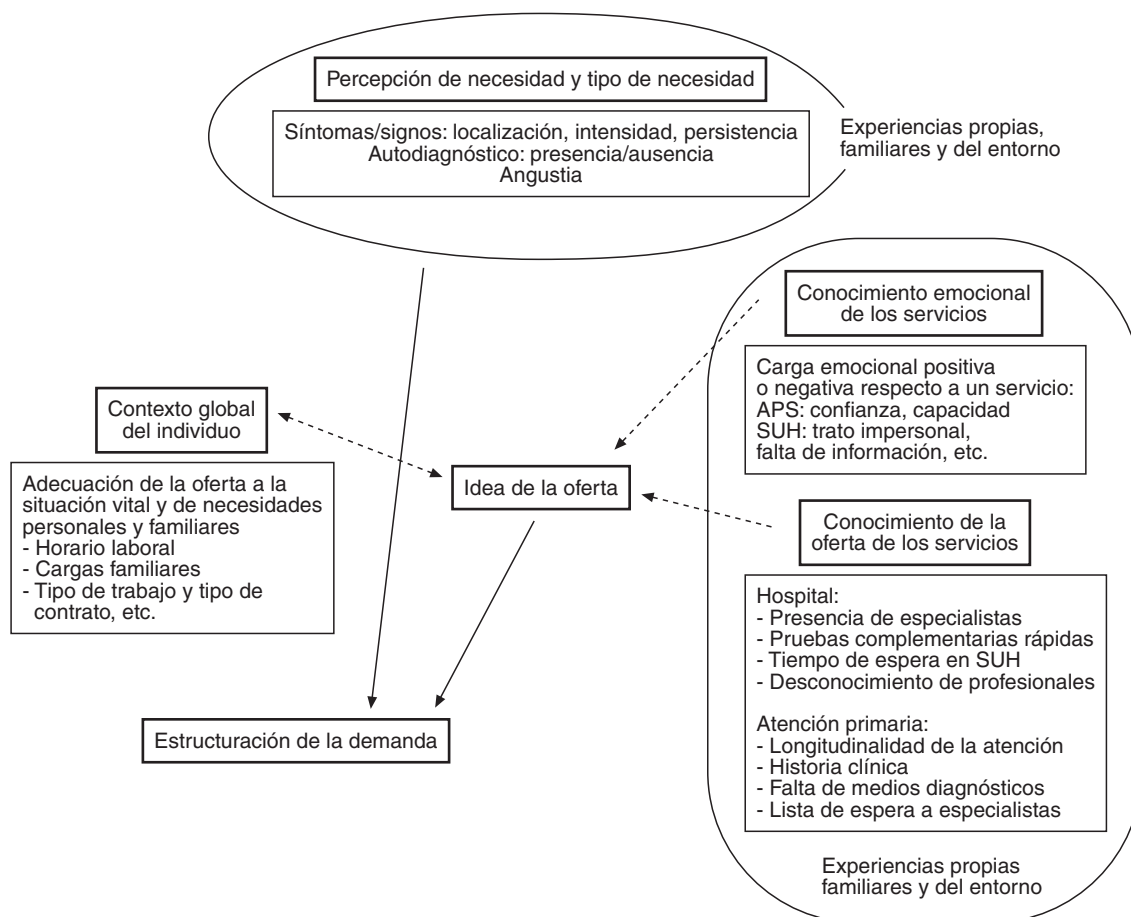
Del análisis de los discursos se identificaron cinco categorías emergentes: *a)* percepción de síntomas; *b)* elaboración de un autodiagnóstico a partir de los síntomas; *c)* percepción de necesidad o valoración del caso a partir del autodiagnóstico; *d)* conocimiento de la oferta de los servicios sanitarios, y *e)* valoración del contexto global del individuo.

El análisis de las propiedades de cada una de las cinco categorías y de las relaciones entre ellas, que se muestra a continuación, llevó a la formulación de un marco explicativo de la toma de decisiones ante la necesidad percibida de atención sanitaria urgente (fig. 1), el cual se explica al final de este apartado de resultados.

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 participantes diferencian sobre todo entre los síntomas que son claramente objetivables (p. ej., sangre en orina, fiebre) y los que no lo son (p. ej., dolor, molestia, etc.), entre los que son previamente conocidos de los desconocidos, y entre los que se les otorga el calificativo de graves o no graves. Hay un conocimiento de los síntomas por parte del individuo si éste los ha experimentado previamente, o en su entorno próximo; también se pueden identificar los síntomas reconocidos culturalmente (p. ej., dolor corporal en la época de gripe). 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.

Figura 1. Marco explicativo de la toma de decisiones ante la necesidad percibida de atención sanitaria urgente.



Elaboración de un autodiagnóstico

La percepción de pérdida de salud va seguida de una etapa crucial en la toma de decisiones: la elaboración o no de un autodiagnóstico, entendido éste como una idea o significado de lo que le está pasando a la persona. Hay informantes que ponen una etiqueta diagnóstica a lo que les sucede (tabla 3 a), otros no asignan un nombre pero sí sitúan el síntoma en un lugar del cuerpo (tabla 3 b), otros son incapaces de tener una representación mental-corporal de lo que les sucede o bien son incapaces de generar un autodiagnóstico (tabla 3 c). 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.

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 urgente que se necesita. Esta percepción de necesidad conlleva la asignación de la categoría de grave o no a la situación. En general, la elaboración de un autodiagnóstico controla y contiene la ansiedad, mientras que la ausencia de autodiagnóstico está vinculada a una cierta alarma y desencadena angustia que, a su vez, actúa como un mecanismo circular, de tal forma que en ocasiones ésta impide a la persona la construcción de un significado sobre lo que le está pasando (tabla 4). Los informantes usuarios de SUH hacen

distinción entre los conceptos de «grave» y «urgente». 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 que puede llevar a escoger un SUH (tabla 4 a). Otras situaciones consideradas no graves hacen escoger un SUH según los criterios de disponibilidad tecnológica percibida en la APS, como en el caso de autodiagnósticos asociados a traumatismos (tabla 4 b). En el resto de casos (básicamente cuando aparecen síntomas conocidos por estar asociados a procesos crónicos experimentados por el propio sujeto o por personas de su entorno, con los que el individuo elabora un autodiagnóstico claro) no se les otorga el carácter de gravedad y la decisión de acceso a un servicio de urgencias u otro se toma teniendo en consideración el conocimiento de la oferta de los servicios, así como el contexto global de la persona.

Conocimiento de la oferta de los servicios

En referencia al conocimiento de la oferta de los servicios sanitarios, que no necesariamente se corresponde con la oferta real, los SUH son especialmente valorados por la tecnología y el servicio profesional del personal sanitario, además de por otros aspectos, como la exhaustividad de la historia clínica, la exploración física, las exploraciones complementarias y la inmediatez de la resolución del problema de salud (tabla 5 a). Los usuarios de SUH comparan la oferta de estos servicios con la de SUAP, y destacan

Tabla 3. Ejemplos de discursos de la categoría elaboración de un autodiagnóstico

3 a. Asignación de etiqueta diagnóstica	<p><i>Pues fui a urgencias porque tuve una subida de tensión, y me dolía mucho también la cabeza... y yo tengo un aparato de estos de que se ponen para mirar la tensión y... tenía casi 19... y me sentía mal y por eso fui [...]</i> (Hombre de 88 años, CAP Zona Franca)</p> <p><i>Sí, he ido al ambulatorio por parte mía... porque yo tengo un problema que tengo un herpes... un herpes en el ojo, ocular... Entonces cada vez que yo tengo que... eh... que recetarme unas pastillas y unas cosas... pues entonces yo voy a que me... me receten las pastillas y la pomada [...]</i> (Hombre de 38 años, CAP Zona Franca)</p>
3 b. Localización corporal de la sintomatología	<p><i>[...] Sentí un dolor fuerte en el costado derecho del pecho digamos al final del... del pulmón, ¿no? Hacia abajo. Este dolor, bueno, pensé «Bien, ya se te pasará...». Estuve unas horas mirando a ver qué... como evolucionaba este dolor... Al ver que en lugar de ir a menos me iba a más... decidí ir a urgencias a mi ambulatorio [...]. Pasé un sábado, horroroso, horroroso... Como que... estaba tan mal... y... [...]. Entonces me dije «No seas burra, que igual es el pulmón, que...». ¡Ah! Además me... eh... tuve fiebre, el sábado se me presentó fiebre... bueno, sintiendo los consejos de los... de... de los que me rodean y me quieren, me... fui a urgencias a Figueras. [...]</i> (Mujer de 45 años, usuaria SUH Figueres)</p>
3 c. Incapacidad de generar un autodiagnóstico	<p><i>¿Y cuánta gente se ha muerto, pues de un infarto, que también se pensaban que no era urgente? [...]. Entonces ¿ahí qué contestamos? No sabemos el grado de urgencia... [...]. El cuerpo es un mecanismo... (Mujer de 45 años, usuaria SUH Hospital del Mar)</i></p> <p><i>«Tú no eres médico, tú lo primero que piensas es «a ver si tengo una infección y...», yo qué sé, tú no has estudiado, no sabes... hay cosas muy... porque actualmente oyes en la tele, dices ¡madre mía!, de las cosas que llega a haber. Entonces te preocupas mucho...» (Mujer de 38 años, usuaria SUH Sant Pau)</i></p>

CAP: centro de atención primaria; SUH: servicio de urgencias hospitalario.

Tabla 4. Ejemplos de discursos de la categoría percepción de necesidad

4 a. Situaciones generadoras de una «idea de gravedad»	<p><i>Pero al cabo de... 7 o 8 días yo volvía a tener aquel ahogo, yo no me encontraba... No tenía fiebre y... mi nuera, claro, se espantó porque... es que no encontraba el aire... Y fuimos a urgencias a... al Hospital [...]</i> (Mujer de 74 años, SUH Figueres)</p> <p><i>[...] A... llegué a casa sobre las ocho de la tarde. Cogí y tosí un poco, ¿no? Cogí y tosí un poco, ¿no? Y cuando, o sea fui al lavabo y... esto que... tenía ganas de... [se refiere a ganas de vomitar] y cogí y escupí un poco de sangre. Y claro, cogí..., y... en aquel momento, pues me acojoné un poco, ¿no? ...]</i> (Hombre de 37 años, CAP Llançà)</p>
4 b. Presunción de necesitar tecnología no disponible en SUAP	<p><i>Bueno, normalmente, cuando vas al ambulatorio te mandan siempre al hospital, a hacerte radiografías, ¿no? Y yo digo: «Pa perder el tiempo en un sitio o en otro...» [...]. Y entonces, me fui directamente al hospital. Porque yo no podría, no podía andar... Una costilla, y ustedes lo saben, duele mucho cuando se rompe. E... muy mal, muy mal</i> (Hombre de 64 años, SUH Hospital del Mar)</p>

CAP: centro de atención primaria; SUAP: servicio de urgencias de atención primaria; SUH: servicio de urgencias hospitalario.

el componente tecnológico de los primeros. Los usuarios de SUAP también valoran la oferta tecnológica de los SUH, pero la consideran no necesaria para el autodiagnóstico elaborado, o bien conocen la oferta tecnológica y profesional de su SUAP y la consideran suficiente.

Las valoraciones negativas de los SUH incluyen los largos tiempos de espera, así como el trato impersonal y la falta de información que reciben los pacientes. Aun así, todos estos aspectos negativos se consideran justificados e inevitables (tabla 5 a). Aquí de nuevo aparece la diferencia entre urgente y grave, a través de la

Tabla 5. Ejemplos de discursos de la categoría conocimiento de la oferta de los servicios

5 a. Conocimiento de la oferta de SUH	<p><i>... vas a urgencias y, de allí sales con la placa, el análisis y la medicación. Eso es así, eso es así</i> (Hombre de 64 años, SUH Hospital del Mar)</p> <p><i>... [...] Lo único que veo es la lista de espera que siempre [...] te dejan ahí... que siempre van pasando otros que son más urgentes que tú... en parte es normal, ¿no?, siempre, el que va de urgencias... su caso siempre es más importante que el de otro, pero habrá otros casos que son más necesarios en ese momento, ¿no? [...]</i> (Mujer de 38 años, SUH Sant Pau)</p>
5 b. Conocimiento de la oferta de SUAP	<p><i>[...] me gusta más venir aquí a La Jonquera, porque aquí te atienden más rápidamente, son los médicos de siempre... o sea... ni que sea el de urgencias... (Mujer de 31 años, SUH Figueres)</i></p> <p><i>Porque aquí [se refiere al servicio SUAP] lo que pasa es que... te recetan, te curan lo principal, dicen... «Ahora vaya al médico de cabecera», a ver al médico de cabecera. ¡Ah! Ara, a ver, un volante, muy bien, ahora ves al especialista... «¿Cuándo me toca?». «Dentro de tres semanas...». ¡Ostias! ¡Uy! O sea, que vas a urgencias... y encima, para el especialista tres semanas... Bueno, claro, y cuando llegas al cabo de tres semanas ¡ya estás bueno!</i> (Hombre de 46 años, SUH Sant Pau)</p>
5 c. Conocimiento emocional de los SUAP y de la APS	<p><i>El único inconveniente que tienen [SUAP] que... claro, que tienen es que no pueden hacer un análisis... eso, deprisa y corriendo... ni pueden hacer un... una radiografía, pero... por el resto es... va mucho mejor, y sobre todo por el médico que también debe ser mejor... porque también cuando te ven llegar más o menos sabe... sabes quién es... lo que te ha... tus... (Mujer de 31 años, SUH Figueras)</i></p> <p><i>No y... yo también, yo tengo la "XXX" [nombre de pila de la médica de cabecera] ... y... muy bien, una amistad buena, una persona muy tratable que... cuando vas... compaginas con ella... o sea, explicas tu... caso, cómo te va, si estás resfriado o... el tema que tengas que tener como enfermedad... una persona muy abierta, muy de eso... (Hombre de 40 años, CAP La Jonquera)</i></p> <p><i>Bueno, al final acabé como siempre, con el médico de cabecera, que es el único que te escucha</i> (Mujer, 45 años, SUH Figueres)</p>
5 d. Conocimiento emocional de los SUH	<p><i>Allá eres un número. Cuando entras a urgencias [SUH] eres un número... y ya está [...]. Ellos van a la suya... ellos van a la suya y... el paciente es lo primero y yo entiendo que tiene que ser así, pero... Entonces aquella parte humana... de... (Mujer de 45 años, SUH Figueras)</i></p> <p><i>[...] Después otra cosa, que voy a San Pablo es porque a mí me han tratado muy bien y... cualquier cosa... [...] Bueno, a mí me han tratado bastante bien, me han hecho... de todo... me han hecho pruebas... yo... es que en ese sentido de urgencias es que estoy muy contenta</i> (Mujer de 38 años, SUH Sant Pau)</p>

SUAP: servicio de urgencias de atención primaria; SUH: servicio de urgencias hospitalario; APS: atención primaria de salud; CAP: centro de atención primaria.

justificación de que en un SUH los casos graves no han de esperar a ser atendidos y, por tanto, son los casos urgentes pero no graves los que han de esperar el turno. Además, este tiempo de espera también se justifica porque se compara con el tiempo de resolución del proceso si se escoge un servicio no hospitalario (tiempo entre derivaciones, pruebas complementarias, etc.). Tiempo por tiempo, se prefiere perder tiempo de una vez, que varios lapsos repartidos en diferentes días y meses en la atención extrahospitalaria (tabla 5 b). Otro aspecto del conocimiento de la oferta es que los SUH los conocen tanto los informantes usuarios de SUH como de SUAP; no ocurre lo mismo respecto al conocimiento de los SUAP. La oferta de éstos la conocen los informantes que los han utilizado, pero entre los usuarios de los SUH se detectan diferencias. En concreto, los del entorno urbano o bien no los conocen o tienen informaciones erróneas, mientras que en el medio semirural estudiado, el conocimiento de los SUAP es homogéneo entre los diferentes usuarios, y los factores que explican el motivo de escoger un SUH están relacionados con experiencias previas no favorables en el SUAP.

Entre los informantes usuarios de SUAP se valoran favorablemente ciertos aspectos, como el trato personal, la relación longitudinal con los profesionales (tabla 5 c) y el seguimiento a partir de la historia clínica. Respecto a lo que denominamos «conocimiento emocional de los servicios», el aspecto de la atención sanitaria que se refiere a la relación personal con los profesionales, tanto los informantes usuarios de SUH como de SUAP, destacan de la APS los aspectos de confianza, la capacidad de escucha y el seguimiento de los problemas de salud (posibilidad de la APS de ejercer una atención longitudinal) (tabla 5 c y d). Los informantes del entorno semirural estudiado establecen un grado de relación y confianza más fuerte que en el entorno urbano con sus profesionales de APS de referencia, y también se encuentra una relación más coordinada entre la atención urgente en el CAP y el propio equipo de atención primaria; por tanto, no se valoran tan negativamente como en el entorno urbano el hecho que los profesionales del SUAP sean diferentes al médico de cabecera o al equipo de atención primaria propios.

Valoración del contexto global del individuo

La última de las categorías emergentes de los discursos fue la que se ha denominado «contexto global de las personas», entendiendo como tal la situación vital de la persona, sus necesidades personales, familiares y sociales. Se toma en especial consideración en las situaciones vividas como «urgentes no graves», en las que se analiza el conocimiento de la oferta y el contexto global personal en el proceso de elección del tipo de ser-

vicio. 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 elija un SUH (tabla 6).

Marco explicativo

En la figura 1 se muestra el marco explicativo que relaciona las diferentes categorías emergentes de los discursos de los usuarios de servicios de urgencias. A partir del tipo de síntomas y del autodiagnóstico que se genere (o no), se conforma la necesidad de atención y el tipo de atención que se requiere. Según el nivel de angustia, la necesidad de atención se puede concretar directamente en la demanda de atención en un SUH. Del conocimiento de los servicios, tanto real como emocional, se conforma la idea del tipo de oferta que se encontrará en cada lugar. A través del contraste entre lo que se necesita y lo que se cree que se encontrará en cada uno de los servicios, y de la idea de cómo afectará esto a sus necesidades vitales, surge el tipo de demanda y el tipo de acción. Los individuos ajustan la oferta de los servicios a su contexto vital (familiar, laboral, etc.), y es cuando estructuran su demanda dirigiéndola a un SUAP o a un SUH. En este ajuste, el factor tiempo es un determinante de la decisión tomada.

Discusión

El marco explicativo propuesto es el resultado del análisis de los datos de este estudio. Los estudios posteriores deberán confirmarlo y profundizar en este aspecto. El factor clave de la conducta de acudir a un servicio de urgencias es la elaboración o no de un autodiagnóstico. Es frecuente que la decisión, hasta cierto punto independientemente de la gravedad percibida, de escoger un tipo de servicio de urgencias u otro se tome una vez tenida en cuenta la oferta disponible, tanto en términos de servicios como del conocimiento emocional que la experiencia ha aportado a los individuos, así como valorando las prioridades de la vida cotidiana. En estas prioridades, el factor tiempo ha surgido en nuestro contexto como un importante determinante de las acciones. La elaboración de un autodiagnóstico es crítico en la determinación de la acción, pero el conocimiento de la oferta de los servicios y las experiencias previas, así como la situación vital de la persona, modulan el tipo de demanda.

Tabla 6. Ejemplos de discursos de valoración del contexto del individuo

Sí, bueno... eh... aquí todo esto... [se pasa las manos por los brazos], todo muscular... me mandó me mandaron unas pastillas [en el SUH]... es que no podía ni mover los brazos... Claro, ¿qué pasa? A tu médico de cabecera el sábado ya no puedes ir... El lunes entre que vas, te manda para que te hagan una radiografía, te mandan para tó... pasa un proceso de otra semana o dos semanas... Es que yo creo que esto funciona fatal. Todo el mundo ¿por qué va de urgencias? ¿Por el trabajo, por no perder, o porque realmente el desplazamiento de tu médico de cabecera es larguísimo? «Y ahora esto... y ahora lo otro...», y la gente pues la verdad no tiene... Hoy en día no tenemos... no es que no tengamos paciencia, es que no tenemos tiempo... ni para el médico, es que es la verdad... (Mujer de 38 años, SUH San Pau)
Bueno era para el niño y eran las 9 de la noche y el niño tenía que cenar, porque si fueran las 5 de la tarde igual hubiéramos dicho esperamos... y en una hora ya estábamos listos (Hombre de 45 años, SUH Sant Pau)

SUH: servicio de urgencias hospitalario.

Gran parte de la bibliografía disponible está realizada desde la perspectiva de los servicios, no de los pacientes, y en países como Estados Unidos, con un sistema de atención a la salud radicalmente diferente al nuestro. Estos dos hechos conllevan que los estudios sobre los determinantes de la utilización inadecuada de los SUH obtengan resultados bastante divergentes. Así, en Estados Unidos, uno de los factores más citados en la bibliografía es la falta de accesibilidad a otros servicios, sobre todo a la atención sanitaria regular⁹, hecho que se produce en las personas de menor nivel socioeconómico¹. 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 acción¹⁰. Otros autores de nuestro entorno más próximo, básicamente el español, 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 previas¹¹.

Cabe destacar que en este estudio no ha surgido uno de los factores más repetidos en la bibliografía: la accesibilidad geográfica a los servicios. De hecho, en el presente estudio se trabajó con la hipótesis de que la accesibilidad geográfica a los SUH influiría en su utilización. La hipótesis era que en áreas como la zona de Girona, donde el SUH está en un término de 20-45 min en coche, la valoración de la accesibilidad emergería en los discursos como un factor tenido en cuenta. Esto no sucedió, e incluso fue en el contexto de alta accesibilidad a todos los servicios, como es la ciudad de Barcelona, donde sí se valoró la proximidad a un SUH, en algún caso en el que la distancia en tiempo

al SUH era de 5 min andando y al SUAP era de unos 15 min en transporte público. Esto apunta a que la variable accesibilidad geográfica, en un entorno como el de gran parte de Cataluña y España (exceptuando los puntos rurales con mayor distancia a centros hospitalarios), queda en un segundo plano tras otros factores, como el conocimiento de la oferta y el contexto global.

La necesidad de atención inmediata es un determinante del uso de SUH repetido en la bibliografía^{5,11}. En nuestro estudio, un factor que no se ha podido analizar y que requeriría otros diseños, pero que planteamos 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 entornos 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^{12,13}.

Una de las limitaciones del estudio es que el diseño realizado no permite conocer la influencia de significativos factores determinantes sociales, como el nivel socioeconómico, la clase social o el género. En los dos primeros casos porque al estar diseñado sobre usuarios de servicios públicos en un contexto como el de Cataluña, donde el 25% de la población tiene doble cobertura sanitaria (pública y privada), la probabilidad de escoger personas de los entornos sociales más privilegiados ha sido baja. Para recoger la perspectiva de género se debería haber doblado el número de grupos focales realizados, lo cual no fue factible. Se trata de aspectos en los que se debería profundizar en futuros estudios. Probablemente, también se debería reorientar la pregunta de estudio hacia «¿Qué factores determinan que una persona decida acudir a un servicio de urgencias (público o privado) ante problemas de salud recogidos en la cartera de servicios de la atención primaria?». Todo ello implicaría recoger información también de los usuarios de servicios privados, así como de las personas que en situaciones similares deciden esperar a su médico de cabecera. Este aspecto, sin duda importante, no pudo ser analizado en este estudio dado que la selección de informantes no se hizo a partir de las personas que acuden a su médico de cabecera ante una necesidad de demanda urgente.

Las principales recomendaciones que derivan de este trabajo (en el informe final del proyecto de investigación¹⁴, disponible a solicitud a los autores, se pueden encontrar otras, así como una ampliación de todas las fases del estudio) incluyen las siguientes:

1. Mejorar la accesibilidad de los servicios extra-hospitalarios 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, influido en muchos casos por un entorno laboral y familiar que le asignan un elevado coste-oportunidad, es decir, el tiempo previsto para recibir la atención se contrasta y valora en función de las cosas que se 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 profesionales, tanto telefónicamente como mediante el uso de las nuevas tecnologías (como el correo electrónico), u otras similares.

2. Mejorar la coordinación de servicios, de tal forma que el tiempo de resolución de los problemas de salud en el entorno extrahospitalario no sea una barrera de acceso.

3. Generar redes y relaciones sociales que actúen de contención en las situaciones de la vida diaria que generan ansiedad y necesidad de atención, aunque esta última recomendación excede claramente el ámbito sanitario.

Agradecimientos

Este proyecto estuvo parcialmente financiado por la Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas de Cataluña (proyecto 103/06/2000).

Bibliografía

1. Peiró S, Sempere Selva T, Oterino de la Fuente 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;33:3-12.
2. Lloret J, Aregall S. Reflexions sobre el passat, present i futur dels serveis hospitalaris d'urgències. *Ann Med*. 2002;85:122-5.
3. Gill JM. Use of hospital emergency departments for nonurgent care: a persistent problem with no easy solutions. *Am J Manag Care*. 1999;5:1565-8.
4. Cunningham PJ, Clancy CM, Cohen JW, Willets M. The use of hospital emergency departments for nonurgent health problems: a national perspective. *Med Care Res Rev*. 1995;52:453-74.
5. Baker DW, Stevens CD, Brook RH. Determinants of emergency department use by ambulatory patients at an urban public hospital. *Ann Emerg Med*. 1995;25:311-6.
6. Gill JM, Riley AW. Nonurgent use of hospital emergency departments: urgency from the patients's perspective. *J Fam Pract*. 1996;42:491-6.
7. Young GP, Wagner MB, Kellermann MD, Ellis J, Bouley D. Ambulatory visits to hospital emergency departments. Patterns and reasons for use. *JAMA*. 1996;276:460-4.
8. Grumbach K, Keane D, Brindman A. Primary care and public emergency department overcrowding. *Am J Public Health*. 1993;83:372-8.
9. Haddy RI, Schmalzer ME, Epting RJ. Nonemergency emergency room use in patients with and without primary care physicians. *J Fam Pract*. 1987;24:389-92.
10. Koziol-McLain J, Price DW, Weiss B, Quinn AA, Honigman B. Seeking care for nonurgent medical conditions in the emergency department: through the eyes of the patient. *J Emerg Nurs*. 2000;26:554-63.
11. León-Sanromà M. Análisis de la demanda de asistencia sanitaria urgente con una base poblacional urbana [tesis doctoral]. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona; 1992.
12. Moynihan R, Smith R. Too much medicine? *BMJ*. 2002;324:859-60.
13. Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gest Clin Sanit*. 2003;5:47-53.
14. Pasarín Rúa MI, Calafell Cremades J, Rodríguez Arjona D, Fernández de Sanmamed MJ, Borrell Thió C, Torras Boate-lla G, et al. Factors influents en la conducta de la població per escollir el servei d'urgències hospitalari com a lloc d'atenció. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2004.