



**FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA**

**CALIDAD, SATISFACCIÓN Y PATOLOGÍAS
EN UN SERVICIO DE URGENCIAS**

PIEDAD LOPEZ PONS

Tesis Doctoral

Madrid, 2013



CALIDAD, SATISFACCIÓN Y PATOLOGÍAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

**FACULTAD DE MEDICINA
Departamento de Cirugía**

**PIEDAD LOPEZ PONS
Tesis Doctoral**

Directores:

**Dr. Pedro Juan Tárraga López
Prof. José Antonio Rodríguez Montes**

D. José Antonio Rodríguez Montes, Catedrático de Cirugía de la Universidad Autónoma de Madrid

CERTIFICA:

Que la Tesis Doctoral “**Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias**” realizada por D^a Piedad López Pons, bajo su supervisión y dirección, reúne los requisitos para ser presentada y defendida ante el tribunal que en su día se designe.

Madrid, 3 de Septiembre de 2013

Fdo: Prof. José Antonio Rodríguez Montes.

D. Pedro Juan Tárraga López, Profesor Asociado de Medicina de la Universidad de Castilla La Mancha y Director Médico de la Gerencia de Atención Primaria de Albacete.

CERTIFICA:

Que la Tesis Doctoral “**Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias**” realizada por D^a Piedad López Pons, bajo su supervisión y dirección, reúne los requisitos para ser presentada y defendida ante el tribunal que en su día se designe.

Madrid, 3 de Septiembre de 2013

Fdo: Dr. Pedro Juan Tárraga López.

AGRADECIMIENTOS

Al Prof. José Antonio Rodríguez Montes por, por su apoyo, ánimo y dirección de esta tesis doctoral.

Al Dr. Pedro Juan Tárraga López por su confianza, su paciencia, orientación, dirección, colaboración y ánimo en este proyecto de esta etapa de mi formación.

A los compañeros que me han ayudado en la búsqueda y recogida de datos.

A los amigos Francisco Jesús y Luis Miguel por la gran ayuda prestada en la parte informática.

A mi familia por su apoyo.

A todos los pacientes y familiares por su participación y colaboración desinteresada en este proyecto.

DEDICATORIA

A mis hijos, José Pablo y Ángela, el motor de mi vida, que me hacen seguir en la lucha día a día con su ánimo y motivación en mi profesión, trabajo y por su ayuda y comprensión ante las adversidades de la vida.

A mi marido, Luis, por la paciencia y ayuda en este proyecto y en mi profesión.

A mis padres que me permitieron estudiar Medicina, animándome siempre.

Índice

I.- Introducción.....	- 1 -
1.- Urgencias	- 2 -
1.1.- Concepto.....	- 2 -
1.2.- Tipos de urgencias.....	- 3 -
1.3.- Uso de las urgencias.....	- 6 -
1.4.- Procedimientos y diagnósticos más frecuentes.....	- 16 -
1.5.- Equipamiento básico de los Puntos de Atención Continuada / Urgencias de Atención Primaria	- 20 -
1.6.- Tratamientos utilizados más frecuentemente	- 21 -
1.7.- Criterios ante una urgencia/emergencia	- 23 -
1.8.-Tipos de atención sanitaria	- 24 -
1.9.- Transporte urgente	- 25 -
1.10.- Ventajas de la atención de urgencias en Atención Primaria .	- 26 -
1.11.- Debilidades actuales en Atención Primaria	- 27 -
2.- Calidad Asistencial.....	- 29 -
2.1.- Concepto.....	- 29 -
2.2.- Métodos de análisis o evaluación de la calidad asistencial.....	- 41 -
2.2.1.- Método de análisis de la estructura	- 41 -
2.2.2.- Método de análisis del proceso.....	- 42 -
2.2.3.- Método de análisis de los resultados	- 42 -
2.3.- Objetivos y medidas de la calidad asistencial	- 43 -
3.- Calidad de vida de los pacientes.....	- 48 -
3.1.- Concepto.....	- 48 -
3.2.- Medida de la calidad de vida.....	- 49 -
II.- Objetivos.....	- 54 -
a.- Objetivo principal.....	- 54 -
b.- Objetivos secundarios	- 54 -
III.- Material y Métodos.....	- 55 -
a.- Material.....	- 55 -

b.- Recogida de datos	- 68 -
c. Formas de asistencia en el PAC	- 79 -
d. Método: Analizar la recogida de datos globales y de la selección de una muestra de 300 personas	- 81 -
e. Análisis estadístico	- 82 -
IV.-Resultados	- 84 -
1.-Datos globales.....	- 84 -
2.-Datos de la muestra	- 93 -
2.1 Encuesta de satisfacción.....	- 93 -
2.2.- Encuesta sobre calidad de vida de las personas que acuden al Centro.	- 101 -
3.- Datos clínicos obtenidos de 300 personas atendidas en este Centro escogidas al azar de entre el total de asistencias	- 107 -
3.1.- Estructura del fichero de datos del paciente	- 107 -
3.2.- Día de la semana que se han atendido:.....	- 108 -
3.3.- Sexo	- 108 -
3.4.- Edades.....	- 109 -
3.5.- Franja horaria de consulta:.....	- 110 -
3.6.- Motivos de consulta más frecuentes atendidas en el Servicio de Urgencias de las 300 personas elegidas al azar	- 111 -
3.7.- Diagnósticos respecto a los motivos de consulta:.....	- 112 -
3.8.- Tratamientos más habitualmente aplicados o realizados en el Servicio de Urgencias de las 300 personas elegidas	- 113 -
3.9.- Patologías crónicas más frecuentes de los 300 pacientes escogidos al azar	- 114 -
3.10.- Tratamientos previos más habituales de estas personas....	- 115 -
3.11.-Tipo de asistencia.....	- 116 -
3.12.- Personas derivadas o no derivadas	- 116 -
3.13.- Asistencia prestada	- 117 -
4.- Resultados.....	- 118 -
4.1.-Análisis estadístico de asociación de variables	- 118 -
V.-Discusión.....	- 119 -
VI.- Resumen	- 133 -

VII. Conclusiones	- 139 -
VIII. Bibliografía	- 140 -
IX. Anexo	- 153 -
Tabla de datos clínicos	- 153 -
Encuesta de satisfacción	- 175 -
Encuesta sobre calidad de vida	- 187 -

I.- Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) identifica como componentes básicos de los cuidados de salud de calidad un elevado grado de excelencia profesional, la eficiencia en la utilización de recursos, riesgos mínimos para los pacientes, satisfacción para los usuarios y obtención de resultados de salud.⁽¹⁾

La Constitución Española, en su art 43, reconoce el derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos, a la vez que diseña una nueva organización territorial del Estado que posibilita la asunción por las Comunidades Autónomas de competencias en materia de sanidad, reservando para aquél la regulación de las bases y la coordinación general de la misma. Dicha Constitución se ocupa del derecho a la protección a la salud de un modo directo y concreto en su art. 43, pero en otros muchos de sus preceptos hay referencias a la salud y a las acciones protectoras relativas a la misma: El art. 43, apartado 1º, ocupa un lugar preeminente al decir que “se reconoce el derecho a la protección de la salud”. En su apartado 2º dice que “compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios”, añadiendo en su inciso segundo que “la ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”; en su apartado 3º, también compuesto por dos incisos, dice que “los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte” y que “asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio”.⁽²⁾

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, dió respuesta a estas previsiones constitucionales estableciendo los principios y criterios sustantivos que han permitido configurar el Sistema Nacional de Salud. Asimismo, dicha Ley creó el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud como órgano coordinador entre las Comunidades Autónomas y la Administración General del Estado.⁽³⁾

En este marco, el Sistema Nacional de Salud, aún siendo sus competencias descentralizadas, debe funcionar de una manera armónica y cohesionada, para garantizar que el acceso y las prestaciones sanitarias para todos los ciudadanos se realicen en condiciones de igualdad efectiva y que la política de salud esté orientada a la superación de desequilibrios territoriales y sociales.⁽⁴⁾

La Ley General de Sanidad en 1986 estableció dos niveles asistenciales interconectados entre sí: Atención Primaria y Atención Especializada. La Atención Primaria se constituía como puerta de acceso al sistema sin que la intervención a este nivel se limitara a la existencia de enfermedad. La asistencia especializada se establecía como apoyo y complemento de la Atención Primaria atendiendo aquellos procedimientos cuya complejidad excedieran la capacidad de ésta. La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, reformuló la prestación de Atención Primaria y Atención Especializada, entendiendo ambos niveles asistenciales en el mismo plano aunque facilitando la permeabilidad y complementariedad de ambos. Se otorga, no obstante a la Atención Primaria la función de gestión y coordinación de casos, así como la de regulación de flujos. ⁽³⁾

1.- Urgencias

1.1.- Concepto

Urgencia es la aparición fortuita (imprevista o inesperada), en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte de sujeto que la sufre o de su familia en el lugar más próximo y con la disponibilidad adecuada para tratarlo (OMS).

Emergencia es una situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de algún órgano. ^{(5) (96)}

La urgencia sanitaria puede ser:

a) Hospitalaria con una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar, ubicados en un área específica del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, que garantizan condiciones de seguridad, calidad y eficiencia para atender a las urgencias y la emergencia. ⁽⁶⁾

b) Extra-hospitalaria, realizada por servicios de profesionales que prestan asistencia sanitaria fuera de los hospitales, ya sean Centro de Salud, en horarios de consulta establecidos; punto de atención continuada (PAC), servicio sanitario que ofrece una disponibilidad a lo largo de las 24

horas del día y durante los 365 días del año, no solo para garantizar la atención de las urgencias sino también para el mantenimiento de la asistencia sanitaria dentro y fuera de los horarios laborales habitualmente establecidos con carácter general; y Unidades móviles (UVI), servicio con igual disponibilidad que el PAC . Estos a su vez prestan asistencia tanto a nivel rural como urbano.

Los objetivos de la asistencia extrahospitalaria, fuera del Centro de Salud o del P.A.C. son:

Trasladar personal con material adecuado para la asistencia lo antes posible, al lugar del accidente o al domicilio.

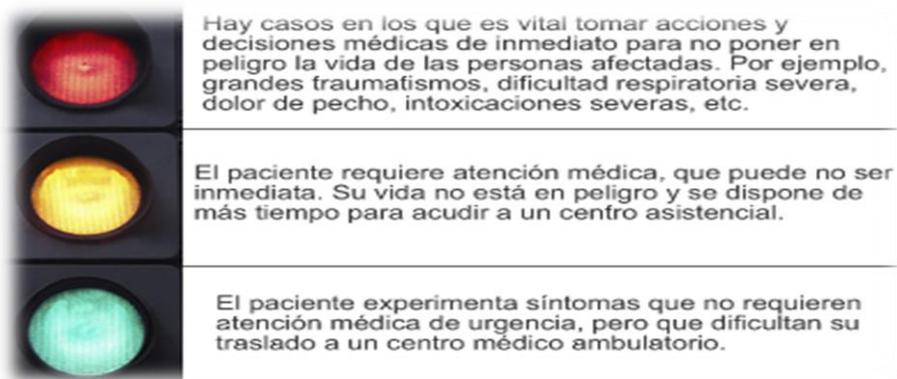
Estabilizar el estado cardiorrespiratorio y las lesiones en el lugar donde ocurra el accidente.

Trasladar el/los herido/s en condiciones adecuadas al Centro hospitalario adecuado. ⁽⁸⁾

1.2.- Tipos de urgencias

Hay diversos tipos de urgencia médica. No todo lo que el paciente percibe como urgencia es una urgencia. Cifras internacionales estiman que hasta dos tercios de las consultas médicas en Servicios de Urgencias pudieron ser resueltas en otras instancias.

Se podrían clasificar las urgencias médicas mediante los colores de la luz de los semáforos:



(7)

También se pueden clasificar las urgencias como:

- a) Urgencia subjetiva: fundada desde la perspectiva de la persona que solicita la ayuda.
Dolor o hemorragia.
Ej.: una herida en la cabeza (sangra mucho pero se resuelve fácilmente).
- b) Urgencia objetiva: compromete la salud o la vida de la persona desde la perspectiva del personal sanitario o entendido.
Ej.: fractura de fémur.
- c) Urgencia vital=emergencia: falta o compromiso de las funciones vitales, respiratorias, circulatorias o cerebrales, donde existe a corto plazo riesgo de fallecimiento.⁽⁸⁾

Estos tipos de asistencia a su vez dependerán de situaciones que se pueden clasificar del siguiente modo:

- a) Urgencias que precisan atención de urgencia hospitalaria:
 - Situaciones que de forma evidente exigen una actitud terapéutica inmediata:
 - Parada cardiorrespiratoria.
 - Taponamiento cardiaco.
 - Rotura de un gran vaso sanguíneo.
 - Hemorragia intraabdominal.
 - Dificultad grande para respirar.
 - Traumatismo importante (habrá hemorragia visible o pérdida de consciencia).
- b) Fuera de los casos anteriores, el resto pueden esperar unos segundos o minutos, sin que por ello empeore significativamente el pronóstico, mientras se establece el diagnóstico.
- c) Situaciones con peligro vital si no se diagnostica precozmente:
 - Apendicitis
 - Intoxicaciones
 - Desorientación en tiempo o espacio o no reconocimiento a familiares, etc.

d) Urgencias atendidas por otros recursos:

- Situaciones sin peligro en plazo breve pero en las que es importante el diagnóstico temprano por la epidemiología. Por ello es urgente diagnosticar una tuberculosis en una hemoptisis.
- Situaciones banales en las que el médico debe actuar para tranquilizar al enfermo y familiares, evaluando si los síntomas carecen o no de importancia (fiebre, dolor de garganta, dolor de espalda, erupción cutánea, vómitos, golpes no intensos sin herida, molestias de oído, tos, diarrea, irritabilidad, dolor abdominal no intenso, conjuntivitis, estreñimiento, ...)
- Urgencia social. A veces esta es la justificación única de la asistencia por no haber otros medios (no sanitarios) de solución a un problema. ⁽⁹⁾

De acuerdo con la información brindada por quien realice la llamada, los operadores clasificarán la prestación como una Emergencia Médica, Urgencia Médica, Emergencia Infantil o Consulta Médica Domiciliaria.

Las características de cada una de estas categorías son:

a) Emergencia médica

Es toda aquella situación de gravedad en donde se necesita una atención inmediata, la vida del paciente corre riesgo inminente. Por ejemplo: la pérdida de conocimiento de cualquier origen, el paro cardio-respiratorio, los accidentes que causan politraumatismos con hemorragias graves, los episodios convulsivos, la electrocución, el dolor de pecho en población de riesgo o con antecedentes cardíacos, las complicaciones graves de las distintas etapas de la gestación, las caídas de altura, las hemorragias, las heridas de arma blanca o de fuego, los politraumatismos y quemaduras graves, etc.

b) Urgencia médica

Son todas aquellas situaciones en las que, si bien no existe riesgo inminente de muerte, se requiere una rápida intervención médica, ya sea para calmar el síntoma o para prevenir complicaciones mayores. Son ejemplos los traumatismos menores, quemaduras leves, las palpitaciones, la hipertensión arterial sintomática, la pérdida de conocimiento recuperada, problemas relacionados con la diabetes, taquicardia, traumatismo de cráneo, abdomen y tórax, etc..

c) Emergencia infantil

Es la división especializada en la atención de urgencias pediátricas. A cargo de médicos pediatras y paramédicos, cuenta con una flota exclusiva de Unidades de Terapia Intensiva Móviles especialmente acondicionadas.

d) Consulta médica domiciliaria

Ya que no todos los cuadros clínicos necesitan la misma rapidez de atención, Emergencias S.A. ha implementado el servicio de consultas médicas domiciliarias. Este servicio le asegura la presencia de un médico dentro de las tres horas desde el momento en que se solicita el servicio.
(10)

1.3.- Uso de las urgencias

Es preciso hacer una consideración sobre la Atención Primaria como primer nivel de acceso al sistema sanitario, el más cercano al ciudadano. Un nivel de atención responsable del seguimiento de la evolución de la enfermedad de cada paciente en su entorno. Por ello, la Atención Primaria ha de asegurar su papel de función de agencia, de coordinación y garantía de continuidad y regulación de los flujos de pacientes. Esta función de la Atención Primaria es uno de los elementos diferenciadores de nuestro Sistema Nacional de Salud y una cuestión esencial para disponer de un sistema eficiente. Para desarrollar esta función en toda su extensión, la Atención Primaria de salud ha de disponer de la máxima capacidad de

resolución y de acceso a medios de apoyo diagnóstico, además de contar con los recursos materiales y técnicos necesarios. ⁽⁸¹⁻⁸⁷⁾

La atención en urgencias se encuentra sometida a una evaluación y crítica continuas, probablemente más que en otras especialidades de la Medicina, tanto por parte de los usuarios como por parte de los médicos que continuarán la asistencia del paciente, una vez éste ha pasado por el Servicio de Urgencias. Esta cultura de evaluación exterior y autoevaluación continua, lejos de representar una dificultad, constituye una oportunidad única para la puesta en marcha de programas de evaluación de la calidad de la asistencia que se hace en estos Servicios. ⁽⁴⁶⁾

El objetivo es alcanzar, a través de estrategias, una Atención Primaria de calidad, orientada al ciudadano, que tenga una alta capacidad de resolución y que potencie la continuidad asistencial, contando con unos profesionales motivados y capacitados y con una organización descentralizada, participada, eficiente y eficaz. Por eso, las estrategias que se presentan tienen dos ejes fundamentales: el ciudadano y el profesional. El ciudadano debe ser el elemento central del sistema sanitario y, desde luego, de la Atención Primaria, es el objeto y la razón de ser de las organizaciones sanitarias y, por ello, todas sus actividades deben ir encaminadas a satisfacer sus necesidades y demandas. Además de los dos ejes señalados, las estrategias se centran en tres objetivos «clave»: La calidad, la capacidad de resolución y la continuidad asistencial. La apuesta por la calidad debe ser integral, incluyendo no sólo sus componentes científicos y técnicos, sino aquellos otros relacionados con la accesibilidad, los recursos, la organización y la participación, de tal manera que el usuario perciba que, en efecto, es el centro del Sistema. La capacidad de resolución, la efectividad, es un elemento inherente a la organización sanitaria pero muy especialmente en el ámbito de la Atención Primaria, desde la que se debe resolver no menos del 85% de los problemas de salud de la población. Para mejorar la efectividad son necesarias estrategias tendentes a incrementar la capacidad diagnóstica y terapéutica, tanto mejorando la formación de los profesionales como incrementando la accesibilidad de los mismos a pruebas y tecnologías que favorezcan la capacidad de resolución y la calidad de la Atención Primaria.

La elaboración y puesta en marcha de guías clínicas es otro elemento fundamental en estas estrategias. ⁽⁷⁴⁻⁷⁶⁾⁽³⁶⁾

La continuidad asistencial, la coordinación entre los diversos dispositivos sanitarios y, muy especialmente, entre Atención Primaria y Atención Especializada, es un objetivo esencial muchas veces enunciado, pero no siempre bien resuelto. Las estrategias de mejora de la continuidad asistencial son uno de los grandes retos que tiene el Sistema Sanitario Público para los próximos años. Por ello es necesario acometer decididamente políticas de coordinación y comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada que integren los procesos asistenciales de tal manera que, el ciudadano, perciba continuidad en los cuidados y tratamiento. ⁽⁸¹⁻⁸⁷⁾ Otro importante bloque de estrategias se centra en la mejora de la organización de la Atención Primaria, objetivo transversal e instrumental que busca optimizar los recursos disponibles y mejorar las herramientas de gestión para facilitar la consecución de sus fines y para hacer más eficiente la Atención Primaria; es decir, no consiste en racionar la asistencia sanitaria, por el contrario, se trataría de optimizar el uso de recursos de manera que no sólo se evite disminuir la calidad asistencial, sino que se consiga aumentarla. ⁽⁵²⁾

Acerca de un rendimiento adecuado de los recursos y las prestaciones del Servicio de Salud, es necesaria la colaboración de todos los ciudadanos para hacer una utilización correcta de acuerdo a las necesidades de salud y en función de las disponibilidades del Sistema, evitando situaciones de uso poco diligentes, irresponsables o abusivas, que entorpecen el funcionamiento de dichos dispositivos, restándoles eficacia ante la excesiva e injustificada demanda que padecen. ⁽¹¹⁾

La sobreutilización (uso inapropiado) es especialmente grave en los sistemas de salud porque no aporta ningún beneficio al paciente, por el contrario, puede producir iatrogenia, y consume recursos innecesarios.

Un Servicio de Salud bien gestionado necesita el desarrollo de todos los miembros del equipo de urgencias. Así, se debe apostar por una gestión del Servicio centrada en la calidad, orientada a la participación y al bienestar del paciente, evitando los riesgos clínicos y difundiendo una

cultura de seguridad, en el contexto de una mejora de la práctica clínica.
(48)

Las razones más importantes que justifican el desarrollo y aplicación del uso apropiado de tecnologías y procedimientos médicos son: el aumento en el uso de las tecnologías sanitarias, la alta variabilidad de la práctica clínica, la evidencia de sobreutilización e infrautilización, y el hecho de que el uso inapropiado no produce ningún beneficio al paciente y aumenta costes innecesarios. (52-58)

Es importante mejorar la comunicación entre niveles asistenciales a través de las siguientes líneas de actuación:

- Crear circuitos de coordinación entre Atención Primaria y Especializada y favorecer ámbitos de encuentro que faciliten la relación formal e informal entre profesionales (sesiones clínicas, reuniones entre profesionales, grupos de mejora continua de la calidad, encuentros entre directivos de Atención Primaria y Especializada, etc.).
- Potenciar la utilización de la historia clínica electrónica compartida para los dos niveles asistenciales, previa definición de los contenidos comunes.
- Prever los recursos necesarios para facilitar la comunicación entre profesionales (personal, telefónica, informática, etc.) y el flujo de la información clínica a través de soportes digitales entre el Centro de Salud y el Hospital.
- Impulsar el desarrollo de la telemedicina a través de interconsultas por correo electrónico, telefónicas, consultas *on line*, sesiones multi- conferencia, etc.

Con el propósito de mejorar la coordinación asistencial entre Atención Primaria y Especializada, se debe:

- Facilitar la gestión por procesos asistenciales integrados entre niveles, favoreciendo las «consultas de acto único» y la utilización de guías de práctica clínica compartida.
- Impulsar la utilización de indicadores comunes evaluables y comparables. (45)

Para el óptimo funcionamiento del Servicio de Urgencias de Atención Primaria se necesita una adecuada correlación de éstos con el Centro de Salud, Médicos de cabecera y Hospitales, debiendo fluir la información en todos los sentidos.⁽⁸⁸⁻⁹⁰⁾

La coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se configura como el elemento básico para garantizar la efectividad y la eficiencia, la reducción de los costes de transacción y la mejora global de la capacidad resolutoria.

Pero para el propio ciudadano la coordinación proporciona una mayor accesibilidad, mejor integración socio sanitaria, resultados clínicos óptimos, bidireccionalidad de la información clínica relevante y mayor satisfacción. Por tanto, una buena coordinación entre Atención Primaria y el Hospital garantiza la continuidad asistencial, lo que redundará en unos mejores resultados de los cuidados.⁽⁸¹⁻⁸⁷⁾

La mejora de la salud del individuo y de las poblaciones pasa por aumentar el poder resolutorio de los sistemas sanitarios, no de forma individual, sino garantizando la interrelación e integración de sus diferentes niveles y el diálogo entre los profesionales que prestan sus servicios en ellos.⁽¹²⁾

Cuando la coordinación alcanza su grado máximo, la atención se considera integrada.⁽¹⁴⁰⁻¹⁴¹⁾ La continuidad asistencial, por su parte, es el resultado de la coordinación desde la perspectiva del paciente, y se define como el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo.⁽¹³⁾⁽¹⁴²⁾

Los obstáculos para una adecuada coordinación provienen tanto del área profesional como de la misma organización. Entre los facultativos y personal sanitario por la existencia de competencias profesionales, celos y desconfianzas mutuas, por la ausencia de objetivos asistenciales compartidos, falta de guías o protocolos comunes, por las discrepancias en el abordaje clínico y en las pautas terapéuticas, así como por cierto desinterés y desmotivación. Los obstáculos generados por la propia organización se deben a desconocimiento mutuo (tanto de clínicos como de gestores), la falta de comunicación, diálogo y pacto, las discontinuidades cuando los pacientes saltan de un nivel a otro, las dificultades para el acceso entre profesionales, la sobrecarga de algunos

Servicios y Consultas de Atención Primaria y, finalmente, la dificultad de disponer de información clínica compartida, sistemas de información incompatibles entre niveles, etc. Una relación entre estos dos niveles inadecuada origina derivaciones innecesarias, amplios tiempos de demora y dificulta la transferencia de actuaciones desde un medio al otro. En definitiva, impide la asistencia integral, integrada y racional de los pacientes. ⁽⁴⁵⁾

Existe una serie de factores asociados al uso inadecuado de la urgencia:

- Variables demográficas:

Edad.- Casi todos los estudios coinciden en señalar la asociación entre edad avanzada y una utilización más frecuente y adecuada de los Servicios de Urgencias. La mayor frecuencia de uso inadecuado se encuentra en edades pediátricas, y se describe una disminución progresiva con la edad.

Sexo.- El sexo femenino se ha asociado con mayor frecuencia de uso inadecuado, pero de forma débil e inconsistente.

Estado civil.- Menor uso inadecuado para viudos y casados que para solteros o divorciados.

Situación laboral.- Se ha señalado la asociación entre ser trabajador activo o parado e inadecuación.

Nivel de estudios.- La utilización inadecuada aumenta cuando lo hace el grado académico alcanzado. Esta asociación desaparece o incluso se invierte cuando se ajusta por edad y patología.

Nivel socioeconómico.- A los Servicios de Urgencias se les considera la red de seguridad que amortigua los peligros inherentes a la falta de recursos para obtener asistencia sanitaria.

Otras variables demográficas.- Se ha señalado mayor frecuencia de uso inadecuado asociado a determinadas razas y minorías no étnicas, vagabundos y marginados.

- Variables relacionadas con el estado de salud:

La existencia de antecedentes patológicos, el número de patologías asociadas, la discapacidad física y la percepción subjetiva del estado de salud se asocian con mayor frecuencia de uso de los Servicios de Urgencias, pero con menor porcentaje de uso inadecuado. En ancianos son las variables de necesidad las principales determinantes de la utilización de Urgencias.

- Factores del entorno:

Distancia al hospital.- La frecuentación, el porcentaje de visitas voluntarias y la inadecuación, son inversamente proporcionales a la distancia al hospital.

Hora de consulta.- En general, el porcentaje de uso inadecuado disminuye por la noche y aumenta en horario de mañana y tarde.

- Factores relacionados con el entorno social:

El alarmismo potenciado por los medios de comunicación y la pérdida del sentimiento de aceptación y resignación tradicional ante la enfermedad genera un aumento de exigencia de servicios, muchas veces inadecuados.

- Factores relacionados con la organización sanitaria:

Gran parte del uso inadecuado de los Servicios de Urgencias se atribuye a la falta de accesibilidad económica a otro tipo de servicios sanitarios y a la obligatoriedad de prestar asistencia urgente en los Servicios de Urgencias.

En España la cobertura es universal, pero la falta de institucionalización del derecho a la asistencia, frecuente en estudiantes y vagabundos deja un sector de la población cuya

única fuente de cuidados es el Servicio de Urgencia, lo que también se ha descrito en los países vecinos.

- Otras variables asociadas son:

Tipo de Atención Primaria.- Reiteradamente se ha señalado la existencia de déficit en la Asistencia Primaria como una de las causas más importantes de la utilización inadecuada del Servicio de Urgencias. La reforma del sistema de Atención Primaria creó unas expectativas importantes que no han llegado a confirmarse.

Se ha encontrado una asociación significativa del tipo de AP en el medio rural y la utilización del Servicio de Urgencias, pero no en el medio urbano, donde a igual accesibilidad, existe una atracción preferente por la asistencia hospitalaria. Se han descrito diferencias en la frecuentación y en el porcentaje de uso inadecuado por vecindarios o Zonas Básicas de Salud que no pueden explicarse por razones de salud.

A la existencia de Servicios de Urgencias extrahospitalarios se les atribuye una reducción del uso inadecuado de los Servicios de Urgencia hospitalaria, aunque en general se considera que sigue aumentando la utilización de las urgencias hospitalarias, sobre todo debido al tiempo de espera para ser vistos por medicina especializada.

Determinados motivos de consulta, entre los que destacan las enfermedades de la piel, alteraciones mentales y problemas osteomusculares, muestran una asociación consistente con el uso inadecuado de los Servicios de Urgencia. Inherente al concepto de urgencia es la connotación de problema de aparición súbita, demostrándose un aumento progresivo del porcentaje de urgencias inadecuadas con la duración de los síntomas. La percepción de gravedad del propio paciente o de sus familiares condiciona también la utilización del Servicio de Urgencias. La reforma del sistema de Atención Primaria creó unas expectativas importantes que no han llegado a confirmarse.

Varias citas señalan la carencia de servicios alternativos como una de las causas fundamentales de uso inadecuado de los Servicios de Urgencia, pero no es esta ausencia de cobertura la única limitación de la

accesibilidad, sino también otras variables. Se acepta que la existencia de una buena interacción médico-paciente disminuye el uso inadecuado y se ha demostrado que la ausencia de provisión de cuidados con un médico regular aumenta el uso de la urgencia por problemas no urgentes mientras que por el contrario la continuidad de la Asistencia Primaria lo reduce.⁽¹⁴⁾

El conocimiento de dónde acudir en caso de un problema de salud debe ser un concepto social básico. Por ello parece que si se educa, estimula e informa a la población de las posibles alternativas y opciones de su asistencia (cuidados en Centros más baratos, o cuidados domésticos) sería posible un ahorro del costo sanitario a corto plazo y una mejora en la atención sanitaria que requerimos todos en algún momento. Es importante además el autocuidado, el llevar a cabo una serie de acciones generales destinadas a mejorar nuestra propia salud, que nos hagan menos candidatos a requerir asistencia sanitaria (dieta adecuada, buena higiene, vigilar la salud bucodental...). La gestión de la demanda no debe suponer simplemente una disminución de la misma, sino que debe implicar un control de la salud personal de los usuarios para que reduzca el inapropiado uso de los servicios sanitarios.

Las estrategias del control de la demanda debe comprender servicios de triage telefónico (atendido por personal entrenado y con bases de datos informáticas) que dispense información sobre enfermedades, educación sanitaria, alternativas de apoyo en grupos ante situaciones crónicas, evaluaciones de procedimientos, rentabilidad de los mismos, riesgos, etc. para que los pacientes dispongan de la suficiente información para poder tomar decisiones apropiadas en cada momento.⁽¹⁵⁾

La Atención a Urgencias y Emergencias, además de las actividades curativas, tiene otras funciones, como son: formación, gestión, prevención de enfermedades, promoción de la salud y coordinación con el resto de pilares del sistema integral de salud, como Centros de Salud, Hospitales y 112.

Podemos deducir que con responsabilidad, ganamos en salud: Los Servicios de Urgencia de Atención Primaria ofrecen una asistencia excelente y están dotados de profesionales y medios adecuados para

atender la mayor parte de las urgencias médicas que se presentan habitualmente. Y debe recordarse a la población:

- Que si puede desplazarse al Centro de Salud no debe solicitar atención domiciliaria. Piense que cada vez que el médico va a su casa, pierde en el camino un tiempo precioso que podría estar dedicando a otros pacientes.
- Que ante un problema de salud fuera del horario de funcionamiento de su Centro de Salud y no conoce los Servicios de Urgencias de Atención Primaria cercanos a su domicilio o no sabe si su dolencia debe ser atendida en un Servicio de Urgencias de Atención Primaria o en un Hospital, llame al teléfono de urgencias de su Comunidad Autónoma, donde le informarán del modo más adecuado del centro para recibir la atención que precisa.⁽³⁸⁾

En Castilla La Mancha:

La Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario tiene una dependencia orgánica de la Dirección General de Atención Sanitaria que a su vez depende de la Dirección Gerencia del Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM).

Desde Atención Primaria, en los Servicios de Urgencias o de Atención Continuada deben atenderse los problemas de salud que van desde los de baja complejidad hasta el abordaje, valoración y estabilización de los de alta complejidad, asegurando en caso necesario el traslado en las mejores condiciones posibles. En todos los casos las actuaciones han de ir dirigidas a la obtención de la máxima resolución posible dentro del ámbito de actuación de la Atención Primaria. La Medicina de Urgencias y Emergencias es uno de los pilares básicos de la Medicina Familiar y Comunitaria. Cumple con todas las características inherentes a nuestra especialidad: es polivalente, transversal, autónoma y con una gran capacidad de resolución. Además, y creo que es una de las peculiaridades que más enorgullece a los médicos de familia, es accesible; siendo, para bien y para mal, los más cercanos al paciente.⁽⁴⁾

1.4.- Procedimientos y diagnósticos más frecuentes

Independientemente de quien preste los servicios, dependiendo del modelo organizativo de la Atención Continuada/ Urgencias que se defina, la Atención Primaria debe asegurar atención adecuada a los problemas de salud siendo los más frecuentes los que se definen a continuación:

a) Urgencias digestivas:

- Diagnóstico, valoración, manejo inicial y tratamiento, en su caso, de dispepsia, dolor abdominal, diarreas, vómitos, oclusión / suboclusión intestinal, ictericia, hemorragia digestiva alta y baja.
- Valoración y tratamiento inicial de lesiones por la ingesta de cáusticos, ascitis y abdomen agudo.
- Diagnóstico, valoración y tratamiento inicial de hernias abdominales / inguinales / crurales.
- Diagnóstico, valoración y tratamiento inicial de patología anal aguda.
- Tratamiento inicial del niño con diarreas y deshidratación.
- Diagnóstico, valoración y tratamiento inicial del niño con un cuerpo extraño en el aparato digestivo.

b) Urgencias cardiovasculares:

- Valoración y tratamiento de la insuficiencia cardiaca.
- Diagnóstico, valoración y tratamiento inicial del dolor torácico agudo, síndrome coronario agudo, choque cardiogénico, arritmias cardiacas, síncope, trastornos arteriales agudos, trastornos venosos agudos.
- Valoración y tratamiento inicial de un niño con soplo.

c) Urgencias respiratorias:

- Diagnóstico, valoración y tratamiento inicial del dolor torácico agudo, tos, disnea, hemoptisis, derrame pleural, descompensación de patologías respiratorias crónicas enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma, enfermedades restrictivas),

insuficiencia respiratoria aguda e infecciones respiratorias altas y bajas (bronquiolitis, neumonías, etc.).

d) Urgencias endocrinológicas del metabolismo y la nutrición:

- Valoración y tratamiento de trastornos hidroelectrolíticos y deshidratación.
- Diagnóstico, valoración y tratamiento inicial de hiperglucemias e hipoglucemias.

e) Urgencias neurológicas:

- Diagnóstico, valoración y tratamiento inicial del vértigo, cefalea, temblor, pérdida de conciencia, accidente vascular cerebral agudo, alteración de pares craneales, convulsiones, meningitis, encefalitis, depresión del nivel de conciencia y traumatismo craneo encefálico.

f) Urgencias del aparato locomotor:

- Diagnóstico y abordaje del dolor articular agudo, rigidez articular aguda, cervicalgia aguda, dorsalgia aguda, lumbalgia aguda,
- Diagnóstico y tratamiento inicial de una monoartritis / poliartritis.
- Diagnóstico y tratamiento inicial de las lesiones traumáticas de partes blandas (esguinces, distensiones, bursitis, tendinitis, etc.), fracturas leves / no complicadas (colocación de yesos, férulas, y vendajes diversos), luxaciones no complicadas.
- Diagnóstico y tratamiento inicial de fracturas o luxaciones graves / complicadas y preparación para el traslado.
- Diagnóstico y abordaje de la cojera en el niño.

g) Urgencias dermatológicas:

- Diagnóstico y valoración inicial de las lesiones cutáneas de presentación aguda, enfermedades exantemáticas, lesiones urticariformes.
- Valoración y tratamiento inicial del prurito.
- Curas y suturas de heridas y lesiones cutáneas sin afectación tendinosa.

- Valoración y tratamiento de quemaduras no graves, celulitis y mordeduras humanas o de animales.
- Valoración y desbridamiento de abscesos cutáneos.

h) Urgencias nefro-urológicas:

- Diagnóstico y abordaje inicial de la hematuria, proteinuria, disuria y polaquiuria.
- Diagnóstico y tratamiento del cólico nefrítico no complicado y de las infecciones urinarias.
- Valoración y manejo inicial del síndrome escrotal agudo.

i) Urgencias hematológicas:

- Diagnóstico y manejo inicial del síndrome anémico.

j) Urgencias oftalmológicas:

- Diagnóstico y abordaje inicial del ojo rojo, ojo seco, epifora, pérdida aguda de visión y dolor ocular agudo.
- Valoración y tratamiento inicial de traumatismos oculares, cuerpos extraños, úlceras y erosiones corneales.
- Diagnóstico y tratamiento inicial de la patología infecciosa de la conjuntiva, la córnea y anejos oculares.

k) Urgencias otorrinolaringológicas:

- Diagnóstico y abordaje inicial de la odinofagia, otalgia, disfonía, estridor, otorrea, hipoacusia, taponamiento nasal, rinorrea, y estornudos.
- Diagnóstico y tratamiento de la otitis, faringo-amigdalitis, laringotraqueítis, sinusitis y epistaxis.
- Valoración y extracción de cuerpos extraños del conducto auditivo externo, conductos nasales y faringe.

l) Urgencias ginecológicas:

- Valoración y tratamiento inicial de la dismenorrea, metrorragias, alteraciones hemorrágicas durante el embarazo, agresiones sexuales y anticoncepción postcoital.

- Valoración y tratamiento inicial del prurito vulvovaginal, vulvovaginitis y mastitis.
- Atención inicial ante la sospecha de un embarazo.
- Valoración de fármacos durante el embarazo.

m) Urgencias psiquiátricas:

- Atención inicial y valoración de los intentos de autolisis, brote psicótico, agitación psicomotriz, episodio depresivo agudo y trastornos de ansiedad.
- Manejo inicial del síndrome neuroléptico agudo.
- Valoración y tratamiento inicial de sobredosis y síndrome de abstinencia por sustancias adictivas.

n) Urgencias sistémicas:

- Valoración inicial del paciente politraumatizado.
- Fluidoterapia inicial.
- Tratamiento inicial del paciente con fiebre.
- Tratamiento de las urgencias hipertensivas.
- Tratamiento inicial de las intoxicaciones.
- Tratamiento inicial del ahogamiento y el casi ahogamiento.
- Tratamiento inicial del golpe de calor y la hipertermia.
- Diagnóstico y tratamiento inicial de las infecciones.
- Valoración y tratamiento inicial de cuadros clínicos de hipersensibilidad.
- Abordaje de la sospecha de maltrato infantil, de género o del anciano.

ñ) Emergencias médicas:

- Soporte básico a las funciones vitales.
- Soporte avanzado en la primera fase a las funciones vitales.
- Uso de desfibrilador y fármacos de uso habitual en el mantenimiento de las funciones vitales.

- Mantenimiento previo al traslado del paciente crítico.
 - o) Otros.
- Vacunación antitetánica.
- Sueroterapia.
- Oxigenoterapia.
 - p) Resolución de actividades administrativas:
 - Programación de visitas sucesivas en el equipo derivadas de la resolución de problemas abordados.
 - Programación de visitas sucesivas a los especialistas u hospitales de referencia derivadas de la resolución de problemas abordados.

1.5.- Equipamiento básico de los Puntos de Atención Continuada / Urgencias de Atención Primaria

- Equipo de radiología simple digitalizada que permita realizar radiología del cráneo, cervical, tórax, abdomen y extremidades.
- Instalación de dispositivos para la administración de oxígeno y aerosolterapia.
- Equipos de reanimación para adultos y pediátricos.
- Desfibrilador semiautomático.
- Electrocardiógrafo, al menos uno portátil.
- Pulsioxímetro.
- *Doppler* vascular.
- Analítica básica: hemograma, parámetros bioquímicos básicos, tiras reactivas de orina, faringotest o un sistema de remisión ágil de muestras al laboratorio hospitalario de referencia.
- Equipos de perfusión.
- Equipos de exploración general: esfigmomanómetros, termómetros, otoscopios y oftalmoscopios, negatoscopio, etc.

- Equipos y material de curas y de suturas.
- Equipos para la aplicación de vendajes, incluidos los de escayola.
- Aspirador de secreciones.
- Maletín de urgencias con material necesario para soporte vital básico.
- Maletín de urgencias para la atención domiciliaria.
- Material informático con conexión a un sistema de información que comparta la información entre Atención Primaria y el nivel hospitalario.⁽³⁾

1.6.- Tratamientos utilizados más frecuentemente

Los tratamientos aplicados o recetados más habitualmente en Urgencias han sido clasificados del siguiente modo:

1.-Analgésicos

1.1.-Vía parenteral

1.2.-Vía oral

2.-Antitérmicos

3.-Hipotensores

4.-Antibióticos

4.1.-Tópico

4.2.-Vía oral

4.3.-Vía parenteral

5.-Antiulcerosos, protectores gástricos, procinéticos

6.-Antieméticos

7.-Tratamientos en patología anorrectal y del tránsito intestinal

8.-Sueroterapia e hidratación

9.-Suero, dieta, medidas posturales e higiénicas

10.-Broncodilatadores y antiasmáticos inhalados

11.-Corticoides

11.1.- Inhalados

11.2.- Tópicos

11.3.- Vía oral

12.- Antihistamínicos

12.1.- Vía Parenteral

12.2.- Vía oral

12.3.- Vía tópica

13.- Oxígeno

14.- Antisépticos

15.- Mucolíticos y Antitusivos

16.- Descongestionantes adrenérgicos

17.- Adrenalina

18.- Benzodiacepinas

19.- Antiinflamatorios

19.1.- Vía oral

19.2.- Vía parenteral

19.3.- Vía tópica

20.- Antivirales

21.- Emolientes, Antisépticos, Protectores dérmicos

22.- Antifúngicos

23.- Suturas, Vendajes, Curas, Sondas

24.- Ansiolíticos y relajantes musculares

24.1.- Vía parenteral

24.2.- Vía oral

25.- Glucocorticoides

25.1.- Vía parenteral

25.2.- Vía oral

25.3.- Vía tópica

26.- Antidepresivos

27.- Neurolépticos

1.7.- Criterios ante una urgencia/emergencia

El proceso asistencial de los Servicios de Emergencias comienza con la recepción de la llamada en el Centro de coordinación.

La asistencia de urgencias y emergencias se realiza en una cadena de intervención con diferentes eslabones.

1.-Las primeras personas en intervenir pueden ser el propio paciente, un testigo o los primeros socorristas designados (bomberos, policías).

2.-La recepción de la llamada, que puede ser en el nº 112 común para todo tipo de emergencias y para toda Europa o el 061 o similar, propiamente sanitario.

3.-El Centro coordinador donde se atiende telefónicamente la emergencia, y según sea sus características o gravedad se decide la actuación a seguir: resolución telefónica, movilización de recursos o derivación del paciente por sus propios medios a un Centro determinado.

4.- Los primeros servicios asistenciales:

- Atención *in situ* (con soporte vital básico o avanzado).
- Dispositivo fijo (Puntos de Atención Continuada de Atención Primaria).

5.- Los servicios de transporte de características diferentes según sean las situaciones de morbilidad y gravedad.⁽⁴²⁾

Esto proporciona el acceso rápido al Sistema de Salud. En caso de urgencia, o cualquier duda de tipo sanitario, llamando en el caso de Castilla La Mancha al 112.

La implantación del mencionado servicio quedó regulada en nuestra región mediante el Decreto 125/2000, de 18 de julio. Diario Oficial de Castilla-La Mancha Nº 71/2000 de 21 de julio.⁽⁴⁴⁾

Este Centro coordinador, implantado, es un recurso de la sanidad pública que constituye una puerta de entrada a los servicios públicos de atención a la urgencia con evaluación inmediata de los casos y la puesta en marcha de los medios que considere más adecuados que deban utilizarse; una llamada al 112 (teléfono gratuito) permite al usuario exponer su problema de salud a personas capacitadas para atender su demanda y, si así lo desea, hablar directamente con un médico y se debe recordar e insistir a la población que es muy necesario e importante que colabore facilitando los siguientes datos:

- Dirección donde se ha producido el incidente.
- Número de teléfono desde el que llama.
- Motivo por el que llama.
- Número de personas afectadas.
- Síntomas de los heridos.
- No corte la comunicación hasta que el personal sanitario no se lo indique.
- Mantenga la calma y siga las instrucciones que le indiquen los profesionales.

Una vez recogido su problema se le darán los consejos oportunos y se pondrán en marcha los medios adecuados para resolverlo. ⁽³⁾⁽¹¹⁾

1.8.-Tipos de atención sanitaria

- Atención sanitaria urgente en los Centros de Urgencias. El paciente puede acudir a cualquiera de los Centros de Urgencias para exponer un problema de salud. En estos Centros se evaluará la situación y se instaurará el tratamiento oportuno.

- Atención sanitaria urgente en su domicilio. Si el problema de salud impide al paciente desplazarse hasta los Centros de Urgencias se enviarán los recursos humanos y técnicos necesarios para realizar una primera evaluación y tratamiento en su domicilio. Si son necesarios medios técnicos más sofisticados se dispondrá su traslado al Centro más oportuno en las mejores condiciones y con las mayores garantías para su salud.
- Atención sanitaria en la vía pública o en lugares fuera del Centro como pueden ser calabozos, cafeterías, casas de acogida, centros de mayores, centros de minusválidos u otros servicios sociales.

1.9.- Transporte urgente

La atención del paciente debe ser escalonada, remitiéndose a nivel superior en caso necesario.

Una vez atendida la persona en Atención Primaria, cuando el problema de salud impide al paciente desplazarse o según la patología se considera que debe ser atendido por algún especialista debido a la complejidad o gravedad del caso, por no presentar mejoría tras un período de observación o de tratamiento, por dificultades de diagnóstico por falta de medios, por requerimientos terapéuticos no disponibles o por necesidades de valoración por diferentes especialistas a través de exámenes solo posibles de realizar en hospitales, será remitido al hospital. Es importante valorar el medio de transporte en casos de traslado al hospital, para que éste sea el más adecuado para el paciente, en la mejores condiciones y con las mayores garantías para su salud, según su grado de estabilidad o según presente cierto grado de riesgo vital grave potencial o real durante el traslado sobretodo en largo recorrido, así como un sistema de monitorización que permita un control hemodinámico y respiratorio para detección precoz de complicaciones, así como posibilidad de tratamiento *in itinere*.

Este transporte puede ser de los siguientes tipos según el grado de estabilidad o las situaciones en que se encuentre el paciente:

- Transporte en medios propios: pacientes cuyos familiares están dispuestos a transportar al paciente y los facultativos lo consideran adecuado y oportuno por la estabilidad, patología y otras características.
- Transporte en ambulancia: se realizará cuando el médico no prevea complicaciones o necesidad de vigilancia durante el traslado. El traslado será realizado por personal con conocimientos en técnicas de primeros auxilios y soporte vital básico. Aunque a veces este traslado en ambulancia se hace acompañando al paciente el médico, enfermero o ambos.
- Transporte en unidad móvil terrestre de emergencias: Se realizará cuando el médico que evalúa al paciente prevea posibles complicaciones o exista la necesidad de una vigilancia especial durante el traslado en este tipo de transporte, dotado de medios y técnicas de las que no disponen las ambulancias. En estas Unidades irá atendido por un equipo compuesto de un médico, un/una enfermero/a, un técnico y un conductor, todos ellos capacitados para la atención de urgencias.
- Transporte en helicóptero sanitario: Se utilizará el helicóptero sanitario cuando sea necesaria la atención o la vigilancia durante el traslado y las distancias u otras circunstancias no aconsejen el traslado en una Unidad Médica de Emergencias. El equipo del helicóptero sanitario está compuesto por un Médico, un/a Enfermero/a y un Piloto, capacitados para la atención de urgencias.

(4)(16)

1.10.- Ventajas de la atención de urgencias en Atención Primaria

a.- Accesibilidad y proximidad. La Atención Primaria está muy bien posicionada para ofrecer a la población servicios de atención continuada/urgencias accesibles y cercanos. Los ciudadanos demandan al Sistema Sanitario servicios que proporcionen una respuesta inmediata y resolutiva a sus demandas de atención y con la máxima oferta horaria posible.

b.- Continuidad de los profesionales. Los profesionales de los equipos de Atención Primaria pueden asegurar más fácilmente la continuidad de la atención, lo cual redundará en una mayor resolución y calidad de los servicios.

c.- Implicación de enfermería. La implicación de los profesionales de enfermería en la atención a la patología aguda y de las urgencias conlleva un buen nivel de resolución de los problemas y de satisfacción tanto de los profesionales como de los ciudadanos.

d.- Informatización de la Historia Clínica. Al hacer más accesible la historia clínica a aquellos profesionales que atienden urgencias, se favorece la continuidad de la atención y mejora la eficiencia. En un futuro, facilitará la posibilidad de compartir información clínica entre los equipos y los puntos de atención a urgencias, tanto de Atención Primaria como Hospitalaria.

e.- Formación para mantener la calidad de la atención urgente. Es preciso hacer mayores esfuerzos en la formación con el objeto de mantener y mejorar las habilidades que requieren estos servicios. ⁽³⁾⁽¹⁷⁾

La Fortaleza del Sistema está en la accesibilidad al modelo de Atención Primaria, y su consolidación, capacidad de respuesta y comunicación, trato humano y personalizado, disponiendo del tiempo requerido, participación del paciente como adulto en las decisiones, rapidez en la atención y en los tratamientos, priorización según la gravedad, dotación adecuada de los recursos, información frecuente y acompañamiento, y confidencialidad según el secreto médico. ⁽¹⁷⁾

1.11.- Debilidades actuales en Atención Primaria

Diversidad de modelos.- No existe un modelo claro de atención continuada/urgencias de Atención Primaria. Hay mucha variabilidad territorial. Los horarios y servicios que se ofrecen son heterogéneos.

Competencia con los hospitales.- Los distintos actores del sistema (pacientes, profesionales y gestores) tienden a considerar que los problemas agudos y las urgencias deben atenderse en los hospitales.

Esto puede condicionar que las inversiones para la mejora de las urgencias se dirijan principalmente a la atención especializada.

Poca definición del producto (atención continuada/urgencias). No queda suficientemente claro qué debe hacerse fuera de los horarios de apertura normal de los Centros de Salud. En muchos casos se trata de facilitar el acceso a los ciudadanos que por problemas laborales o familiares tienen dificultad para ser atendidos dentro de los horarios normales; en otros, se trata de asegurar la continuidad de la atención (terminales, patologías crónicas descompensadas, etc.) y en otros, atender verdaderas urgencias o emergencias.

Condiciones laborales mejorables.- Se observan problemas laborales en este ámbito (salarios, desplazamientos, seguridad, descanso durante la guardia o después de una guardia nocturna, sustitutos, etc.). Todo ello condiciona que, en algunos casos, este tipo de actividad no sea atractiva para los profesionales.

Escasa inversión en equipamientos y tecnología.- Es preciso disponer de los recursos técnicos y diagnósticos necesarios para mejorar la capacidad resolutive de la atención a las urgencias. Y esto no siempre es así.

Distinta carga de trabajo entre profesionales.- Se constata un desequilibrio en la presión asistencial de los diferentes profesionales, con una amplia variabilidad territorial. La implicación de enfermería en la atención a las patologías agudas y a las urgencias es variada.

En algunos puntos de atención continuada no se dispone de soporte administrativo, y en otros existen celadores que no realizan tareas administrativas.^{(3) (17)}

La coordinación del sistema debe mejorar en cuanto a la eficacia, pues hay muchas reiteraciones de actuaciones deficientes, cuando el enfermo pasa de la Atención Primaria a la especializada, a quien tampoco el sistema de “barra libre” en las Urgencias etc. la favorece.⁽³⁹⁾

Más bien se controla presencia y puntualidad, pero no la efectividad ni calidad del servicio.

Gran tamaño de organización, hace imposible llevar un control de los gastos.

Falta de comunicación con Unidades periféricas de comunidades distantes.

Falta de agilidad, trámite burocrático.

Demasiada demanda y exigencia de los pacientes para recibir atención rápida y expedita.

Falta de presupuesto.⁽⁴⁰⁾

2.- Calidad Asistencial

2.1.- Concepto

Calidad en salud es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para recibir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del médico, para lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción con un proceso.⁽¹⁸⁾

Es importante impulsar en Atención Primaria modelos resolutivos de Atención Continuada/Urgencias que generen confianza en los ciudadanos, con el propósito de mejorar la calidad de la atención de urgencias. Las líneas de actuación son:

- Impulsar modelos de urgencias acordes con las necesidades de los ciudadanos en relación a la accesibilidad y resolución.
- Mejorar la organización territorial de la atención a urgencias en coordinación con el hospital.
- Implicar en las urgencias a los profesionales sanitarios a través de modelos de organización compatibles con el conjunto de actividades del equipo de Atención Primaria. Todos los profesionales de los Servicios de Urgencias están involucrados en mayor o menor grado en la mejora de la calidad, ya que si la calidad

técnica de la asistencia es esencial, también lo son, y no en menor grado, otros aspectos que influyen de forma muy decisiva en la calidad que percibirá el paciente y sus acompañantes, como son transmitir la sensación de que pueden estar seguros de que la organización funciona, que el trato personal es adecuado y que la información se ofrecen cada momento del proceso asistencial. ⁽⁴⁹⁾

- Impulsar la adecuada utilización de las urgencias por parte de la población. ⁽⁴⁵⁾

El concepto de calidad integral se refiere a los procesos diagnósticos, terapéuticos o rehabilitadores, al profesionalismo o competencia de los prestadores de servicios y a la tecnología disponible para ello; la calidad percibida es valorada fundamentalmente por los usuarios y es determinada por condicionantes de la satisfacción del usuario como equidad, fiabilidad, efectividad, buen trato, respeto, información, continuidad, tiempo de espera y confortabilidad. ⁽¹⁸⁾

La calidad en la atención es un concepto que depende de la característica de los pacientes, varía con la edad, el sexo, el nivel educativo y socioeconómico, y los cambios del estado de salud, y además las características de los pacientes influyen en la actitud de los profesionales de forma que esto repercute a su vez en el de satisfacción del usuario. ⁽¹¹¹⁾ La calidad de los Servicios de Urgencias requiere una atención especial. El servicio prestado a los pacientes está directamente relacionado con su estado emocional, así aspectos como la accesibilidad, amabilidad y especialmente la mejora de su estado de salud son aspectos extremadamente importantes de la calidad del Servicio. ⁽⁴⁷⁾

Y aunque la Medicina no siempre puede curar sí que puede ser útil a los pacientes y satisfacer sus necesidades, por esa razón es importante conocer las necesidades y las experiencias de los pacientes, y una forma de alcanzar este conocimiento es, en parte, a través de los análisis de satisfacción. Debe volverse, por tanto, a un “humanismo en la medicina”, con el fin de que el diálogo entre médicos y usuarios se convierta en sí mismo en un acto médico terapéutico. Es fundamental en la relación médico-paciente tener en cuenta la importancia de las emociones, sobre todo en circunstancias de enfermedad generadora de angustia. ⁽¹¹²⁾

La atención a la salud tiene tres componentes: la atención técnica, la relación interpersonal y el medio ambiente en el que se lleva a cabo el proceso de la atención.

La Organización Mundial de la Salud define la calidad asistencial de la siguiente forma: «Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, protectoras y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa, y destina los recursos necesarios (humanos y de otros tipos) a estas necesidades de manera oportuna y tan efectiva como el resultado actual del conocimiento lo permite».

De esta definición, es necesario hacer énfasis en, al menos, tres aspectos:

- Recursos materiales y humanos.- Para obtener una buena calidad asistencial, hay que asignar los recursos necesarios, sin recursos no es posible ofrecer una buena calidad; pero, a veces, con recursos la calidad puede ser mala.
- Basada en los conocimientos científicos.- Es necesario tener una buena formación y poseer los conocimientos actualizados.
- Aproximación global.- Se debe considerar el problema de salud de forma global y completa desde la educación sanitaria hasta las necesidades de mantenimiento. De igual manera se deben considerar las implicaciones clínicas, funcionales, mentales y sociales de cada caso concreto. ⁽²⁴⁾⁽⁹⁷⁾

La calidad de la atención puede enfocarse desde tres ángulos diferentes: conforme a la satisfacción de las expectativas del derecho del habitante, de la institución y del trabajador mismo. ⁽¹⁸⁾

En la asistencia sanitaria es necesario el control de calidad, ya que se trata de una actividad caracterizada por la variabilidad. Esta variabilidad aumenta a medida que el sistema sanitario se vuelve más complejo. Los incrementos en recursos en la producción de servicios sanitarios dan lugar a mayor número y variación de categorías de personal sanitario y de equipamientos y tecnologías, que determinan ese aumento de la variabilidad.

El control de la calidad permite conocer cuál es la magnitud y cuáles las causas de esa variabilidad, permitiendo modificarlas según sea conveniente.

Los motivos que nos incitan a alcanzar la calidad en la asistencia sanitaria, son los siguientes:

Éticos, por el derecho que todos los ciudadanos tienen al nivel de salud más alto alcanzable y a la atención sanitaria y por la responsabilidad que tienen los profesionales de actuar con calidad en la atención que prestan.

Sociales, por el deber social de garantizar a todos los ciudadanos la equidad, la accesibilidad y otros atributos de la atención sanitaria.

De seguridad, ya que la constante evolución de la tecnología nos obliga a evaluar los procesos de implantación y de uso generalizado, para calibrar adecuadamente su idoneidad disminuyendo el riesgo de cualquier innovación.

Económicos, por la necesidad de administrar adecuadamente los recursos de que disponemos, ya que estos son limitados.⁽⁴³⁾

Teniendo en cuenta la importancia que está adquiriendo este parámetro, calidad, y conforme a los cambios que la sanidad ha realizado en los últimos años al respecto, en los que se crearon los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), nos proponemos realizar un estudio para conocer la opinión de los usuarios y ver en qué grado se han cumplido las demandas por las que se creó este tipo de Servicios. La idea es conocer la valoración de los usuarios de nuestro SUAP mediante la satisfacción y la calidad percibida.

El concepto de necesidad ha sido abordado desde numerosas perspectivas. Por ejemplo, Cullis y West⁽⁶²⁾ elaboran lo que denominan la “aproximación basada en la necesidad” por contraposición a la “aproximación basada en la demanda.” La diferencia entre ambas aproximaciones se debe a que, según la aproximación basada en la demanda, el individuo demanda la Atención Sanitaria y cuando busca esta asistencia sanitaria, contacta con el médico. A partir de este momento, puede empezar a pensarse en la “aproximación basada en la necesidad.” Como el individuo no tiene información sobre su problema de salud y sobre la asociación entre su problema y la conveniencia de aplicarle determinados procedimientos diagnósticos o terapéuticos, es el médico el que decide la cantidad y tipo de tratamiento que proporciona al paciente. Es decir, es el médico el que decide si es necesario o no.

Bradshaw sugiere que, en la práctica, en investigación de política social y de políticas de salud, se pueden considerar cuatro tipos de necesidad: normativa, percibida, expresada, y comparada.⁽⁶³⁾

Necesidad normativa: aparece cuando el individuo tiene un estándar de salud por debajo del que un experto de salud definiría como

deseable. Un experto puede ser un médico, una comisión que elabora recomendaciones en política de salud, o la comunidad científica, entre otros; el estándar “deseable” puede variar notablemente entre expertos, porque lo que para un experto puede ser necesario, podría no serlo para otro. Por ejemplo, las recomendaciones “normativas” sobre vacunaciones en la infancia, no son las mismas en las Comunidades Autónomas españolas.

Necesidad percibida: aparece cuando el individuo nota que le falta algo para tener lo que él considera como salud. Equivale a carencia subjetiva, la percepción de carencia de salud puede variar considerablemente entre personas, lo que para un individuo puede ser necesario, podría no serlo para otro.

Necesidad expresada: aparece cuando el individuo transforma la necesidad percibida en demanda de atención sanitaria, por ejemplo acudiendo a su médico; el problema que aparece con esta definición es que la información de lo que puede ofrecer el sistema de salud y el deseo de que le sea ofrecido puede variar considerablemente entre personas. Por ejemplo, dos pacientes dependientes creen que es necesaria que les sea aplicada atención médica domiciliaria. Si un paciente cree que esa atención forma parte de la prestación sanitaria, va a “expresar su necesidad.” Por el contrario, si el otro paciente cree que no forma parte de las prestaciones, podría no expresar su necesidad.

Necesidad comparada (satisfecha): aparece cuando un individuo o grupo social con unas determinadas características de salud no recibe la prestación sanitaria, mientras que otros individuos o grupos con idénticas características sí la reciben. Por lo tanto, este concepto de necesidad permite comparar si se satisface o no la necesidad en función de la región, la riqueza, el género, u otras características. Cuando se compara la satisfacción de la necesidad entre grupos, los comparadores suelen ser relativos, no absolutos.

Cooper, como Cullis y West, y como Bradshaw (para definir la necesidad normativa) también considera que la necesidad es un estado de salud que a juicio de un experto, generalmente un médico, precisa un tratamiento. Cooper⁽⁶⁴⁾ con un abordaje diferente al de Bradshaw, llega a conclusiones similares: no toda la demanda es necesidad, y no toda la necesidad es demandada. Para ello, Cooper parte del concepto de carencia, según el cual, un individuo percibe una carencia cuando siente que le falta algo para poder sentirse sano. Por ejemplo, puede percibir:

CARENCIA: Evaluación del propio individuo sobre su estado de salud, estado de salud evaluado por un experto en el que hay que aplicar un procedimiento.

NECESIDAD: Carencia que el individuo transforma en demanda por buscar asistencia sanitaria.

DEMANDA: No toda la carencia es percibida, no toda la carencia es demandada, no todo lo demandado es necesario y no todo lo necesario es demandado.

Mooney realiza una interesante reflexión sobre distintos conceptos de necesidad en la que destaca la idea de que las necesidades no son absolutas sino relativas, y que el coste de satisfacer diferentes necesidades puede ser diferente. Como los recursos son limitados, las necesidades deberían ser priorizadas en función de la efectividad que producen y el coste en que se incurre para satisfacerlas.⁽⁶⁵⁾ De esta manera, desarrolla el concepto de “igual satisfacción marginal de la necesidad.” Según este concepto, la equidad, en política de salud no consiste en asignar los mismos recursos a todas las regiones, sino más recursos a quien más lo necesita.

La “necesidad” suele ser definida como la situación en la que un individuo con un determinado estado de salud requiere la aplicación de una intervención sanitaria (diagnóstica, terapéutica, preventiva, o rehabilitadora) a juicio de un experto. Idealmente, las decisiones de los expertos deberían estar basadas en la mejor evidencia científica disponible.⁽⁶⁶⁾

Palabras clave: Calidad, Satisfacción, Fidelidad, Confianza, Imagen.
(19)

El Instituto de Medicina (IOM en sus siglas en inglés), ha identificado seis requisitos que debe reunir la prestación de servicios de salud: el servicio tiene que ser seguro, efectivo, centrado en el paciente, oportuno en el tiempo, eficiente, y equitativo.⁽⁵⁹⁾

Seguro quiere decir que el riesgo (probabilidad de que ocurra un efecto no deseado) que sufre el paciente al recibir un procedimiento está dentro de la probabilidad admitida por el conocimiento científico, que es menor si se aplica el procedimiento que si no se aplica, y que los resultados esperados son mejores que los riesgos esperados. Idealmente el riesgo debería ser cero, pero casi todo en medicina tiene un riesgo. Lo importante es que a los riesgos esperados no se añadan riesgos derivados

de errores médicos. Por estas razones, la decisión tomada debe ser aquella que tiene el balance más favorable en términos de riesgo/beneficio.⁽⁶⁰⁾

Efectivo quiere decir que el beneficio de salud que produce la decisión de aplicar un procedimiento es relevante para el paciente, ya sea porque un procedimiento diagnóstico ayuda a confirmar o descartar la enfermedad, ayuda a tomar decisiones terapéuticas, o ayuda a establecer el pronóstico, o porque una intervención terapéutica cura o alivia la enfermedad. El conocimiento sobre la efectividad de las diferentes alternativas debe estar basado en la mejor evidencia científica disponible. Los procedimientos que se sepa que son efectivos deberían aplicarse a los pacientes que los necesitan (evitar infrautilización) y los procedimientos que no sean efectivos no deberían aplicarse (evitar sobreutilización).⁽⁶¹⁾

Centrado en el paciente quiere decir que el destinatario de la atención sanitaria es el paciente, lo que significa proveer servicios que son respetuosos con el paciente y que responden a sus preferencias, necesidades y valores individuales e implica que la atención sanitaria tiene que ser coordinada e integrada, proporcionando confort físico y apoyo emocional, incluyendo a la familia del paciente. Para ello se requiere dar al paciente información, comunicación, y educación, y los profesionales de la salud deben comprender el curso de la enfermedad, y las experiencias del paciente en el hospital y fuera del hospital.

Oportuno en el tiempo quiere decir que se debe proporcionar la atención cuando maximiza los resultados de salud del paciente. Por lo tanto se deberían reducir las esperas, y los retrasos, que a veces contribuyen a empeoramiento de los pacientes.⁽⁶¹⁾

Eficiente, quiere decir que los resultados de salud que se obtienen con la atención prestada compensan los costes en los que se incurre. Por lo tanto, la eficiencia se puede mejorar tomando las decisiones que producen los mejores resultados (las más efectivas), y si es posible, disminuyendo los costes (evitando en particular los procedimientos innecesarios y el despilfarro).

Equitativo quiere decir que el acceso a la atención sanitaria y su calidad son similares para pacientes con similar necesidad y que no varían

por características personales, tales como el género, la raza, el lugar de residencia, o el nivel socioeconómico.

Desde hace algunos años el término calidad asistencial está de moda. En todas partes oímos hablar de calidad asistencial.

¿Por qué está de moda la calidad? Fundamentalmente por tres razones:

- a) Es una exigencia ciudadana. Generalmente cuando compramos un determinado producto antepone su calidad a cualquier otro factor, incluso al precio. Esto hace que las distintas organizaciones y empresas tengan al cliente en el centro de sus decisiones. La idea principal está en satisfacer al cliente, pero además, con el objetivo de proporcionarle un producto o servicio que incorpore un valor adicional, no esperado o sugerido por aquél, al mismo precio que otro producto similar. En el terreno sanitario esto se traduce en que ya no es suficiente curar al enfermo con la técnica adecuada y con un trato humano correcto, sino que además, el enfermo debe estar satisfecho con la atención recibida.

Los términos enfermo/paciente/usuario/cliente van adquiriendo otros significados. Así, la palabra enfermo o paciente se ha complementado con la de usuario, para reflejar que, como tal, puede opinar y participar en general sobre cualquier estructura u organización sanitaria.

- b) Hasta un 80% de los problemas de calidad que se detectan están relacionados con deficiencias en la organización, entendiendo ésta de un modo amplio: formación, protocolización, normativización, control, etc. Estas deficiencias son susceptibles de mejoras sin necesidad de recursos adicionales.
- c) Los costes de la no-calidad pueden llegar a suponer un 25% del coste total de la producción.

Ejemplos de costes de no-calidad en los servicios sanitarios de urgencias y emergencias son las peticiones innecesarias y repeticiones de exploraciones complementarias (ECG, pruebas radiológicas, analíticas) por errores técnicos o extravíos, uso de material o medicamentos inadecuados reclamaciones por mala práctica, demoras injustificadas, etc.

Los costes de la no-calidad y las mejoras organizativas que pueden obtenerse sin apenas costes adicionales, junto con las exigencias de los ciudadanos, son potentes razones que explican por qué la calidad es una variable estratégica en cualquier plan de gestión de un hospital, un Servicio o una Unidad funcional.⁽²⁰⁾

Los Planes de Calidad están previstos en la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que establece la necesidad de elaborar garantías de seguridad y calidad que deberán ser exigidas para la regulación y autorización por parte de las comunidades autónomas de la apertura y puesta en funcionamiento en su respectivo ámbito territorial de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.⁽²¹⁾

El Plan de calidad tiene presente que el concepto de calidad de un Sistema de Salud incorpora atributos como la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la garantía de que la atención sanitaria se preste en el momento oportuno y también la garantía de que los pacientes tengan una participación informada en las decisiones relacionadas con su salud.

Recomendaciones respecto al concepto de calidad en el Sistema de Salud del referido Plan, en este marco, el Sistema de Información Sanitaria tiene que responder a las necesidades de los siguientes colectivos:

- a) Autoridades sanitarias: la información favorecerá el desarrollo de políticas y la toma de decisiones, dándoles información actualizada y comparativa de la situación y evolución del Sistema Nacional de Salud.
- b) Profesionales: la información irá dirigida a mejorar sus conocimientos y aptitudes clínicas.
- c) Ciudadanos: La información colaborará a mejorar el autocuidado y la utilización de los servicios sanitarios y el conocimiento del funcionamiento correcto.
- d) Organizaciones y asociaciones en el ámbito sanitario, información con la finalidad de promover la participación de la sociedad civil en el Sistema Nacional de Salud.⁽²²⁾

El Sistema de Información es, por lo tanto, uno de los elementos clave para hacer frente a los retos presentes y futuros derivados de nuestra realidad organizativa y de las demandas que plantean los tres

grandes actores que integran el Sistema Sanitario. En primer término, los ciudadanos, que se encuentran más y mejor informados y, por lo tanto, se muestran más exigentes respecto al cuidado de la salud lo que, además, conlleva una mayor demanda de servicios y un gasto creciente. En segundo lugar, los profesionales, cada vez más concienciados en la gestión y en la calidad de los servicios prestados. Por último, las administraciones sanitarias que, en una situación de recursos limitados, deben buscar la eficiencia y la calidad en su objetivo de lograr un buen nivel de salud, dando simultáneamente respuesta a las expectativas de los ciudadanos y profesionales.

La nueva edición del Plan de Calidad confirma que esta es una prioridad para el Ministerio de Sanidad y Política Social y también confirma el compromiso de impulsar la mejora continua del Sistema Nacional de Salud.⁽²²⁾

Otros componentes de la calidad de un sistema de salud son la excelencia clínica, la medicina basada en la evidencia y la seguridad de los pacientes. También forman parte del concepto de calidad la equidad y la utilización eficiente de los recursos.

Según datos del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, se atienden al año en Atención Primaria en España a más de 300 millones de personas y considera que los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) ofrecen una excelente asistencia sanitaria al estar dotados de profesionales y medios adecuados para atender la mayoría de las urgencias médicas que se presentan habitualmente.

El sistema de garantía de calidad en urgencias y emergencias pretende acercar a los profesionales que trabajan en urgencias y emergencias el enfoque de la calidad en nuestra actividad, tanto la calidad científico-técnica de los medios que empleamos en el tratamiento de los pacientes con un problema agudo, de inicio súbito, como la calidad percibida por el paciente. Los Servicios de Urgencias actualmente ofrecen una problemática muy particular, a la que los médicos debemos enfrentarnos a veces a un ambiente cargado de tensión, agresividad y una amarga sensación de impotencia profesional.

La puesta en marcha de los servicios de atención de urgencias y emergencias a nivel extra-hospitalario ha permitido, además de centralizar la coordinación de la atención a los procesos urgentes, aumentar la accesibilidad de los usuarios al sistema sanitario por las facilidades que proporciona este Servicio en relación con horario de asistencia, siendo el domingo y festivo el día de más visitas debido a ser un recurso ofrecido

durante 24 horas de forma continuada y ser el único Servicio disponible durante dichos días además del Complejo Hospitalario como única alternativa, en horario vespertino y nocturno durante los días laborables, posibles dificultades de cita con su médico de cabecera, la fácil accesibilidad ante afecciones agudas, aunque no siempre supongan una situación de urgencia o emergencia; ofrecer solución telefónica a un porcentaje importante de problemas sin necesidad de desplazamiento del paciente a ningún centro asistencial y, finalmente, ofertar un recurso que puede ser útil como medio de difusión de información sanitaria con fines educativos o de salud pública. ⁽¹²⁹⁻¹³¹⁾

En el manual para la Información y Atención al Usuario en el SESCAM, los conceptos básicos en la atención al usuario son:

ACCESIBILIDAD: Facilidad de entrar en contacto con el Servicio o los profesionales, facilidad de acceso físico y telefónico. Es un componente de la calidad de los servicios sanitarios. Incluye aspectos como el horario y los tiempos de espera.

ACTITUD: disposición de una persona hacia algo o alguien. Es parecido al estilo y ambos pueden ser modificados.

ATENCIÓN PERSONALIZADA: Consiste en un modo de atención en el que cada persona es atendida de manera singular e individualizada, en función de sus características propias y sus problemas personales.

ASERTIVIDAD: Estilo de comunicación que emplean aquellas personas capaces de exponer sus puntos de vista de forma flexible, abierta, siendo amable y considerado con las opiniones de los demás, mostrando empatía y capacidad negociadora.

CALIDAD: propiedad atribuida a un servicio, actividad o producto que permite apreciarlo como igual, mejor o peor que otros. Es el grado en que un Servicio cumple los objetivos para los que ha sido creado. La satisfacción de los usuarios es un componente importante de la calidad de los Servicios.

CALIDAD PERCIBIDA: Básicamente consiste en la imagen o el concepto de la calidad de un Servicio que tienen sus usuarios. Incluye aspectos científico-técnicos, (fiabilidad, capacidad de respuesta, competencia profesional...), aspectos relacionados con la relación y comunicación con los profesionales, (trato, amabilidad, capacidad de

escucha, empatía, interés...) y aspectos sobre el entorno de la atención, (ambiente, decoración, comida, limpieza,...).

CAPACIDAD DE RESPUESTA: Hacer las cosas a su tiempo. Agilidad de trámites. Es un componente de la calidad de los servicios sanitarios.

COMPETENCIA: Capacidad y aptitud para realizar una tarea o desempeñar unas funciones de manera correcta y adecuada. Es un componente de la calidad de los servicios sanitarios.

CONFIDENCIALIDAD: Es una característica de la relación profesional-usuario que asegura la intimidad y el secreto de la información que se genera en el proceso asistencial.

EMPATÍA: Es la capacidad de ponernos en el lugar de la otra persona y transmitirlo, para que sepa que comprendemos su situación. Es uno de los rasgos de los profesionales de las instituciones sanitarias más valorados por los usuarios.

EXPECTATIVAS: Se refiere a aquello que los usuarios esperan encontrar cuando acuden a alguno de los Centros. Las expectativas se conforman a través de las experiencias previas o del conocimiento de las experiencias de otras personas; también se forman por lo que dicen los medios de comunicación, así como por los mensajes que transmiten los profesionales sanitarios o los Servicios de Salud. Es muy importante no generar falsas expectativas, ya que ello puede provocar frustración e insatisfacción de los usuarios.

FIABILIDAD: Hacer las cosas bien a la primera. No cometer errores. Es un componente de la calidad de los servicios sanitarios.

GARANTÍA: Acción y efecto de asegurar lo estipulado.

MEJORA: Acciones encaminadas a incrementar la calidad de los Servicios y, por tanto, a incrementar la satisfacción de los profesionales y de los usuarios.

ORIENTACIÓN AL USUARIO/ PACIENTE/ CLIENTE: Se refiere a la forma en que están organizados los Servicios. Los servicios prestados por el SESCAM deben adaptarse a las necesidades e intereses de sus usuarios.

PERCEPCIÓN: Son las conclusiones que obtienen los usuarios sobre la forma en que se le prestan los servicios. Manera de sentir el servicio prestado.

PROFESIONAL: Son todos y cada uno de los empleados públicos que desarrollan su trabajo en el SESCAM: médicos, enfermeras, auxiliares, técnicos, personal sanitario y no sanitario.

SATISFACCIÓN: Estado en el que se encuentran los usuarios cuando al prestarles un servicio determinado quedan cubiertas sus expectativas, o incluso se les da algo más de lo que ellos esperaban encontrar.

USUARIO/ PACIENTE/ CLIENTE: Persona que utiliza, demanda y elige los servicios sanitarios. En torno a él se organizan todos los servicios que se prestan en el SESCAM. Debe ser el eje y centro alrededor del cual se organizan las actividades del sistema sanitario. ⁽⁴¹⁾

2.2.- Métodos de análisis o evaluación de la calidad asistencial

¿Cómo medir la calidad asistencial?

En términos más prácticos y operativos, la calidad se debe definir con criterios o variables que puedan ser medidas. Normalmente estos criterios de calidad pueden expresarse de tres modos: estructura, proceso y resultados. ⁽⁹⁸⁾

2.2.1.- Método de análisis de la estructura

Se centra en el análisis de la estructura física (espacio, utillajes, equipamientos) y organizadora (personal, funciones, etc.) necesaria para impartir una asistencia de calidad.

Son los métodos de más fácil aplicación, ya que las variables son concretas, y también los que miden más indirectamente la calidad asistencial, ya que evalúan directamente la salud. Los métodos de análisis de la estructura presuponen, pero no garantizan, un buen funcionamiento ni una buena asistencia.

El método de análisis de la estructura por excelencia es la acreditación de la estructura física humana y organizadora. ⁽⁹⁸⁾

2.2.2.- Método de análisis del proceso

Como su nombre sugiere, los indicadores de proceso se refieren a qué es lo que se hace con los pacientes y cómo se hace. En ocasiones, los criterios de proceso se ordenan en protocolos que dicen cómo hay que diagnosticar y tratar una determinada enfermedad. Cuando estos protocolos están basados en la evidencia científica, se les llama Guías de Práctica Clínica (GPC).⁽⁷⁷⁻⁸⁰⁾ En el caso del proceso asistencial, estos métodos estudian y evalúan las actuaciones dirigidas a restablecer y mejorar la salud, es decir, están encaminadas a la asistencia a los enfermos.

Uno de los métodos más tradicionales y válidos del análisis del procedimiento asistencial son las denominadas «Sesiones Clínicas», que se basan en un cambio de impresiones entre los propios profesionales.

Otro método de evaluación del proceso serían las denominadas «Comisiones Clínicas», en las que los propios profesionales evalúan su actuación al analizar una serie de variables relacionadas con la calidad asistencial con una periodicidad determinada.

Los métodos de evaluación del proceso son también métodos indirectos, aunque estudian la parte activa del proceso asistencial. Dado que el proceso asistencial queda reflejado en la documentación clínica, ésta es esencial para llevar a cabo estos métodos para una gestión correcta y, en definitiva, una mejora de la calidad asistencial.⁽¹⁴³⁻¹⁴⁷⁾

2.2.3.- Método de análisis de los resultados

Finalmente, los métodos de análisis de los resultados evalúan la calidad asistencial mediante el análisis del producto.

Son, de los tres, los métodos que más directamente evalúan la calidad de la asistencia prestada, ya que estudian directamente el producto final o salud.

Son también los más difíciles de llevar a cabo, por la misma dificultad de definir el término salud, el concepto diferente de salud que

tienen los diversos individuos y colectivos y la dificultad en demostrar que ésta ha sido mejorada.

Estos métodos supondrían, como objetivo final, la evaluación por parte de la administración del tratamiento adecuado para la patología que presentan los enfermos, con un costo más bajo, y también el seguimiento y detección de los posibles efectos secundarios y colaterales, velando en todo momento para que éstos presenten una incidencia mínima y de menor gravedad. ^{(23) (24)}

El concepto de apropiado o adecuado también ha sido explorado desde un punto de vista clínico; con una perspectiva clínica y con un fuerte trasfondo ético, es muy difícil definir lo que es apropiado en medicina, es más sencillo definir lo que es inapropiado. Para ello, Jennett propone cinco razones que ayudan a comprender por qué en algunas circunstancias el uso de una tecnología o procedimiento puede ser inapropiado: 1) si es innecesario, es decir que el objetivo deseado se pueda obtener con medios más sencillos; 2) si es inútil, porque el paciente está en una situación demasiado avanzada para responder al tratamiento; 3) si es inseguro, porque sus complicaciones sobrepasan el probable beneficio; 4) si es inclemente, porque la calidad de vida ofrecida no es lo suficientemente buena como para justificar la intervención; y 5) si es insensato, porque consume recursos de otras actividades que podrían ser más beneficiosas. ⁽⁶⁷⁾

2.3.- Objetivos y medidas de la calidad asistencial

El principal objetivo del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud es dar respuesta a los retos que tiene planteados el Sistema Nacional de Salud, es analizar la relación entre las variables calidad, satisfacción, imagen, confianza y lealtad en el contexto de un Servicio de Urgencias, incrementando la cohesión del Sistema; garantizando la equidad en la atención sanitaria a los ciudadanos, con independencia del lugar en el que residan; y asegurando que esta atención sea de la máxima calidad. La confianza se alcanza sobre todo por medio de la calidad percibida.

La opinión de los pacientes es un resultado que nos aporta información sobre el grado en que estos sienten que el servicio recibido ha cumplido con las expectativas. Precisamente estas expectativas tienen

peculiaridades según el lugar donde se presta la asistencia. En nuestro Servicio, las expectativas son algo peculiares, el usuario o paciente es poco frecuente que sea atendido por el mismo profesional en las diferentes visitas, puede coincidir, pero esta coincidencia puede estar separada por un período más o menos largo de tiempo, y generalmente por otra patología. El contacto con el paciente o usuario generalmente es breve y a veces con cierta carga de ansiedad, con cierto grado de cansancio y normalmente con difícil seguimiento del proceso. Además supone una actividad muy importante en los centros hospitalarios, así como la primera línea de contacto de muchos con el sistema hospitalario, y la puerta de entrada al mismo.⁽¹⁸⁾

El estudio de la calidad asistencial, a través de encuestas de satisfacción se ha convertido en un instrumento de valor creciente en la investigación en servicios sanitarios.

La finalidad de esta investigación es evaluar la satisfacción de los usuarios del Servicio de Urgencias, pretende establecer una aproximación superficial a la complejidad que supone la equiparación de 2 conceptos como son: Satisfacción del usuario en el Servicio de Urgencias y la Calidad de la asistencia. Además, evaluar la capacidad instalada de la institución, teniendo en cuenta la oferta y la demanda actual y así programar el mejoramiento de los procesos de atención del Servicio; y de esta manera asegurar que todos los usuarios reciban la atención adecuada con calidad y calidez.⁽²⁵⁾

La satisfacción del usuario es un instrumento útil para valorar el proceso asistencial, ya que proporciona información sobre la calidad percibida y a su vez se puede incorporar como medida de mejora de dicha calidad.⁽¹²¹⁾ Cada institución debe validar sus propios instrumentos de evaluación de la satisfacción, para de esta manera contar con instrumentos de calidad que le permitan tomar decisiones.⁽²⁶⁾

La satisfacción puede definirse como “la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario”, y así el usuario está satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas.⁽¹²³⁻¹²⁴⁾ Esta satisfacción va a identificar por lo menos tres dimensiones diferentes de la atención: la ciencia de la medicina (aspectos técnicos), el arte de la asistencia (procesos comunicativos) y las comodidades de la asistencia.⁽¹²²⁾ Ya que para el usuario la calidad depende principalmente de su interacción con el personal de salud, de atributos como tiempo de espera, buen trato, accesibilidad, privacidad y sobretodo obtener el servicio adecuado. Esta

satisfacción del paciente es entendida como una componente de la calidad de los servicios de salud que refleja la habilidad de los profesionales para identificar las necesidades y expectativas de sus pacientes.⁽⁵¹⁾

La satisfacción del usuario depende no sólo de la calidad de los servicios sino también de sus expectativas. El usuario está satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas.⁽¹³²⁾ Si las expectativas del usuario son bajas o si el usuario tiene acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede ser que esté satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes. Cuando el usuario percibe la calidad de manera equivocada, sus expectativas pueden influir en el comportamiento de los prestadores de servicios y, de hecho, reducir la calidad de atención.⁽²⁷⁾⁽¹³⁵⁻¹³⁸⁾

La satisfacción se refiere a la complacencia del usuario en función de sus expectativas por el servicio recibido, y la del trabajador de salud por las condiciones en las cuales brinda el servicio. La satisfacción es una medida importante de resultado del proceso asistencial, además es un buen predictor del cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes y de la adhesión a la consulta y al proveedor de servicios.⁽²⁵⁾⁽¹³³⁻¹³⁴⁾

Se ha comprobado que un paciente satisfecho se muestra más predispuesto a seguir las recomendaciones médicas y terapéuticas y, por tanto, a mejorar su salud.⁽¹¹³⁾

En las últimas décadas, la comunicación ha emergido como un componente esencial para la salud y el bienestar y como un recurso técnico que interviene en la calidad de la atención de salud.⁽¹⁰²⁾

La propia Organización Mundial de la Salud considera la habilidad para comunicarse bien como una cualidad muy importante para la vida saludable (OMS, 1993) y no faltan voces que, desde diferentes ópticas, señalan la influencia que la comunicación tiene en la relación entre proveedor y paciente y su pertinencia para proveer de cuidados de calidad. La capacidad para comunicarse bien, aparte de estar implicada en el efecto placebo y en la adherencia a los tratamientos médicos, puede incrementar la efectividad de los tratamientos antidepresivos en Atención Primaria y hasta puede prevenir las denuncias y demandas por mala práctica.⁽¹⁰²⁾⁽¹³⁹⁾

La comunicación es una de las habilidades necesarias de los profesionales sanitarios, sobre todo en una sociedad en la que se ha ido

perdiendo la desigualdad socio-cultural que existía anteriormente entre médicos y pacientes para ir en busca de una mayor empatía, siendo un valor que desempeña un papel esencial para sostener la confianza, como reto importante en salud.

Es tal la relevancia de la comunicación en la atención de salud que organizaciones médicas y de enfermería demandan la capacitación en este ámbito como recurso técnico en su formación.

Desde la pediatría se enfatiza la necesidad de entrenamiento en habilidades para comunicación interpersonal.⁽¹⁰³⁾

Han aparecido en los últimos años revistas especializadas sobre comunicación en el ámbito de la salud y no faltan organizaciones internacionales que promueven la comunicación como objeto de estudio.

En septiembre de 2001 fue creada la Asociación Europea para la Comunicación en la Atención de Salud, una organización multidisciplinaria integrada por investigadores, docentes y profesionales de la salud a los que les unía la convicción de la necesidad y el valor terapéutico de una comunicación de alta calidad en la atención de salud. Esta organización surge en un marco social y cultural en donde las relaciones proveedor de servicios de salud y usuarios han cambiado desde un enfoque paternalista a un enfoque más de cooperación en el que el paciente o usuario cobra más autonomía y asume más responsabilidad en la toma de decisiones en relación con su cuidado. El diálogo y la negociación adquieren valores importantes en la atención de salud hasta el punto de considerarse la comunicación en salud como un asunto central en la atención de salud. Esta asociación viene desarrollando en los últimos años una abundante actividad en formación, investigación y divulgación en el ámbito de la comunicación, por lo que se refiere a España.⁽¹⁰³⁻¹⁰⁶⁾

En los últimos años, el estudio de satisfacción de los usuarios, con respecto a los servicios sanitarios, se ha convertido en un instrumento de valor creciente. El hecho de que se acepte que la satisfacción del paciente es un resultado importante del trabajo realizado por los profesionales justifica que ésta se haya incorporado como una medida de calidad.⁽¹⁰⁷⁾ El análisis de la satisfacción también se está utilizando como instrumento⁽¹⁰⁸⁾ para legitimar las diferentes reformas sanitarias.⁽¹⁰⁹⁾ La evaluación de la satisfacción del paciente forma también parte del proceso de prevención y como tal permite identificar las disfunciones existentes en la organización, así como contribuir al impulso de la mejora de la calidad.⁽⁴⁹⁾

Existe una relación entre la satisfacción del paciente y los resultados clínicos, de forma que un elevado grado de satisfacción permite una mejor relación entre el paciente y el profesional de la salud. La selección de los servicios de salud, por parte de los clientes, es un indicador objetivo en la satisfacción de dichos servicios. Si bien, no debemos olvidar que los servicios de salud son multidimensionales y muchos de los medios empleados para medir la satisfacción muestran las preferencias relativas de los consumidor ante diferentes atributos. ⁽⁵⁰⁾

Se ha demostrado mediante diferentes estudios que la satisfacción es un buen predictor del cumplimiento del tratamiento por parte de los usuarios, y es también un instrumento útil a la hora de evaluar las consultas y los modelos de comunicación, y así mismo se ha demostrado que la opinión del paciente puede utilizarse sistemáticamente para mejorar la organización de los Servicios. ⁽¹¹⁰⁾ Otra idea que se ha generalizado es aquella que propugna que el éxito de una organización depende de la capacidad de satisfacer las necesidades de sus clientes, hasta tal punto, que se ha llegado a modificar la definición de calidad.

Carl-Hill probó que la satisfacción con la atención médica está influida por el grado en que la actuación del médico se corresponde con la expectativa del paciente. ⁽⁹⁹⁾

Algunas investigaciones añaden que una experiencia mala influye en la satisfacción del paciente más que tener experiencias buenas.

Desde la perspectiva del paciente, el médico tiene tres funciones:

- una, curar a veces;
- dos, aliviar a menudo;
- y tres, consolar siempre,
- a la primera se la denomina ciencia de la medicina y a las otras dos se las denomina arte. ⁽¹⁰⁰⁾

En general, se identifican tres aspectos que los pacientes valoran de la asistencia sanitaria:

- uno, el aspecto instrumental (aplicación de los conocimientos técnicos y capacidad de resolver problemas),
- dos, el expresivo (comportamiento respecto a los aspectos afectivos de la relación)
- y tres, la comunicación (dar y recibir información). ^{(28) (101)}

3.- Calidad de vida de los pacientes

3.1.- Concepto

La calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida.

Según la OMS, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".⁽²⁹⁾

El concepto de calidad de vida en términos subjetivos, surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos. La calidad de vida tiene su máxima expresión en la calidad de vida relacionada con la salud. Las tres dimensiones que global e íntegramente comprenden la calidad de vida son:

- Dimensión física: Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.
- Dimensión psicológica: Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas, como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.
- Dimensión social: Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida, como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral.⁽²⁹⁾

Características de la calidad de vida:

- Concepto subjetivo: Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad.
- Concepto universal: Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.
- Concepto holístico: La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el modelo biopsicosocial. El ser humano es un todo.
- Concepto dinámico: Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en períodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos.
- Interdependencia: Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales. ⁽²⁹⁾

La Medicina y los recursos económicos, políticos y sociales del mundo occidental ha conseguido aumentar la esperanza de vida dando años a la vida. El objetivo de la Medicina (y de la sociedad) a partir de las últimas décadas del siglo XX es dar vida a todos y cada uno de los años, es decir, aumentar la calidad de vida.

3.2.- Medida de la calidad de vida

- Medidas de Incapacidad Funcional y Menoscabo:
 - Índice de Katz.
 - Medida de Independencia Funcional.
 - Escala Plutchik de valoración geriátrica.
 - Índice de actividad de Duke.
 - Entrevista sobre el deterioro de las actividades cotidianas en pacientes con demencia.
- Medidas de Bienestar Psicológico y Salud Mental:
 - Cuestionario de Salud General.

- Índice de Bienestar Psicológico.
- *Hospital Anxiety and Depression Scale*.
- Cuestionario de Incapacidad de Sheehan.
- Inventario de Experiencias de Duelo.
- Inventario Texas Revisado de Duelo.
- Cuestionario de Salud del Paciente.
- Escala de Calidad de Vida para Depresión.
- Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida.
- Medidas de Salud Social:
 - Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK.
 - Índice de Ajuste Psicosocial.
 - Cuestionario de Función Familiar Apgar-Familiar.
 - Entrevista Manheim de Apoyo Social.
- Medidas de Dolor:
 - Cuestionario del Dolor.
 - Escala de Incapacidad por Dolor Lumbar de Oswestry.
 - Escala de Dolor-Función de la Cadera.
 - Cuestionario de Dolor Cervical.
- Medidas genéricas de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad:

- Perfil de Salud de Nottingham.
- Cuestionario de Evaluación Funcional Multidimensional OARS.
 - Cuestionario de Calidad de Vida para Ancianos.
 - Cuestionario de Calidad de Vida.
 - El Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos.
 - EuroQoL-5D.
 - Láminas COOP-WONCA.
 - Cuestionario de Salud SF-36.
 - Índice de Calidad de Vida de Spitzer.
 - Cuestionario de Calidad de Vida Infantil AUQUEI.
 - WHOQOL-100 y WHOQOL-BREF.
- Medidas de calidad de vida relacionada con el cáncer:
 - Escala de Karnofsky.
 - Escala ECOG.

- Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC QLQ-C30.
- Cuestionario de Calidad de Vida para Cáncer de Pulmón de la EORTC QLQ-LC 13.
- Cuestionario de Calidad de Vida para Tumores de Cabeza y Cuello de la EORTC.
- Cuestionario Rotterdam Symptom Checklist.
- Escala de Calidad de Vida para Niños Oncológicos.
- Escala de Calidad de Vida POQOLS para Niños con Cáncer.
- Cuestionarios sobre enfermedades cardiovasculares:
 - Cuestionario Español de Calidad de Vida en Pacientes Postinfarto.
 - Cuestionario de Calidad de Vida en Hipertensión Arterial (CHAL).
 - Cuestionario de Calidad de Vida en Hipertensión Arterial (MINICHAL).
 - Cuestionario de Calidad de Vida para la Insuficiencia Venosa Crónica.
- Cuestionarios sobre enfermedades dermatológicas:
 - Índice de Calidad de Vida en Dermatología.
 - Cuestionario Dermatológico de Calidad de Vida Skindex-29.
- Cuestionario sobre Aparato Digestivo:
 - Cuestionario de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal.
 - Cuestionario de Calidad de Vida para los Familiares que Viven con Pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal.
 - Cuestionario de Gravedad en Dispepsia.
 - Cuestionario sobre Calidad de Vida Asociado a Dispepsia.
- Cuestionarios sobre enfermedades endocrinas:
 - Cuestionario de Calidad de Vida en la Diabetes.
 - Cuestionario de Salud para el Déficit de Hormona del crecimiento.
 - Cuestionario de Calidad de Vida en Pacientes con Acromegalia.
- Cuestionarios sobre VIH:
 - Cuestionario MOS-HIV.
 - Cuestionario MQOL-HIV.

- Cuestionario de Evaluación de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en VIH/SIDA.
- Cuestionarios sobre Medicina Intensiva:
 - Cuestionario de Calidad de Vida-Dependencia Funcional en Medicina Intensiva.
 - Cuestionario de Calidad de Vida para Pacientes Quemados.
- Cuestionarios sobre enfermedades neurológicas:
 - Cuestionario de Calidad de vida para la Enfermedad de Parkinson.
 - Escala de la Marcha para Enfermedad de Parkinson.
 - Escala Intermedia de Valoración para la Enfermedad de Parkinson.
 - Escala de Calidad de Vida FEGEA para el Adulto con Epilepsia.
 - Escala de Calidad de Vida del Niño con Epilepsia.
 - Cuestionario de Calidad de Vida en Pacientes con Epilepsia.
 - Calidad de Vida en Esclerosis Múltiple.
- Cuestionarios sobre aparato osteoarticular:
 - Cuestionario QUALEFFO para Mujeres con Fractura Vertebral debida a Osteoporosis.
 - Cuestionario de Calidad de Vida para Osteoporosis.
 - Cuestionario WOMAC.
 - Cuestionario de Evaluación Funcional para Enfermos Reumáticos.
 - Perfil CAVIDRA.
 - Cuestionario de Calidad de Vida en Pacientes con Osteoporosis.
- Cuestionarios sobre Aparato Respiratorio:
 - Cuestionario Respiratorio Saint George.
 - Cuestionario de la Enfermedad Respiratoria Crónica.
 - Cuestionario de Calidad de Vida en el Asma.
 - Inventario Revisado de Conductas Problemáticas Asociadas al Asma.
 - Listado de Síntomas del Asma.
 - Cuestionario de Calidad de Vida en Pacientes Adultos con Asma.

- Cuestionario de Calidad de Vida para Niños con Asma.
- Cuestionarios en Urología:
 - Cuestionario de la Enfermedad Renal.
 - Cuestionario IPSS.
 - Cuestionario para la Evaluación de la Calidad de Vida en Pacientes con Incontinencia Urinaria.
- Otros cuestionarios:
 - Cuestionario de Calidad de Vida de los Cuidadores Informales.
 - Escala de Sobrecarga del Cuidador.
 - Cuestionario de Calidad de Vida en Mujeres Postmenopáusicas.
 - Escala de Síntomas del Envejecimiento Masculino.
 - Cuestionario del Impacto Funcional del Sueño.
 - Escala de Somnolencia Epworth.⁽²⁹⁾

II.- Objetivos

a.- Objetivo principal

- Valorar la calidad asistencial de un Punto de Atención Continuada (PAC) urbano.

b.- Objetivos secundarios

- Determinar las patologías más frecuentes asistidas en un PAC.
- Determinar la frecuentación en consulta en un PAC.
- Determinar el número de asistencias en el domicilio o vía pública de un PAC.
- Determinar el número de consultas telefónicas.
- Determinar el número de derivaciones al hospital.

III.- Material y Métodos

a.- Material

- ✓ PAC, Punto de Atención Continuada o propio centro como Unidad física de atención al usuario.
- ✓ Encuestas realizadas por personas asistentes al Centro sobre satisfacción respecto al Centro y al personal sanitario.
- ✓ Encuestas sobre calidad de vida de pacientes que acuden al Centro
- ✓ Estudio de motivos de consulta, diagnósticos, tratamientos, patologías crónicas y tratamientos crónicos más habituales de pacientes elegidos aleatoriamente.

Albacete tiene una población total entre capital y pedanías, de 171.107 habitantes; de los cuales 86.638 son mujeres y 84.469 son hombres, según datos proporcionados por el ayuntamiento de Albacete a 1 de Enero de 2011, año en el cual se ha efectuado este estudio.

Existen 2 hospitales públicos para asistencia sanitaria. Los Servicios de Urgencia hospitalarios prestan asistencia durante las 24 horas del día.

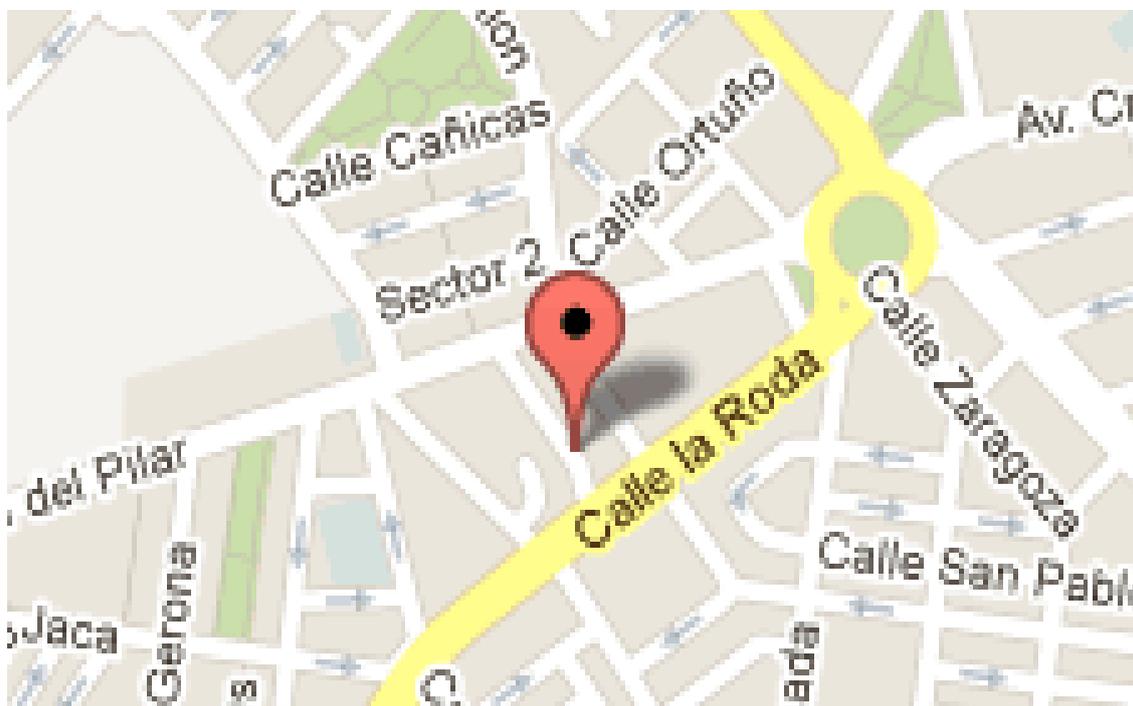
El acceso a los Servicios de Urgencias hospitalarios se debe realizar cuando así lo decida el médico de su Centro de Salud o del Punto de Atención Continuada o cuando una situación clínica repentina precise una atención inmediata, por razones de riesgo vital, con medidas terapéuticas exclusivas del medio hospitalario y la persona acuda directamente, y en la provincia otros 3 que cubren cierta asistencia de diferentes zonas rurales del mismo modo.

En Albacete capital la asistencia extrahospitalaria la cubre un Punto de Atención Continuada, servicio sanitario que ofrece una disponibilidad a lo largo de las 24 horas del día y durante los 365 días del año, no solo para garantizar la atención de las urgencias sino también para el mantenimiento de la asistencia sanitaria dentro y fuera de los horarios laborales habitualmente establecidos con carácter general, en un medio urbano, aunque comprende ciertas zonas rurales próximas circundantes, adscritas a Centros de Salud de la población urbana.

El Servicio de Urgencias de Atención primaria, S.U.A.P, de Albacete está ubicado en el centro de salud zona VII, para atender todas las demandas producidas en la población correspondiente a Albacete y las

poblaciones colindantes adscritas, es el Punto de Atención Continuada (PAC) o lugar al que se puede acceder en caso de precisar atención sanitaria que no pueda esperar a una próxima cita con su médico de Atención Primaria en su Centro de Salud. Actualmente existen 8 Centros de Salud.

Ubicación del PAC:



Calle Indira Gandhi, 0 CP: 02006 Albacete. Teléfono 967 22 24 00

Por este tipo de asistencia entendemos tanto la realizada *in situ*, como externa en el domicilio, en la vía urbana e interurbana, como el transporte asistido de algunos pacientes a hospitales de referencia, mediante ambulancia convencional, medicalizada o UVI, solicitando distinto tipo según la valoración o criterios.

Para el desarrollo de estas funciones en el Centro de Albacete existe un personal específico formado por 13 médicos de familia, 11 enfermeros, 4 celadores, así como M.I.R., en turnos rotatorios horarios y diarios, durante todos los días de la semana.

Los Servicios que prestan Atención Continuada Extrahospitalaria son fundamentales dentro del sistema sanitario, ya que atienden gran número de problemas de salud que se presentan fuera del horario de consulta del médico de cabecera.

Desde las 8 horas hasta las 15 horas que se abre el Centro hay un equipo (médico y enfermero) que trabaja a puerta cerrada, localizado, de lunes a sábado, excepto festivos, solo para asistencia en el domicilio, en la

vía urbana o interurbana , solicitada por Centros de Salud , por 112, Policía Nacional o Local o Guardia Civil .

A partir de dicha hora el Centro está abierto con varios equipos para todos los tipos de asistencia antes mencionados hasta las 9 horas del día siguiente, excepto domingos y festivos que permanece abierto 24 horas.

Este Centro de Urgencias de Atención Primaria o Punto de Atención Continuada actualmente, como estructura física, cuenta con las siguientes dependencias: un área específica para pacientes y usuarios, que consta de:

- Área específica para pacientes:
 - Dos salas de espera.
 - Tres consultas médicas.
 - Una consulta de críticos.
 - Una sala de curas de enfermería.
 - Una sala de tratamientos cortos y observación.
 - Aseos.
 - Recepción.

- Área específica para personal sanitario:
 - Sala de estar.
 - 6 Dormitorios.
 - Aseos.
 - Almacén de material y medicación.

Acceso al Servicio de Urgencias, vista desde la calle Indira Gandhi



Figura 1. Puerta de acceso

Acceso de vehículos y ambulancias al Servicio de Urgencias



Figura 2. Vehículo disponible

Entrada principal al Centro de Urgencias



Figura 3. Entrada al centro

Mostrador de recepción donde el celador recoge la tarjeta sanitaria y datos del paciente y datos del paciente

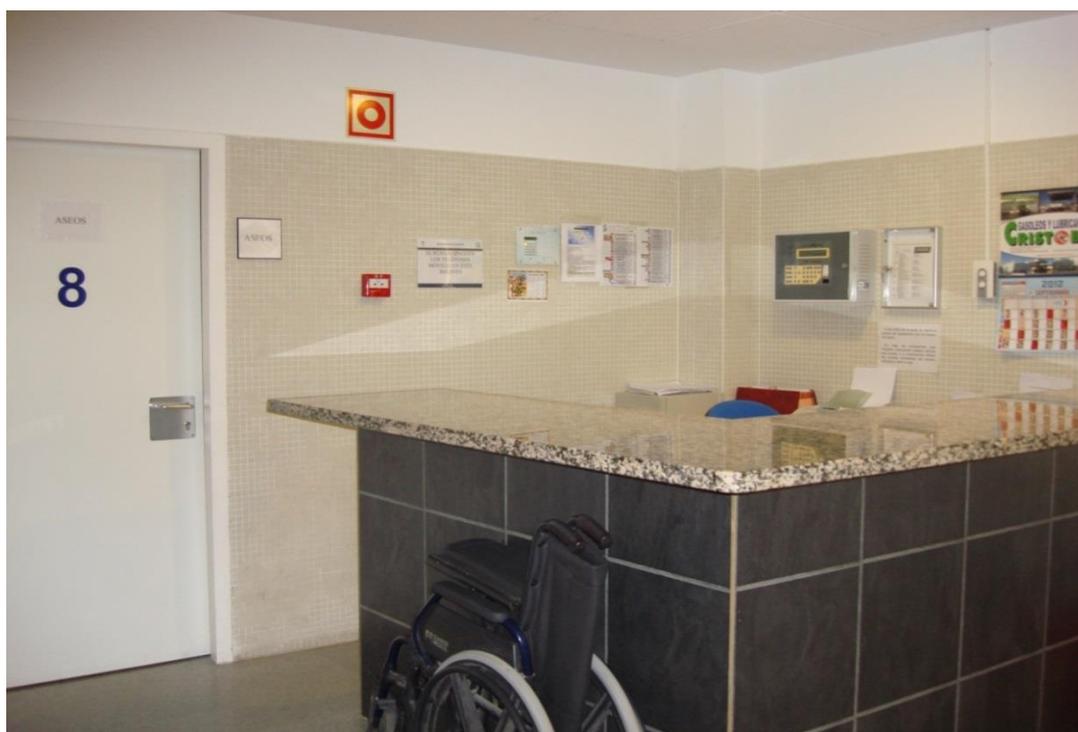


Figura 4. Recepción

Sala de espera principal, a la entrada del Centro de Urgencias



Figura 5. Sala de espera

Aseo para pacientes y acompañantes



Figura 6. Aseos

Sala de aerosoles



Figura 7. Sala de aerosoles

Sala para tratamientos de enfermería



Figura 8. Sala de curas

Consulta para pacientes críticos, con electrocardiograma, monitor y tratamientos de patologías más graves



Figura 9. Sala de críticos

Sala de observación y tratamientos cortos donde permanece el paciente un espacio de tiempo.



Figura 10. Sala de observación

Detalle de la consulta de atención médica



Figura 11. Consulta

Vista de otra consulta médica



Figura 12. Consulta

Sala de estar para el personal sanitario de guardia



Figura 13. Sala de estar

Dormitorio para el personal sanitario de guardia



Figura 14. Dormitorio

Una vez que el paciente llega al Centro se identifica normalmente con la tarjeta sanitaria, o de algún otro modo si en ese momento no dispone de ella. Con esto queda incluido en un listado para ser atendido por un facultativo.

La asistencia sigue un modelo de historia clínica informatizada que supone el estudio de la tipología de las patologías y problemas de salud atendidos, y permite analizar con archivo de historias clínicas, de episodios anteriores, antecedentes, patologías previas, hora de llegada y de asistencia, destino final del paciente y de patología atendida, codificada y agrupada en grupos diagnósticos CIP9. (*Figuras 15,16 y 17*)

CIAP Clasificación Internacional de AP:

A.- Problemas generales e inespecíficos.

B.- Sangre, órganos hematopoyéticos.

C.- Sistema inmunitario.

D.- Aparato digestivo.

E. - Ojo y anejos.

G.- Aparato circulatorio.

H.- Oído.

I. - Aparato locomotor.

J.- Sistema Nervioso.

K.- Problemas psicológicos.

L.- Aparato Respiratorio.

M.- Piel y faneras.

N.- Aparato endocrino.

O.- Metabolismo.

P.- Nutrición.

Q.- Aparato Urinario.

R.- Embarazo.

S.- Parto.

T.- Puerperio.

U.- Planificación familiar.

V.- Aparato genital femenino.

W.- Aparato genital masculino.

X.- Problemas sociales. ⁽³⁹⁾

Con lo cual a su vez se puede hacer cierto seguimiento de un paciente que ha sido atendido por esta vía y al que es fácil que no lo vuelva a atender el mismo médico en urgencias.

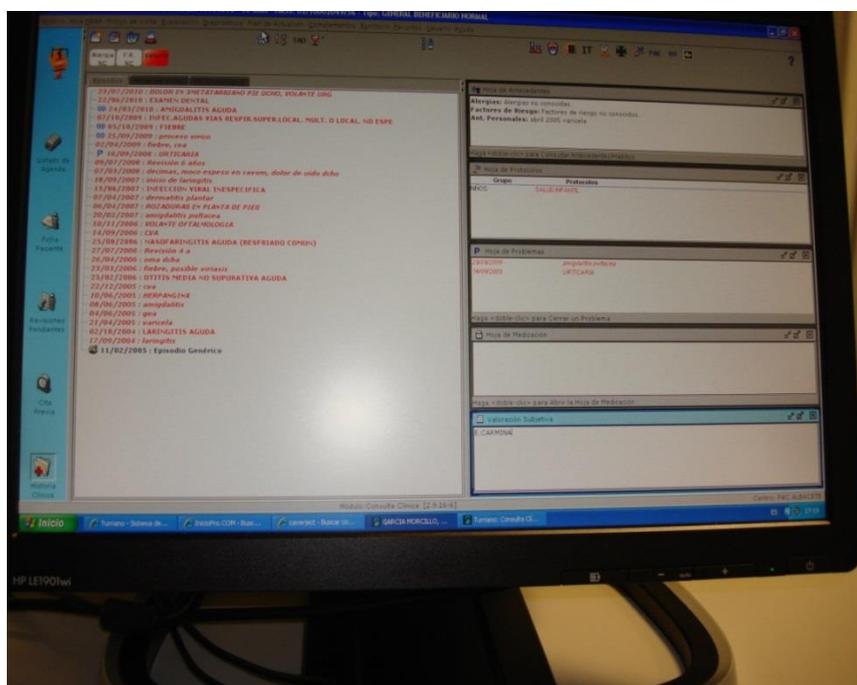


Figura 15. Visitas, antecedentes y datos de interés del paciente

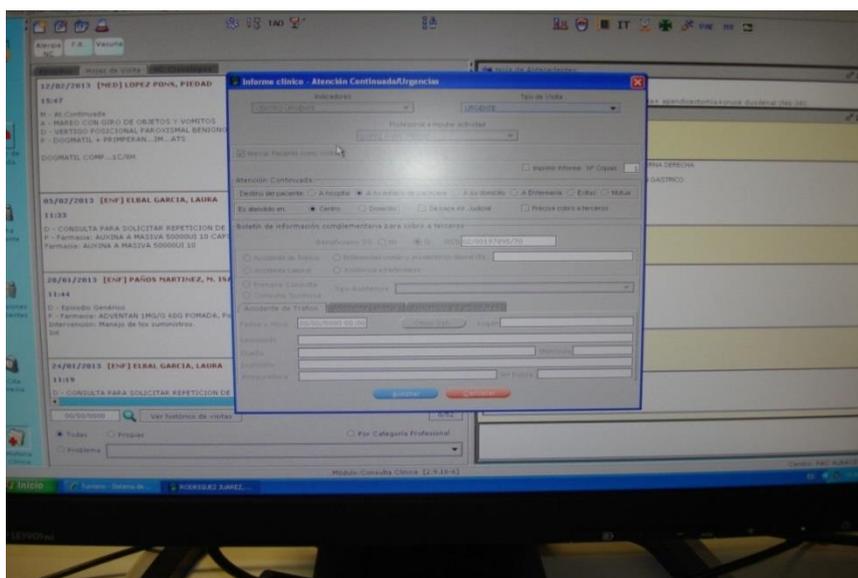


Figura 16. Informe clínico

Formulario de Informe Clínico - Atención Continuada / Urgencias. Incluye campos para datos personales (Nombre y Apellidos, CIP, Teléfono, Domicilio, Médico de Cabecera), NASS, Fecha de Nacimiento, Fecha, Hora, Antecedentes Familiares, Alergias conocidas, Medicación en Uso, Motivo, Anamnesis y exploración, Juicio Diagnóstico, Tratamiento aplicado, Destino del paciente (Atendido en el centro, En domicilio, Se hace inf. Judicial) y firmas del paciente y acompañante.

Figura 17. Informe clínico que se entrega al paciente

Formulario de Hoja de Urgencias manual. Incluye campos para datos personales (Médico de Cabecera, N.º Registro, Nombre y Apellidos, Edad, Sexo, Motivo de Consulta, Presión Arterial, Pulso, Temperatura, Anamnesis y Exploraciones (Resumen)), Hora, N.º S.S., Impresión Diagnóstica, Tratamiento, Remitido a Hospital (Sí/No), Fecha, N.º de Colegiado.

Figura 18. Hoja de Urgencias manual

Como se puede ver en la figura anterior (*figura 18*) también existe un modelo de Historia Clínica con Hoja de Asistencia manual que es entregada al paciente, con copia que queda conservada en el Centro. Estas hojas de asistencia manuales son las utilizadas en asistencia en el domicilio o en la vía pública, en toda actividad asistencial fuera del Centro, independientemente que luego se pasen los datos a la Historia Informatizada de la persona atendida.

El médico/a responsable de su asistencia le entregará un Informe en el momento del alta que debe presentar a su médico de cabecera para el seguimiento de su dolencia, continuidad del tratamiento, de los cuidados o curas, así como para tramitar su baja laboral si ésta fuese necesaria.

En ocasiones, puede considerar que necesite acudir a la consulta del especialista en el hospital, en este caso se le indicará esta recomendación a su médico de cabecera para solicitar su cita para la correspondiente consulta.

Después de la atención en el Servicio, puede ser necesario su remisión a un hospital cualquiera de los hospitales que integran el Complejo Hospitalario, en este caso el médico lo indicará en el Informe que se tramitará en el Servicio de Admisión de Urgencias. Puede ocurrir que por las características de su enfermedad la atención sea hecha en su domicilio por el equipo de profesionales del Servicio, entregándole también su Informe. Esta remisión puede ser por medios propios, o ajenos, solicitándolos al Centro coordinador 112, en ambulancia, o en algunos casos en UVI, según lo que considere el personal asistencial.⁽³⁰⁾

b.- Recogida de datos

- ✓ Datos globales de, número total de asistencias, distribución por meses y diferentes tipos de asistencia, frecuentación según edades y sexo del total de usuarios durante un año.
- ✓ Datos de las encuestas de satisfacción y de calidad de vida realizadas a 300 personas anónimas
- ✓ Datos clínicos, sobre motivos de consulta, diagnóstico, tratamientos más habituales utilizados o prescritos, patologías crónicas y tratamientos crónicos más habituales entre 300 personas elegidas al azar entre las personas atendidas durante un año.

ENCUESTAS REALIZADAS

- ENCUESTA DE SATISFACCION

Preguntas:

- 1.- Amabilidad del personal.
- 2.- Apariencia del personal.
- 3.- Comprensión de necesidades.
- 4.- Confianza y seguridad.
- 5.- Disposición para la ayuda.
- 6.- Tiempo de espera.
- 7.- Comodidad en las consultas.
- 8.- Información que da el médico.
- 9.- Interés por resolver consulta.
- 10.- Señalización extrahospitalaria (externa del centro).
- 11.- Preparación del personal.
- 12.- Puntualidad de consultas.
- 13.- Rapidez de respuesta.
- 14.- Señalización intrahospitalaria (interna del centro).

Respuestas:

- 1.- Mala.
- 2.- Normal.
- 3.- Buena.
- 4.- Excelente.

- ENCUESTA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA SF12 DE LAS PERSONAS QUE ACUDEN AL CENTRO

Preguntas:

- 1.- Limitación para realizar actividades cotidianas.
- 2.- Limitación para subir varios pisos.
- 3.- Hacer menos de lo que hubiera querido hacer debido a la salud física.
- 4.- Dejar de hacer algunas tareas debido a la salud física.
- 5.- Dificultad en el desempeño de actividades debido al dolor.
- 6.- Interferencias en las actividades sociales debido a problemas físicos o emocionales.
- 7.- Hacer menos de lo que hubiera querido hacer por problemas emocionales.
- 8.- Peor desempeño de actividades cotidianas por problemas emocionales.
- 9.- Se siente calmado y tranquilo.
- 10.- Se siente desanimado y triste.

Respuesta:

- 1.- Nunca.
- 2.- A veces.
- 3.- A menudo.
- 4.- Siempre.

Datos clínicos

Los cuestionarios estructurados con datos clínicos son los siguientes:

- ❖ Los motivos de consulta y diagnóstico han sido clasificados del siguiente modo:

1.-Aparato respiratorio

1.1. -Vías altas

- 1.1.1. - Infección de vías altas.
- 1.1.2. - Amigdalitis.
- 1.1.3. - Otitis.
- 1.1.4. - Sinusitis.
- 1.1.5. - Faringitis.
- 1.1.6. - Laringitis.
- 1.1.7. - Tos.
- 1.1.8. - Rinorrea.
- 1.1.9. - Gripe y catarro de vías altas.
- 1.1.10. - Alergia.
- 1.1.11. - Faringo-amigdalitis.

1.2.-Vías bajas

- 1.2.1. - Infección de vías respiratorias bajas.
- 1.2.2. - Bronquitis.
- 1.2.3. - Bronquiolitis.
- 1.2.4. - Asma, crisis asmática.
- 1.2.5. - Disnea.
- 1.2.6. - EPOC.

2.- Dermatología

2.1.- Heridas y quemadura.

2.2.- Patología ungueal.

2.3.- Urticaria.

2.4.- Micosis.

2.5.- Herpes.

2.5.1.- Zoster.

2.5.2.- Simple.

2.6.- Dermatitis y eczema.

2.7.- Aftas.

2.8.- Alergias.

2.9.- Picaduras de insecto.

2.10.- Celulitis y abscesos.

3.- Aparato circulatorio

3.1.- Cardiopatía.

3.2.- Dolor torácico o precordial.

3.3.- Hipertensión, crisis hipertensiva.

3.4.- Insuficiencia circulatoria periférica.

3.5.- Insuficiencia venosa profunda.

3.6.- Hemorragias.

3.7.- Hemorroides.

3.8.- Bloqueo de rama.

3.9.- Extrasístoles.

4.- Aparato digestivo

4.1.- Dolor abdominal.

4.2.- Patología intestinal, colon irritable, enf de Crohn, colitis ulcerosa.

4.3.- Dispepsia.

4.4.- Vómitos y nauseas.

4.5.- Diarrea, melena, fisura anal.

4.6.- Gastroenteritis aguda.

4.7.- Estreñimiento.

4.8.- Apendicitis.

4.9.- Cólico biliar.

4.10.- Gastritis.

4.11.- Abdomen agudo.

5.-Sistema nervioso

5.1.- Sistema nervioso central

5.1.1.-Cefaleas.

5.1.2.-Mareos.

5.1.3.-Vértigo central.

5.1.4.-Ansiedad.

5.1.5.-Depresión.

5.1.6.-Patología psiquiátrica.

5.1.7.-Parkinson.

5.1.8.-Accidente cerebro-vascular.

5.2.- Sistema nervioso periférico

5.2.1.-Mareo.

5.2.2.-Síncope.

5.2.3.-Vértigo.

6.- Oftalmología

6.1.- Ulcera corneal.

6.2.- Orzuelo.

6.3.- Blefaritis.

6.4.- Conjuntivitis.

6.4.1.-Infecciosa.

6.4.2.-Alérgica.

6.5. - Cuerpo Extraño.

6.6. – Blefaroconjuntivitis.

7.- Aparato Genitourinario

- 7.1.- Infección de vías urinarias.
- 7.2.- Dismenorrea.
- 7.3.- Cólico nefrítico.
- 7.4.- Dolor en hipogastrio o fosa renal.
- 7.5.- Metrorragia.
- 7.6.- Método anticonceptivo.
- 7.7.- Micosis.
- 7.8.- Disuria y Hematuria.
- 7.9.- Infección genital.

8.- Aparato Locomotor

- 8.1.- Cervicalgia.
- 8.2.- Dorsalgia.
- 8.3.- Lumbalgia.
- 8.4.- Lumbociática / Ciática.
- 8.5.- Esguince, contusión, torcedura, tendinitis de miembros inferiores.
- 8.6.- Traumatismos. Fracturas, Luxaciones.
- 8.7.- Hombro doloroso.
- 8.8.- Gonalgia.
- 8.9.- Talalgia / Metatarsalgia.
- 8.10.- Esguince, contusión, torcedura, tendinitis de miembros superiores.
- 8.11.- Odontalgias
 - 8.11.1.- Flemón.
 - 8.11.2.- Caries.
 - 8.11.3.- Enfermedad periodontal.

9.- Sistema Endocrino

9.1.-Hiperglucemia.

9.2.-Hipoglucemia.

9.3.-Hiperuricemia/Crisis gotosa.

10.- Fiebre.

11.- Malestar general.

❖ Los tratamientos aplicados o prescritos en Urgencias han sido clasificados del siguiente modo:

1.- Analgésicos.

1.1.- Vía parenteral.

1.2.- Vía oral.

2.- Antitérmicos.

3.-Hipotensores.

4.-Antibióticos.

4.1.- Tópico.

4.2.- Vía oral.

4.3.- Vía parenteral.

5.- Antiulcerosos, protectores gástricos, procinéticos.

6.- Antieméticos.

7.-Tratamientos en patología anorrectal y del tránsito intestinal.

8.- Sueroterapia e Hidratación.

9.- Suero, dieta, medidas posturales e higiénicas.

10.- Broncodilatadores y antiasmáticos inhalados.

11.- Corticoides.

11.1.-Inhalados.

11.2.- Tópicos.

11.3.- Vía oral.

- 12.- Antihistamínicos.
 - 12.1.- Vía parenteral.
 - 12.2.- Vía oral.
 - 12.3.- Vía tópica.
- 13.- Oxígeno.
- 14.- Antisépticos.
- 15.- Mucolíticos y Antitusivos.
- 16.- Descongestionantes adrenérgicos.
- 17.- Adrenalina.
- 18.- Benzodiazepinas.
- 19.- Antiinflamatorios.
 - 19.1.- Vía oral.
 - 19.2.- Vía parenteral.
 - 19.3.- Vía tópica.
- 20.- Antivirales.
- 21.- Emolientes, Antisépticos, Protectores dérmicos.
- 22.- Antifúngicos.
- 23.- Suturas, Vendajes, Curas, Sondas.
- 24.- Ansiolíticos y relajantes musculares.
 - 24.1.- Vía parenteral.
 - 24.2.- Vía oral.
- 25.- Glucocorticoides.
 - 25.1.- Vía parenteral.
 - 25.2.- Vía oral.
 - 25.3.- Vía tópica.
- 26.- Antidepresivos.
- 27.- Neurolépticos.

❖ Clasificación de las patologías crónicas más frecuentes de las personas atendidas en el Servicio de Urgencias:

1.- Patología respiratoria

1.1.- EPOC.

1.2.- Asma.

1.3.- Enfermedades crónicas.

1.3.1.- Vías altas.

1.3.2.- Vías bajas.

2.- Patología dermatológica.

3.- Patología circulatoria.

4.- Patología endocrina.

5.- Patología digestiva.

6.- Patología renal.

7.- Patología génito-urinaria.

8.- Patología tumoral.

9.- Patología del Sistema Nervioso (demencias, cefaleas, Parkinson...).

10.- Patología del Aparato Locomotor.

11.- Alergias.

12.- Deformidades.

13.- Adicciones (tabaco, alcohol, drogas).

14.- Obesidad.

15.- Patología hematológica.

16.- Intervenciones quirúrgicas.

17.- Ansiedad.

18.- Depresión.

19.- Patología ocular.

❖ Medicaciones previas más habituales en los pacientes atendidos:

- 1.- Antidiabéticos orales.
- 2.- Analgésicos y antiinflamatorios.
- 3.- Anticoagulantes.
- 4.- Broncodilatadores.
- 5.- Corticoides.
- 6.- Hipolipemiantes.
- 7.- Hipotensores.
- 8.- Antiasmáticos.
- 9.- Antiparkinsonianos.
- 10.- Insulina.
- 11.- Diuréticos.
- 12.- Ansiolíticos.
- 13.- Antidepresivos.
- 14.- Neurolépticos y antivertiginosos.
- 15.- Antihistamínicos.
- 16.- Cirugías.
- 17.- Relajantes musculares.
- 18.- Antiulcerosos y protectores gástricos.
- 19.- Antianginosos y tratamientos de otras patologías circulatorias.
- 20.- Hormonas y calcio.
- 21.- Tratamientos de patologías del Aparato Locomotor.
- 22.- Inmunosupresores.
- 23.- Antidiarreicos y laxantes.
- 24.- Sondas.
- 25.- Anticonceptivos.

c. Formas de asistencia en el PAC

- Asistencia en el propio Centro.
- Asistencia en el domicilio.
- Asistencia en la vía pública.
- Asistencia telefónica.

La Atención en el propio Centro, referida a la asistencia de las personas que acuden a él.

La Atención Domiciliaria es una modalidad de asistencia dirigida a personas que requieren cuidados de carácter temporal o permanente en su domicilio, debido a su situación de salud o problemas socio-sanitarios.⁽¹¹⁴⁾ Esta asistencia es una tarea propia de los equipos de Atención Primaria (EAP), al ofrecer una atención longitudinal, integral e integrada.⁽¹¹⁵⁻¹¹⁶⁾

Dentro de la atención en el domicilio existen 3 tipos de asistencia:

- 1.- Emergencia o urgencia.
- 2.- Visita no urgente.
- 3.- Visita programada.

La visita de urgencia o emergencia es la que debe cubrir el Servicio de Urgencias.

La no urgente suele reflejar una necesidad puntual por un problema de salud menor, condicionada por circunstancias personales que impiden el desplazamiento al Centro de Salud, al Servicio de Urgencias o al Hospital,⁽¹¹⁷⁻¹¹⁸⁾ y es la que debe cubrir el Servicio de Urgencias o el Centro de Salud según el momento en el que ocurra.

Y la programada en domicilio, considerada como una prolongación de la atención sanitaria, dirigida sobre todo a personas con limitaciones por ancianidad, invalidez física o psíquica, pacientes terminales... es cubierta por el equipo de Atención Primaria.⁽³¹⁾

Dentro de la asistencia de demandas de atención a domicilio existe un gran porcentaje de visitas difícilmente justificadas o más bien injustificadas, que suponen la salida de los profesionales del Servicio sin que ello suponga una mejora en la calidad de asistencia sanitaria prestada ni el estado de salud demandante de la misma.

El número de asistencias domiciliarias a demanda, de todo tipo y a cualquier hora, ha aumentado debido a: envejecimiento poblacional que

conlleva mayor número de personas dependientes y más limitadas para los desplazamientos, sintomatología residual en pacientes crónicos, prestación de servicios de calidad, seguido de una negativa al desplazamiento de gente joven con capacidad de traslado, refiriendo tener escasos recursos, falta de medios dato este último con excesiva frecuencia en población extranjera, no poder ser acompañados en su desplazamiento por vivir solos o encontrarse solos en un determinado momento, o por no poder dejar a una persona sola mientras se desplazan, tanto menor como de avanzada edad. Por el contrario también acuden al centro personas de muy avanzada edad y bebés incluso a altas horas de la madrugada. La población de menor edad es en principio más receptiva a acudir al Servicio de Urgencias.

Todo esto supone un porcentaje importante de actividad asistencial, con un alto coste en tiempo, recursos humanos y materiales. ⁽¹²⁰⁾

Se está de acuerdo entre profesionales sobre que el desarrollo de un proyecto de mejora de calidad ayudaría a reducir el número de avisos injustificados y potenciaría la calidad asistencial así como la utilización racional de recursos. ^{(32) (33)}

La Atención domiciliaria urgente presenta una serie de problemas con los que se encuentra el profesional: inseguridad, falta de formación específica para tratar problemas habituales en el domicilio, lugar de trabajo diferente a la consulta habitual, condiciones higiénico-sanitarias, falta de acceso a la historia clínica del paciente, falta de disponibilidad de algunas herramientas diagnósticas y terapéuticas, falta de coordinación entre los distintos servicios sanitarios, etc. ⁽¹¹⁹⁾

La asistencia en domicilio también se enfrenta a situaciones complejas como asistencia de pacientes en estado terminal, el motivo más frecuente de atención en estos pacientes el dolor, síntoma que coincide con otros trabajos en los que este síntoma se sitúa entre las causas más frecuentes de demanda de atención urgente.

También se viven situaciones conflictivas por limitaciones respecto a medios disponibles en ciertas situaciones aparte de ser requerida en algunas situaciones la presencia policial. Siendo también importante en estos Servicios de Urgencias de Atención Primaria y necesario el diseño de una evaluación de riesgos específica, que contemple la actividad desarrollada, distinta a la de otros ámbitos existentes (hospitalario, consultas...), identifique sus riesgos, los evalúe y proponga acciones correctoras. Para que se evalúen los riesgos para la seguridad y la salud a que están expuestos los trabajadores del SUAP como consecuencia del

desempeño de su actividad, de forma que permita conocer los factores higiénicos adversos, controlar los riesgos existentes para evitar los daños a la salud derivados del trabajo (accidentes de trabajo), valorar la presencia de condiciones psicosociales adversas en los centros sanitarios y su grado de peligrosidad y nocividad, determinar el grado de riesgo e intervención en cada uno de los factores de riesgo y determinar medidas correctoras a proponer.

Los principales riesgos de los profesionales sanitarios no son ya sólo de carácter biológico, sino también psicosocial, íntimamente relacionados con la organización del trabajo y el tipo de relaciones que establecen con pacientes y compañeros.

Estas situaciones conflictivas o con cierto riesgo para profesionales se viven sobretodo en asistencias en vía pública.

Telefonar para hacer una consulta, lo cual constituye otra opción de asistencia que se realiza en este Servicio de Urgencias, y dependiendo del problema consultado o de la habilidad del médico se podrá resolver telefónicamente o en caso contrario se le aconsejará su asistencia al centro, se le irá a visitar a domicilio o se le indicará su asistencia a su médico de su Centro de Salud correspondiente.

d. Método: Analizar la recogida de datos globales y de la selección de una muestra de 300 personas

- Material: usuarios, pacientes y acompañantes que han acudido al Servicio de Urgencias demandando cualquier tipo de asistencia y han querido voluntariamente colaborar, manifestando su experiencia u opinión libremente, respecto a la actuación del personal sanitario, características del centro y su estado físico-psíquico.
- La técnica de investigación o método desarrollado para el estudio consiste en el estudio aleatorio de recogida de datos clínicos y de satisfacción, personales y de personas que acuden al servicio del PAC durante un año a través de encuestas o cuestionarios estructurados autocumplimentados con una serie de ítems concretos, de preguntas que abordaban aspectos técnicos o

profesionales y personales, con diferentes opciones de respuesta extraídas de otros formularios validados para valoraciones sobre el grado de satisfacción.

Las encuestas a cumplimentar por los pacientes o acompañantes, cuando, por edad o ciertas condiciones físicas o psíquicas no era posible realizarlos por el propio paciente, se entregaban en la sala de espera, sala de observación, sala de aerosoles, o en consulta, siempre procurando no estar condicionados por el médico que les atendería y las rellenaban durante su estancia en el Centro, las cuales recogían datos sobre el grado de satisfacción respecto al Centro como Unidad física y al personal por el que son atendidos así como una segunda encuesta que recoge datos sobre el estado psíquico y físico de las personas que acuden al Centro.

Los otros cuestionarios están estructurados con datos clínicos de pacientes elegidos aleatoriamente, donde se recogen asistencias más frecuentes respecto a edades y sexos, tipo de demanda, tipo de asistencia, número de derivaciones al complejo hospitalario, número de atenciones conjuntas de médico-enfermería o solo médica, número de atenciones durante un año, tipo de consulta: en el Centro, en el domicilio, en la vía pública y consultas telefónicas, así como las patologías más prevalentes de asistencia, tratamientos administrados o prescritos con más frecuencia en nuestro Servicio, así como los tipos de pacientes que acuden según sus patologías y tratamientos crónicos.

A todos los participantes se les informó que se estaba haciendo un estudio sobre las condiciones que afectan a la calidad del Servicio que ofrecíamos en el Centro. Así como que solicitábamos su colaboración para participar. Explicándoles que consistía en cumplimentar una encuesta durante aproximadamente 5 minutos y con participación en dicha actividad totalmente voluntaria y anónima. Se agradecía su colaboración.

e. Análisis estadístico

1.-Una vez obtenidos y codificados los datos, tras la depuración de los mismos, se procede a su análisis estadístico mediante el programa SPSS 19.

2.- Se realiza una descripción de las variables, mediante intervalos de confianza y representación gráfica de las mismas. Posteriormente,

mediante pruebas de comparación de proporciones tendencia lineal (Mantel-Hamzsel), medias (t de Student) y análisis de varianza.

3.-Para asociar las variables cuantitativas con las variables cualitativas se empleará la prueba estadística t de Student. Para asociar las variables cuantitativas con otras variables cuantitativas se aplicó la prueba estadística coeficiente de correlación de Pearson, puesto que son ambas variables de una muestra aleatoria de individuos y porque tienen distribución normal en la población de la cual proceden.

IV.-Resultados

1.-Datos globales

Las personas que han sido atendidas en Consulta en el Centro, en el domicilio o en la vía pública o en consultas telefónicas, así como derivadas al Hospital, durante el año de estudio, especificado por meses es la siguiente:

ENERO:

Consulta en el Centro: 3.390 personas (10´18%).

Asistencias en el domicilio o en la vía pública: 299 personas (11´50%).

Consulta telefónica: 56 personas (6´95%).

Derivadas al hospital: 314 personas (12´25%).

FEBRERO:

Consulta en el Centro: 2780 personas (8´34%).

Asistencias en el domicilio o en la vía pública: 161 personas (6´19%).

Consulta telefónica: 76 personas (9´44%).

Derivadas al hospital: 232 personas (9´05%).

MARZO:

Consulta en el Centro: 2815 personas (8´45%).

Asistencias en el domicilio o en la vía pública: 263 personas (10´11%).

Consulta telefónica: 70 personas (8´69%).

Derivadas al hospital: 258 personas (10´06%).

ABRIL:

Consulta en el Centro: 2852 personas (8´56%).

Asistencias en el domicilio o en la vía pública: 206 personas (7´92%).

Consulta telefónica: 57 personas (7´08%).

Derivadas al hospital: 255 personas (9´94%).

MAYO:

Consulta en el Centro: 2878 personas (8´64%).

Asistencias en el domicilio o en la vía pública: 214 personas (8´23%).

Consulta telefónica: 72 personas (8´94%).

Derivadas al hospital: 222 personas (8´66%).

JUNIO:

Consulta en el Centro: 2861 personas (8'59%).
Asistencias en el domicilio o en la vía pública: 179 personas (6'88%).
Consulta telefónica: 70 personas (8'69%).
Derivadas al hospital: 214 personas (8'34%).

JULIO:

Consulta en el Centro: 2532 personas (7'60%).
Asistencias en el domicilio o en la vía pública: 215 personas (8'27%).
Consulta telefónica: 43 personas (5'34%).
Derivadas al hospital: 199 personas (7'76%).

AGOSTO:

Consulta en el Centro: 2395 personas (7'19%).
Asistencias en el domicilio o en la vía pública: 161 personas (6'19%).
Consulta telefónica: 83 personas (10'31%).
Derivadas al hospital: 119 personas (4'64%).

SEPTIEMBRE:

Consulta en el Centro: 2683 personas (8'05%).
Asistencias en el domicilio o en la vía pública: 158 personas (6'07%).
Consulta telefónica: 51 personas (6'33%).
Derivadas al hospital: 127 personas (4'95%).

OCTUBRE:

Consulta en el Centro: 2922 personas (8'77%).
Asistencias en el domicilio o en la vía pública: 253 personas (9'73%).
Consulta telefónica: 54 personas (6'70%).
Derivadas al hospital: 222 personas (8'66%).

NOVIEMBRE:

Consulta en el Centro: 2371 personas (7'12%).
Asistencias en el domicilio o en la vía pública: 230 personas (8'84%).
Consulta telefónica: 77 personas (9,56%).
Derivadas al hospital: 197 personas (7'68%).

DICIEMBRE:

Consulta en el Centro: 2817 personas (8'46%).
Asistencias en el domicilio o en la vía pública: 260 personas (10'00%).
Consulta telefónica: 96 personas (11'92%).
Derivadas al hospital: 204 personas (7'95%).

De donde comprobamos que durante el año de estudio (2011) en nuestro Servicio han sido atendidas un total de 36.700 personas, de los siguientes modos:

- En consulta en el Centro han sido atendidas: 33.296 personas (Figura 19), lo que supone el 90'72% del total.

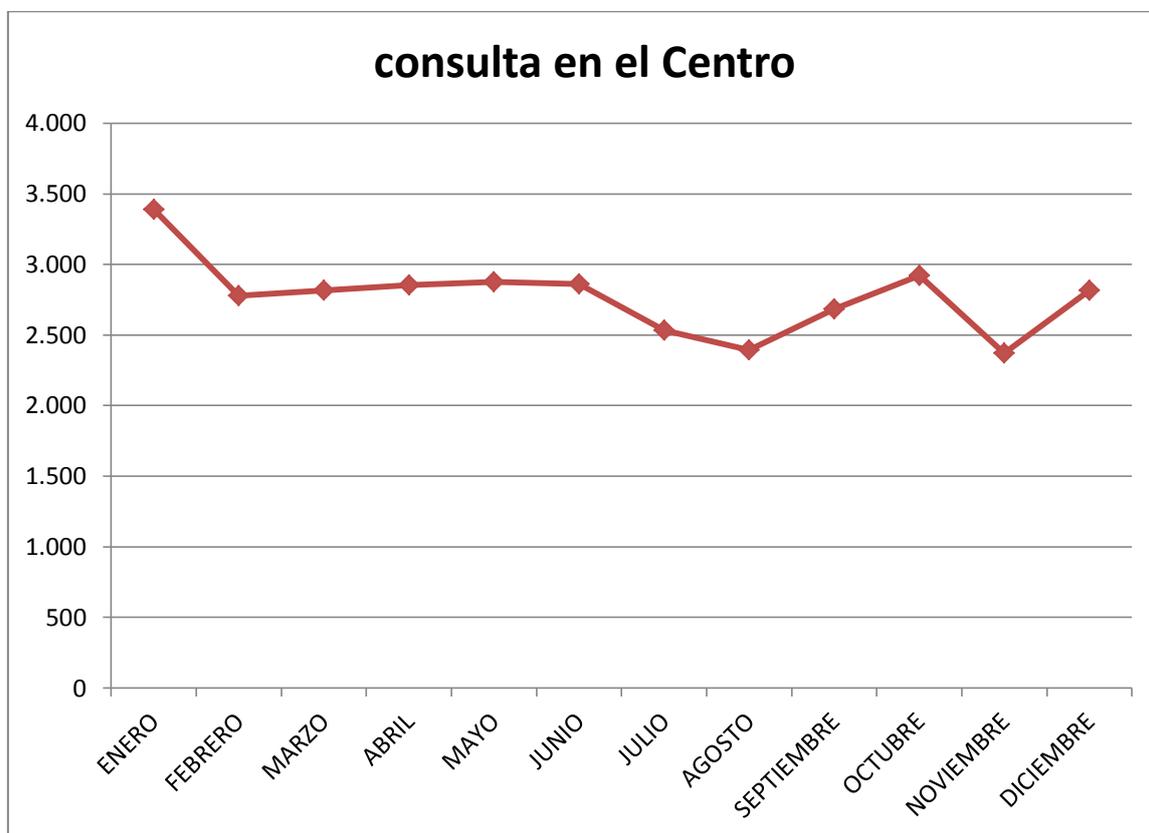


Figura 19. Número de personas atendidas en el Centro

PERSONAS ATENDIDAS EN EL CENTRO	PORCENTAJE
Enero	10'18%
Febrero	8'34%
Marzo	8'45%
Abril	8'56%
Mayo	8'64%
Junio	8'59%
Julio	7'60%
Agosto	7'19%
Septiembre	8'05%
Octubre	8'77%
Noviembre	7'12%
Diciembre	8'46%

- Se han realizado 2599 asistencias en el domicilio o en la vía pública (Figura 20), lo que supone el 7'08% del total.

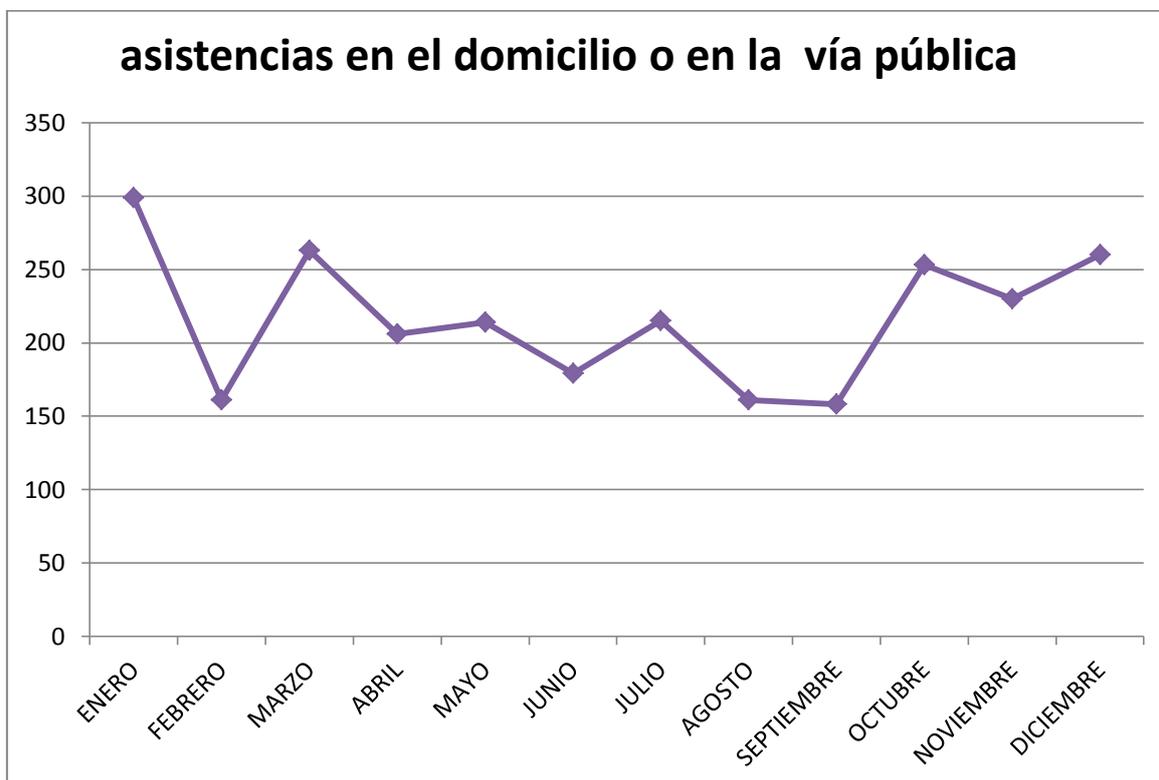


Figura 20. Número de personas atendidas en el domicilio o en la vía pública

PERSONAS ATENDIDAS EN EL DOMICILIO O EN LA VIA PUBLICA	PORCENTAJE
Enero	11'50%
Febrero	6'19%
Marzo	10'11%
Abril	7'92%
Mayo	8'23%
Junio	6'88%
Julio	8'27%
Agosto	6'19%
Septiembre	6'07%
Octubre	9'73%
Noviembre	8'84%
Diciembre	10'00%

- Se realizaron 805 consultas telefónicas, lo que supone el 2'19%, de las cuales algunas se resolvieron telefónicamente y otras se convirtieron en una posterior visita al domicilio o en recomendación de asistencia al Centro o al hospital para ser atendidas según valoración de la consulta realizada (Figura 21).

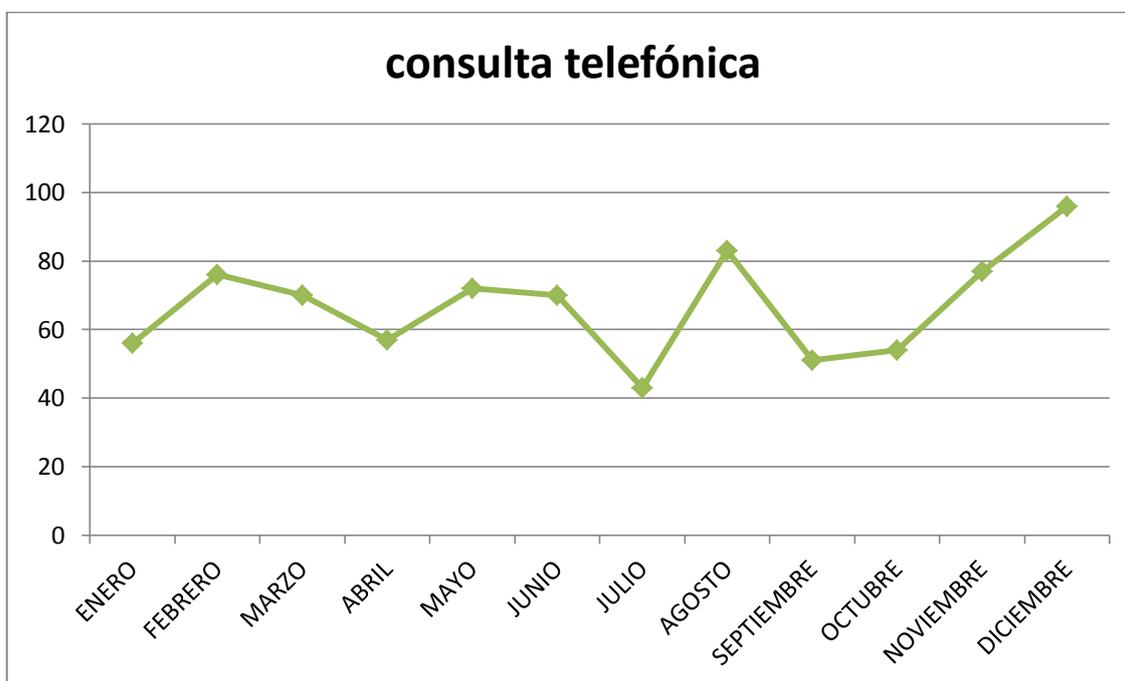


Figura 21. Número de consultas telefónicas

CONSULTAS TELEFONICAS	PORCENTAJE
Enero	6'95%
Febrero	9'44%
Marzo	8'69%
Abril	7'08%
Mayo	8'94%
Junio	8'69%
Julio	5'34%
Agosto	10'31%
Septiembre	6'33%
Octubre	6'70%
Noviembre	9'56%
Diciembre	11'92%

- Fueron derivadas al hospital: 2563 personas, lo que supone el 6'98% del total de atendidos en el Centro y fuera del Centro. (Figura 22)

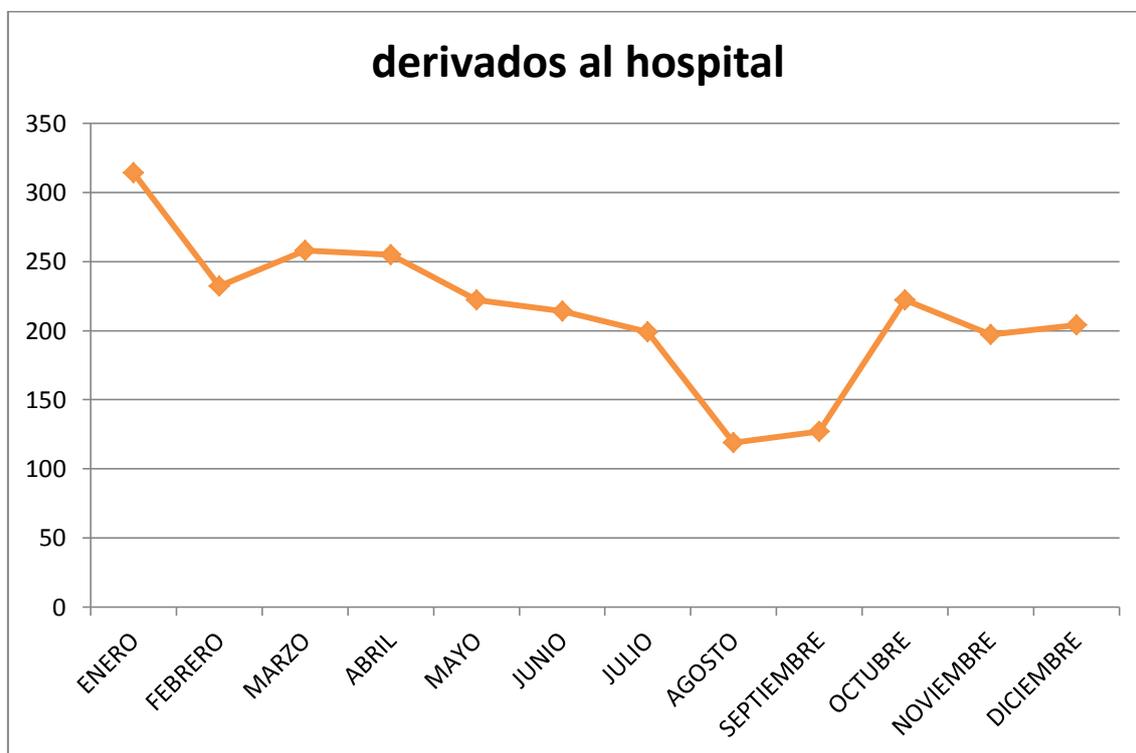


Figura 22. Número de personas derivadas al hospital

PERSONAS DERIVADAS AL HOSPITAL POR MESES	PORCENTAJE
Enero	12'25%
Febrero	9'05%
Marzo	10'06%
Abril	9'94%
Mayo	8'66%
Junio	8'34%
Julio	7'76%
Agosto	4'64%
Septiembre	4'95%
Octubre	8'66%
Noviembre	7'68%
Diciembre	7'95%

Del total de personas contabilizadas en un año (33.296), la asistencia femenina es de 17.436 y la masculina de 15.860, siendo más frecuente la demanda femenina (52'36 %), respecto a la masculina (47'63 %).

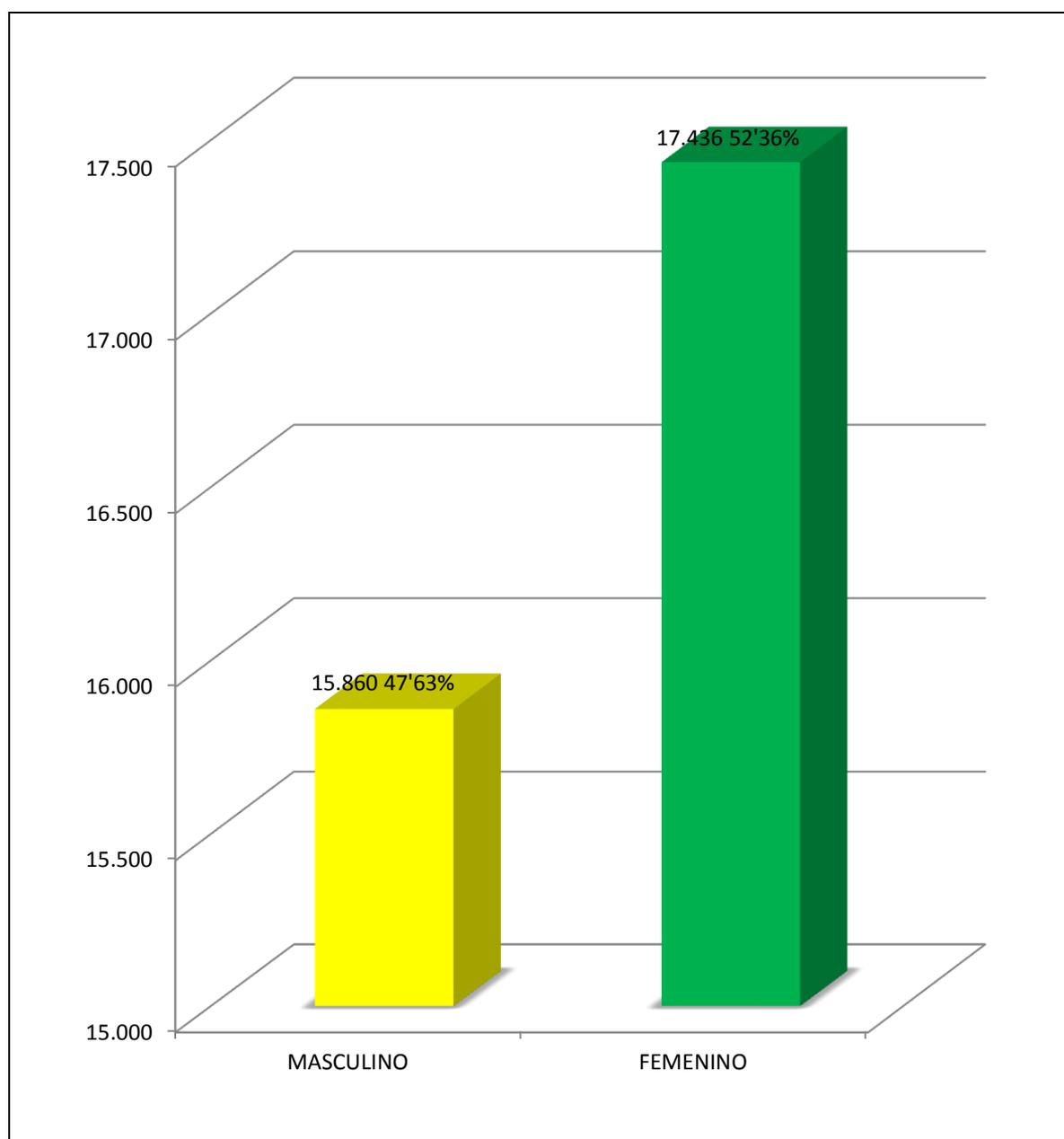


Figura 23. Número total de personas atendidas según sexo

Del total de personas atendidas durante un año se contabilizaron 12.000 pacientes para observar la frecuencia de asistencia según edades siendo la siguiente:

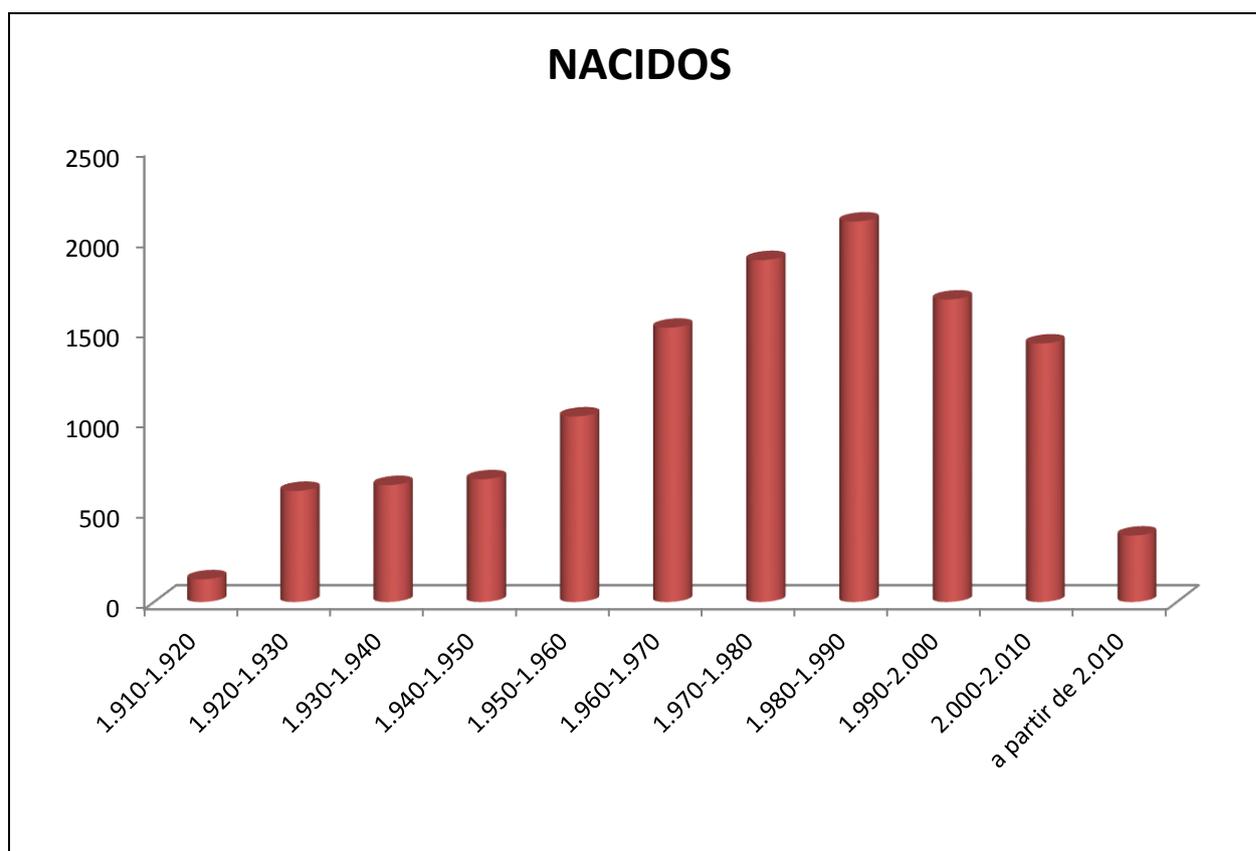


Figura 24. Número de asistencias según nacidos en 11 décadas

EDADES DE PACIENTES	NÚMERO	PORCENTAJE
Nacidos entre 1910-1920	125	1'04%
Nacidos entre 1920-1930	612	5'10%
Nacidos entre 1930-1940	644	5'36%
Nacidos entre 1940-1950	676	5'63%
Nacidos entre 1950-1960	1023	8'52%
Nacidos entre 1960-1970	1513	12'60%
Nacidos entre 1970-1980	1887	15'72%
Nacidos entre 1980-1990	2100	17'50%
Nacidos entre 1990-2000	1699	14'15%
Nacidos entre 2000-2010	1426	11'88%
Nacidos en los años 2010 y 2011	366	3'05%

El número de asistencias realizadas por las mañanas, de lunes a sábado, por un equipo a la demanda por el 112 o por Centros de salud ante la imposibilidad de realizarlo su médico de cabecera ha sido de 744, siendo según los meses el siguiente:

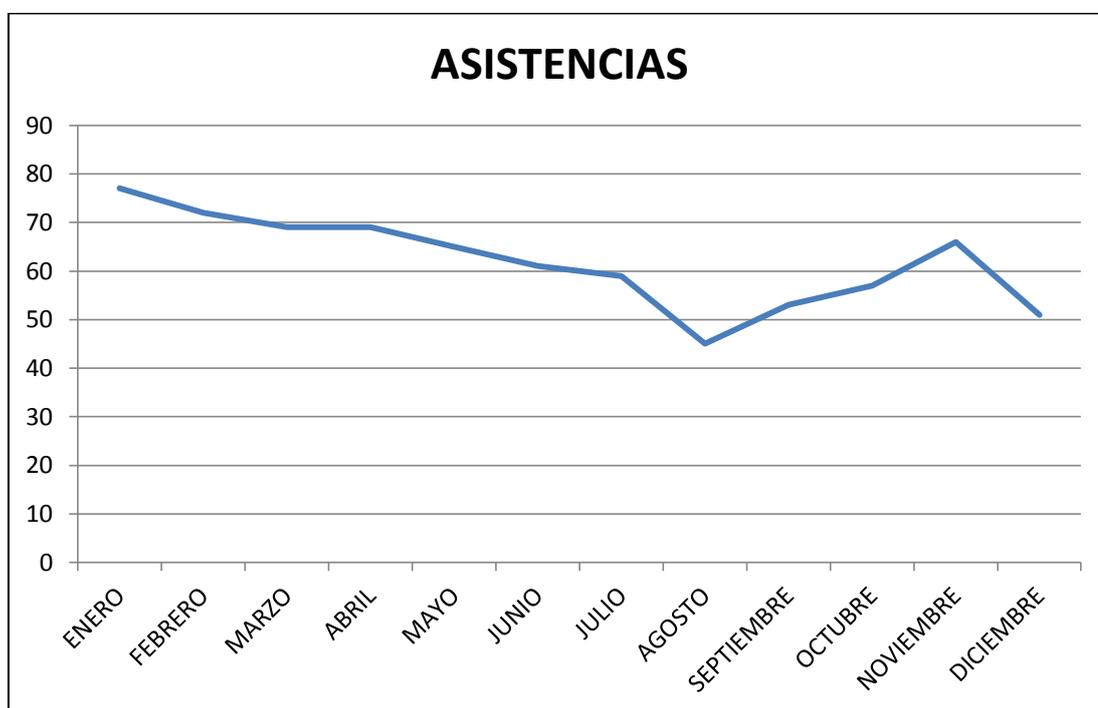


Figura 25. Número de asistencias matinales de lunes a sábado

ASISTENCIAS MATINALES POR MESES DE LUNES A SABADO	NÚMERO	PORCENTAJE DE ASISTENCIAS
Enero	77	10´34%
Febrero	72	9´67%
Marzo	69	9´27%
Abril	69	9´27%
Mayo	65	8´73%
Junio	61	8´19%
Julio	59	7´93%
Agosto	45	6´04%
Septiembre	53	7´12%
Octubre	57	7´66%
Noviembre	66	8´87%
Diciembre	51	6´85%

2.-Datos de la muestra

Datos de las encuestas de satisfacción y estado físico y/o psíquico, de todas las personas a las que se pidió la colaboración sólo un porcentaje prácticamente inexistente se negó a ello y datos clínicos de 300 personas elegidas al azar:

2.1 Encuesta de satisfacción

En esta encuesta se han obtenido los siguientes resultados:

Pregunta	MALA	NORMAL	BUENA	EXCELENTE
Amabilidad de personal	4	51	159	69
Apariencia del personal	1	47	177	58
Comprensión de necesidades	2	66	163	52
Confianza y seguridad	1	67	158	57
Disposición para la ayuda	4	78	135	66
Tiempo de espera	25	141	72	45
Comodidad de las consultas	8	106	129	40
Información que da el médico	1	59	148	75
Interés por resolver consulta	2	77	145	59
Señalización extra-hospitalaria	17	96	141	29
Preparación del personal	1	59	172	51
Puntualidad de consultas	12	124	108	39
Rapidez de respuesta	5	96	135	47
Señalización intrahospitalaria	6	108	143	26

TABLA I. Encuesta de satisfacción

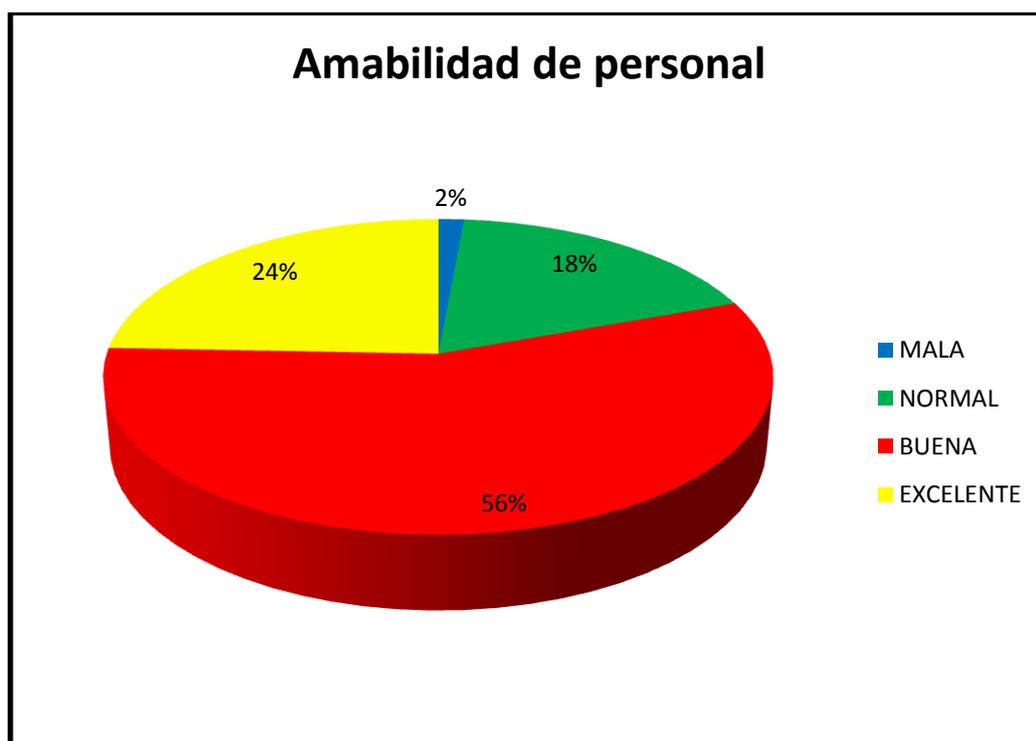


Figura 26. Opinión sobre la amabilidad del personal

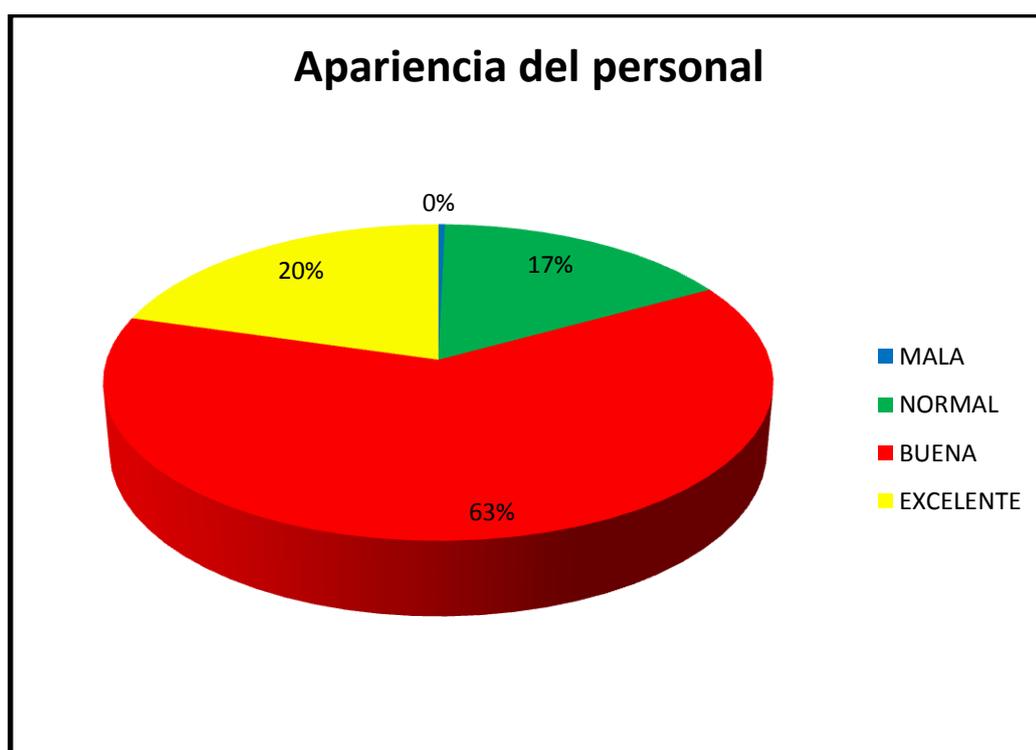


Figura 27. Opinión sobre la apariencia del personal

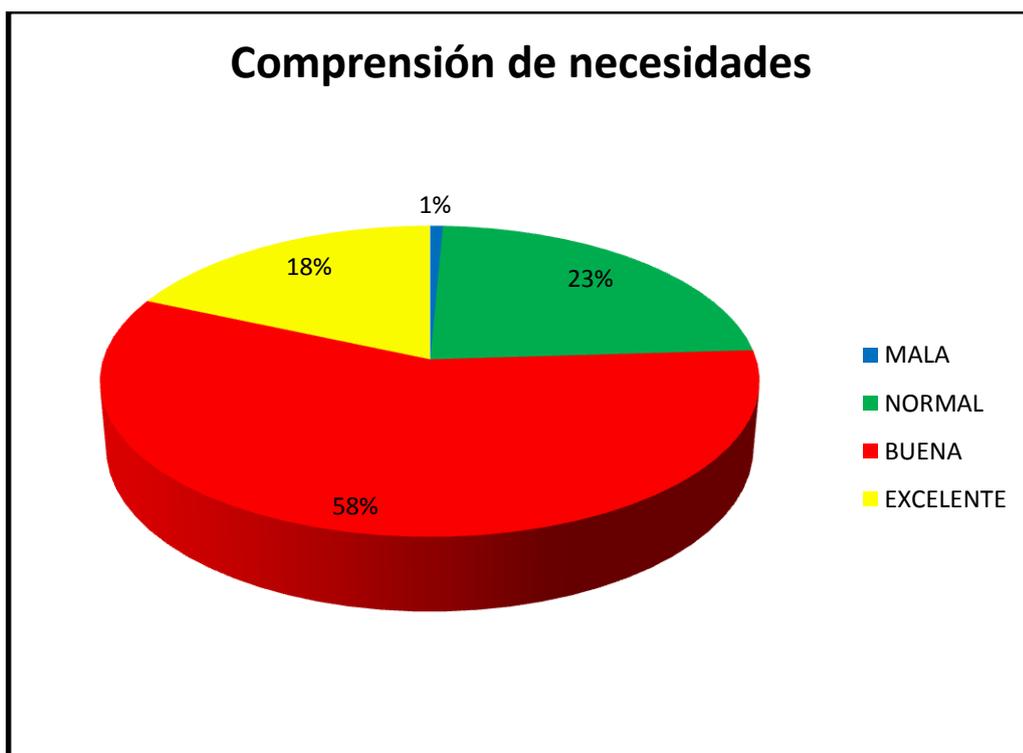


Figura 28. Opinión sobre la comprensión del personal acerca de las necesidades

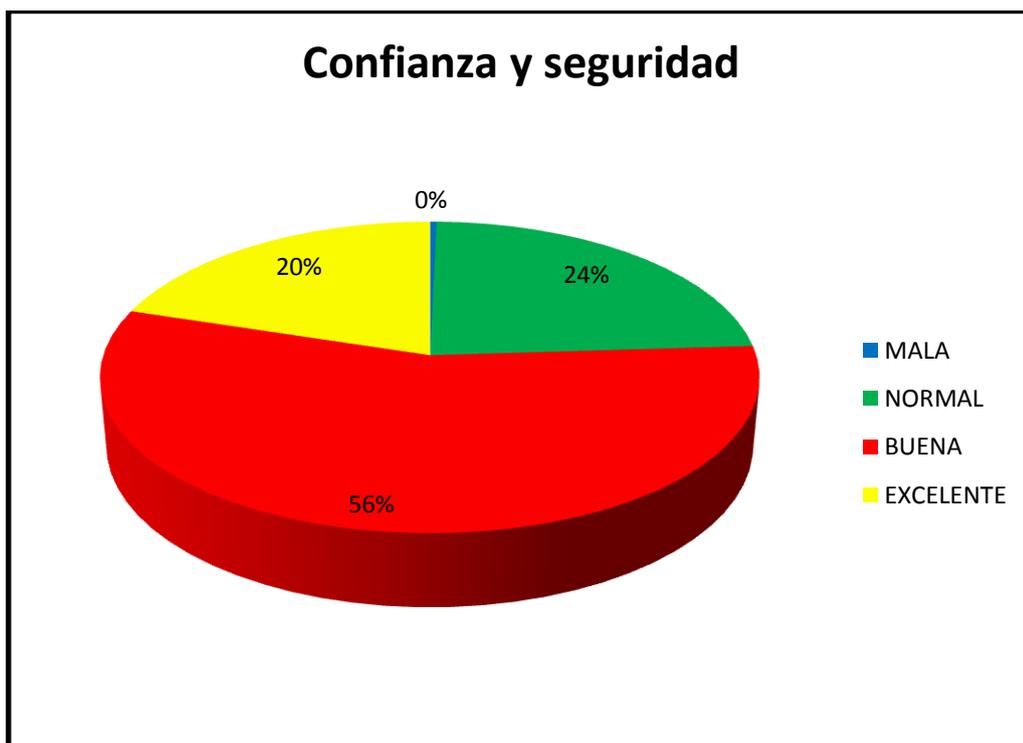


Figura 29. Opinión ante la confianza y seguridad que ofrece el personal



Figura 30. Opinión en cuanto a disposición para la ayuda del personal



Figura 31. Opinión de los pacientes acerca del tiempo de espera

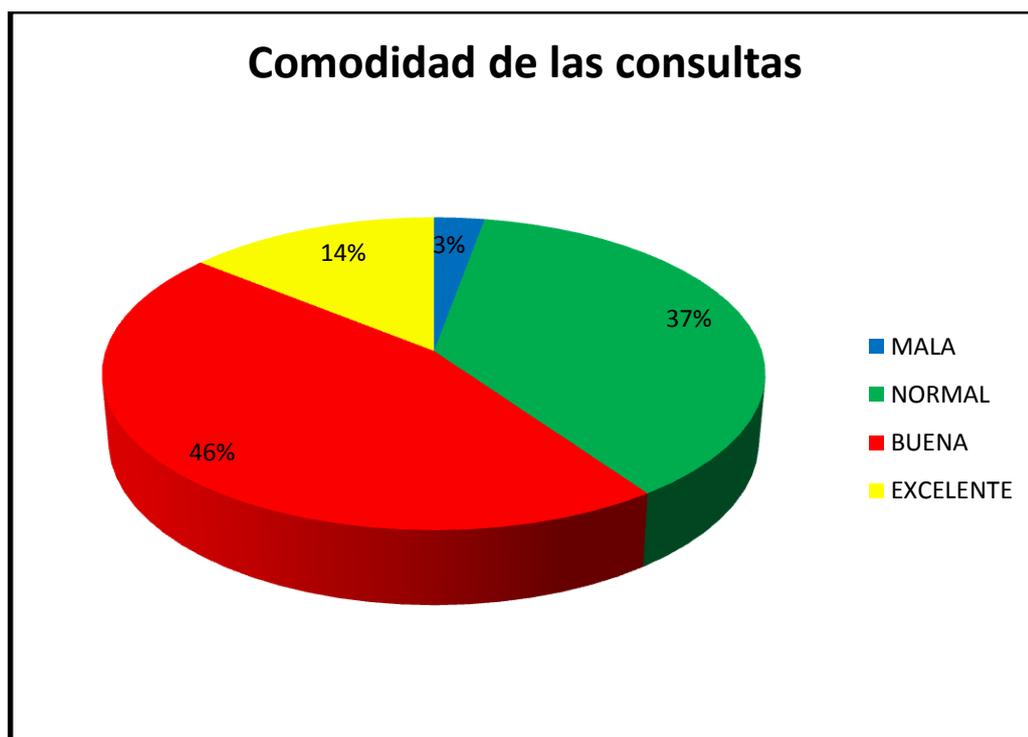


Figura 32. Opinión sobre la comodidad que ofrecen las consultas

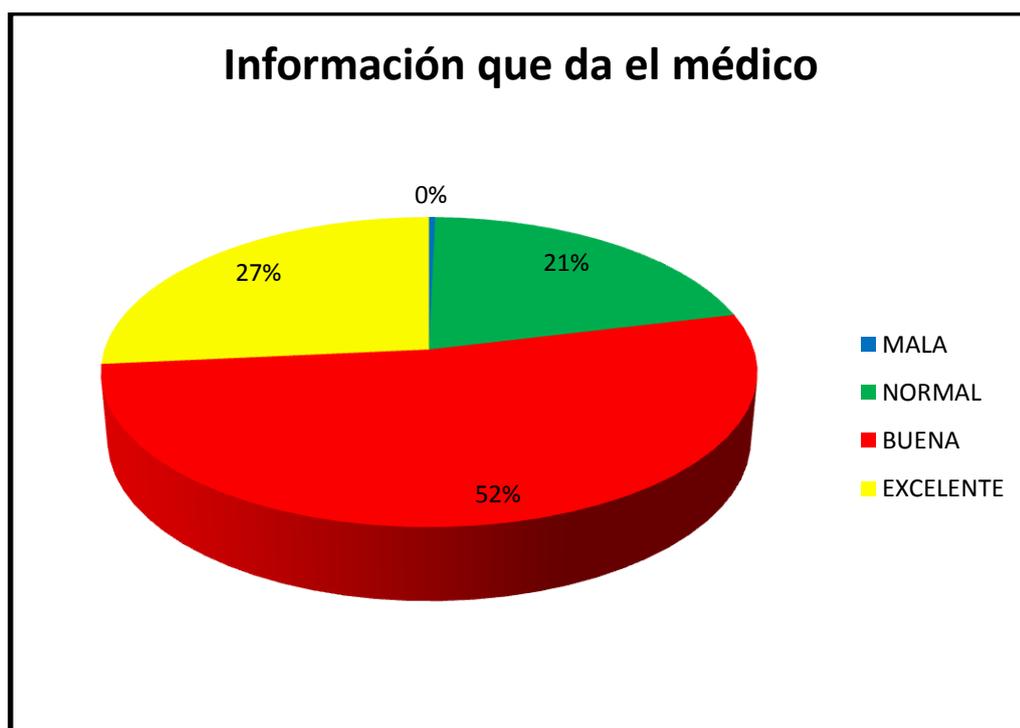


Figura 33. Opinión acerca de la información que da el médico



Figura 34. Opinión acerca del interés del personal para resolver las consultas



Figura 35. Opinión sobre la señalización extra-hospitalaria



Figura 36. Opinión acerca de la preparación del personal

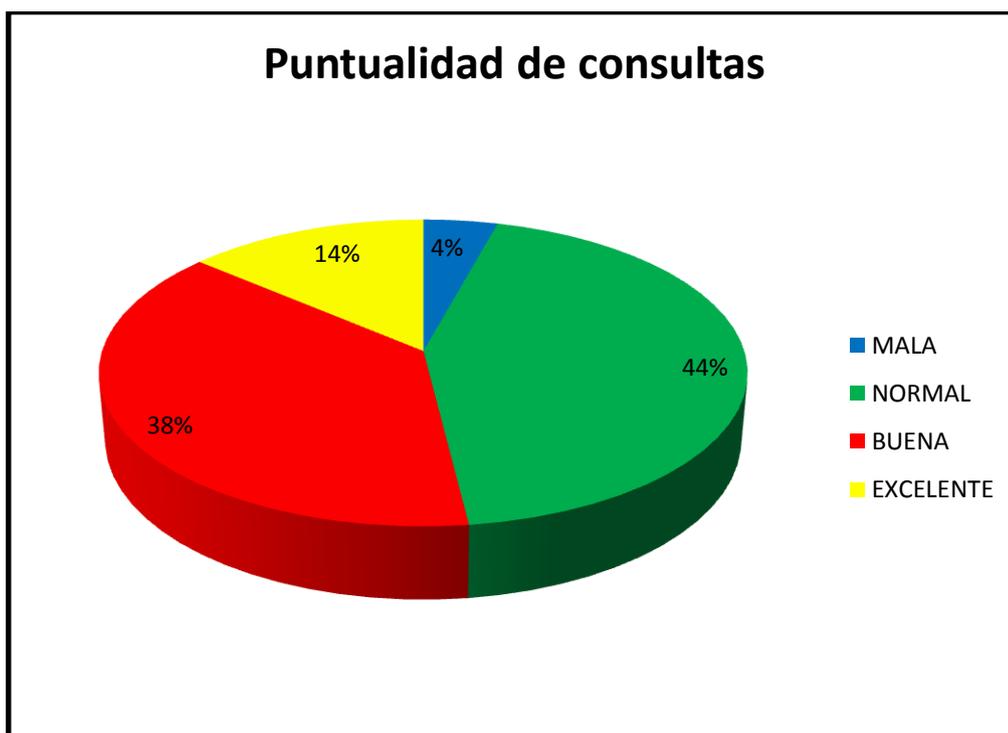


Figura 37. Opinión sobre la puntualidad en las consultas



Figura 38. Opinión sobre la rapidez de respuesta

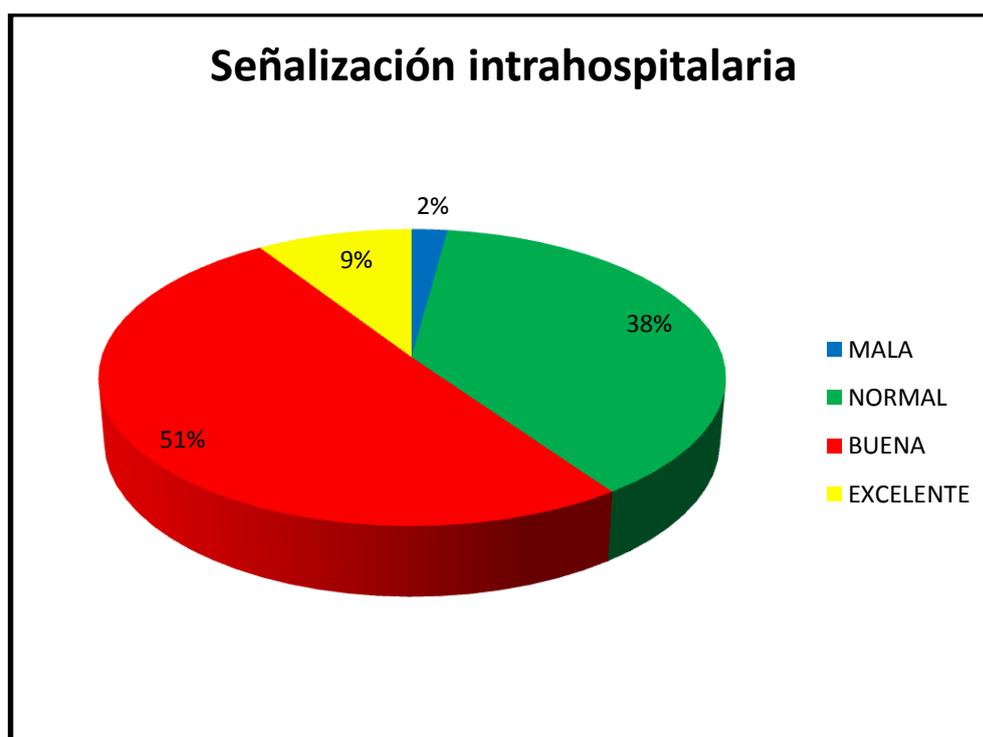


Figura 39. Opinión sobre la señalización intrahospitalaria

2.2.- Encuesta sobre Calidad de vida de las personas que acuden al Centro.

En esta encuesta se han obtenido los siguientes resultados:

Pregunta	NUNCA	A VECES	A MENUDO	SIEMPRE
Limitación para realizar actividades cotidianas	4	51	159	69
Limitación para subir varios pisos	1	47	177	58
Hacer menos de lo que hubiera querido debido a la salud física	2	66	163	52
Dejar de hacer algunas tareas debido a la salud física	1	67	158	57
Dificultad en el desempeño de actividades debido al dolor	4	78	135	66
Interferencias en las actividades sociales debido a problemas físicos o emocionales	25	141	72	45
Hacer menos de lo que hubiera querido hacer por problemas emocionales	8	106	129	40
Peor desempeño de actividades cotidianas por problemas emocionales	1	59	148	75
Sentirse calmado y tranquilo	2	77	145	59
Sentirse desanimado y triste	17	96	141	29

Tabla II. Encuesta sobre la calidad de vida de las personas que asisten al centro

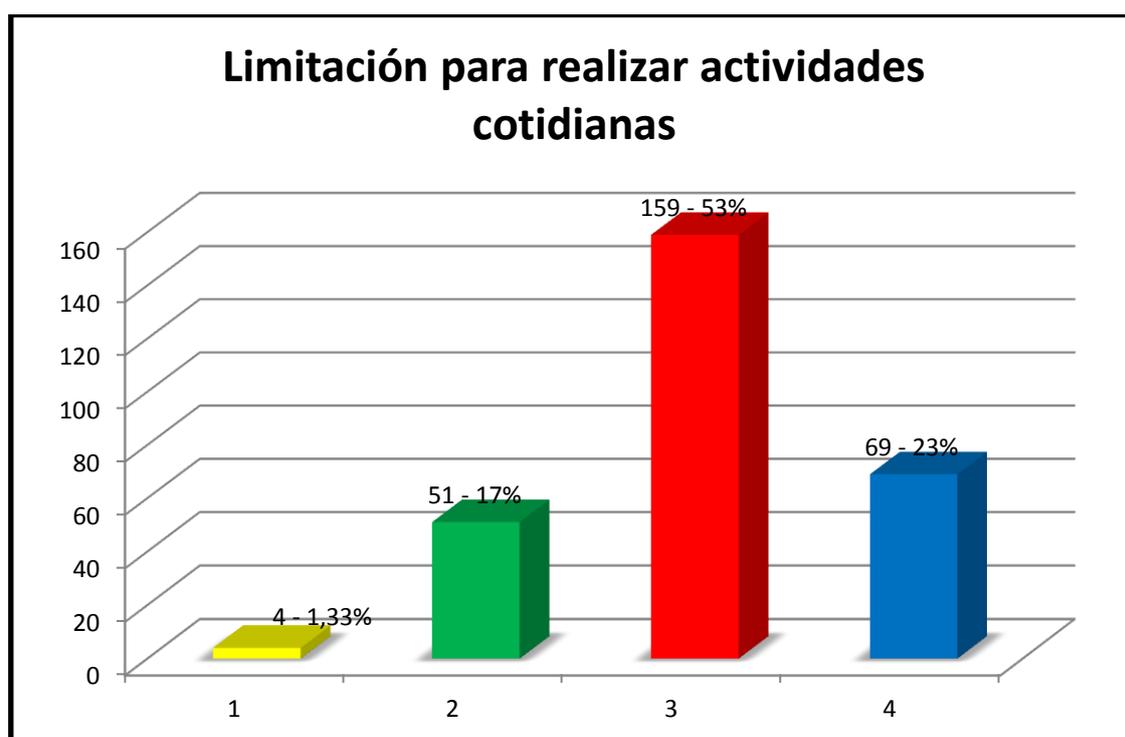


Figura 40. Limitación para realizar actividades cotidianas

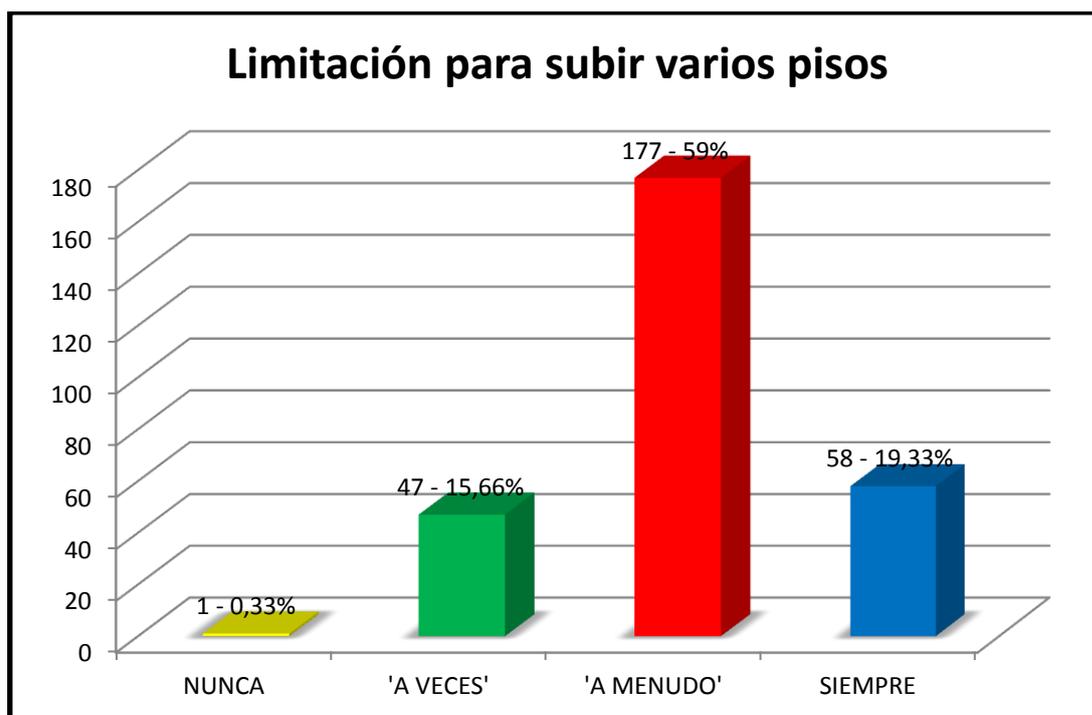


Figura 41. Limitación para subir varios pisos

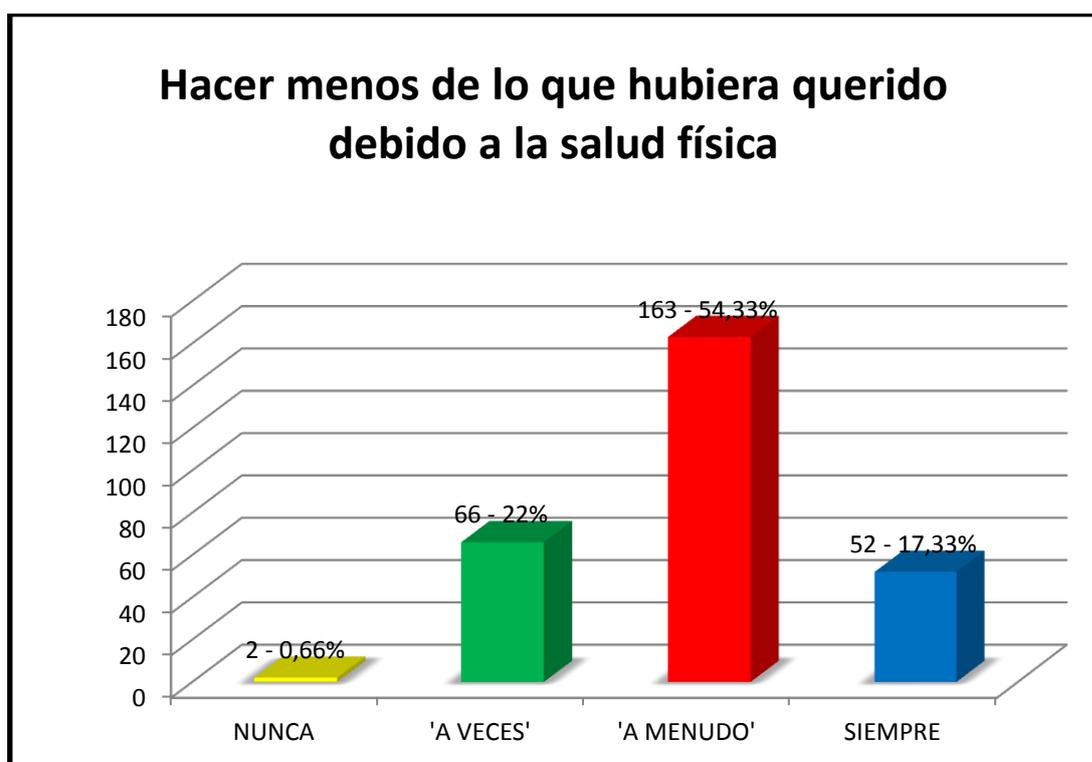


Figura 42. Hacer menos de lo que hubiera querido debido a la salud física

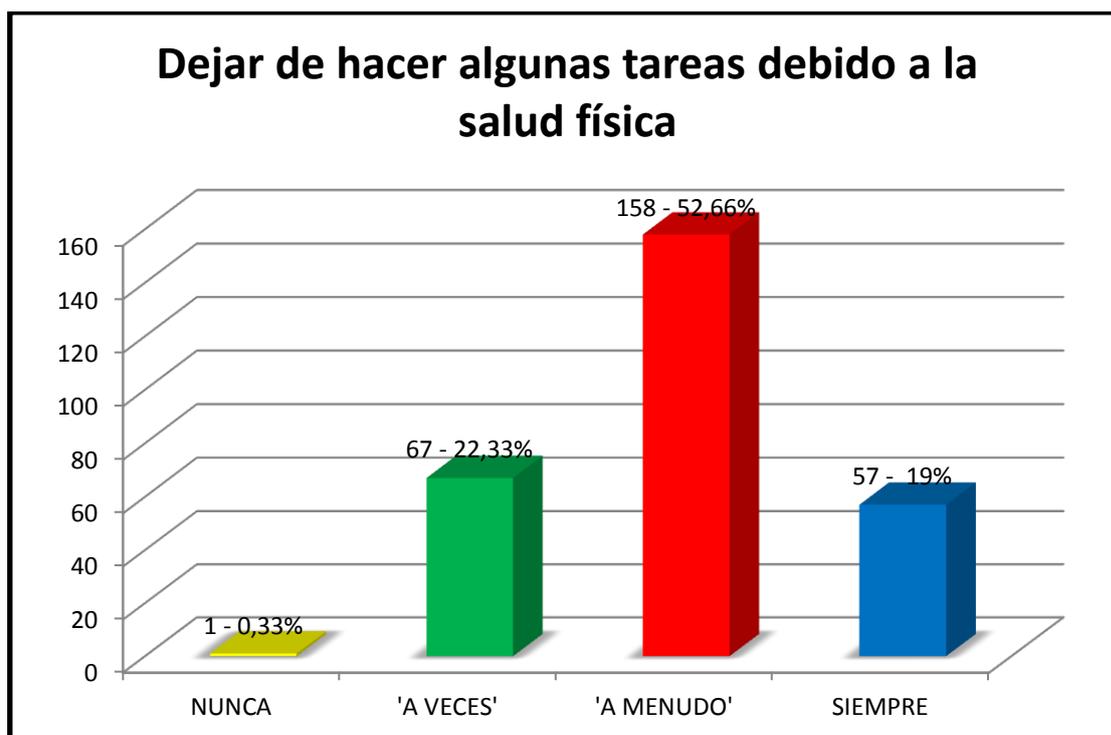


Figura 43. Dejar de hacer algunas tareas debido a la salud física

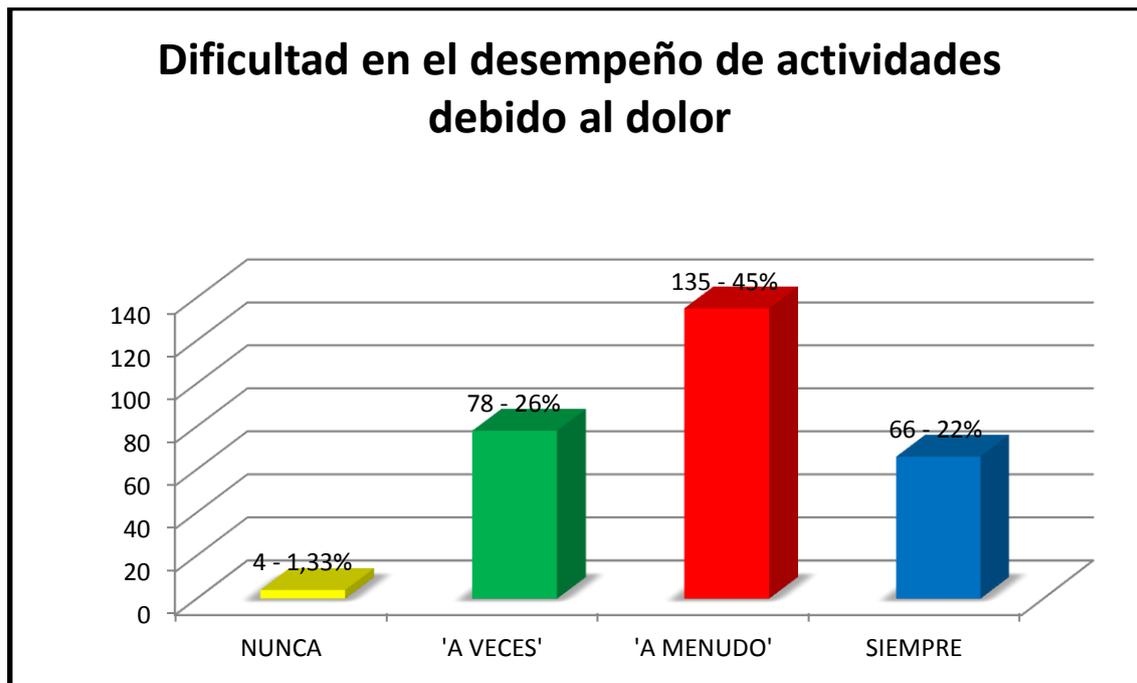


Figura 44. Dificultad en el desempeño de actividades debido al dolor

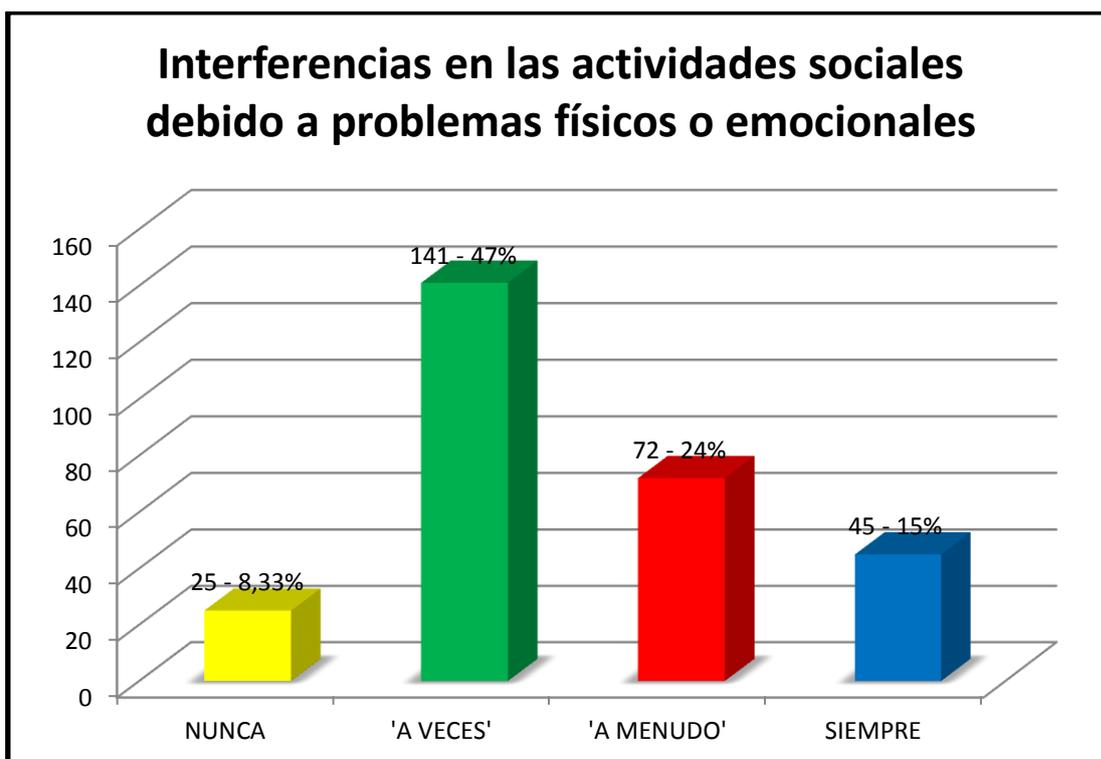


Figura 45. Interferencias en las actividades sociales debido a problemas físicos o emocionales

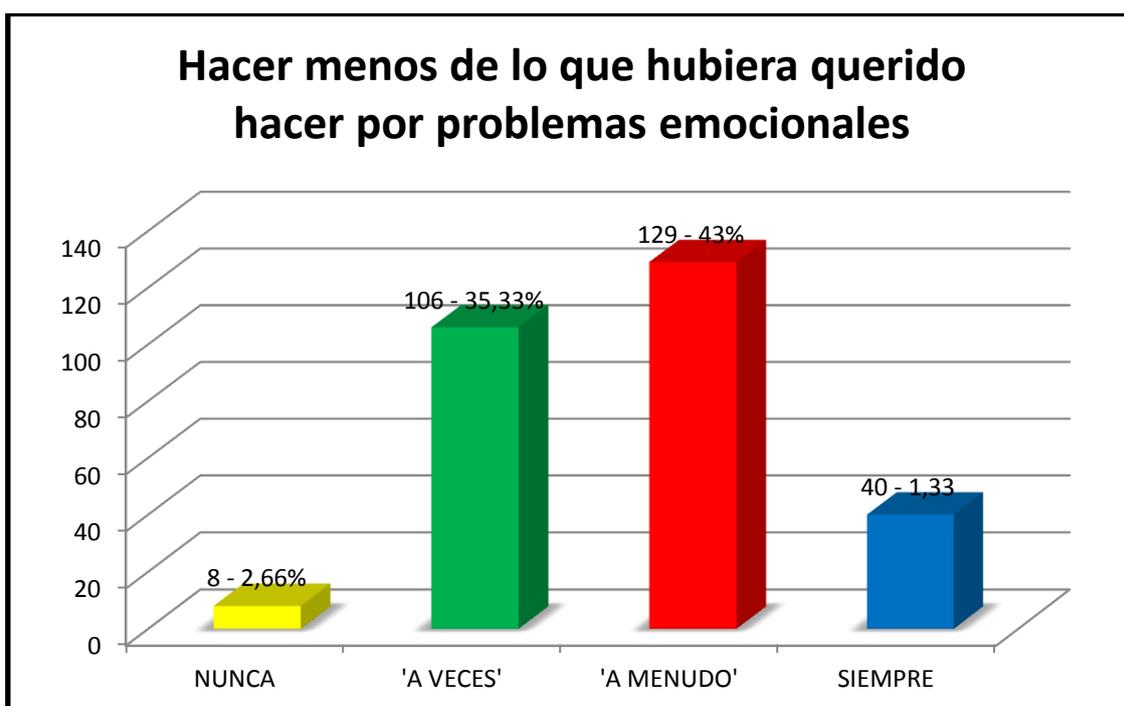


Figura 46. Hacer menos de lo que hubiera querido hacer por problemas emocionales

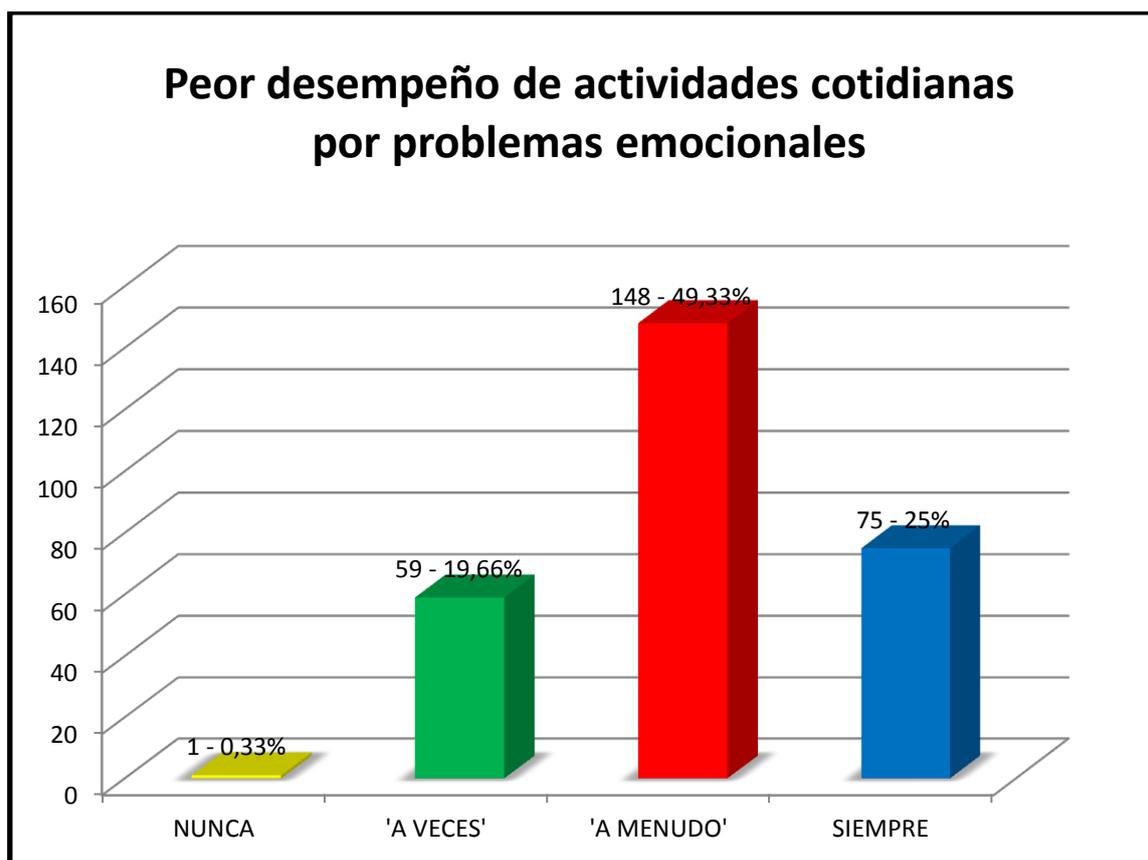


Figura 47. Peor desempeño de actividades cotidianas por problemas emocionales

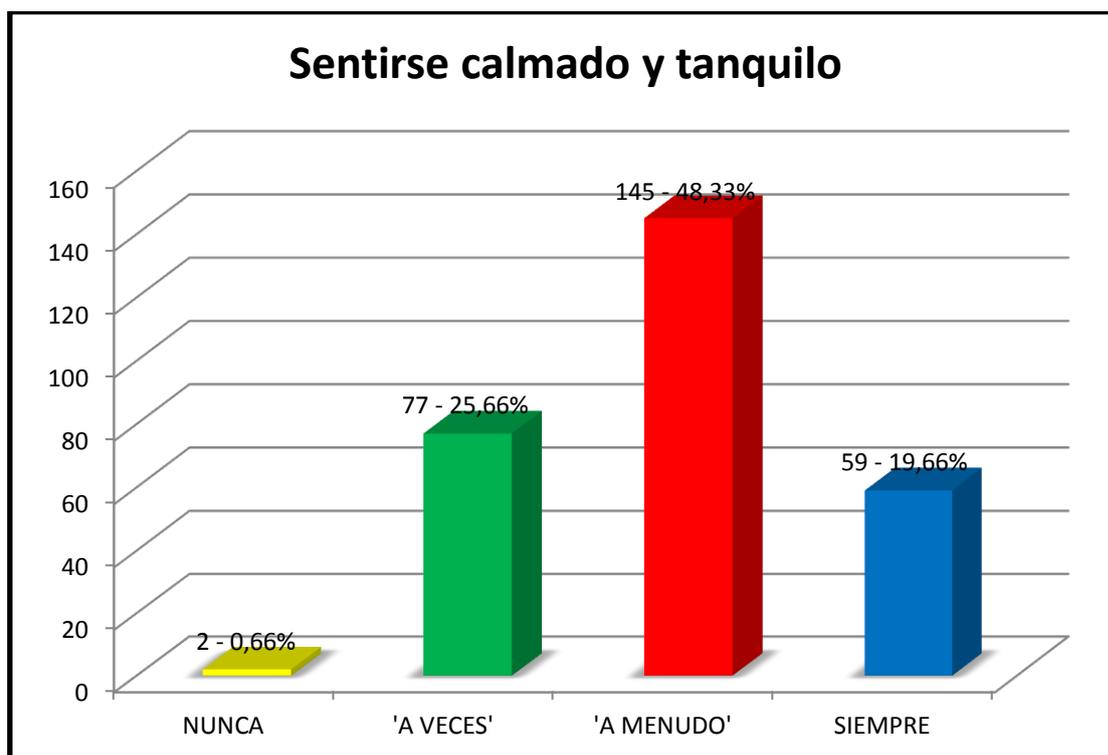


Figura 48. Sentirse calmado y tranquilo

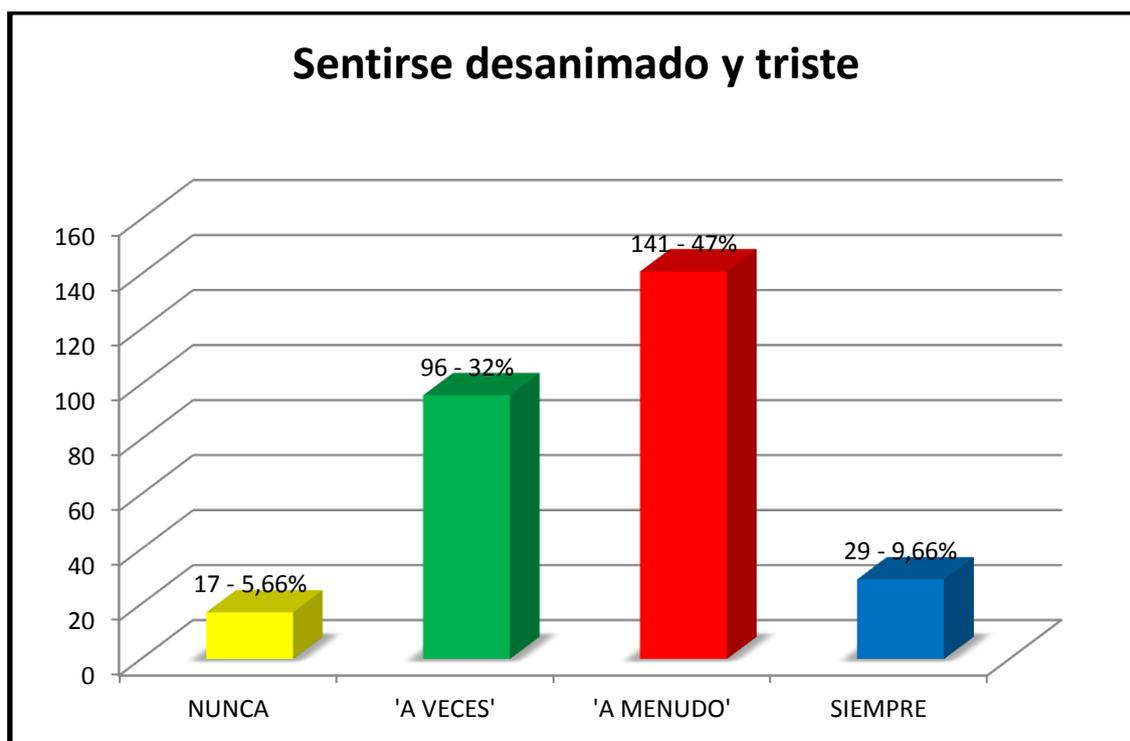


Figura 49. Sentirse desanimado y triste

3.- Datos clínicos obtenidos de 300 personas atendidas en este Centro escogidas al azar de entre el total de asistencias

3.1.- Estructura del fichero de datos del paciente

El fichero de datos que figura en soporte electrónico, CLINICA.XLSX, contiene la información detallada de los 300 pacientes estudiados con los siguientes campos de datos:

- 1.- Iniciales identificativas del paciente.
- 2.- Sexo.
- 3.- Edad.
- 4.- Día de la semana.
- 5.- Día de asistencia.
- 6.- Hora de visita.
- 7.- Motivo de consulta.
- 8.- Diagnostico.
- 9.- Tratamiento.
- 10.- Deriva hospital.
- 11.- Tipo asistencia.
- 12.- Patología crónica 1.
- 13.- Patología crónica 2.
- 14.- Patología crónica 3.
- 15.- Tratamientos previos 1.
- 16.- Tratamientos previos 2.
- 17.- Tratamiento previos 3.
- 18.- Asistencia.

3.2.- Día de la semana que se han atendido:

Día de la semana	Número de asistencias	(Porcentaje)
Lunes (1)	47 personas	(15'66%)
Martes (2)	38 personas	(12'66%)
Miércoles (3)	27 personas	(9'00%)
Jueves (4)	42 personas	(14'00%)
Viernes (5)	32 personas	(10'66%)
Sábado (6)	33 personas	(11'00%)
Domingo (7)	81 personas	(27'00%)

Tabla III. Número de asistencias según días de la semana

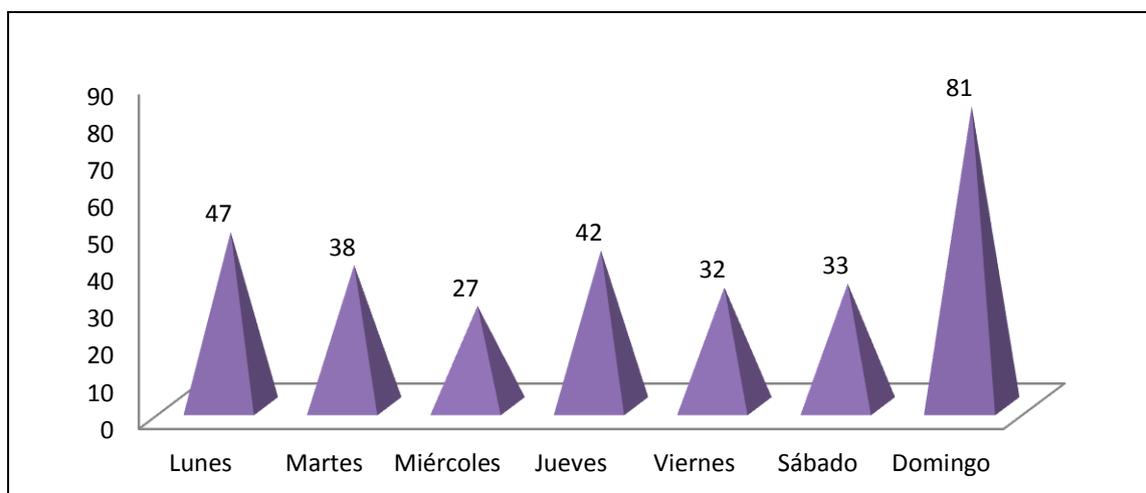


Figura 50. Número de asistencias en los días de la semana

3.3.- Sexo

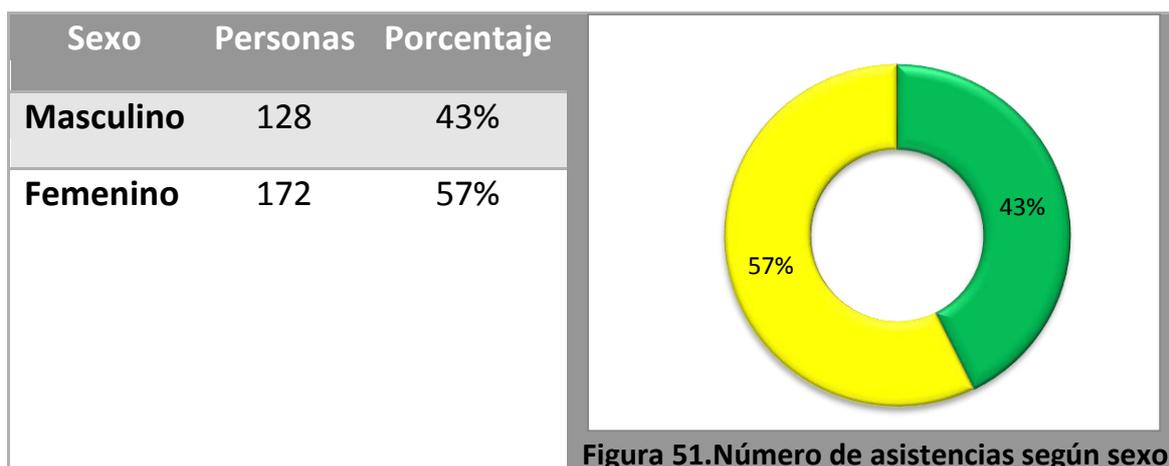


Figura 51. Número de asistencias según sexo

3.4.- Edades

Edad	Nº de asistencias	(Porcentaje)
0-6 años	23 personas	(7'66%)
7-14 años	27 personas	(9'00%)
15-20 años	17 personas	(5'66%)
21-30 años	60 personas	(20'00%)
31-40 años	48 personas	(16'00%)
41-50 años	36 personas	(12'00%)
51-60 años	28 personas	(9'33%)
61-70 años	17 personas	(5'66%)
Más de 70 años	44 personas	(14'66%)

Tabla IV. Número de asistencias por grupos de edad

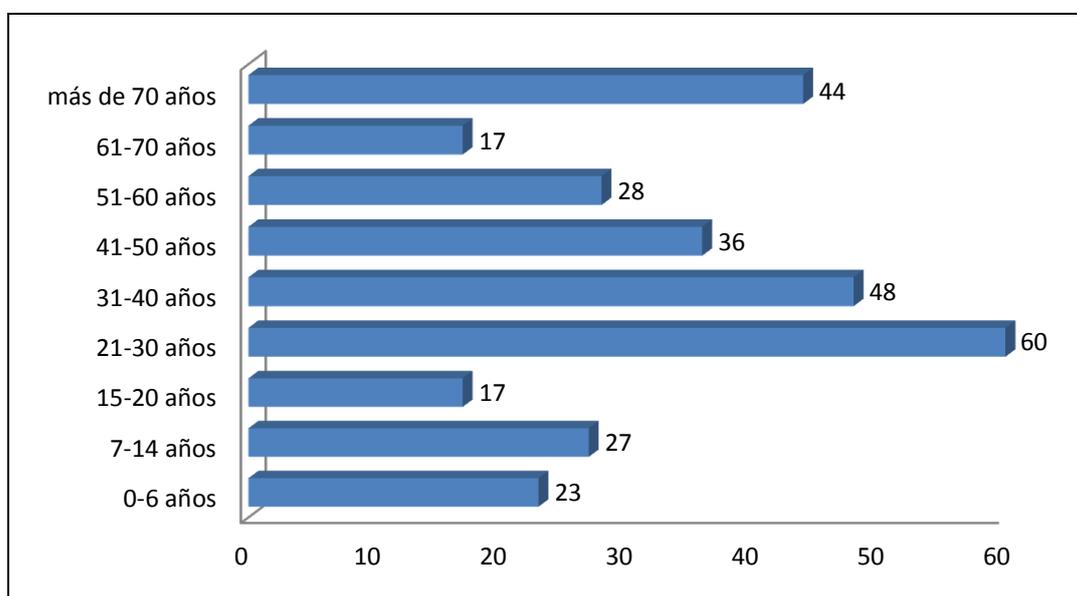


Figura 53. Número de asistencias por grupos de edad

Respecto a las edades, el número más elevado de pacientes ha sido con edades comprendidas entre 21 y 30 años. También se observa mayor demanda de residentes en viviendas más próximas a la ubicación del Centro.

3.5.- Franja horaria de consulta:

Franjas horarias	Frecuentación	(Porcentaje)
00-07 horas	18	(6'00%)
08-15 horas	62	(20'66%)
16-20 horas	164	(54'66%)
21-00 horas	56	(18'66%)

Tabla V. Frecuencia de asistencia en diferentes franjas horarias

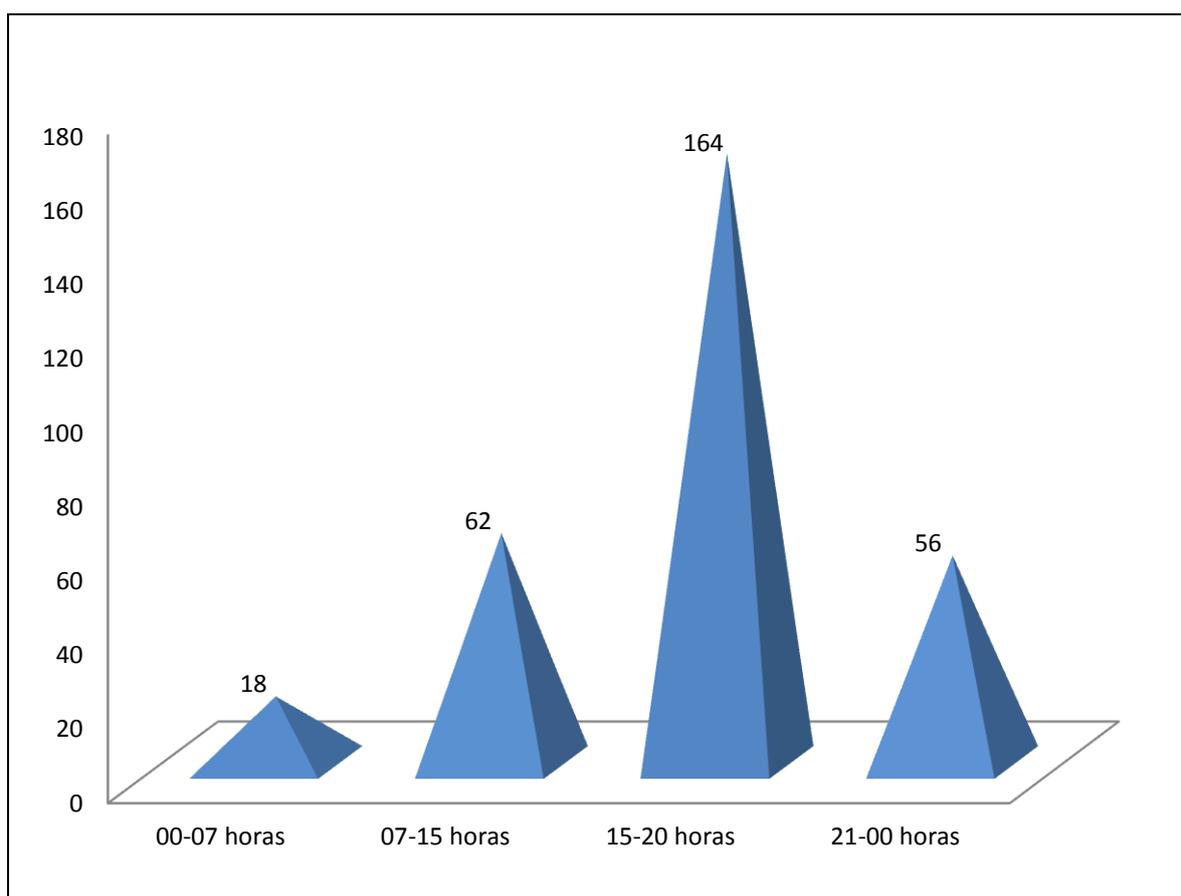


Figura 54. Frecuencia de asistencias según franjas horarias

3.6.- Motivos de consulta más frecuentes atendidas en el servicio de urgencias de las 300 personas elegidas al azar

Motivo	Número/Porcentaje
Síntomas respiratorios (1)	88 / (29'33%)
Lesiones dermatológicas (2)	31 / (10'33%)
Síntomas cardiocirculatorios (3)	18 / (6'00%)
Síntomas digestivos (4)	39 / (13'00%)
Síntomas del sistema nervioso (5)	19 / (6'33%)
Problemas oculares (6)	13 / (4'33%)
Problemas genitourinarios (7)	21 / (7'00%)
Síntomas del Aparato Locomotor (8)	52 / (17'33%)
Fiebre (9)	38 / (12'66%)
Malestar general (10)	9 / (3'00%)

Tabla VI. Número de motivos de consulta

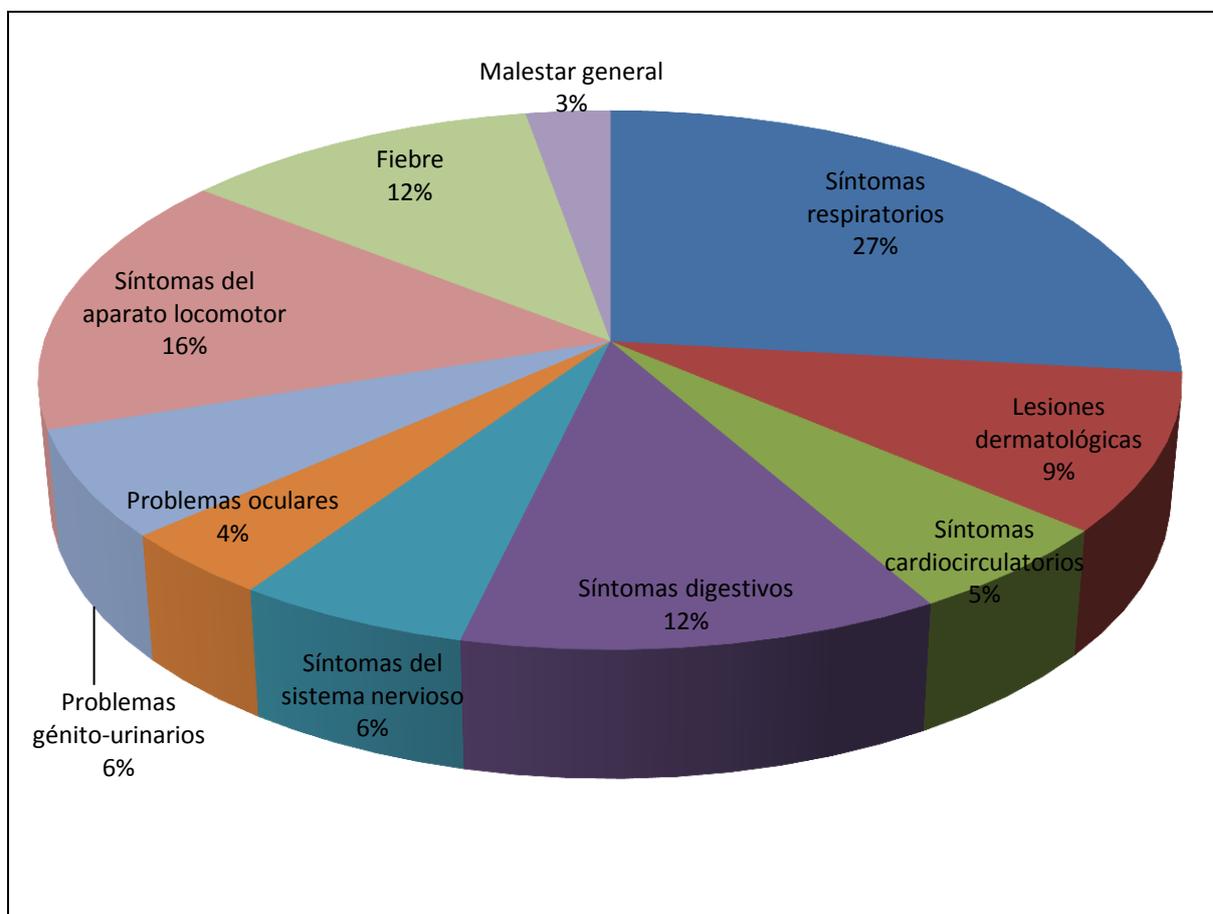


Figura 55. Frecuentación de motivos de consulta

3.7.- Diagnósticos respecto a los motivos de consulta:

Diagnostico	Número/Porcentaje
Patología respiratoria	112 / (37'33%)
Patología dermatológica	26 / (8'66%)
Patología cardiocirculatoria	14 / (4'66%)
Patología digestiva	43 / (14'33%)
Patología del sistema nervioso	18 / (6'00%)
Patología oftalmológica	13 / (4'33%)
Patología genitourinaria	24 / (8'00%)
Patología del aparato locomotor	55 / (18'33%)
Patología endocrina	1 / (0'30%)

Tabla VII. Número de diagnósticos según patologías

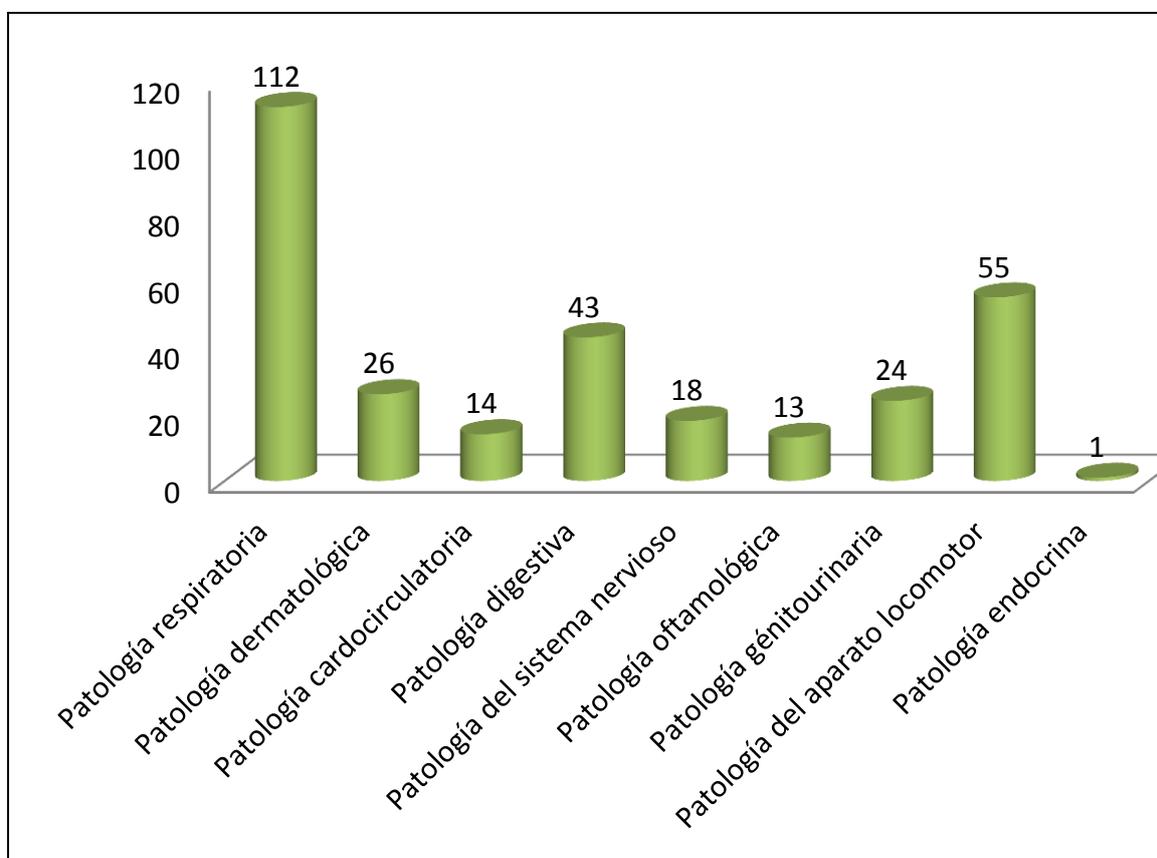


Figura 56. Número de diagnósticos según patologías

3.8.- Tratamientos más habitualmente aplicados o realizados en el Servicio de Urgencias de las 300 personas elegidas

Tratamiento	Número/Porcentaje
Analgésicos (1) y Antiinflamatorios (19)	142 (47'33%)
Antitérmicos (2)	51 (17'00%)
Hipotensores (3)	5 (1'60%)
Antibióticos (4), Antivirales (20) y Antifúngicos (22)	111 (37'00%)
Antiulcerosos y protectores gástricos (5). Antiemético (6). Medicaciones en patología intestinal y anorrectal (7)	32 (10'66%)
Sueroterapia, hidratación (8) , dietas y medidas higiénico-posturales (9)	34 (11'33%)
Broncodilatadores y antiasmáticos (10). Corticoides (11). Mucolíticos y Antitusivos (15). Descongestionantes alfa-adrenérgicos (16). Oxígeno (13)	72 (24'00%)
Antihistamínicos (12). Adrenalina (17). Glucocorticoides (25)	31 (10'33%)
Antisépticos (14). Emolientes. Protectores dermatológicos (21)	6 (2'00%)
Benzodiacepinas (18). Ansiolíticos y Relajantes musculares (24). Antidepresivos (26). Neurolépticos(27)	24 (8'00%)
Suturas, vendajes, curas, sondas	13 (4'33%)

Tabla VIII. Tratamientos más habituales aplicados o realizados

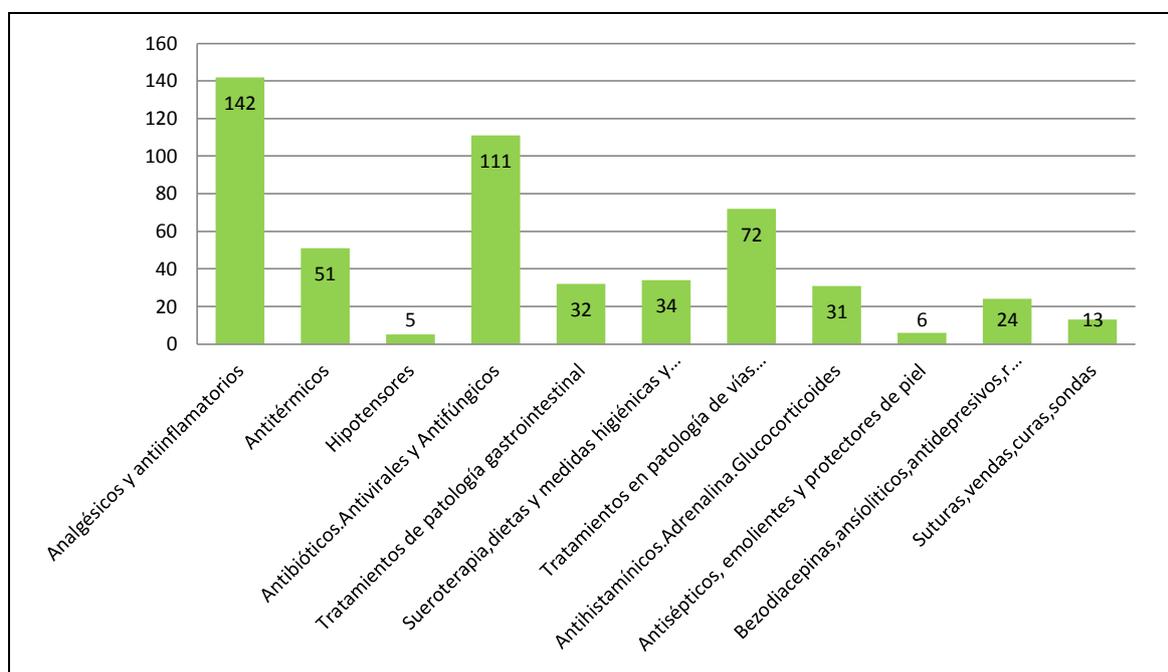


Figura 57. Tratamientos más habituales aplicados o realizados

3.9.- Patologías crónicas más frecuentes de los 300 pacientes escogidos al azar

Patología	Número / Porcentaje
Patología respiratoria	43 (14'33%)
Patología dermatológica	19 (6'33%)
Patología cardiocirculatoria	43 (14'33%)
Patología endocrina	72 (24'00%)
Patología digestiva	23 (7'66%)
Patología renal	16 (5'33%)
Patología genitourinaria	14 (4'66%)
Patología tumoral	12 (4'00%)
Patología del sistema nervioso	29 (9'66%)
Patología del aparato locomotor	45 (15'00%)
Patología alérgica	26 (8'66%)
Deformidades	30 (10'00%)
Adicciones	52 (17'33%)
Obesidad	28 (9'33%)
Alteraciones hematológicas	11 (3'66%)
Intervenciones quirúrgicas	8 (2'66%)
Ansiedad	21 (7'00%)
Depresión	12 (4'00%)
Patología ocular	12 (4'00%)

Tabla IX. Patologías crónicas más frecuentes

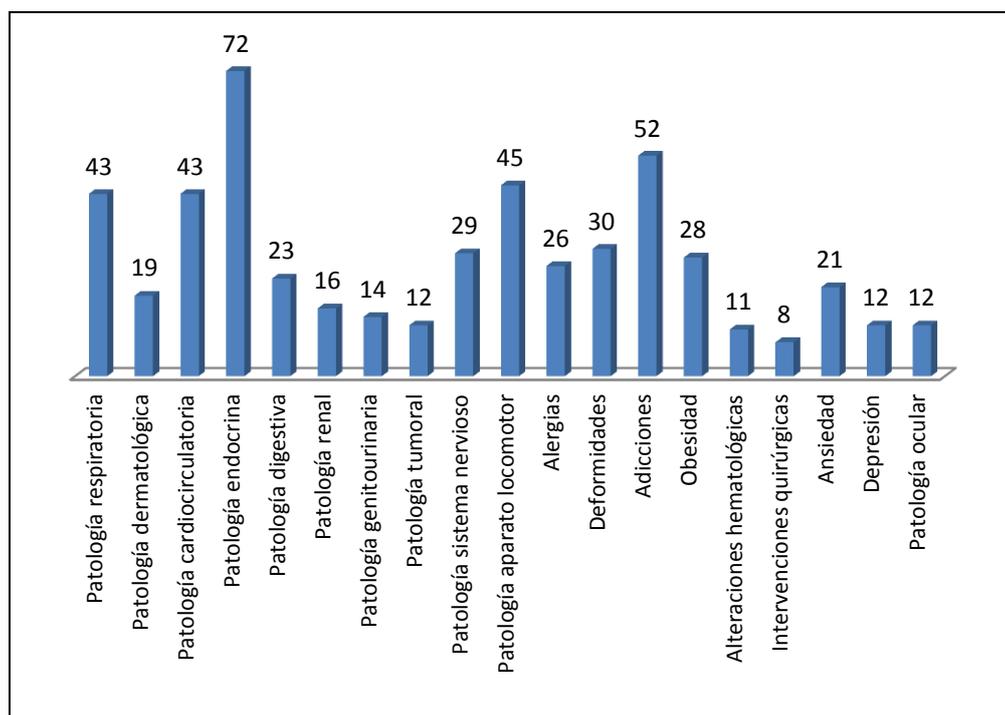


Figura 58. Patologías crónicas más frecuentes

3.10.- Tratamientos previos más habituales de estas personas

Tratamiento	Número / Porcentaje
1.-Antidiabéticos orales (1). Insulina (10)	17 (5'66%)
2.-Analgésicos y antiinflamatorios (2)	31 (10'33%)
3.-Anticoagulantes (3). Antianginosos y otros tratamientos para patologías cardiocirculatorias (19). Hipotensores (7). Diuréticos (11)	75 (25'00%)
4.-Broncodilatadores (4) y Antiasmáticos (8)	27 (9'00%)
5.-Corticoides (5). Antihistamínicos (15)	29 (9'66%)
6.-Hipolipemiantes (6)	30 (10'00%)
7.-Antiparkinsonianos (9). Neurolépticos y antivertiginosos (14)	11 (3'66%)
8.-Ansiolíticos (12). Antidepresivos (13)	58 (19'33%)
9.-Intervenciones quirúrgicas (16)	35 (11'66%)
10.-Hormonas y calcio (20). Anticonceptivos (25)	16 (5'33%)
11.-Antiulcerosos, protectores gástricos (18). Antidiarreicos y laxantes (23)	20 (6'66%)
12.-Relajantes musculares(17).Tratamientos de patologías del aparato locomotor (21)	12 (4'00%)
13.-Inmunosupresores (22)	1 (0'30%)
14.-Sonda (24)	1 (0'30%)

Tabla X. Tratamientos previos más habituales

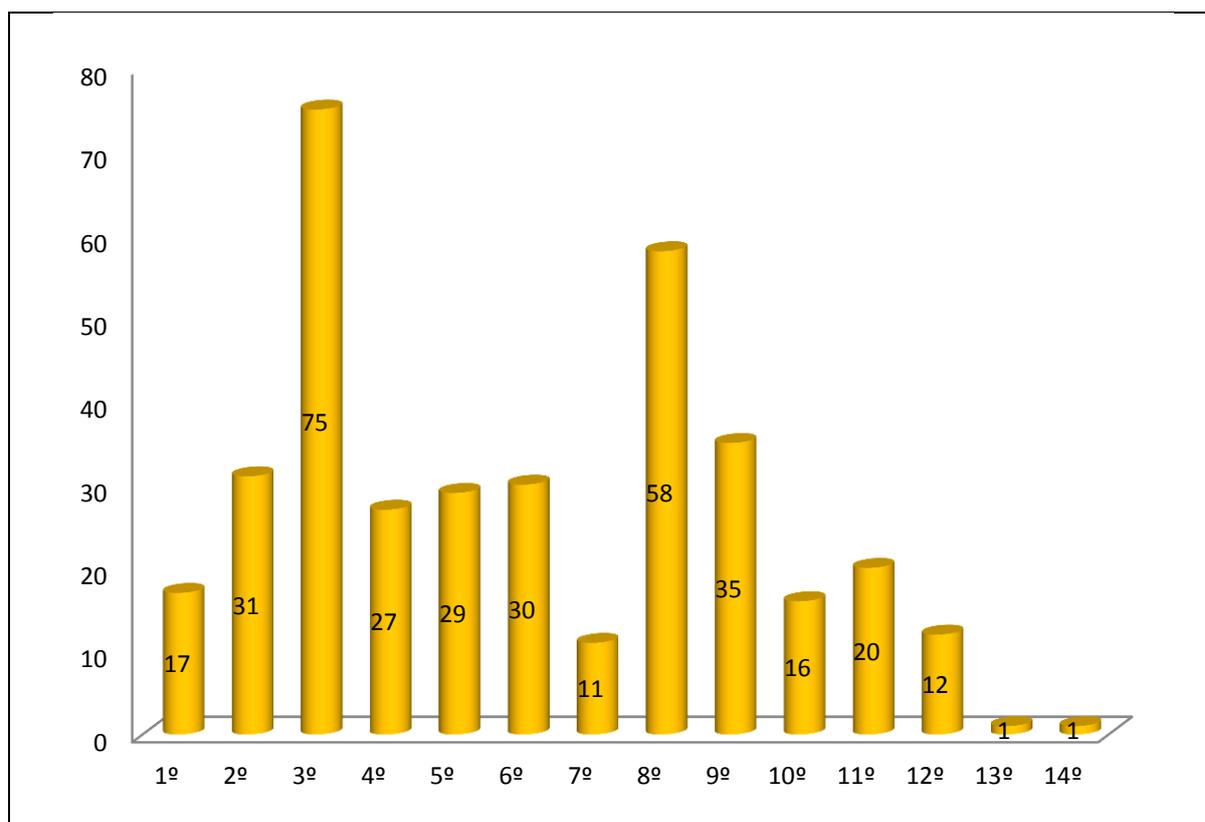


Figura 59. Tratamientos previos más habituales

3.11.-Tipo de asistencia

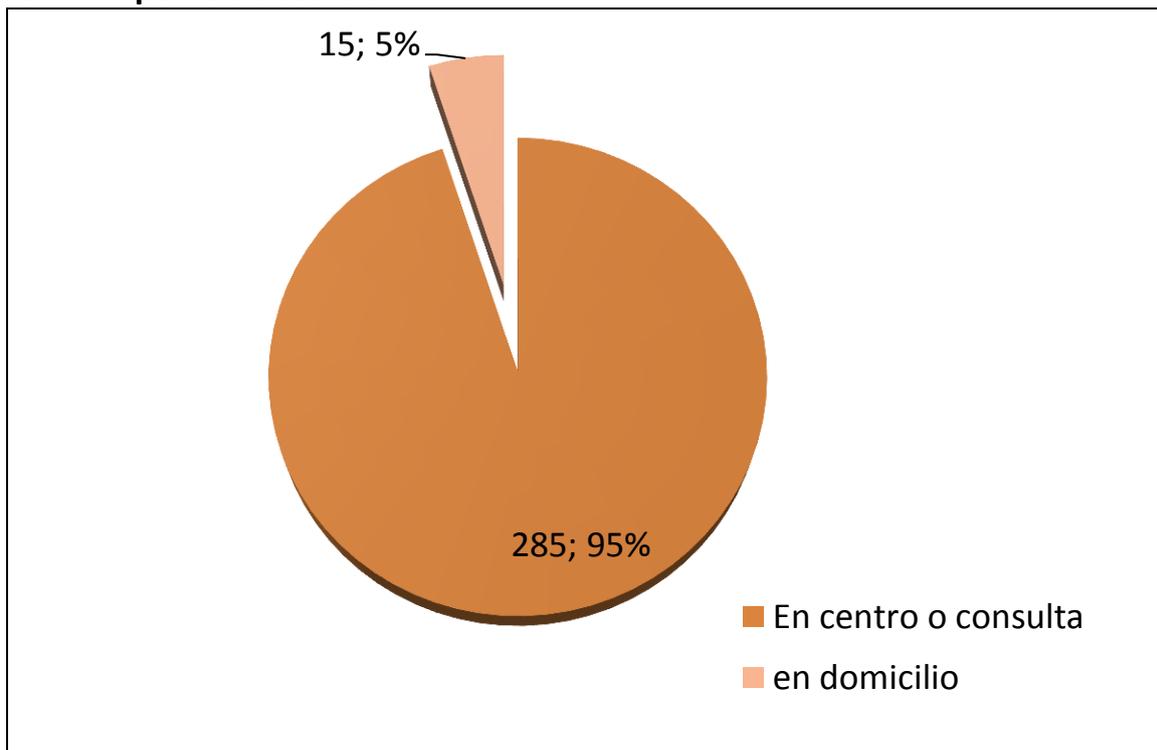


Figura 60. Número de personas de la muestra, atendidas en el Centro

3.12.- Personas derivadas o no derivadas

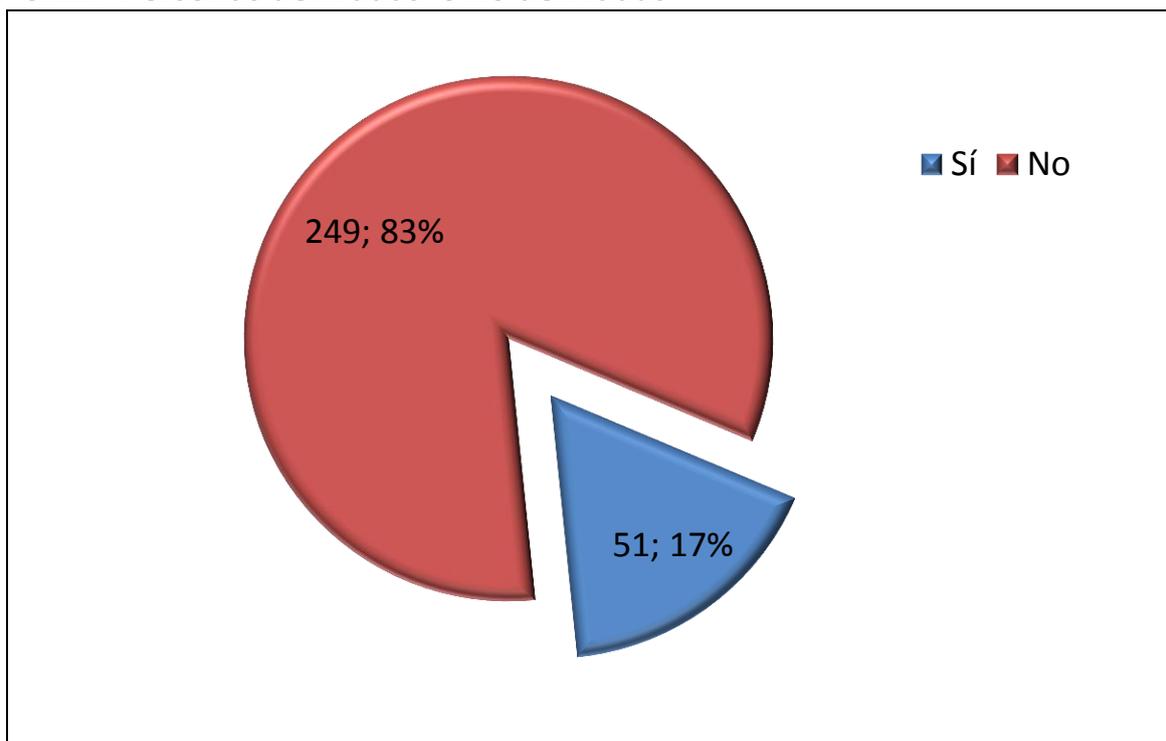


Figura 61. Número de personas derivadas o no derivadas al hospital

3.13.- Asistencia prestada

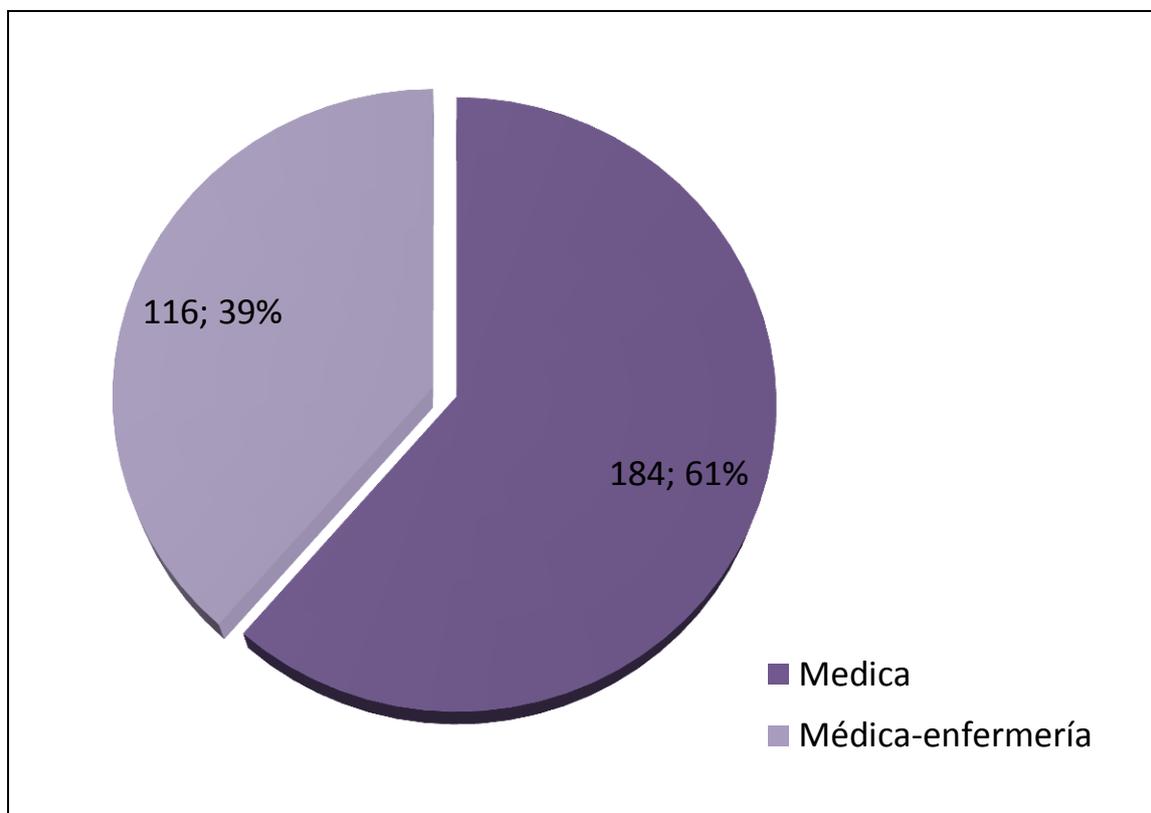


Figura 62. Número de asistencia médica o conjunta médica-enfermería

4.- Resultados

4.1.-Análisis estadístico de asociación de variables

Al relacionar la variable "*Frecuentación*" con los respectivos meses del año se observa un aumento con una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre los meses que coinciden con cambios estacionales sobre todo Enero y Octubre, que además coincide para asistencias en el punto de atención continuada y a domicilio.

La variable "*Frecuentación*" con la variable edad tiene una relación estadísticamente significativa siendo más frecuente en edades medias 30-50 años ($p > 0,05$).

En la encuesta de satisfacción podemos observar que durante los meses de menos frecuentación hay mejor opinión sobre el personal o la atención recibida de buena o excelente con una relación estadísticamente significativa ($p > 0,03$).

Las variables de la encuesta de *satisfacción*: "*Amabilidad de personal*", "*compresión de necesidades*" y "*apariciencia del personal*" tienen relación estadísticamente significativa ($p > 0,05$) con "*preparación del personal*".

La variable "*frecuentación*" tiene una relación estadísticamente significativa con la de "*limitación para subir varios pisos*" ($p > 0,03$). También hay relación de la "*frecuentación*" con "*hacer menos de lo que hubiera querido debido a la salud física*" ($p > 0,05$), "*dejar de hacer algunas tareas debido a la salud física*" ($p > 0,05$) y "*limitación para realizar actividades cotidianas*" ($p > 0,05$).

Se observa también que los usuarios del Servicio con "*limitación para subir pisos*" o "*hacer menos de lo que hubiera querido debido a la salud física*" tienen una mejor opinión en la encuesta de satisfacción en cuanto a "*la apariciencia personal*" o a "*la preparación del personal*" con relación estadísticamente significativa ($p < 0,03$ y $0,05$).

Existe una relación estadística entre la "*frecuentación*" y "*el día de la semana*": Domingo ($p > 0,03$) que están cerrados los Centros de Salud.

También observamos relación estadística entre la "*frecuentación*", los "*meses del año*" y el "*tipo de patología*" sobre todo respiratoria ($p = 0,000...$).

V.-Discusión

La asistencia sanitaria es un derecho constitucional, la Constitución Española en su art. 43 reconoce el derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos, a la vez que diseña una nueva organización territorial del Estado que posibilita la asunción por las Comunidades Autónomas de competencias en materia de sanidad, reservando para aquél la regulación de las bases y la coordinación general de la misma.⁽²⁾

1.-Sobre el uso de urgencias

La asistencia de una demanda de atención sanitaria urgente en el lugar donde ésta se produce es uno de los mayores avances de la Medicina de urgencias y emergencias. Gracias al equipamiento de los vehículos de transporte sanitario con el material necesario, principalmente monitor desfibrilador, equipos de apertura de vía aérea y de canalización de accesos venosos, medicación de urgencias y material de inmovilización, y al personal entrenado específicamente para la resolución de tales demandas asistenciales, se ha conseguido simultáneamente reducir tiempos de asistencia y aumentar la probabilidad de supervivencia.

Se ha observado un progresivo incremento de la demanda de asistencia urgente hospitalaria y extrahospitalaria tanto en medio urbano como rural.

Para un rendimiento adecuado de los recursos y las prestaciones del Servicio de Salud, es necesaria la colaboración de todos los ciudadanos para hacer una utilización correcta de acuerdo con las necesidades de salud y en función de las disponibilidades del sistema, evitando situaciones de uso poco diligentes, irresponsables o abusivas, que entorpecen el funcionamiento de dichos dispositivos, restándoles eficacia ante la excesiva e injustificada demanda que padecen.⁽¹¹⁾

Para el óptimo funcionamiento de los Servicios de Urgencias de Atención Primaria se necesita una adecuada correlación de estos con el Centro de Salud, médicos de cabecera y hospitales, debiendo fluir la información en todos los sentidos.

La coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se configura como el elemento básico para garantizar la efectividad y la continuidad de los cuidados. La mejora de la salud del individuo y de las

poblaciones pasa por aumentar el poder resolutivo de los sistemas sanitarios, no de forma individual, sino garantizando la interrelación e integración de sus diferentes niveles y el diálogo entre los profesionales que prestan sus servicios en ellos.⁽¹²⁾

Cuando la coordinación alcanza su grado máximo, la atención se considera integrada. La continuidad asistencial, por su parte, es el resultado de la coordinación desde la perspectiva del paciente, y se define como el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo.⁽¹³⁾

Según nuestros datos existe un uso inadecuado de los Servicios de Urgencias atribuibles a los factores que contribuyen a ello: edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, nivel socioeconómico, variables relacionadas con el estado de salud, factores del entorno, distancia al hospital, hora de consulta, factores relacionados con el entorno social, factores relacionados con la organización sanitaria;⁽¹⁴⁾ y a los diferentes criterios de cada persona sobre su padecimiento: criterios subjetivos, implícitos, basados en el juicio clínico de uno o varios expertos, en función del motivo de consulta y la impresión de gravedad. Habitualmente se consideran inadecuadas aquellas asistencias que podrían haberse atendido en AP, con los recursos al alcance del médico de cabecera. Protocolos de "triage" se utilizan como filtros que clasifican a los pacientes asignando prioridades, de manera que permitan redistribuir las consultas, rechazando la atención a los pacientes que no plantean ninguna situación de urgencias.⁽⁷⁴⁻⁷⁶⁾ En estos casos, dada la repercusión potencial de negar la asistencia a un paciente que pueda presentar algún tipo de complicación, el protocolo está obligado a ser muy sensible para detectar lo adecuado, lo que a su vez le convierte en un instrumento poco específico, que deja muchos pacientes que no son verdaderas urgencias. Cuando la función del protocolo de "triage" es la distribución de los pacientes dentro del propio Servicio éste puede ser más específico y corregirse durante el proceso de asistencia y su repercusión será mucho menor. Criterios explícitos señalan una serie de premisas que identifican la existencia potencial de un riesgo vital o la necesidad de pruebas diagnósticas o intervenciones terapéuticas complejas, que no pueden administrarse en otros dispositivos asistenciales, presentan la ventaja de ser objetivos, pero también algunas limitaciones: son ajenos a la disponibilidad de recursos extrahospitalarios y dependientes del proceso asistencial.^{(91) (92-95)}

A la existencia de Servicios de Urgencias extrahospitalarios se les atribuye una reducción del uso inadecuado de los Servicios de Urgencia hospitalaria, aunque en general se considera que sigue aumentando la utilización de las urgencias hospitalarias, sobre todo debido al tiempo de espera para ser vistos por medicina especializada.⁽¹⁴⁾

Desde Atención Primaria, en los Servicios de Urgencias o de Atención Continuada deben atenderse los problemas de salud que van desde los de baja complejidad hasta el abordaje, valoración y estabilización de los de alta complejidad, asegurando en caso necesario el traslado en las mejores condiciones posibles. En todos los casos, las actuaciones han de ir dirigidas a la obtención de la máxima resolución posible dentro del ámbito de actuación de la Atención Primaria. La Medicina de Urgencias y Emergencias es uno de los pilares básicos de la Medicina Familiar y Comunitaria. Cumple con todas las características inherentes a nuestra especialidad: es polivalente, transversal, autónoma y con una gran capacidad de resolución. Además, y creo que es una de las peculiaridades que más enorgullece a los médicos de familia, es accesible; siendo, para bien y para mal, los más cercanos al paciente.⁽⁴⁾

De la muestra (300 personas), 285, (95%) han sido atendidas en el Centro y 15 (5%) en el domicilio. Derivadas al hospital 51 (17%) y no derivadas 249 (83%). Y según los datos globales de asistencias durante un año, se podría deducir que la instauración del SUAP supone una mejora del proceso asistencial en cuanto a resoluciones, pues podemos comprobar que durante un año en nuestro Servicio han sido atendidas un total de 36.700 personas, de los siguientes modos:

En consulta en el Centro han sido atendidas: 33.296 personas, (90'72%). Se han realizado 2599 asistencias en el domicilio o en la vía pública (7'08%), es decir fuera del Centro. Se realizaron 805 consultas telefónicas, (2'19%), de las cuales algunas se resolvieron telefónicamente y otras se convirtieron en una posterior visita al domicilio o en recomendación de asistencia al Centro o al Hospital para ser atendidas según se valore la consulta realizada. Fueron derivadas a Hospital: 2563 personas (6'98%) del total de atendidos en el Centro y fuera del Centro.

2.-En cuanto a la calidad asistencial

La opinión de los pacientes es un resultado que nos aporta información sobre el grado en que éstos sienten que el servicio recibido ha cumplido con las expectativas.

Precisamente estas expectativas tienen peculiaridades según el lugar donde se presta la asistencia. En nuestro Servicio, las expectativas son algo peculiares, el usuario o paciente es poco frecuente que sea atendido por el mismo profesional en las diferentes visitas, puede coincidir, pero esta coincidencia puede estar separada por un período más o menos largo de tiempo, y generalmente por otra patología. El contacto con el paciente o usuario generalmente es breve y a veces con cierta carga de ansiedad, con cierto grado de cansancio y normalmente con difícil seguimiento del proceso. Además supone una actividad muy importante en los centros hospitalarios, así como la primera línea de contacto de muchos con el sistema hospitalario y la puerta de entrada al mismo.⁽¹⁸⁾

El estudio de la satisfacción se ha convertido en un instrumento de valor creciente en la investigación en servicios sanitarios.

La finalidad de esta investigación es evaluar la satisfacción de los usuarios del Servicio de Urgencias, pretende establecer una aproximación superficial a la complejidad que supone la equiparación de dos conceptos como son: satisfacción del usuario en el Servicio de Urgencias y la calidad de la asistencia. Además evaluar la capacidad instalada de la institución, teniendo en cuenta la oferta y la demanda actual, y así programar el mejoramiento de los procesos de atención del Servicio; y de esta manera asegurar que todos los usuarios reciban la atención adecuada con calidad y calidez.⁽²⁵⁾

La atención a la salud tiene tres componentes: la atención técnica, la relación interpersonal y el medio ambiente en el que se lleva a cabo el proceso de la atención.⁽¹⁸⁾

La puesta en marcha de los Servicios de Atención de Urgencias y Emergencias a nivel extrahospitalario ha permitido, además de centralizar la coordinación de la atención a los procesos urgentes, aumentar la accesibilidad de los usuarios al sistema sanitario por las facilidades que proporciona este Servicio en relación con horario de asistencia, siendo el domingo y festivo el día de más visitas debido a ser un recurso ofrecido durante 24 horas de forma continuada y ser el único Servicio disponible durante dichos días aparte del Complejo Hospitalario como única alternativa, , en horario vespertino y nocturno durante los días laborables, posibles dificultades de cita con su médico de cabecera, la fácil accesibilidad ante afecciones agudas aunque no siempre supongan una situación de urgencia o emergencia, ofrecer solución telefónica a un porcentaje importante de problemas, sin necesidad de desplazamiento del paciente a ningún centro asistencial y, finalmente, ofertar un recurso que

puede ser útil como medio de difusión de información sanitaria con fines educativos o de salud pública.^{(23) (24)}

Pensamos que la habilidad de comunicación con el paciente nos ayuda a resolver el aviso a través del teléfono, al igual que el desarrollo de un proyecto de mejora de calidad puede ayudarnos a reducir los avisos injustificados, potenciar la calidad asistencial y la utilización racional de los recursos. Sería interesante implantar estos proyectos y realizar estudios en un futuro.

Respecto a la satisfacción del usuario comenzaremos detallando que en la satisfacción inciden diferentes factores, y las dimensiones más significativas serían: empatía de los profesionales, comunicación e información que reciben los pacientes, competencia profesional (tipos de cuidados que ofrecen, materiales disponibles y resultados de las intervenciones), capacidad de respuesta, acceso al Servicio y, no menos importante, el confort y el estado de las instalaciones.

Quizás este estudio pudiera servir como una nueva llamada de atención para persistir en esta perspectiva del buen trato y de mejorarlo aún, si cabe.

La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria en nuestro Servicio de Urgencias es alta, ya que cumple expectativas y atención adecuada como lo demuestra la opinión reflejada por los usuarios sobre los aspectos consultados, con un elevado grado de satisfacción (*Tabla I. Figuras 26 a 39*).

A esto también se añade la satisfacción nuestra, de los profesionales sanitarios respecto al total de asistencias y los casos que debemos remitir al hospital. La proporción de transferencias al hospital de estos pacientes en consecuencia con la gravedad de la patología detectada es escasa (*Figuras 22 y 61*).

Concluimos que la satisfacción del usuario de nuestro Servicio es alta y que la instauración del SUAP ha supuesto una mejora del proceso asistencial. Satisfacción que hemos podido comparar, como se comenta en el apartado 4, con los estudios de otros Centros.

3.-De la calidad de vida de los usuarios

La calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida.

Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".⁽²⁹⁾

El concepto de calidad de vida en términos subjetivos, surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos. La calidad de vida tiene su máxima expresión en la calidad de vida relacionada con la salud. Las tres dimensiones que global e íntegramente comprenden la calidad de vida son:

Dimensión física: Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.

Dimensión psicológica: Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

Dimensión social: Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral.

Los datos en nuestro Servicio de Urgencias acerca de la calidad de vida de las personas que acuden a él, se han recogido en nuestra encuesta sobre la calidad de vida, donde se han cuestionado aspectos físicos, psíquicos y la repercusión social de éstos. En este cuestionario vemos que la respuesta predominante ha sido "A menudo", en cuanto a limitaciones físicas y a problemas emocionales o psíquicos, con ello ciertas interferencias en ciertas actividades o relaciones sociales (*Tabla II. Figuras 40 a 49*).

4.-Del tipo de procedimientos y diagnósticos, patologías más frecuentes atendidas y tratamientos.

En un estudio del Centro de Urgencias de Atención Primaria de Altamira de 2008, un dato llamativo es el hecho de que la gran mayoría refiere acudir al SUAP por una situación de urgencia (a pesar de tratarse, en la mayor parte de los casos, de un proceso que se ha iniciado durante los días previos); seguido de la accesibilidad en cuanto a horario que les proporciona este Servicio. Posiblemente en este concepto incluyen la

dificultad de conseguir cita con su médico para el mismo día o la facilidad de horario que ofrece el SUAP ante situaciones de afección aguda, y que no siempre suponen una situación de urgencia o emergencia.⁽²⁶⁾

Esto podríamos reforzarlo con la observación del uso repetitivo del SUAP, con varias visitas del mismo paciente, lo que apoya la idea de un menor uso de otros recursos sanitarios de Atención Primaria.

La opinión de los usuarios, como en otros estudios de satisfacción sanitarios (*Tabla I, figuras 26 a 39*),⁽²⁷⁾ muestra una valoración positiva general; lo que demuestra que ésta aumenta a medida que hacen uso del Servicio en más ocasiones, lo que podría relacionarse con el grado de resolución de los Servicios de Urgencias, donde la atención, el diagnóstico y, en muchos casos, el tratamiento suelen ser en el acto, lo que produce que el usuario vuelva a su domicilio con la sensación de problema resuelto.

Se puede concluir que la instauración de este SUAP ha supuesto una mejora asistencial para todos los habitantes de la Zona Básica de Salud Altamira, y cumple las expectativas, ya que así lo demuestra la opinión reflejada por los usuarios sobre los aspectos consultados, con un grado de satisfacción alto (81,8).⁽²⁷⁾⁽¹³⁸⁾

En el centro Isabel II de Parla, de lunes a viernes, durante el año 2001, en un estudio de 5.390 personas hallamos una media mensual de urgencias médicas 8'3%, la mayor parte de la demanda de atención urgente se consideró urgencia subjetiva.⁽¹²⁵⁻¹²⁸⁾ Como motivos de consulta más frecuente diferimos respecto a otros estudios, siendo las patologías más frecuentes atendidas en este Centro las de aparato digestivo, seguidas: las del aparato locomotor, las del sistema cardiocirculatorio, las de patologías del sistema nervioso, a continuación aparato genitourinario, aparato respiratorio, afecciones dermatológicas, sistema endocrino y fiebre, siendo en nuestro estudio los motivos de consulta predominantes la patología respiratoria, seguida de aparato locomotor, a continuación digestiva, fiebre, problemas dermatológicos, a continuación genitourinarios, sistema nervioso, cardiocirculatorios, alteraciones oftalmológicas y por último, malestar general, datos que se exponen en la *tabla VI, y figura 36*.⁽³⁷⁾

En Portugal, durante los últimos años, la evaluación de la satisfacción de los pacientes con los servicios sanitarios ha ganado gran popularidad como medida de la calidad en la prestación de servicios de salud públicos. Las actividades de garantía y mejora de la calidad están siendo incluidas como parte de los procesos sanitarios y dentro de los

programas políticos. La mejora en la calidad percibida puede ser lograda mediante la mejora de la eficacia y de la eficiencia en la prestación del servicio; es decir, reducir el tiempo de espera hasta que el paciente es atendido. En nuestro estudio la respuesta predominante en relación al tiempo de espera ha sido "Normal", en relación a puntualidad de respuestas ha sido "Normal", y en cuanto a rapidez de respuesta ha sido "Buena". Datos observables en la *tabla 1*. La mejora en el diagnóstico inicial de los pacientes y la forma en que pacientes y familiares son atendidos por el personal del Servicio, transmitiéndoles seguridad, dinamismo y empatía, de forma que se muestre una preocupación real por el bienestar del usuario del Servicio de Urgencias. La muestra que ha sido analizada quedó constituida por 122 pacientes atendidos durante una semana del año 2008. Se utilizó un método de muestreo aleatorio simple observando que la asistencia del sexo femenino (67) predominó ligeramente sobre el masculino (55), donde al igual que en nuestro estudio se apreció cierto predominio de asistencia femenina (*Figuras 23 y 51*). Se comprueba también un elevado nivel de satisfacción con la atención médica recibida, que en nuestro estudio se expone en la *tabla 1*.
(19)

Durante el año 2003 en Aragón,⁽³⁶⁾ en cuanto a las características de las personas atendidas, destacar que hubo también cierto predominio de mujeres con un 56,4%, siendo en nuestro estudio, en los datos anuales, de 52'36% de asistencia femenina, respecto al 47'63% masculina (*Figura 23*).

En cuanto a la edad, el 56,2% eran mayores de 60 años, y el 9,9% fue menor de 19, en nuestro estudio de 12.000 pacientes elegidos al azar, las edades de mayor frecuentación es de 20-30 años, con 2100 pacientes, 17'5% (nacidos entre los años 1.980 -1.990) ; seguida de entre 30-40 años, con 1887 pacientes, 15'72% (nacidos entre los años 1.970-1.980) y la menor frecuentación los nacidos entre los años 1.910-1.920 con 125 pacientes, (1'04%) y en los años 2010 y 2011 con 366 pacientes,3'05%, (*Figura 24*) .Y respecto a los datos clínicos de 300 pacientes elegidos al azar las edades más comunes de frecuentación fueron en primer lugar entre 21-30 años con 60 pacientes (20%), en segundo lugar entre 31-40 años con 48 pacientes (16%) y los de menor asistencia fueron las edades entre 15-20 años y de 61 a 70 años con 17 pacientes (5'66%) (*Tabla IV, y figura 53*).

Tanto en el estudio de Aragón como en el nuestro, el domingo fue el día de la semana en el que se produjo una mayor demanda, siendo la media diaria de llamadas significativamente mayor los días festivos que los

laborables, frecuentación seguida en nuestra muestra de 300 personas del lunes y el día de menos frecuencia de asistencia el miércoles (*Tabla III, y figura 50*).

La distribución por tramos horarios fue también diferente, y el rango de 15 a 22 horas fue el que tuvo mayor número de asistencias los días laborables, mientras que en los días festivos fue el de 8 a 15 horas. En nuestro estudio las asistencias más frecuentes son en el tramo de 16 a 20 horas, incluidos los domingos con 164 pacientes, (54'66%) (*Tabla V y figura 54*).

En el trabajo citado ⁽³⁶⁾, los meses en los que se recibieron mayor porcentaje de consultas fueron noviembre (10,9%) y diciembre (10,3%), y en nuestro estudio, del total de personas atendidas en un año (33.296), el mayor número de asistencias fueron los meses de enero (3.390 pacientes, 10'18%) y octubre (2.922 pacientes, 8'77%) y el de menor asistencia agosto (2.395 pacientes, 7'19%) (*Figura 19*).

Los principales motivos de consulta fueron "dolor" (13,9%), seguido de "fiebre" (10,1%), "enfermedades del aparato respiratorio" (6,3%) y "alteraciones neurológicas" (5,4%). En nuestro estudio, los principales motivos de consulta fueron patologías respiratorias (27%), seguidas de patología del aparato locomotor (16%), aparato digestivo (12%) , fiebre (12%), etc. (*tabla VI y figura 55*).

En el mismo estudio, con respecto al período del año, ⁽³⁶⁾ es en los meses de invierno cuando se detecta una mayor demanda, dato que difiere al de nuestro estudio donde tenemos la mayor asistencia en el domicilio o en la vía pública el mes de enero (299 personas, 11'50%), seguido de marzo (263 personas, 10'11%) y diciembre (260 personas, 10%), siendo el de menor número de asistencias fuera del Centro el mes de Septiembre, (*figura 20*).

Esto va paralelo al hecho de que el recurso movilizado más frecuentemente fuera un médico al domicilio, mientras que el porcentaje de urgencias vitales que precisaron la movilización de equipos más especializados fue tan sólo de un 12%. En los datos obtenidos en este estudio el número de pacientes derivados al hospital ha sido 2563 (6'98%), siendo el mes de mayor frecuencia de derivación enero con 314 personas (12'25%) y el mes de menor número de derivaciones agosto con 119 (4'64%) (*Figura 22*).

En cuanto a la pregunta sobre si los médicos de AP se preocupan de sus pacientes, predomina la respuesta de acuerdo 75,2% y en desacuerdo

97,0%⁽³⁶⁾, nuestros datos sobre interés por resolver consultas es buena un 51% y mala un 1%. (*Figura 34*). Respecto a si los médicos de AP dedican el tiempo suficiente, de acuerdo 38,8% y en desacuerdo 34,9%⁽³⁶⁾, en nuestra pregunta sobre el tiempo o rapidez de respuesta a los problemas el resultado ha sido de un 48% buena y 2% mala (*Figura 38*). Si los médicos de AP están bien preparados, de acuerdo 78,3% y en desacuerdo 43,1%. Sobre nuestra preparación las respuestas han sido buena en el 61% y mala en el 2% (*Figura 36*). Sobre si el paciente necesita más tiempo en AP para que se le escuche, de acuerdo 99,2% y en desacuerdo 00%⁽³⁶⁾, en nuestra muestra vemos en cuanto a comprensión de necesidades una respuesta de 58% buena y 1% mala (*Figura 28*). Y respecto a disposición para la ayuda aparece una respuesta en el 48% buena y en el 1% mala (*Figura 30*).

Estudio 2010 El tamaño de la muestra fue de 235 pacientes, (5.500 pacientes por año); en nuestro caso ha sido de 300 (33.296 pacientes por año).⁽²⁶⁾⁽¹³⁵⁻¹³⁹⁾

En cuanto a la consulta la valoraron positivamente un 83,1%. En nuestra encuesta, respecto a la comodidad en las consultas la respuesta ha sido en el 46% buena y en el 3% mala (*Figura 32*).⁽²⁶⁾

En este estudio reconocían un tiempo de espera corto para ser atendidos, en nuestra encuesta el tiempo de espera ha sido valorado normal en el 50%, bueno en el 25% y malo en el 9% de los casos (*Figura 31*). Respecto al trabajo citado, cabe comentar que las tasas de participación en los estudios mediante encuestas suelen ser bajas (del 30 al 40%),⁽³⁶⁾ en cambio en nuestro estudio la participación se puede considerar total, con apenas alguna negativa.⁽²⁶⁾

¿Qué nos aporta el estudio de Pérez-Ciordia y Guillén Grima? Los autores realizan una descripción del usuario que demanda asistencia médica urgente hospitalaria y extrahospitalaria en la Comunidad de Navarra mediante una encuesta a una muestra extensa (5.537 pacientes) y bastante representativa (el 61% del universo respecto a la cobertura hospitalaria y el 85% respecto a la extrahospitalaria) de dicha Comunidad. Comprueban que la solicitud de asistencia extrahospitalaria es la más frecuente, ya que supone un 62,7% del total, y que la principal motivación para optar por esta modalidad (a la que se acogen de forma significativa los pacientes con buen estado de salud habitual y con percepción de patología leve) es la comodidad del servicio. Las patologías prototipo de este grupo serían los procesos respiratorios de vías altas, los dermatológicos y los oculares, que en más del 80% de los casos son

atendidas en el entorno extra hospitalario. ⁽³⁵⁾⁽⁹²⁻⁹⁵⁾ A diferencia del prototipo de patologías más frecuentes en nuestro centro que han resultado ser: procesos respiratorios, digestivos y del aparato locomotor (Tabla VII. Y figura 56). ⁽³⁵⁾

5.-Entre las debilidades de los servicios de urgencias actuales también destacamos

Diversidad de modelos.- No existe un modelo claro de atención continuada/urgencias de Atención Primaria. Hay mucha variabilidad territorial. Los horarios y servicios que se ofrecen son heterogéneos.

Competencia con los hospitales.- Los distintos actores del sistema (pacientes, profesionales y gestores) tienden a considerar que los problemas agudos y las urgencias deben atenderse en los hospitales.

Esto puede condicionar que las inversiones para la mejora de las urgencias se dirijan principalmente a la atención especializada.

Poca definición del producto (atención continuada/urgencias).- No queda suficientemente claro qué debe hacerse fuera de los horarios de apertura normal de los Centros de Salud. En muchos casos se trata de facilitar el acceso a los ciudadanos que por problemas laborales o familiares tienen dificultad para ser atendidos dentro de los horarios normales, en otros se trata de asegurar la continuidad de la atención (terminales, patologías crónicas descompensadas, etc.) y en otros atender verdaderas urgencias o emergencias.

Condiciones laborales mejorables.- Se observan problemas laborales en este ámbito (salarios, desplazamientos, seguridad, descanso durante la guardia o después de una guardia nocturna, sustitutos, etc.). Todo ello condiciona que, en algunos casos, este tipo de actividad no sea atractiva para los profesionales.

Escasa inversión en equipamientos y tecnología.- Es preciso disponer de los recursos técnicos y diagnósticos necesarios para mejorar la capacidad resolutive de la atención a las urgencias. Y esto no siempre es así.

Distinta carga de trabajo entre profesionales.- Se constata un desequilibrio en la presión asistencial de los diferentes profesionales, con una amplia variabilidad territorial. La implicación de enfermería en la atención a las patologías agudas y a las urgencias es variada.

En algunos puntos de atención continuada no se dispone de soporte administrativo, y en otros existen celadores que no realizan tareas administrativas.⁽³⁾⁽¹⁷⁾

La coordinación del sistema debe mejorar en cuanto a la eficacia, pues hay muchas reiteraciones de actuaciones deficientes, cuando el enfermo pasa de la Atención Primaria a la especializada, a quien tampoco el sistema de “barra libre” en las Urgencias etc. la favorece.⁽³⁹⁾

Más bien se controla la presencia y la puntualidad, pero no la efectividad ni la calidad del Servicio.

Gran tamaño de organización, hace imposible llevar un control de los gastos.

Falta de comunicación con Unidades periféricas de comunas distantes.

Falta de agilidad, trámite burocrático.

Demasiada demanda, y exigencia de los pacientes para recibir atención rápida y expedita.

Falta de presupuesto.⁽⁴⁰⁾

Actualmente, el síndrome de *burn-out*, síndrome de desgaste profesional, no es cualquier tipo de estrés laboral sino que afecta sobre todo a los profesionales sanitarios que trabajan directamente con personas con las que mantienen una relación de ayuda y comparten con ellas situaciones vitales emocionalmente fuertes como una respuesta al estrés laboral crónico; en 1991 se lo consideró “un grave y creciente problema social que afecta a más del 10% de los médicos” y que constituye “un reto diagnóstico y, sobre todo, terapéutico para los psiquiatras” (Fawzy y Pasnau). Algunos se refieren a él como a una pandemia, el síndrome de *burn-out* se invoca como probable responsable de la desmotivación que sufren los profesionales sanitarios. Esto sugiere la posibilidad de que esté implicado en las elevadas tasas de absentismo laboral que presenta este colectivo. El estrés es la segunda causa de baja laboral en la Unión Europea. Se calcula que en torno al 12% de la población activa padece este tipo de estrés crónico causado por el contexto laboral, y que entre un 3% y un 4% de ellos realmente está enfermo. De manera que debemos tratarlo como un riesgo profesional que genera daños y secuelas en el trabajador (enfermedades del trabajo) y que el empleador ha de prevenir obligatoriamente.⁽³⁴⁾

6.- Relación de variables

Podemos observar que hay un pico de frecuentación en los meses de Enero y Octubre (Figuras 19-22) que coincide con la bajada de temperatura de esta zona y sobretodo en Enero coincidiendo con epidemia gripal, lo que difiere de otros estudios, en estudio de Aragón 2003 (36), que la mayor frecuentación es Noviembre y Diciembre.

En estudios de frecuentación comparativos de asistencia entre centro Isabel II de Parla con 5390 y el nuestro existe un 8'3% de asistencia en ambos (37), difiriendo en patología más frecuente, siendo en Parla la patología digestiva (37), en Aragón 3003 predomina como motivos de consulta dolor y fiebre (36), en Navarra (32) patología de vías respiratorias altas y en el nuestro la patología respiratoria (Tabla VI, figura 55).

Respecto al sexo, en nuestro estudio y en todos con los que lo hemos comparado hay predominio de sexo femenino (Figuras 23 y 51).

Comparando con el estudio de Aragón 2003 (36), en este hay predominio de edad de frecuentación de mayores de 60 años y en el nuestro predominan las edades entre 20 y 40 años (Tabla IV, figuras 24 y 53).

El día de mayor frecuentación coincide en todos los estudio en ser el domingo.

En los estudios de calidad percibida; en Aragón 2003⁽³⁶⁾, en Altamira⁽²⁷⁾, en Aragón 2010⁽²⁶⁾, así como en el nuestro (Tabla I, figuras 26-39), hay predominio de respuestas de valoración positiva en cuanto a tiempo de dedicación, preparación del personal, comprensión de necesidades y disposición para la ayuda, coincidiendo todos los estudios comparados en un elevado grado de satisfacción sobre la atención recibida personal y sanitaria respecto a las expectativas del usuario.

7.- Recomendaciones respecto al concepto de calidad en el sistema de salud del referido plan. En este marco, el Sistema de Información Sanitaria tiene que responder a las necesidades de los siguientes colectivos

Autoridades sanitarias: la información a profesionales y usuarios favorecerá el desarrollo de políticas y la toma de decisiones, dándoles información actualizada y comparativa de la situación y evolución del Sistema Nacional de Salud.

Profesionales: la información irá dirigida a mejorar sus conocimientos y aptitudes clínicas.

Ciudadanos: La información colaborará a mejorar el autocuidado y la utilización de los servicios sanitarios y el conocimiento del funcionamiento correcto.

Organizaciones y asociaciones en el ámbito sanitario, información con la finalidad de promover la participación de la sociedad civil en el Sistema Nacional de Salud. ⁽²²⁾

VI.- Resumen

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) urgencia es la aparición fortuita (imprevista o inesperada), en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que la sufre o de su familia en el lugar más próximo y con la disponibilidad adecuada para tratarlo.

Emergencia es una situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de algún órgano.

La urgencia sanitaria puede ser:

a) Hospitalaria, con una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar, ubicados en un área específica del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, que garantizan condiciones de seguridad, calidad y eficiencia para atender a las urgencias y las emergencias.

b) Extrahospitalaria, realizada por servicios de profesionales que prestan asistencia sanitaria fuera de los hospitales, ya sean Centro de Salud, en horarios de consulta establecidos; Punto de Atención Continuada (PAC), servicio sanitario que ofrece una disponibilidad a lo largo de las 24 horas del día y durante los 365 días del año, no solo para garantizar la atención de las urgencias sino también para el mantenimiento de la asistencia sanitaria dentro y fuera de los horarios laborales habitualmente establecidos con carácter general; y unidades móviles (UVI), servicio con igual disponibilidad que el PAC.

Respecto al uso de la urgencia es preciso hacer una consideración sobre la Atención Primaria como primer nivel de acceso al sistema sanitario, el más cercano al ciudadano. Un nivel de atención responsable del seguimiento de la evolución de la enfermedad de cada paciente en su entorno. Por ello, la Atención Primaria ha de asegurar su papel de función de agencia de coordinación y garantía de continuidad y regulación de los flujos de pacientes.

El objetivo es alcanzar, a través de estrategias, una Atención Primaria de calidad, orientada al ciudadano, que tenga una alta capacidad

de resolución y que potencie la continuidad asistencial, contando con unos profesionales motivados y capacitados y con una organización descentralizada, participada, eficiente y eficaz. Por eso, las estrategias que se presentan tienen dos ejes fundamentales: el ciudadano y el profesional. El ciudadano debe ser el elemento central del sistema sanitario y, desde luego, de la Atención Primaria es el objeto y la razón de ser de las organizaciones sanitarias y, por ello, todas sus actividades deben ir encaminadas a satisfacer sus necesidades y demandas. Además de los dos ejes señalados, las estrategias se centran en tres objetivos «clave»: la calidad, la capacidad de resolución y la continuidad asistencial.

La OMS identifica como componentes básicos de los cuidados de salud de calidad: un elevado grado de excelencia profesional, la eficiencia en la utilización de recursos, riesgos mínimos para los pacientes, satisfacción para los usuarios y obtención de resultados de salud.

La satisfacción puede definirse como “la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario”, y así el usuario está satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas.⁽²⁶⁾

Calidad en salud es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para recibir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del médico, para lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción con un proceso.

El concepto de “calidad integral” se refiere a los procesos diagnósticos, terapéuticos o rehabilitadores, al profesionalismo o competencia de los prestadores de servicios y a la tecnología disponible para ello; la calidad percibida es valorada fundamentalmente por los usuarios y es determinada por condicionantes de la satisfacción del usuario como equidad, fiabilidad, efectividad, buen trato, respeto, información, continuidad, tiempo de espera y confortabilidad.⁽¹⁸⁾

Palabras clave: Calidad, Satisfacción, Fidelidad, Confianza, Imagen.⁽¹⁹⁾

La calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida.

Objetivos

Objetivo principal:

- Valorar la calidad asistencial de un Punto de Atención Continuada urbano.

Objetivos secundarios:

- Determinar las patologías más frecuentes asistidas en un PAC.
- Determinar el número de asistencias en consulta en el Centro.
- Determinar el número de asistencias en el domicilio o en la vía pública.
- Determinar el número de consultas telefónicas.
- Determinar el número de derivaciones a hospital.
- Determinar el número de avisos por las mañanas de lunes a sábado cuando el Centro permanece cerrado.
- Determinar la frecuencia de asistidos por edades.
- Determinar el número de asistidos por género.

Metodología

a. Material:

- ✓ PAC, Punto de Atención Continuada o propio Centro como Unidad física de atención al usuario.
- ✓ Encuestas realizadas por personas asistentes al Centro sobre satisfacción respecto al Centro y al personal sanitario.
- ✓ Encuestas sobre la calidad de vida de los pacientes que acuden al centro.
- ✓ Estudio de los motivos de consulta, diagnósticos, tratamientos, patologías crónicas y tratamientos crónicos más habituales de pacientes elegidos aleatoriamente.

b. La técnica de investigación o método desarrollado para el estudio consiste la recogida de datos clínicos y de satisfacción, personales y de personas que acuden al servicio del PAC durante

un año a través de encuestas o cuestionarios estructurados autocumplimentados con una serie de ítems concretos.

c. Formas de asistencia en el PAC:

- ✓ Asistencia en el propio Centro.
- ✓ Asistencia en el domicilio.
- ✓ Asistencia en la vía pública.
- ✓ Asistencia telefónica.

Resultados principales

Datos globales

La actividad durante un año ha sido la siguiente:

En consulta en el Centro han sido atendidas: 33.296 personas.

Se han realizado 2599 asistencias en el domicilio o en la vía pública, es decir fuera del Centro.

Se realizaron 805 consultas por vía telefónica, de las cuales algunas se resolvieron por este medio y otras se convirtieron en una posterior visita al domicilio o en recomendación de asistencia al Centro o al hospital para ser atendidas según se valore la consulta realizada.

Fueron derivadas al hospital 2563 personas; es decir el 6'98% de todas las atendidas.

Del total de personas contabilizadas en un año (33.296), la asistencia fue a 17.436 mujeres y 15.860 a hombres, siendo más frecuente la demanda femenina el 52'36 %, respecto a la masculina, el 47'63 %. La edad de frecuentación que predomina ha sido los nacidos entre 1980 y 1990.

El número de más asistencias por las mañanas de lunes a sábado ha sido durante el mes de enero.

Datos de la muestra

En la encuesta de satisfacción la respuesta predominante entre "mala", "normal", "buena" y "excelente", ha sido "buena", excepto en el tiempo de espera y puntualidad en las consultas donde ha predominado "normal".

En la encuesta sobre la calidad de vida, la respuesta entre "nunca", "a veces", "a menudo" y "siempre", ha predominado la respuesta "a

menudo” en cuanto a ciertas limitaciones físicas y problemas emocionales o psíquicos, excepto respecto a interferencias en actividades sociales debido a problemas físicos o emocionales, donde ha sido “a veces”.

El día de la semana de mayor asistencia resultó ser el domingo, seguido del lunes, pero hay que tener en cuenta la diferencia horaria de asistencia de 24 horas el domingo y 17 horas los días laborables.

Respecto a la frecuentación según el género, de la muestra el 43% ha sido masculino y el 57% femenino.

La edad más frecuente de asistencia en la muestra ha sido entre 21 y 30 años.

El principal motivo de consulta ha sido la patología respiratoria a: 27%.

El tratamiento más habitual aplicado: analgésicos y anti-inflamatorios.

La patología crónica más frecuente de los 300 asistentes elegidos al azar es la patología endocrina.

Los tratamientos crónicos más habituales han sido: anticoagulantes, antianginosos, tratamientos para patología cardiocirculatoria, hipotensores y diuréticos.

De las 300 personas elegidas al azar, 285 han sido atendidas en el Centro y 15 en el domicilio, 51 han sido derivadas al hospital y 249 no; 184 fueron atendidas por el médico y 116 tuvieron asistencia conjunta de médico-enfermería.

Discusión

Sobre el uso urgencias, acerca de un rendimiento adecuado de los recursos y las prestaciones del Servicio de Salud, es necesaria la colaboración de todos los ciudadanos para hacer una utilización correcta de acuerdo a las necesidades de salud y en función de las disponibilidades del sistema

La coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se configura como el elemento básico para garantizar la efectividad y la continuidad de los cuidados.

Según nuestros datos existe un uso inadecuado de los Servicios de Urgencias atribuibles a los factores que contribuyen a ello:

Habitualmente se consideran inadecuadas aquellas asistencias que podrían haberse atendido en AP, con los recursos al alcance del médico de cabecera.

La opinión de los pacientes nos aporta información sobre el grado en que estos sienten que el servicio recibido ha cumplido con las expectativas.

Concluimos que la satisfacción del usuario de nuestro Servicio es alta y que la instauración del SUAP ha supuesto una mejora del proceso asistencial. La calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona lo que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida.

La calidad de vida es un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

Los datos en nuestro Servicio de Urgencias acerca de la calidad de vida de las personas que acuden a él, se han recogido en nuestra encuesta, donde se han valorado aspectos físicos, psíquicos y la repercusión social de éstos.

La opinión de los usuarios, como en otros estudios de satisfacción sanitarios, muestra una valoración positiva general; lo que demuestra que ésta aumenta a medida que hacen uso del Servicio en más ocasiones, lo que podría relacionarse con el grado de resolución de los Servicios de Urgencias, donde la atención, el diagnóstico y, en muchos casos, el tratamiento suelen ser en el acto, lo que produce que el usuario vuelva a su domicilio con la sensación de problema resuelto.

VII. Conclusiones

De nuestro estudio se pueden obtener las conclusiones siguientes:

1ª.-La calidad asistencial es alta, siendo buena en la mayoría de las respuestas de la encuesta de satisfacción.

Respecto a la calidad de vida de los pacientes atendidos, se objetiva un elevado número de personas que presentan ciertas limitaciones en actividades cotidianas debido a problemas físicos y/o psíquicos.

2ª.-Los motivos de consulta más frecuentes han sido patología respiratoria (27%) y patología del aparato locomotor (16%) y los diagnósticos más frecuentes han sido patología respiratoria (112 pacientes, 37%) y patología digestiva (43 pacientes, 14,3%).

3ª.-Las patologías crónicas más prevalentes en los pacientes seleccionados han sido la patología endocrina (72 pacientes, 24%), algún tipo de adicción (52 pacientes, 17,3%) y la patología del aparato locomotor (45 pacientes, 15%).

4ª.-Los fármacos prescritos con más frecuencia en el Servicio de Urgencias han sido analgésicos y antiinflamatorios (142 pacientes, 47,3%), seguidos de antibióticos, antivirales y antifúngicos (111 pacientes, 37%). Los tratamientos crónicos o previos más habituales han sido con anticoagulantes, antianginosos y otros fármacos para terapéutica de patologías cardiocirculatorias, hipotensores y diuréticos (75 pacientes, 25%); seguidos de ansiolíticos y antidepresivos (45 pacientes, 15%).

5ª.- Existe predominio del sexo femenino (57%) respecto al masculino. Las edades de mayor frecuentación han sido los menores de 40 años (108 pacientes, 36%) y los mayores de 70 años (44 pacientes, 14,6%).

6ª.-Los días de mayor asistencia han sido el domingo (81 pacientes, 27%), seguido del lunes (47 pacientes, 15,6%) y el día de menos asistencia ha sido el miércoles (27 pacientes, 9%).Las horas de mayor afluencia de pacientes han sido en la franja horaria de 15'00 a 20'00 horas (164 pacientes, 54,6%).

7ª.- De la muestra de los 300 pacientes elegidos, el 95% han sido atendidos en el Centro de Salud, el 15% en el domicilio y el 17% derivados al hospital.

VIII. Bibliografía

- 1.- Correia Loureiro, S. M. Miranda González, F. J. Calidad y satisfacción en el servicio de urgencias hospitalarias: análisis de un hospital de la zona centro de Portugal -Aedem Página 1. www.aedem-virtual.com/ . Consultada 26-3-2011.
- 2.- Sinopsis artículo 43 - Constitución Española. www.congreso.es Consultada 26-3-2011.
- 3.- Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España.www.msc.es/profesionales. Consultada 26-3-2011.
- 4.- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. www.msc.es/. Consultada 26-3-2011.
- 5.- Artiguez, R. Diferencias entre Urgencias y Emergencias. www.semescyl.org. Consultada 10-1-12.
- 6.- Unidad de urgencias hospitalaria - Ministerio de Sanidad y Política social...www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/. Consultada 14-1-2012.
- 7.- Pontificia U. Católica de Chile. Facultad de Medicina UC. Urgencia Médica redsalud.uc.cl. Consultada 15-11-12.
- 8.- Urgencias y emergencias. [www.slideshare.net/equipo_urg/urgencias y emergencias](http://www.slideshare.net/equipo_urg/urgencias_y_emergencias). Consultada 4-10-12.
9. Zumalacárregui, JA Medicina de urgencias. [www.tuotromedico.com/temas/urgencia médica](http://www.tuotromedico.com/temas/urgencia_médica). Consultada 12-12-12.
- 10.- Dirección de Obra Social Universidad de Buenos Aires. [www.dosuba.com/urgencias y emergencias](http://www.dosuba.com/urgencias_y_emergencias). Consultada 23-11-12.
- 11.- Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia Centros de asistencia - Salud Informa. www.saludinforma.es/ Consultada 28-9-12.
- 12.- Allepuz; Gallardo; Perona .Coordinación entre niveles asistenciales. www.elsevier.es revista open Access. Aten Primaria. 2012; 44:568-9.
- 13.- Terraza Núñez, R; Vargas Lorenzo, I; Vázquez Navarrete, M L; La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gacetasanitariaversión impresa ISSN0213-9111.Gac v.20 n.6 Barcelona nov.-dic. 2006.www.scielo.isciii.es/scielo. Consultada 17-11-12.

- 14.- Sánchez López, J; Bueno Cavanillas, A .Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. Servicio de cuidados críticos y urgencias. Universidad de granada.es.org *org/revista/vol17_3/138.-144pdf*. Consultada 9-10-12.
- 15.- Zumalacárregui, JA. (Medicina de Urgencias Urgencia médica. Primeros Auxilios. Tuotromedico. [www.tuotromedico.com/temas/urgencia médica](http://www.tuotromedico.com/temas/urgencia%20m%C3%A9dica). Consultada 12-12-12.
- 16.-Atención a la urgencia extra hospitalaria. El Médico Interactivo.http://www.elmedicointeractivo.com/docs/documentos/UrgenciaExtrahospitalaria_2009.pdf. Consultada 17-11-12.
- 17.- Atención primaria del siglo XXI. Análisis de situación. www.smfyc.com. Consultada 5-10-12.
- 18.- Avendaños Porras, V. Fuentes Vázquez, RM. Sariñana Ortiz, M. Carrasco Solís, M N. Grajales, C. Espectativas del usuario de urgencias seminariodeinvestigacion-urgencias.www.blogspot.com. Consultada 26-4-12.
- 19.- Correia Loureiro, S. M. Miranda González, F.J. Calidad y satisfacción en el servicio de urgencias hospitalarias: análisis de un hospital de la zona centro de Portugal. [aedem www.aedem-virtual.com](http://www.aedem-virtual.com). Consultada 27-4-12.
- 20.- Pérez- Montaut Merino, I. Carrillo Becerra, I. Olmedo Fernández, J M. Cases Garrido, A. Lirio Fernández, M^a D. Sistemas de garantía de calidad en urgencias y emergencias. [www.medynet.com /usuarios/ jraguilar /.../ calidad](http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/.../calidad). Consultada 16-5-12.
- 21.-Unidad de urgencias hospitalaria - Ministerio de Sanidad y Política social...www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH. Consultada 17-11-12.
- 22.- Desde los planes de calidad Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. [www.msc.es/organización/ sns /plan Calidad SNS/](http://www.msc.es/organización/sns/plan%20Calidad%20SNS/). Consultada 18-11-12.
- 23.- Calidad asistencial. www.sefh.es/bibliotecavirtual/garantiacalidad. Consultada 3-12-12.
- 24.- García Navarro, J A. Martínez Almazán, E. Muñoz Romero, C. Margalef Benaiges, P. Domínguez López, M^a O. Calidad asistencial. www.segg.es. Consultada 3-12-12.
- 25.- Fuentes Vázquez, R M^a. Sariñana Ortiz, M. Carrasco Solís, N. Cruz Grajales, M^a N. Sadex. Org. Org revista/5. Expectativas del usuario en

urgencias. Seminariodeinvestigacion-urgencias.blogspot.com. Consultada 3-12-12.

26.-De la Fuente-Rodríguez, A. Fernández-Lerones, M^a J. Hoyos-Valencia, Y. León-Rodríguez, C. Zuloaga-Mendiolea, C y Ruiz-Garrido, M Estudio de calidad percibida y satisfacción de los usuarios de la zona básica de salud Altamira.[zl.elsevier.es/es/revista/revista-calidad-asistencial-256/pdf/S300/](http://www.elsevier.es/es/revista/revista-calidad-asistencial-256/pdf/S300/)

27.- De la Fuente-Rodríguez, A. Fernández-Lerones, M^a J. Hoyos-Valencia, Y. León-Rodríguez, C. Zuloaga-Mendiolea, C y Ruiz-Garrido, M. Servicio de urgencias de atención primaria. Estudio de calidad percibida y satisfacción de los usuarios de la zona básica de salud Altamira. www.elsevier.es/...calidad.../servicio-urgencias-atencion-primaria-est. Consultada 5-12-12.

28.- Puerto Ortuño, M^a. La satisfacción de los usuarios en un servicio público... - Madrid Salud www.madridsalud.es/comunicacion_salud/.../satis-usuarios. Consultada 9-1-13.

29.-Calidad de vida. enciclopedia.us.es/index.php/Calidad_de_vida. Consultada 21-1-13.

30.-Servicio de urgencias PAC - Complejo Hospitalario Universitario de Vigo...chuvi.sergas.es/ga/Pacientesyciudadanía/.../guia_urgencias. Consultada 29-1-13.

31.- Guil Sánchez, J. Rodríguez-Martín, M. Pedrol Clotet, E. Estudio descriptivo de un servicio de atención domiciliaria continuada realizada desde urgencias. *Emergencias* 2009; 21: 429-432.

32.- Martínez Oviedo, A. Abril Marqués, G. Arnal Clemente, P. Vicente, A. Hernández Lahuerta, R. y García Dinnbier, A. Avisos médicos domiciliarios en un centro de salud urbano. Estudio de la demanda y estrategias para su optimización.[zl.elsevier.es/.../avisos-medicos-domiciliarios-un-centro-salud-urbano-1312](http://www.elsevier.es/.../avisos-medicos-domiciliarios-un-centro-salud-urbano-1312)Vol. 34. Núm. 08. Octubre 2008

33.-Fernández Antuña, MA. Estudio de los avisos en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria de Oviedo (SUAP). [zl.elsevier.es/.../estudio-los-avisos-servicio-urgencias-atencion-primaria-131](http://www.elsevier.es/.../estudio-los-avisos-servicio-urgencias-atencion-primaria-131)...Vol. 35. Núm. 07. Agosto - Septiembre 2009

34.- Da Silva Rodio, F. El síndrome del “burn out” puede considerarse un capítulo...Castalia El síndrome del Burn Out www.castalia.org.uy/docs/libros/DrograsyEtica/FreddyDaSilva. Consultada 20-9-12.

35.- Miró, O - 2009. El usuario y su uso de las urgencias - Scielo España. scielo.isciii.es/scielo. Consultada 20-1-13.

- 36.- Cano del Pozo, M I. Rabanaque Hernández, M J. Feja Solana, C. Martos Jiménez, M C. Abad Díez, JM. Celorrio Pascual, J M. Estudio de la frecuentación de un servicio de urgencias extra hospitalario. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, ISSN 1137-6821, Vol. 20, Nº. 3, 2008 , págs. 179-186 Consultada 18-1-13.
- 37.- Collada Jiménez, J L. Demanda de atención urgente atendida por un equipo de... - Elsevier.www.elsevier.es. Consultada 21-1-13.
- 38.- Uso Adecuado de los Servicios Sanitarios. - Atención Primaria www.serviciosanitarios.es/atencion-primaria.html . Consultada 10-3-13.
- 39.- Del Rey Calero, J. La Gestión de Salud y la Atención Primaria. Fortalezas y debilidades del Sistema. www.anm.org.ve/FTPANM/.../05.11-Atencion-Primaria-Espana.pdf Formato de archivo: PDF/Adobe Acrobat – p.425-428. Consultada 10-3-13.
- 40.- DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades): herramienta de análisis de situaciones competitivas. *Dafo_herramienta-de-análisis-de situaciones*. <http://www.rincondelvago.com/servicios/sac/salamanca>. Consultada 13-3-13.
- 41.- Manual de Atención al Usuario sescam.jccm.es/web1/.../MANUAL_ATENCION_USUARIO.pdf Similares Formato de archivo: PDF/p.6-8. Consultada 15-3-13.
- 42.- 6.6 Configuración de los servicios de emergencia y urgencia médica Los servicios de emergencia y urgencias médicas extra hospitalarias en España. pág. 59 www.epes.es/visita/SEMS/capitulos/6.6.pdf. Consultada 15-3-13.
- 43.-Manual de Calidad Asistencial. sescam.jccm.es/.../Calidad/Manual_Calidad_Asistencial_SESCAM_SC... Similares El Modelo de gestión por Competencias, instrumento para la mejora de la calidad sanitaria. Consultada 15-3-13.
- 44.- El Decreto 12/2005, de 1 de febrero de 2005, modifica la normativa reguladora del Servicio de Atención de Urgencias a través del Teléfono Único Europeo de Urgencias 112. jccm.es/justicia/112/. Consultada 28-3-13.
- 45.-Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España...www.msc.es/profesionales/.../AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf.....Similares. Consultada 26-3-2011.
- 46.-Felisart, J., Requena, J., Roqueta, F., Saura, R. M^a, Suñol, R., Tomás, S. SU (2001): Indicadors per mesurar els criteris de qualitat de l'atenció

snaitària. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Barcelona.

47.-Vinagre, M. H. & Neves, J. G. (2008): The influence of service quality and patients' emotions on satisfaction. *Inter J of Health Care Quality Assurance*, 21: 87- 103.

48.- Niedz, B. (1998): Correlates of Hospitalized Patients' Perceptions of Service Quality. *Research in Nursing & Health*, 21: 339-349.

49.-Neto, Q. (2000): *Qualidade Total e Administração Hospitalar: Explorando Disfunções Conceituais*. Lisboa: Edições Sílabo.

50.-Crow, R., Gage H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., Y Thomas, H. (2002): The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment NHS R&D HTA Programme*.

51.-Moret, L., Nguyen, J. M., Pillet, N., Falissard, B., Lombrail, P., Gasquet, I. (2007): Improvement of psychometric properties of a scale measuring inpatient satisfaction with care: a better response rate and a reduction of the ceiling effect. *BMC Health Services Research*, 7:1.

52.- Lázaro P, Azcona B. Clinical practice, ethics, and economics: the physician at the crossroads. *Health Policy* 1996; 37:185-198.

53.-Lázaro P, Pozo F, Ricoy JR. (1995). Una estrategia de investigación en el sistema nacional de salud: II. Investigación en servicios de salud. *Med Clin (Barc)* 104:67-76.

54.- OECD HEALTH DATA. A software package for the international comparison of health care systems. Version 1.5. Paris, France, OECD, 1993.

55.-. Eddy DM. Broadening the responsibilities of practitioners. The team approach. *JAMA* 1993; 269:1849-1855.

56.- Lázaro P, Azcona B. Clinical practice, ethics, and economics: the physician at the crossroads. *Health Policy* 1996; 37:185-198.

57.- Pozo F, Ricoy JR, Lázaro P. Una estrategia de investigación en el sistema nacional de salud: I. La epidemiología clínica. *Med Clin (Barc)* 1994; 102:664-669.

58.-. Black N. Research, audit, and education. *Br Med J* 1992; 304:698-700.

- 59.- Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Committee on Healthcare in America. Washington, D.C.: National Academy Press, 2001.
60. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *Br Med J* 2001; 322:517-519.
61. Leape LL, Park RE, Solomon DH, Chassin MR, Kosecoff J, Brook RH. Relation between surgeons' practice volumes and geographic variation in the rate of carotid endarterectomy. *N Eng J Med* 1989; 321:653-657.
- 62.- Cullis JG, y West PA. The Economics of Health. Martin Robertson & Company Ltd. Oxford, UK, 1979.
- 63.- Bradshaw J. A Taxonomy of Social Need. En: McLachlan G. (editor), Problems and Progress in Medical Care. London: Oxford University Press for The National Provincial Hospitals Trust, 1972.
- 64.- Cooper MH. Rationing Health Care. Croom Helm: Londres, 1975.
- 65.- Mooney GH. Economics, Medicine and Health Care. Wheatsheaf Books (Harvester Press Group). Brighton, Sussex. U K, 1986.
- 66.- Kahan JP, Bernstein SJ, Leape, et al. Measuring the necessity of medical procedures. *Med Care* 1994; 32:357-365.
- 67.- Jennett B. Present balance between benefits and burdens. En: High technology medicine. Benefits and burdens. London: The Nuffield Provincial Hospital Trust, 1984:103-134.
- 68.- Cantero J, Sánchez-Cantalejo E, Martínez J, Maeso J, Rodríguez JJ, Prieto MA, et al. Inadecuación de las visitas a un servicio de urgencias hospitalario y factores asociados. *Aten Primaria* 2001; 28:326-32.
- 69.-Tamborero G. Hospitalizaciones inadecuadas: un nuevo reto para la atención primaria. *Aten Primaria* 2003; 31:15-7. 13.
- 70.-Sempere MT, Peiró S, Sendra P. Utilización inadecuada de las urgencias hospitalarias. Identificación, causas y determinantes. XIX Jornadas de Economía de la Salud. 615-616. Zaragoza: AES, 1999.
- 71.- Murphy AW. Inappropriate attenders at accident and emergency departments II: health service responses. *Fam Pract* 1998; 15:33-7.
- 72.- Caminal J, Silvestre F. Actividad hospitalaria, pacientes y atención primaria. *Rev Calidad Asistencial* 2003; 18:166-72. 19.

- 73.- Caminal J, Morales M, Sánchez E, Cubella MJ, Bustins M. Hospitalizaciones prevenibles mediante una atención primaria oportuna y efectiva. *Aten Primaria* 2003; 31:6-17.
- 74.-Jekel JF, Elmore JG, Fatz DL. *Epidemiology, Biostatistics and Preventive Medicine*. Philadelphia: Saunders 1996:28-9.
- 75.- Roland M, Dusheiko M, Gravelle H, Parker S. Follow up of people aged 65 and over with a history of emergency admissions: analysis of routine admission data. *Br Med J* 2005; 330:289-92.
- 76.- Holland R, Lenaghan E, Harvey I, Smith R, Shepstone L, Lipp A, et al. Does home based medication review keep older people out of hospital The HOMER randomised controlled trial. *Br Med J* 2005; 330:293-7.
- 77.- Grimshaw JM, Russell IT. Achieving health gain through clinical guidelines (I). Developing scientifically valid guidelines. *Qual Health Care*. 1993; 2:243-8.
- 78.- Grol R, Dalhuijsen J, Thomas S, Veld C, Rutten G, Mokkink H. Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observation study. *Br Med J*. 1998; 17:858-61.
- 79.- Shiffman RN, Shekelle P, Overhage M, Slutsky J, Grimshaw J, Deshpande AM. Standardized reporting of clinical practice guidelines: a proposal from the conference on guideline standardization. *Ann Intern Med*. 2003; 139:493-98.
- 80.- Grifell E, Carbonell JM, Infiesta F. Mejorando la gestión clínica. Desarrollo e implantación de guías de práctica clínica. Guía metodológica. Barcelona: CHC Consultoria i Gestió, S.A; 2002. Serie de documentos técnicos de CHC Consultoria i Gestió, S.A.
- 81.- WHO. Integration of health care delivery. 861 ed. Genève: WHO; 1996.
- 82.- Morell JJ. Coordinación atención primaria y especializada, visión desde la pediatría de atención primaria. En: Ponencia inaugural del IV curso de Pediatría en AP; 23 enero 2003; Madrid, España. Disponible en: <http://www.spapex.org/coordinacionapesp.htm> . Consultada 17-1-2012.
- 83.- Contel JC. La coordinación socio sanitaria en un escenario de atención compartida. *Aten Primaria*. 2002; 9:502-6.
- 84.- Alonso M, Ayala S, Buitrago F, Estremera V, García L, Molina MA, et al. Relación entre niveles asistenciales. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 1995. Documento semFYC N.o: 5.

Disponible en: [http://www.semfyc.es/Nueva/Actividades /Publicaciones /Documentos/Docum005.htm](http://www.semfyc.es/Nueva/Actividades/Publicaciones/Documentos/Docum005.htm). Consultada 10-3-13.

85.- Alfaro M, Etreros J, Terol E, Rico F. Coordinación entre niveles asistenciales. En: Aguilera M, Alfaro M, Crespo B, Custodi J, Guerra J, Ichaso MS, et al, editores. Atención primaria en el INSALUD: Diecisiete años de experiencia. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo, Instituto Nacional de Salud. Subdirección General de Atención Primaria; 2002: 240-60.

86.- Ortún V. Los contornos de las organizaciones sanitarias. En: Costes y calidad en la contratación de servicios de salud. Murcia: Asociación de Economía de la Salud; 1997: 39-54. Consultada 10-3-2013.

87.- Puig Junoy J. Integración asistencial y capitación. Economía y Salud. 2002; 44:1-2.

88.- Francke AL, Smit MC, de Veer AJ, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. BMC Med Inform Decis Mak. 2008; 8:38. Medline. Consultada 26-3-2011.

89.- Evans-Lacko S, Jarrett M, McCrone P, Thornicroft G. Facilitators and barriers to implementing clinical care pathways. BMC Health Serv Res. 2010.10:182. Medline. Consultada 26-3-2011.

90.- Berendsen AJ, Benneker WH, Meyboom-de Jong B, Klazinga NS, Schuling J. Motives and preferences of general practitioners for new collaboration models with medical specialists: a qualitative study. BMC Health Serv Res. 2007; 5:4. Medline. Consultada 26-3-2011.

91.- Pérez-Ciordia I, Guillén Grima F. Urgencias hospitalarias y extrahospitalarias en Navarra. Razones que las motivan. An Sist Sanit Navar 2009; 32: 371-384.

92.- Aranaz Andrés JM, Martínez Noguerras R, Rodrigo Bartual V, Gómez Pajares F, Antón García P. Adecuación de la demanda de atención sanitaria en servicios de urgencias hospitalarios. Med Clin (Barc) 2004; 123: 615-618.

93.- Sempere T, Peiró S, Sendra P, Martínez C, López I. Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, associated factors and reasons-an approach with explicit criteria. Ann Emerg Med 2001; 37: 568-579.

94.- Ortega Maján MT, Rabanaque Hernández MJ, Júdez Legaristi D, Cano Del Pozo MI, Abad Díez JM, Moliner Lahoz J. Perfil de los usuarios y

motivos de demanda del Servicio de Urgencias extrahospitalario 061. *Emergencias* 2008; 20: 27-34.

95.- Cano del Pozo MI, Rabanaque Hernández MJ, Feja Solana C, Martos Jiménez MC, Abad Díez JM, Celorrio Pascual JM. Estudio de la frecuentación de un servicio de urgencias extrahospitalario. *Emergencias* 2008; 20: 179-186.

96.- Wikipedia. Medicina de emergencia [consultado el 15/12/2009]. Disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/Urgencia_médica. Consultada 10-1-2012.

97.- WHO working group. The principles of quality assurance. *Qual Assur Health Care* 1989; 1: 79-95.

98.- Brook RH, McGlynn EA, Cleary PD. Quality of health care. Part 2: measuring quality of care. *N Engl J Med* 1996; 335: 966-70.

99.- Blendon RJ, Donelan K. Public opinión about Spain's National Health System. Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema nacional de Salud. Anexo III. Madrid 1991.

100.- Bolívar I, Grupo de estudio de la utilización de servicios sanitarios de Mataró. Determinantes poblacionales de la satisfacción con el médico de atención primaria. *Gac Sanit* 1999; 13:371-83.

101.- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *MMFQ* 1966; 44:166-206.

102.- Lefevre FV, Waters TM and Budetti PP. A Survey of Physician Training. Programs in Risks Management and Communication Skills for Malpractice Prevention. *J Law Med Ethic*, 2000; 28: 258-66.

103.- Dulmen S., Finset A., Langewitz W. et al. Five years of EACH (European Association for Communication in Health (care). *Patient Education and Counseling*, 2006; 62: 379-384.

104.- Palsson R, Kellett J, Lindgren S, Merino J, Semple C and Sereni D. Core competencies of the European internist: A discussion paper. *European Journal of Internal Medicine* 2007; 18: 104–108. Consultada 6-12-2012.

105.- Torrent JC, Sánchez CJ, Ortiz JS et al. Oncologist' perceptions of cancer pain management in Spain. The real and the ideal. *Eur J Pain*, 2007; 11: 352-359.

- 106.- Griffit C.H., Wilson F.F., Langer S y Haist S.A. House Staff Nonverbal Communication Skills and Standardized Patient Satisfaction. *J Gen Intern Med*, 2003; 18:170-174.
- 107.- Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: II-Designing a questionnaire and conducting a survey. *BMJ* 1991; 302:1129-32.
- 108.- Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)* 2010; 144(Sup. 3):26-33.
- 109.- Rodríguez-Legido CI. La medida de la satisfacción con la atención en salud: Andalucía 1984-1992. *Gac Sanit* 1995; 9:311-5.
- 110.- Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: I-Important general considerations. *Br Med J* 1991; 302:887-9.
- 111.- Hall J, Mibum M, Epstein MA. A casual model of health status and satisfaction with medical care. *Med Care* 1993; 31:84-94.
- 112.- Cléries X, Borrell f, Epstein RM, Kronfly E, Escoda JJ, Martínez JM, Aspectos comunicacionales: el reto de la competencia de la profesión médica. *Aten Primaria* 2003; 2:110-7.
- 113.- Ruiz R. Relación Clínica. Guía para aprender a enseñar e investigar. Barcelona: SEMFYC, 2004.
- 114.- De la Revilla L, Espinosa Almendro JM. La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. *Aten Primaria*. 2003; 31:587-91.
- 115.- Grupo ATDOM de la Societat Catalana de Medicina familiar i Comunitària. Aproximación a la atención domiciliaria. ¿Cómo trabaja la sanidad pública catalana la atención domiciliaria? *Aten Primaria*. 2003; 31:473-7.
- 116.- Espinosa Almendro JM, Benítez del Rosario MA, Pascual López L, Duque Valencia A. Modelos de organización de la atención domiciliaria en Atención Primaria. Documento 15. Barcelona: SEMFYC; 2000.
- 117.- Bilbao I, Gastaminza AM, García JA, Quindimil JA, López JL, Huidrobo L. Los pacientes domiciliarios crónicos y su entorno en atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 1994; 13:188-90.
- 118.- Hernando J, Iturrioz P, Toran P, Arratible I, Arregui A, Merino M. Problemas y necesidades de salud de los pacientes crónicos domiciliarios. *Aten Primaria*. 1992; 9:133-6.

- 119.- Pastor-Sánchez R. Grandezas y miserias de la Atención a Domicilio. SEMERGEN. 2003; 29: 397-8.
- 120.- Ministerio Sanidad y Consumo. Madrid. Memorias Insalud 1994-1996.
- 121.- Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Med Clin (Barc). 2000; 114 Supl 3):26-33
- 122.- Delgado Sánchez A. Factores asociados a la satisfacción de los usuarios. Cuadernos de Gestión. 2001; 3:90-101.
- 123.- Mira JJ, Rodríguez J, Tirado S, Sitges E. Semejanzas y diferencias entre satisfacción y calidad percibida. Rev Calid Asist. 2000; 15:36-42.
- 124.- Ortiz Espinosa RM, Muñoz Juárez S, Torres Carreño E. Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo (México). Rev Española de Salud Pública. 2004; 78:527-37. 5.
- 125.- Vitores Picón MP, Cortés Durán PM, Fernández Girón M, Torres Romo L, Tomey Torcal I, Iradier Barrio D, et al. Evaluación de la organización en la atención a pacientes sin cita. Aten Primaria 2001; 298-304.
- 126.- Abreu Galán MA, Canals Aracil M, De Dios Sanz JJ, González Duque A, Roset Monrós P, Salas Álvarez del Valle FJ. Carta de presentación del grupo de trabajo de urgencias en atención primaria de la SMMFYC. Médicos de Familia. Revista SMMFYC 2003; 1:21-3.
- 127.- Rodríguez F, Rodrigo C, Hernández I, Lozano A, Hernanz I. ¡Doctor, vengo de urgencias! Aten Primaria 1998:655-60.
- 128.- Oliver Bañuls A, Chapi Albero I. Estudio de la asistencia prestada en un servicio de urgencias extrahospitalario. Centro de Salud 1996; 232-6.
- 129.- Alonso JP, Febrel M, Huelin J. Factores asociados a la derivación inadecuada entre atención primaria y especializada: estudio cualitativo en médicos de atención primaria. Gac Sanit 2000; 14:122-30.
- 130.- Caminal J, Silvestre F. Actividad hospitalaria, pacientes y atención primaria. Rev Calidad Asistencial 2003; 18:166-72.
- 131.- Caminal J, Morales M, Sánchez E, Cubella MJ, Bustins M. Hospitalizaciones prevenibles mediante una atención primaria oportuna y efectiva. Aten Primaria 2003; 31:6-17.

- 132.- Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Peset R, Ybarra J, Pérez-Jover V, Palazon I, et al. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y Atención Primaria. Rev Calid Asist...2002; 17:273–83.
- 133.- Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Med Clin (Barc) 2000; 114 (supl 3): 26-33
- 134.- Caminal J. Medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Universidad Autónoma de Barcelona. Rev Calid Asist...2001; 16: 276–9.
- 135.- Delgado Sánchez A. Factores asociados a la satisfacción de los usuarios. Aten Primaria. 2003;31: 307-14.
- 136.- Gea MT, Hernán-García M, Jiménez-Martín JM, Cabrera A. Opinión de los usuarios sobre la calidad del Servicio de Urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves. Revista Calidad Asistencial 2001; 16: 37-44.
- 137.- Magro Pretejer R. Expectativas y satisfacción de los usuarios de Atención Primaria. Semergen. 24:711-8. Vol. 24. Núm. 03. Cita 7 Mayo 2009
- 138.- Encuesta de satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios de Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud. Informe final de resultados 2006. Gerencia de Atención Primaria Torrelavega-Reinosa. Zona Básica de Salud Altamira. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
- 139.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Asistencia Sanitaria y Atención Primaria. Encuesta de satisfacción de los usuarios con los servicios de Atención Primaria 2001. Instituto Nacional de la Salud. Madrid, 2002.
- 140.- Braun T, García Castrillo-Riesgo L, Krafft T, Díaz-Regañón Vilches G. Frecuentación del servicio de urgencias y factores sociodemográficos. Gaceta Sanitaria, Ediciones Doyma, (Barcelona) 139-144 p. Año: 2002.
- 141.- Ovretveit J. Purchasing for health. Buckingham: Open University Press; 1995.
- 142.- Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Morgan KL, Mitchell JB. Remaking health care in America. 1. a ed. San Francisco: The Jossey-Bass health care series; 1996.

- 143.- Wagner EH, Austin BT, Vonkorff M. Improving outcomes in chronic illness. *Manag Care Q.* 1996; 4:12-25.
- 144.- Vergeles-Blanca JM. Relación entre atención primaria y especializada: el reto permanente. *Cuadernos de Gestión.* 2002; 8:159-66.
- 145.- Grimshaw JM, Russell IT. Achieving health gain through clinical guidelines (I). Developing scientifically valid guidelines. *Qual Health Care.* 1993; 2:243-8.
- 146.- Grol R, Dalhuijsen J, Thomas S, Veld C, Rutten G, Mookink H. Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observation study. *BrMed J.* 1998; 317:858-61.
- 147.- Shiffman RN, Shekelle P, Overhage M, Slutsky J, Grimshaw J, Deshpande AM. Standardized reporting of clinical practice guidelines: a proposal from the conference on guideline standardization. *Ann Intern Med.* 2003; 139:493-98.
- 148.- Grifell E, Carbonell JM, Infiesta F. Mejorando la gestión clínica. Desarrollo e implantación de guías de práctica clínica. Guía metodológica. Barcelona: CHC Consultoria i Gestió, S.A; 2002.

IX. Anexo

Tabla de datos clínicos de las personas atendidas elegidas para la muestra del estudio

Identificación	Sexo	Edad	Día Semana	Día asistencia	Hora Visita	Motivo consulta	Diagnóstico	Tratamiento	Der. Hospital	Tipo. Asistencia	Pat. Crónica	Pat. Crónica	Pat. Crónica	Tto Prv	Tto Prv	Tto Prv	Asistencia
AVM	1	84	2	13/12/2011	23'43	4+10	4.11		1	2	1	4	3	8	6	9	2
ISS	2	84	2	07/06/2011	18'31	1.2	1.2.2	10+11.1	2	1	3	4		10	7	11	1
JRB	1	39	2	07/06/2011	20'27	1.1	1.1.1	4.2+2	2	1							1
AGH	2	23	7	16/10/2011	00'12	1.1+5.1+1.1.7	1.1.11	4.2+19.1	2	1							2
MLLN M	2	42	7	16/10/2011	00'31	1.2	1.2.4	10+11.1+18	2	1							2
NAS	2	25	3	12/10/2011	8'26	1	1.2.4	10+11.1+18	2	1	17	18		13			2
RGB	2	29	2	19/04/2011	17'41	8	8.10	19.1	1	1	11						1
LPM	2	8	7	16/10/2011	10'05	2	2.8	11.2+11.3+12.2	2	1	12						1
FAC	1	58	7	05/12/2010	12'19	1+10	1.1.1	4.2+15	2	2	4			1			2
PRM	2	1	7	25/09/2011	19'34	1.1	1.1.6	4.2+10+11.1+11.3	2	1							1
SLM	2	20	4	08/09	13	1.1	1.1.2	4.2+2	2	1							1

Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias

				/2011													
FTR	1	40	7	29/01 /2012	17	1.1	1.1.5	4.2+15+19. 1	2	1							1
JARA	1	24	5	05/08 /2011	19'30	2	2.3	12.1+12.2+ 25.1	2	1	17		12				2
RGA	1	63	3	27/07 /2011	23'06	2	2.9	12.1+25.1	2	1	3+4	12	13+14	3	6		2
RRP	2	31	3	21/09 /2011	19'20	1.1	1.1.1	4.2+15+2	2	1	11	9		15	25		1
MCG	1	52	4	19/01 /2012	22'36	11+5.2 .1	4.3	6+9+18	1	1	10	3		16	12	5+7	2
AAL	1	71	7	18/12 /2011	16'55	11+9	9.1		1	2	3+4	9	6	16	2	6+7	2
SCB	2	37	7	11/09 /2011	18'48	3.2	5.1.4		1	1	10	17		12	2	16	2
AOP	1	16	7	14/11 /2010	19'37	4	4.1	1.2	2	1	12	3	18				
CPS	2	50	5	13/01 /2012	22'21	8.11	8.11.2	1.2	2	1	1	7	12				1
MAM	2	82	5	02/12 /2011	21'46	1	1.2.2	11.1	1	1	4	3	5	4+6	7	10	2
PFM	2	49	6	02/04 /2011	18'33	6	6.4	4.1+25.3	2	1	10			2	17		1
AGU	2	43	2	13/12 /2011	9'34	4+2	2.10+4. 3	4.2+19.1	2	1	4+14	17+18	2+11	12	13		1
JCP	2	6	5	30/09 /2011	21'16	5	5.1.1		1	1	2						2
UVS	2	85	1	19/12 /2011	20	8.6	2.1	14	2	1	3	10		3	7	18+1 9	1
JBV	2	34	4	01/12	19'24	2	2.5.1	20+1.2	2	1							1

Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias

				/2011												
IGP	2	22	2	25/05	20'01	1.1+10	1.1.2	4.2+2	2	1	2	12				1
				/2010												
VPS	2	9	6	17/12	20'31	7	7.1	4.2+21	2	1	5					1
				/2011												
MMM	1	33	3	18/05	17'11	1.1	1.1.3	4.1+19.1	2	1						1
				/2011												
CHC	2	23	6	24/12	0'52	8	8.1	19.1+19.2	2	1	1		4	15		2
				/2011												
FGC	1	42	7	25/09	17'24	1.1	1.1.5	4.2+15+2	2	1	11+2	4	5+13	16		1
				/2011												
EVG	2	33	7	25/09	14'21	1+10	1.1.5	2+15	2	1	2					1
				/2011												
AMS	2	18	7	25/09	13'56	1	1.1.5+3.8	4.2	1	1	10	1				2
				/2011												
MVI	1	69	7	25/09	10'13	6	6.4	4.1	2	1	4	5	10	16		1
				/2011												
OSS	2	9	7	25/09	9'52	1	1.1.2	4.2+19.1	2	1	12	19				1
				/2011												
JCSB	1	45	7	25/09	9'57	1	1.1.5	4.2+19.1	2	1	13					1
				/2011												
AFF	2	23	1	30/08	18'25	2	2.6	12.2	2	1						1
				/2010												
LAG	1	86	2	27/09	22'43	4+1.1	1.1.2+1.5+4.3	4.2+15+6+2	2	1	6	4+3	1	16		2
				/2011												
CSS	1	3	7	31/10	23'48	10+1.1.7	1.1.2+1.2.3	4.2+11.1+10	2	1	1	2		5	8	2
				/2010												
MSCA	2	65	7	25/09	10'05	1	1.1.1	4.2+15+2	2	1	5					1
				/2011												
GARA	2	57	7	25/09	10'28	1.1	1.1.2	4.2+19.1	2	1	4	13				1

Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias

				/2011													
MMP	2	66	7	25/09 /2011	11'21	8	8.3	1.1+1.2+19 .2	2	1	4	3	18	12+ 13	20	2+7	2
MNF	2	51	6	15/10 /2011	13'58	4	4.6	6+7	2	1	11			15			1
GJO	1	32	4	15/09 /2011	22'13	7	7.4		1	1	9	14					1
JMPC	1	16	6	08/12 /2010	12'20	10+11+ 1.1	1.1.9	2+16	2	1							1
PABR	2	67	4	02/06 /2011	20'50	1.1	1.1.5	12.2+19.1+ 11.3	2	1	3+4	2	14	2	21		1
JCR	1	53	1	31/10 /2011	3'37	8.11	8.11.1	4.2+19.1	2	1	3	4	13	6	7		1
ASL	2	64	3	07/07 /2010	23'14	2	2.9	12.3	2	1	4	1		10	8		1
LOG	2	35	1	31/05 /2010	13'18	1.1	1.1.2	4.2+19.1	2	1							1
IAR	2	46	2	26/04 /2011	23'15	1.1	1.1.5	19.1	2	1	10						1
JBD	1	4	1	27/12 /2010	18'34	4	4.5	7+9+2	2	1							1
NSM	2	28	1	01/08 /2011	23'30	3	3.4		1	1							2
JHG	2	60	6	08/10 /2011	2'52	3	3.3	3	1	1	4	3		21			1
PSS	1	21	4	09/06 /2011	17'54	4	4.3	6	2	1							1
NMO	2	19	3	21/09 /2011	17'31	7	7.1	4.2	2	1							1
CRS	2	3	6	11/06	16'38	1+10	1.1.1	10+11+4.2	2	1							2

Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias

				/2011				+15+2+8									
APG	1	38	6	25/07 /2009	18'47	8	8.4	1.1+19.2	2	1	13						2
JJMF	1	24	7	08/05 /2011	17'42	6	6.5		1	1	13	11		5			1
ALB	2	2	5	27/01 /2012	1'35	1+4	1.1.6		1	1							1
JVC	1	31	7	31/01 /2010	15'28	8	8.10	21+23	1	1	11						1
ACG	1	43	1	12/09 /2011	17'32	2	2.1	4.1+23	2	1	13						2
ACG	2	21	1	12/09 /2011	17'53	1	1.1.1+1. 1.5	4.2+15+19. 1	2	1				25			2
JMS	1	46	1	12/09 /2011	19'38	8.11	8.11.3+ 1.1.5	4.2+15+19	2	1							2
JMMS	1	15	2	04/05 /2010	20'17	1.1	1.1.5	16+15+19. 1	2	1							1
VAG	2	31	1	12/09 /2011	19'32	6	6.4.1	8+4.1	2	1	7						1
MGH	2	67	1	12/09 /2011	19'50	8	8.1+8.7	19.1	2	1	3	4	14	7			2
WAM	1	76	2	21/09 /2011	17'37	4	4.3	5	2	1	10	1	3	12	15		2
EBG	2	27	1	07/11 /2011	18'16	1	1.1.5	15	2	1	6						1
HGT	1	19	1	07/06 /2010	22'39	6	6.3	4.1	2	1	13						1
FJMG	1	15	1	08/11 /2010	20	1.1+10	1.1.2	4.2+2	2	1	19	14	12				1
RMG	1	13	3	12/10	5'52	10	1.1.2	19.1+2	2	1	1			15	4		1

Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias

				/2011													
EPM	1	55	3	12/10 /2011	10'52	8	8.4	1.1+19.1+1 9.2	2	1	3+4	13+14	10	7			2
AJS	1	39	6	09/10 /2011	12'54	3	3.3	3	2	1	11	2	13				2
FGDP	2	52	6	09/10 /2011	12'47	7	7.1	4.2	2	1							1
JFG	2	76	5	02/04 /2010	15'12	3	3.2		1	1	3	4	6	7			2
AMGG	2	21	1	14/03 /2011	18'54	8	8.5	19.1	2	1	12	5					1
CGS	2	28	4	17/11 /2011	21'43	1.1+5. 1.1	1.1.1	13+4.2+2	2	1	9	17		12	13	14	2
BMV	1	40	7	11/04 /2010	18'09	1.1	1.1.5	4.2+19.1	2	1	4						1
ILC	2	37	7	09/10 /2011	12'17	8	8.3	19.2	2	1				12			2
GRB	1	70	1	12/09 /2011	18'10	4	4.6	9+7	2	1	3			16			2
AUV	1	50	7	09/10 /2011	12'03	8	8.6	23	1	1	11	14	3	16	20	15	1
FGS	2	34	3	02/11 /2011	18'05	1.1	1.1.2	4.2+2	2	1	12	7	5	18	12		1
ANM	2	78	7	09/10 /2011	12'07	8	8.5+8.8	23+19.1	2	1	3	4		3	7		2
JMVL	1	23	7	12/06 /2011	19'43	4	4.1	1.1	2	1							2
BVL	2	29	7	09/10 /2011	12'42	1.1	1.1.5	19.1	2	1	13			25			1
RMC	1	10	7	09/10	13	4	4.3	9+6	2	1	11			15	5		1

Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias

				/2011													
RAG	1	50	1	23/05	9'09	1.1	1.1.5	2+4.2+11.3	2	1	4	15	6	18	1		
				/2011				+12.3									
EFS	1	50	1	23/01	23'31	5	5.2.3	27	2	1	3		7				2
				/2012													
LAG	2	23	4	01/09	17'30	1.1	1.1.3	4.1+4.2+12	2	1							1
				/2011				.2+11.2									
RAG	1	50	5	23/07	21'25	10+11	1.1.9	19.1	2	1	4	15	6	18	1		
				/2010													
JRRC	1	39	5	03/06	19'24	7	7.1	19.1+1.2+4	2	1	13	14	5				1
				/2011				.2									
GBG	2	27	1	23/01	19'38	8	8.6	4.2+19.1+2	2	1	11	4	15				2
				/2012				3									
LVM	2	3	1	23/01	20'03	10			1	1	11	9					1
				/2012													
MJAJ	2		1	23/01	19'29	1.1	1.1.5	19.1+16+1	2	1	14	12					1
				/2012				5									
NAR	2	10	1	23/01	18'47	1.1	1.1.5	19.1	2	1							1
				/2012													
SMV	2	57	1	23/01	18'33	7	7.1	4.2	2	1	6	10					1
				/2012													
CHC	2	22	7	26/02	19'26	1.1	1.1.2	4.2+19.1	2	1							1
				/2012													
MMS	2	26	3	20/07	19'33	5	5.2.2		1	1	9						2
				/2011													
ALA	1	24	3	11/05	19	8.11	8.11.2	4.2+19.1	1	1	9	13	12	13	14		1
				/2010													
ISM	2	79	1	23/01	18'12	8	8.8		1	1	9	15	3	7	14	13	1
				/2012													
PGP	2	66	2	18/10	18'25	8	8.4	11+19.2+1	2	1	1+3	4	18	6	10	12+1	2

Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias

				/2011	9.1+24								3				
EGG	2	42	6	15/10 /2011	16'13	8	8.4	19.2+1.1+2 4.1	2	1	4	1					2
AMM	1	15	2	02/02 /2010	22'45	1	1.1.3	4.2+19.1	2	1	9	15					1
ANG	1	2	7	06/02 /2011	23'15	2	2.9	19.1+25.1+ 12.1	2	1					2		
MPC	2	63	5	23/09 /2011	19'55	10+1.1 .7	7.1	4.2+2	2	1	4	3	12+13	20	6	1	
MEVC	2	31	5	23/09 /2011	19'01	4	4.5	7+8+9	2	1	18	13	12		1		
MEVC	2	30	5	01/01 /2010	23'34	4	4.6	8+9+1.2	2	1	18	12		1			
ERM	2	7	6	17/09 /2011	18'37	3	3.2	19.1+19.2	2	1	3	12		16	2		
LPT	2	26	3	02/12 /2009	17'54	4+10	4.6	8+9+6+2	2	1	12	18	9	12	13	2	
MCG M	2	56	5	23/09 /2011	17'50	2	2.3	12.1+11	2	1	4	1					2
ABR	1	88	5	23/09 /2011	19'20	2	8.11.3	19.1+5+4.2	2	1	7	13	14	16	7	2	
TPB	1	33	4	18/11 /2010	18'46	2	2.3	25.1+12.1	2	1	11					2	
MBB	2	67	2	02/08 /2011	20'39	4	4.2	1+19.1+19. 2	2	1	8+16	1	10	2	23	4	2
MBB	2	67	3	10/08 /2011	17'27	2	2.1	21+23	2	1	8+16	1	10	2	23	4	2
MBB	2	67	5	23/09 /2011	20'43	8	8.8	19.2	2	1	8+16	1	10	2	23	4	2
VCC	1	35	5	23/09	20'34	4	4.5	5	1	1	12	13	4	20	2	1	

Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias

				/2011													
IMR	2	41	6	17/09 /2011	22'06	8	8.11.2	19.2+4.2+1 +9	2	1							2
ETM	2	80	1	26/10 /2011	21'28	3	3.3	3	1	1	3	9	4	6	19	7	1
AFG	2	22	6	17/09 /2011	20'34	10	1.1.2	4.2	2	1	11						
DGG	2	54	5	01/01 /2010	11'18	1	1.1.9	2	2	1	4	11		15			1
AME	2	82	4	08/12 /2011	18'24	2	2.3	25.2+12.2+ 25.1+12.1	2	1	1	3		19	7	4	2
AME	2	82	7	04/07 /2010	13'14	1.1	1.1.5	2	2	1	1	3		19	4	7	1
BCJ	2	21	4	08/12 /2011	19'53	6	6.4.2	12.2	2	1	10			16			
JAZV	1	31	2	23/12 /2011	20'21	8	8.3	19.1+19.2	2	1	1	10		17	2		2
LTS	1	39	2	13/04 /2010	9'53	8	8.3	1.1+24.1	2	1	11	4		1	15		2
ISM	1	9	7	01/11 /2009	18'33	2	2.9	25.1+12.1	2	1							2
MEAE	2	34	5	02/12 /2011	18'40	7	7.1	4.2+19.1	2	1	10+13	16	19				1
PMC	2	7	5	16/12 /2011	22'32	1.1	1.1.2	4.2+2+19.1	2	1	1			8	15	4	1
PMF	1	7	2	06/12 /2011	12'34	2	2.2	21+23	2	1							2
ESA	1	38	2	06/12 /2011	13'25	6	6.4	4.2	2	1	11	1		4	5	15	1
ALO	2	41	1	12/06	18'11	1.1	1.1.5	4.2+19.1	2	1	1	7	17	12	16	4	1

Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias

				/2011													
DVB	2	59	4	08/12 /2011	21	4	4.3+4.4	6	2	1	2	10	4	1	2		1
EYR	1	45	4	08/12 /2011	23'39	6	6.1	23	1	1	5	6	1	5+7	12	8	1
CRV	2	6	4	08/01 /2009	21'21	4	4.3	6	2	1	7						1
JLAV	1	41	4	08/12 /2011	19'41	1.1	1.1.3	4.2+19.1	2	1	12	13					1
FAC	2	40	6	10/12 /2011	22'17	7	7.1	4.2	2	1	19	8					1
ESM	2	28	5	15/08 /2011	23'37	8.11	8.11.2	4.2+1.2	2	1	6						1
LBM	2	27	5	30/12 /2011	17'31	1.1	1.1.1	4.2+19.1+1 5	2	1							1
JMGT	1	37	1	16/01 /2012	19'42	5	5.1.1	19.1+1.2	2	1							2
JCAL	1	43	1	13/02 /2012	20'34	2	2.10	4.2+2+19.1	2	1							1
EMG	2	28	3	01/02 /2012	17'59	1+11	1.1.9	16+19.1+2	2	1	9			2			1
JARA	1	24	4	28/10 /2010	18'05	1+10	1..1.2	4.2+19.1	2	1	10	13		12			1
AAR	1	78	5	30/09 /2011	19'41	3	3.5	2+23	2	1	1+3	5	15	3+1 8	7	4	2
GJA	2	7	1	12/04 /2010	20'23	1	1.1.6	10	2	1	1			15	4	5	1
MJA	2	5	1	13/02 /2012	18'59	10+1.1 .7	1.1.1	4.2+19.1+1 5	2	1	1			8	5		1
FRE	1	21	7	29/01	4'36	4+10	4.8		1	1	4						1

Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias

				/2012													
JARA	1	24	2	22/09 /2009	00'57	3	3.7	9+7.1	1	1	17			12			1
ENC	2	51	7	29/01 /2012	10'07	1.1+10	1.1.9	2	2	1	3+4	16	7	2	17	6	1
FTC	1	40	3	18/05 /2011	19'41	8	8.3	1.2+19.1	2	1							2
SGC	2	84	7	29/01 /2012	12'17	8	8.10	19.1+5	2	1	3+4	5	12+19	6	7	20	1
FSP	2	77	7	29/01 /2012	13'30	8	8.4	1.1+24.1	2	1	3	4	14	2+7	12+ 19	20	2
FMV	2	79	7	29/01 /2012	13'31	8	8.6+8.1	1.1+19.2+2 4.1	2	1	9	12	19	12+ 2	20	18	2
MTR	1	15	6	26/02 /2011	19'46	1+1.1. 7	1.1.9	19.1+15	2	1	9						1
JBC	1	34	7	29/01 /2012	16'39	1.1+10	1.1.9	2+1.2+15	2	1	16	12		17	2		1
AIRS	2	34	7	15/01 /2012	13'10	8	8.3	1.1+19.1+1 9.2+2+24.2	2	1	17	18		12	13		2
JSO	2	93	7	05/02 /2012	23'43	1.2	1.2.6		1	1	3	1		19+ 7	13	14	2
FMS	1	39	1	04/04 /2011	17'51	1	1.1.9	16+2	2	1	2						1
JBB	1	82	5	20/01 /2012	21'45	1+10	1.1.9	2	1	1	1+2+5	16	10	19	5	4	2
MDLP	2	34	6	05/06 /2010	19'21	5.2	5.2.1	9	2	1	1						1
LMP	1	99	2	17/01 /2012	20'14	10	1.2.2	4.2+10	2	2	7+6	9	3+10	11	5	16	2
RCL	1	3	2	17/01	20'18	4	4.6	9	1	1		9					1

Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias

				/2012													
RGP	1	67	3	08/09 /2011	12'14	2	2.5.1	20	2	1	3	4		16+ 5+1	6+2 2	7+3+ 20	1
LAG	1	86	1	05/02 /2012	22'23	3	3.3.1		1	2	4+1	3	6	10+ 6+7	20+ 11	3+8+ 16	2
IAS	2	58	4	25/08 /2011	19'30	8	8.3	19.1+1.2	2	1	8	17	10+13	16	12+ 13	2	2
ABMR	2	29	4	15/09 /2011	2'24	7	7.1	4.2	2	1	10	13	14				1
MPGS	2	36	7	09/10 /2011	10'32	8.11	8.11.1	19.1+19.2. 1.2+4.2	2	1							2
MJGR	2	43	5	30/09 /2011	21'24	1.1.7+ 10	1.2.2	10+4.2+15 +2	2	1	3	17		12			2
JARA	1	24	2	03/08 /2010	5'12	5	5.1.4	24.1	2	1	17	13		12			2
FRE	1	21	4	26/01 /2012	19'35	10	1.1.9	2	1	1	4	13					1
AAR	1	78	7	12/02 /2012	14'53	2	7.9	21	2	2	3+1	5	15	3+8	18	19	2
AGM	1	61	6	11/02 /2012	18'35	1.1	1.1.5	2+15	2	1	15	3	1	18	3+6	7+12	1
RPG	1	80	6	07/01 /2012	15'46	7	7.1	23+4.2	2	2	9+4	3	8	7+1 6	14+ 12	13+1 0+3	2
VCC	1	36	5	23/09 /2011	20'34	4	4.5+4.1		1	1	4+10	13	1	20	17	23	1
APP	1	55	4	08/07 /2010	18'22	2	2.9	25.1+12.1	2	1	3+4	13	16	3	7	6	2
FSP	2	77	7	29/01 /2012	13'30	8	8.4	1.1+24.1	2	2	3	4		16	7		2
GGL	1	25	7	29/01	21'18	1	1.1.2	4.2+2	2	1							1

Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias

				/2012														
AGP	1	23	2	18/10 /2011	17'34	8	8.3	19.1	2	1	13							1
FLC	1	56	7	29/01 /2012	13'58	5	5.1.4	24.1	1	2								2
GPM	2	35	7	29/01 /2012	23'26	6	6.3	4.1	2	1	1							1
ENC	2	51	7	29/01 /2012	10'07	10	1.1.9	2	2	1	4			16	1	6		1
LFC	2	8	3	02/11 /2011	18'24	2	2.8	12.2	2	1	14	1						1
FTC	1	40	3	18/05 /2011	19'33	8	8.3	19.1	2	1								2
FMA	2	53	6	11/02 /2012	19'43	5	5.1.1	1.2	2	1	4	7						1
IGB	2	23	5	23/09 /2011	20'07	4	4.3	6	2	1	9	19		2				2
EGL	2	78	4	26/01 /2012	22'05	5	5.2.3	27	2	1	3	10		16	7			2
CLR	1	30	7	29/01 /2012	10'38	10	1.1.9	2	1	1	14	1		15				1
FLC	2	77	2	22/11 /2011	18'50	4	4.1		1	1	3+8	10	14	3	18	7		1
PMA	2	53	1	06/02 /2012	10'39	2	2.7	22	2	1	4	7						1
RGR	1	59	4	26/01 /2012	22'04	4	4.1		1	1	4			10				1
LSU	1	15	2	24/01 /2012	21'14	1+11	1.1.9	2+16+15	2	1	19							1
EGN	2	16	2	24/01	22'12	4	4.3	6	2	1	6	11	9					1

Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias

				/2012										
CGJ	2	10	2	24/01	22'33	10+1.1	1.1.9	9.1+16	2	1	1	12		1
				/2012		.7								
EAO	2	36	2	24/01	19'38	1+3+11	5.1.4	24.1	2	1	9	6	14	2
				/2012										
MCC	2	13	4	05/05	20'34	8	8.5	9+19.1	2	1	12	14		2
				/2011										
JCG	1	27	5	30/12	00'42	4	4.9	1.1+6	2	1	11			2
				/2011										
VSR	2	28	4	29/12	18'20	1	1.1.3	4.2+19.1+1	2	1	13			1
				/2011				6						
LLG	2	21	4	29/12	18'47	1	1.1.5	19.1+16	2	1	13			1
				/2011										
NTG	2	15	4	29/12	19'08	8	8.2	19.2+24.1	2	1	5		16	2
				/2011										
ACT	1	31	4	29/12	18'20	1.1.7+	1.1.9	2+15	2	1	10	11	13	1
				/2011		10								
SSA	2	25	1	03/08	21'57	2	2.3	25.1+12.1	2	1				2
				/2009										
JBB	1	36	2	03/01	17'51	5.2.1	3.9		1	1	10			2
				/2012										
FMG	1	46	1	28/11	20'36	1	1..1.5	4.2+19.1	2	1	5	4		1
				/2010										
VMC	2	38	3	01/06	21'22	8.3+4.	4.1		1	1	9			1
				/2011		4								
JLMM	1	52	4	19/01	21'41	7.4+7.	7.3	1.2+4.2	2	1	9			1
				/2012		8								
CRM	2	88	6	28/01	11'16	8	8.7	19.2	2	1	5	10	16	2
				/2012										
MMG	1	32	7	29/01	16'26	2	2.9	4.1+19.1	2	1	3			1

Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias

				/2012													
RBM	2	4	7	29/01 /2012	13'49	10+1.1 .7	1.1.9	2	2	1	19	10	7				1
MNPB	2	23	1	29/08 /2011	21'11	6	6.5	21+4.1	2	1	12						1
APB	1	26	7	26/12 /2010	17'50	1.1	1.1.2	25.1+4.2	2	1	1	11	13				2
MSCF	2	60	7	29/01 /2012	13'28	10	1.1.9	2+15	2	1	3			7			1
SCB	2	37	5	20/01 /2012	17'31	3.2	5.1.4	24.2	2	1	10	12	17+13	12	16	2	2
BMH	2	25	2	08/03 /2011	18'45	4	4.3	9+2+6	2	1	2			16			2
ASM	2	7	7	15/01 /2012	14'41	4	4.1		1	1	12						1
DLM	1	18	6	11/02 /2012	22'40	2	2.10	4.2+19.1+4 .1	2	1	12	14					1
JMGM	2	57	2	08/03 /2011	19'14	6	6.6		1	1							1
SLD	2	34	7	28/08 /2011	17'58	8.11	8.11.1	4.2+19.1	2	1	8	17		12			1
SCB	2	37	7	29/01 /2012	16'09	1	1.2.4	15	2	1	10	13	17	16	12	2	1
NVA	2	14	4	06/10 /2011	17'18	7	7.9		1	1	14			16			1
CFG	2	19	2	26/07 /2011	20'09	6	6.4.1	4.1	2	1	13						1
MCC	2	13	7	11/12 /2011	10'35	1+10	1.1.5	15+9+19.1	2	1	14	12					1
FGR	2	71	4	21/04	22'02	4+11	4.3	9+6+19.1	2	1	10	4		1	2		2

Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias

				/2011													
CAS	1	6	7	12/06	20'47	2	2.6	12.2	2	1							1
JLG	2	97	7	04/09	11'40	3	3.3	3	2	1							2
APJ	1	1	7	11/12	10'17	1.2	1.2.3	10+11	2	1	3						2
VRG	2	93	2	13/11	19'18	3+1+4+	7		1	1	8	3	16	19			2
JPM	1	52	7	04/09	18'50	8.11	8.11.1	25.1+4.2+1	2	1							2
JMM	2	77	7	05/09	21'38	8	8.10	1.2	2	1	3	17	4	7	6	12	1
CAS	1	6	2	14/06	19'41	4	4.3	9+2	2	1							1
SLM	2	21	3	08/09	12'50	1	1.1.2	4.2	2	1	9+3	8	15				1
ERC	2	23	7	29/01	21'53	7	7.1	4.2+1.2+19	2	1	15						1
AGU	2	43	7	29/05	22'18	8	8.3	19.1	1	1	4+11	13+14	17+18	12	13		2
MICM	2	2	7	16/10	00'26	1	1.1.3	19.1+4.2	2	1							1
RPG	1	80	6	29/01	23'22	7	7.1		1	2	14	3+4	9	6+7	13+	14+2	2
LGG	2	26	5	11/03	17'49	1	1.1.5	15+2	2	1	2	7					1
LDHF	1	19	7	15/01	14'55	1	1.1.5	19.1+16+4.	2	1	2	19	15				1
FDR	2	47	7	15/01	16'05	2	2.1	9+4.1	2	1	5			23			2

Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias

				/2012													
NCM	2	7	6	23/01	11'15	1	1.1.5	2+19.1	2	1	12						1
				/2010													
SJTR	1	37	2	21/02	20'38	8.7	8.10	19.1+19.3	2	1	13	3+4	17	12+	19+	18	1
				/2012										7	6		
TCB	2	26	4	02/02	19'23	7	7.1	4.2+19.1	2	1	13	7					1
				/2012													
NVA	2	13	4	06/10	17'18	7	7.9		1	1	14	10		16			1
				/2011													
VSV	1	13	7	26/09	14'32	1+10	1.1.2	4.2+19.1	2	1	12			16			1
				/2010													
JTR	2	82	4	23/02	17'41	4	7.3+7.1	4.2+1.1+6	2	1	10	3+4	14	7	2		2
				/2012													
FMS	1	43	4	23/02	17'27	4	4.3	9+6+13+1.	2	1	11			15			2
				/2012				2									
NBA	1	7	4	23/02	17'40	8	8.6+8.1	23+19.1	2	1							2
				/2012			0										
RPG	1	80	6	29/10	16'20	7	7.1	23+4.2	2	2	4+3	14	9	1+6	13	19	2
				/2011													
RST	1	58	1	12/01	18'30	8	8.8	19.1	2	1	13	1	10	16			2
				/2011													
RPG	1	80	3	12/10	11'26	10+1	1.1.5	4.2+15+2	2	1	4+14	3	9	19	13+	14+1	1
				/2011											6		
ARA	1	2	7	15/01	14'42	10	1.1.5	19.1+4.2	2	1							1
				/2012													
MDP	1	52	7	15/01	14'31	1+10	1.2.2		1	1	17			16			1
				/2012													
JVPV	1	6	6	02/04	19'30	1	1.1.1	15+4.2	2	1							1
				/2011													
CTA	1	27	1	16/01	19'57	3+5	5.1.4	24.1	2	1							2

Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias

	/2012																	
ALB	1	7	1	16/01	17'47	10+1+5	1.1.9	8+2	2	1	9	2	12+1				1	
	/2012																	
AFB	1	66	1	16/01	18'49	3	3.4		1	1	13	2+4	10	16	8+5	7+6+	1	
	/2012																	
IAG	2	45	1	16/01	01'25	3	3.3	3	2	1	5	6	3	7	14			
	/2012																	
RPG	2	30	5	27/12	12'04	1+11	1.1.5	4.2+19.1	2	1	10				2			
	/2009																	
CCB	2	48	2	17/01	18'41	1	1.1.5	2	2	1	10				17	12	1	
	/2012																	
JJCA	1	28	2	17/01	18'27	4	4.3	1.2+6+8	2	1	5							1
	/2012																	
CMCG	2	21	6	07/01	17'16	8	8.10	23+9	2	1	10							2
	/2012																	
RMN	2	31	2	17/01	18'16	4	4.10	6+5+1.2	2	1	13	4			12	14	2	
	/2012																	
MMP	2	81	4	29/09	22'21	5	5.1.8			2	2	4+9	1+3	10+1				2
	/2011																	
PCVS	1	86	1	03/10	05'11	4	4.3	6	1	2	1+3+4	5+6+9	15					2
	/2011																	
AGU	2	43	4	07/07	23'11	8	8.5			1	1	13+11	14+4	17+18	12	13	1	
	/2011																	
SGG	2	2	3	07/09	19'51	2	2.9	25.3+12.2	2	1								1
	/2011																	
AMJ	2	14	3	04/01	17'18	4	4.5	8+9+1.2	2	1								1
	/2012																	
RLF	1	17	7	11/12	17'24	1	1.1.5	19.1+15	2	1								1
	/2011																	
CGR	2	47	5	28/10	21'34	2	2.6	4.1+25.2	2	1	13	17						1

Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias

				/2011													
MNM	2	24	3	21/09 /2011	19'36	1+11	1.1.1	4.2+15+19. 1	2	1							1
BAC	2	1	3	21/09 /2011	18'25	4	4.4		1	1							1
SGG	2	2	1	27/12 /2010	00'24	1	1.1.5	2+15	2	1							1
CSM	2	82	6	02/04 /2011	18'13	1+10	1.1.1	4.2+1.2+15	2	1	4	3		18+	19	2	1
RLC	1	49	6	02/04 /2011	22'37	4	4.3	6	2	1	2	4	10	5	2	17	2
RSC	2	26	4	30/07 /2009	00'59	8	8.10	9+19.1	2	1							2
YIC	2	41	6	02/04 /2011	22'18	4	4.6	6+7+9	2	1	18			12	13		1
JSJ	1	60	7	06/02 /2011	14'29	10+11	1.1.9	2	2	1	3	4		6+7	2	21	1
SCG	1	80	1	28/03 /2011	18'20	5	5.2.3	27	2	1	1	3	4	8+1	2	7	2
LGL	2	25	7	20/03 /2011	23'07	7	7.1	4.2	2	1							1
JSG	1	51	7	06/09 /2009	09'38	6	6.4.2	12.3+4.1	2	1							
CSP	1	7	1	28/03 /2011	18'35	10	1.1.1	4.2+2	2	1	1	12		16			1
MNLS	2	41	1	28/03 /2011	19'54	1	1.1.5	15+16+4.2 +2	2	1	8						1
ALG	2	47	7	20/03 /2011	19'23	5	5.1.1	26+1.2	2	1	4	8		20	12		1
NFL	2	7	7	20/03	23'26	1+10	1.1.2	4.2	2	1							1

Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias

				/2011													
CCM	2	94	1	28/03 /2011	22'22	8			1	2	3	10		11+ 7	6	2	2
JJPL	1	30	6	02/04 /2011	19'35	1	1.1.3	4.2+2	2	1	4	13		6			1
PPV	2	3	6	02/04 /2011	19'21	2	2.6	25.3	2	1	6						1
MRH	2	44	7	16/05 /2010	15'55	5	5.1.1	1.1+2	2	1	13	10+12	3+14	2	17		1
CSR	2	9	7	04/09 /2011	19'25	1	1.1.3	4.2+1.2	2	1	2						1
JNC	1	42	7	04/09 /2011	11'51	8	8.6	9+4.1	2	1							2
MLOM	2	72	7	04/09 /2011	13'55	2	2.10	9+4.2	2	2	10	3	4	2+6	19	7	2
MJG	2	32	5	11/11 /2011	18'07	8	8.10	25.1+19.2	2	1	13+10	12+6	17	5+2	17	20	2
RPP	1	43	7	18/04 /2010	18	5	5.1.4	24	2	1	13	4	5	12	6		1
DMR	1	28	6	02/04 /2011	17'05	1	1.1.10	16+11.1+1 2.2	2	1	11			8	15		1
AMGS	2	21	5	16/12 /2011	17'45	7	7.1	4.2+19.1	2	1	13						1
JAG	1	40	3	02/11 /2011	17'30	2	2.10	4.2+4.1+19 .1	2	1	13						1
RRS	1	10	4	08/12 /2011	00'11	8.11	8.11.2	4.2+1.2+19 .1	2	1							1
DGL	1	38	3	14/12 /2011	20'23	11	11	1.2	2	1	13	5		16	18		1
MMA	2	6	4	01/12	17'20	7	7.1	4.2	2	1							1

Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias

				/2011													
JJC	1	79	7	11/12	18'03	4	4.7	7.2	1	1	4	3	6	10+	11	6+7	1
				/2011										20			
RPP	1	43	4	01/12	18'55	1+10	1.1.1	19.1+19.2	2	1	13	5	4	12	6		2
				/2011													
VSS	2	63	4	01/12	20'49	8.11	8.11.3	9	2	1	13			16			2
				/2011													
AFG	1	24	2	07/06	18'48	1	1.1.2	4.2	2	1	11						1
				/2011													

La tabla de datos clínicos consta de los siguientes datos:

- 1.-Iniciales del paciente
- 2.-Sexo: masculino (1), femenino (2)
- 3.-Edad
- 4.-Dia de la semana de asistencia: lunes (1), martes (2), miércoles (3), jueves (4), viernes (5),sábado (6) y domingo (7)
- 5.-Dia de asistencia según: día /mes/año
- 6.-Hora de asistencia
- 7.-Motivos de consulta
- 8.-Diagnostico
- 9.-Tratamiento
- 10.- Derivados al hospital: si (1), no (2)
- 11.- Tipo de asistencia: consulta en el centro (1), asistencia en domicilio (2)

12.- Patologías crónicas

13.- Tratamientos previos

14.-Asistencia: médico (1), médico-enfermería (2)

Encuesta de satisfacción

Amab. personal	Aparienciaperson.	Comprensión necesidades	Conf. y seguridad	Disposic. para ayuda	Tiempo espera	Comodidad consulta	Inform. del médico	Interés por resolver	Señaliz. extra-hosp.	Preparación personal	Puntuabilidad consult.	Rapidez resp.	Señaliz. intra-hosp.
2	2	2	2	2	3	1	1	1	2	2	1	1	1
1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	2
2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	1	2	1
2	2	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2
2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	3	2	1
3	2	3	3	3	1	2	3	3	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	1	2	2	2	3	2	2	2	2
2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	3	2	3	2
2	2	2	1	1	1	1	2	2	0	1	1	1	0
2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2
2	2	2	2	3	1	1	2	2	1	2	1	1	1
3	2	2	3	2	1	1	2	1	2	3	2	2	2
3	3	3	3	3	1	2	3	3	2	3	2	3	2
3	3	3	2	3	1	2	3	3	2	3	1	3	2
2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
3	2	2	2	2	1	2	3	2	2	3	1	2	2
1	2	2	2	2	1	3	2	1	1	3	1	2	1
3	2	3	3	3	1	2	3	2	2	2	1	2	2
3	3	2	3	2	1	2	3	3	1	2	1	1	1
3	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2

Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias

2	2	1	1	2	2	2	3	2	2	1	2	2	1
3	2	3	3	3	3	3	3	3	0	2	2	3	3
2	2	2	3	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1
2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	3	2	2	2
2	1	2	2	2	1	0	1	1	1	1	0	1	1
2	2	2	3	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	2	1	0	1	2	1	0	1	0	1	0
1	1	1	1	1	0	1	1	2	1	1	0	2	1
3	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	1	1	2
2	2	2	1	1	0	0	2	2	2	2	1	1	2
0	0	1	0	0	0	0	2	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2
2	2	3	3	3	1	1	2	3	1	2	1	1	1
3	3	2	3	2	2	0	2	2	2	2	1	2	2
0	2	1	1	1	0	3	1	1	2	2	0	0	3
2	2	3	2	2	1	2	2	2	1	2	1	1	2
3	2	1	2	2	0	1	2	2	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	3	3	3	3	1	2	2	2	2	3	3	3	3
2	3	2	3	2	1	2	2	2	2	2	2	3	2
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	2	2	3	2	2	2	3	2	2	1	2	2	2
1	1	1	1	1	1	2	3	2	1	2	1	1	2
2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
3	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	1

Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias

3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2
1	2	1	2	1	2	2	2	1	1	2	1	2	1
2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	2	1	2	2	3	2	1	1	2	2	1	2	2
2	3	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	1
2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2
2	2	2	1	2	3	2	2	2	1	2	2	2	1
3	2	2	2	3	2	3	3	2	2	2	2	2	2
1	1	2	2	1	0	2	1	2	2	2	1	1	1
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	2	2	2	2	1	2	3	2	2	2	2	2	2
3	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1
3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3
2	2	1	2	2	1	3	3	3	1	2	2	2	1
2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1
2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2
2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	2	1	1	1	1	0	1	1	1	2	1	1	1
2	2	2	1	2	0	2	2	2	2	2	1	1	2
1	1	1	2	2	0	1	1	1	1	2	0	1	2
2	2	1	1	2	1	0	1	1	1	1	0	1	1
1	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2

Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias

3	3	3	3	3	1	2	3	3	3	3	1	2	2
2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2
3	3	2	2	3	1	1	2	2	1	3	1	1	1
2	1	1	2	2	2	1	1	2	0	2	2	2	1
2	2	3	3	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	2
1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1
1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1
2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2	1	2	2
2	2	3	2	2	3	3	2	2	2	3	3	2	2
1	1	2	2	1	1	1	3	1	1	2	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1
2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2
2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	1	1	1
2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1
3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	2	3
3	3	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	2	1	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1
2	2	3	2	2	2	3	3	3	3	3	2	3	2
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	2	2	2	3	2	2	3	3	2	2	2	2	2
3	2	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2
2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2

Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias

1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2
2	3	3	2	3	1	1	3	2	3	2	1	1	2
2	2	2	2	3	1	2	2	1	1	3	1	2	1
2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2
2	3	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
3	2	2	3	3	1	2	3	3	2	2	2	2	2
3	2	3	3	3	1	1	2	3	1	2	1	2	2
3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3
1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1
2	1	2	3	2	2	3	2	3	3	2	1	1	3
2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2
2	2	3	3	2	3	3	3	3	2	2	3	3	2
2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2
2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2
2	2	2	2	2	2	2	3	1	2	1	1	2	2
2	2	2	2	2	3	2	3	3	2	2	2	2	1
3	3	3	3	3	1	1	3	3	2	3	2	2	2
2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2
2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2

Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias

1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1
3	3	2	2	3	3	3	2	2	2	2	3	3	2
2	1	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	2	1	1	1	0	1	1	1	2	0	0	1	1
2	2	2	2	1	1	1	2	1	0	1	1	1	1
2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2
2	2	1	1	3	1	1	1	2	0	2	1	1	1
2	3	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2
2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2
3	3	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	2	1
3	3	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1
2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	0	2	2	1	1	2	1	0	1	2
2	2	2	2	3	3	2	3	3	2	2	2	3	2
2	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	2	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	2	2	3	2	1	2	3	1	2	2	1	1
1	2	1	1	2	0	1	2	2	1	2	2	2	2
2	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1
3	3	2	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1
3	3	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	2	1
2	3	2	2	3	1	1	1	2	1	2	1	2	1
2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	1	2	1

Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias

1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1
3	2	1	1	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3
2	1	1	2	2	0	1	1	2	0	2	0	0	0
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	2	1	3	3	1	3	3	3	1
2	2	2	3	3	1	2	2	2	0	3	1	2	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	1	1	1	2	1	2	2	2	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1
1	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2
2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	3	2	2	2
2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	3	2	3	2	2	3	3	3	2	3	3	3	2
2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	3	2
1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	2
1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2
2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	2	2	1
2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	2	1	2	2	3	3	2	1	2	2	1	2	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	3	2	3	3	2	3	2	2	2	3	2	2
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	3	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2

Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias

2	2	2	2	3	1	1	2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1
2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2
2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1
3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3
2	3	2	2	1	1	1	2	2	2	3	2	2	2
2	2	3	2	3	2	2	3	3	2	3	2	3	2
3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	2	2	1
2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1
2	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1
2	2	1	1	2	0	1	1	1	1	1	1	0	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
1	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	1	1
1	1	1	2	1	0	2	2	1	0	2	0	1	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	0	1	2	1	1	2	1	1	1
1	2	1	1	2	0	2	1	2	1	2	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3
2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	1	1	3	2
3	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3	3	3	2

Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias

2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	1	3	2
2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	2	2	3	1	1	2	3	2	1	1	2	3	1
2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2
1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1
2	2	2	1	2	2	1	2	2	0	2	2	1	2
2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1
2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1
2	2	1	1	2	3	2	2	2	0	1	2	2	0
2	2	2	2	1	0	1	3	2	2	2	1	2	2
2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2
2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1
1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	1	2	2	2	3	3	2	3	3	3	3	2
2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1
0	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	3	1	2	2	1	2	3	2	3	2	1	2	2
2	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias

1	2	2	2	2	1	1	2	2	3	2	2	2	3
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2
1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2
3	2	3	2	2	0	3	3	2	1	2	1	2	2
2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2
2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1
3	3	2	2	1	0	1	2	2	2	2	1	1	2
2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1
3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2
3	2	2	3	3	1	2	3	3	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	3	2	3	3	2	2	2	2	1
3	3	3	3	3	1	1	3	3	2	3	2	2	2
2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	1	1
2	2	2	2	1	1	1	2	1	0	2	2	2	2
2	2	1	1	3	1	1	1	2	0	2	1	1	1
2	2	2	2	1	1	2	2	2	0	2	2	2	1
2	2	2	2	3	3	2	3	3	2	2	2	3	2
2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	3	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1
2	2	2	1	2	2	1	2	2	0	2	2	1	2
2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1

Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias

2	2	2	2	1	0	1	3	2	2	2	1	2	2
1	1	0	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2
0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1
3	3	2	2	1	0	1	2	2	2	2	1	1	2
2	2	3	2	3	3	2	3	2	2	2	3	2	2
2	2	2	1	1	0	0	2	2	2	2	1	1	2
2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1
2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2
1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1
3	2	3	3	3	1	1	2	3	1	2	1	2	2
3	3	2	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3
2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2
1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	2
3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	2	3
1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	2	3	3	3	1	1	2	3	1	2	1	1	1
1	2	2	2	2	1	3	2	1	1	3	1	2	1
3	3	3	3	3	1	2	3	3	2	3	2	3	2
2	2	2	1	1	1	1	2	2	0	1	1	1	0
1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	2
2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2
3	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2
3	3	2	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1

2	2	3	2	3	3	2	3	2	2	2	3	2	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Resultados de la encuesta de satisfacción:

1.- Mala (0)

2.-Normal (1)

3.- Buena (2)

4.- Excelente (3)

Encuesta sobre calidad de vida

Limit. activ. cotid.	Limitac. subir pisos	Hacer menos de lo que hubiese querido	Dejar de hacer alg. tarea	Dificultad desempeño por dolor	Interf. activ. social.	Hacer menos de lo querido por probl. emocionales	Peor desemp. act. cotid. por probl. emoc.	Sentirse calmado y tranquilo	Sentirse desanimado y triste
3	3	3	3	3	3	3	3	2	2
0	0	0	0	1	0	1	1	2	0
0	1	1	1	1	1	1	1	2	2
3	3	3	3	3	3	1	1	1	1
0	1	0	0	0	0	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
3	3	3	3	3	3	2	2	1	3
2	2	3	3	2	2	2	1	1	2
2	3	3	3	3	2	2	2	2	0
1	1	0	0	1	1	0	0	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
0	0	0	0	1	0	1	0	3	0
2	0	0	0	1	1	1	2	2	1
0	2	2	2	1	3	3	1	0	3
0	1	0	0	0	0	1	0	3	0
2	3	2	2	2	1	1	1	3	1
0	3	1	1	1	3	0	0	2	1
0	1	1	1	1	0	0	1	1	0
1	2	1	0	1	0	1	1	1	1
1	1	1	1	1	0	0	0	0	0

Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias

0	0	0	0	0	0	1	0	3	0
0	1	1	0	1	1	0	0	2	1
0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
1	1	1	2	2	0	0	0	2	1
0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
1	2	2	1	2	1	1	1	1	2
0	0	0	0	0	0	0	1	2	1
0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
0	0	0	0	0	0	1	1	2	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
1	2	2	2	2	1	1	1	2	1
1	1	0	1	1	1	1	0	2	1
1	2	1	3	1	3	3	3	3	3
2	3	3	3	3	2	2	1	1	3
0	0	0	0	1	0	1	1	2	1
0	0	1	0	1	0	0	0	3	0
1	2	2	3	1	0	2	1	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
1	2	2	2	2	1	1	2	1	2
1	0	1	1	1	1	1	1	1	1

Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias

1	0	1	1	1	1	1	1	1	3	1
1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1
0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	0
0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
0	1	1	1	1	1	0	0	0	2	1
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2
1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
3	3	3	3	3	3	3	3	3	0	3
0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	0
1	0	0	1	1	0	0	0	1	3	1
2	0	1	2	0	1	1	1	1	2	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
1	1	2	0	0	0	0	0	0	2	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	1	0	0	0	1	2	0
3	1	1	0	1	1	1	1	1	2	1
3	3	3	3	2	3	1	1	1	2	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
1	0	1	1	0	0	0	0	0	2	1
2	1	1	0	1	1	1	1	1	2	1
1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1
3	2	2	2	3	2	2	2	2	1	2
2	1	1	1	1	3	2	2	2	1	2
1	2	2	2	1	0	0	0	0	2	0

Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias

2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	3	3	3	3	3	2	2	1	2	
2	3	3	3	1	3	2	2	1	1	
2	3	2	3	2	1	1	1	1	2	
0	0	1	1	1	0	0	0	3	1	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
0	0	2	1	1	0	0	0	1	0	
1	3	2	2	1	1	0	2	1	1	
2	3	1	1	2	1	1	2	1	2	
3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	
1	3	1	2	0	3	0	0	3	1	
1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	
0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
1	0	1	1	1	0	0	0	2	1	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	
1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	
0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
0	2	1	3	2	0	0	0	1	0	
1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
1	2	3	3	0	0	0	0	0	0	
0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	
1	1	2	0	1	1	1	1	0	2	
0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	

Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias

0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
1	1	1	1	1	2	1	1	1	2
1	1	0	0	1	0	0	0	1	1
1	0	1	1	1	0	0	0	1	0
1	0	1	1	1	0	0	0	2	0
0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
3	3	3	3	2	1	0	0	1	1
1	1	1	1	1	0	0	0	2	0
1	1	1	1	0	1	1	1	3	1
0	0	0	0	0	0	0	0	3	1
1	0	1	1	1	1	0	0	2	1
0	1	1	1	1	1	2	2	2	2
0	0	1	1	0	0	0	0	1	0
2	3	2	2	2	1	1	1	1	1
0	1	0	0	0	0	0	0	3	0
0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
0	0	0	0	0	0	1	0	2	0
1	0	1	1	1	1	1	1	3	0
1	0	1	2	1	1	2	1	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	3	1
0	0	1	0	0	0	0	0	2	0
0	1	3	3	2	1	1	2	2	3
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
0	0	1	1	1	1	2	2	2	2
2	0	0	0	0	0	1	0	2	1

Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias

1	3	1	1	1	1	0	0	2	1
1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
0	0	0	0	1	0	0	0	3	0
0	0	0	0	0	0	1	2	1	2
0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
0	0	1	0	1	1	1	1	2	1
0	0	1	1	1	0	0	0	3	0
0	0	0	0	0	0	1	1	2	0
2	0	2	2	2	0	0	0	0	0
3	0	0	0	3	0	0	0	0	0
1	2	0	0	0	0	1	1	1	1
2	3	2	1	2	2	1	1	1	1
1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
1	0	1	0	1	0	0	0	1	1
0	1	0	0	1	0	0	0	2	0
0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
0	0	1	0	1	0	0	0	2	0
0	0	1	1	1	0	0	0	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
0	1	1	0	0	0	0	0	2	1
1	0	1	1	1	1	1	1	1	2
0	0	0	0	1	0	0	0	3	1
1	1	1	1	1	0	0	0	2	1
0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
0	0	0	0	0	0	1	0	1	1

Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias

1	0	0	1	1	0	0	0	2	0
0	0	1	0	1	0	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
3	3	3	3	3	2	0	0	2	0
0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
1	1	1	2	1	1	2	1	2	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	1	1	1	2	2	1	1	2
0	1	0	2	2	1	1	1	1	1
0	0	0	0	1	0	0	0	2	0
1	2	2	1	2	1	1	2	1	2
0	0	1	1	1	1	0	1	2	1
0	0	1	1	1	1	1	0	3	1
1	0	1	1	2	1	1	1	2	1
1	1	2	0	0	0	0	1	2	1
2	3	2	2	2	1	1	1	2	1
1	1	1	1	0	0	0	1	2	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
0	0	0	0	0	0	0	0	3	2
3	3	3	3	3	3	2	2	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
1	1	1	1	0	0	1	1	2	1
0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
2	3	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	1	0	0	1	2	1

Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias

1	0	1	1	1	0	0	0	1	1
1	1	1	1	1	1	0	0	2	0
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
0	0	1	1	1	1	0	0	3	0
0	1	1	1	0	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
0	0	0	1	1	2	1	1	0	1
1	0	0	0	0	0	0	0	2	1
0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
0	0	1	0	0	1	0	0	1	0
0	0	1	1	0	1	1	0	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
1	1	2	0	2	1	1	1	0	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	1	1	2	1	1	0	3	0
0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
1	1	2	2	1	1	0	0	2	0
2	2	2	2	2	2	2	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
0	0	0	0	1	1	0	0	3	0
3	3	3	2	3	2	2	2	0	3

Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias

1	1	3	3	3	1	1	1	0	1
1	0	0	0	0	1	0	0	3	0
0	1	1	1	0	0	0	0	1	2
0	0	1	1	1	1	1	1	2	1
0	1	0	0	0	0	0	0	1	2
0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
1	0	0	0	1	0	0	0	2	1
0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
1	0	0	1	2	2	1	3	0	3
1	0	1	1	0	1	0	1	2	1
0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
1	3	3	1	1	2	3	2	0	2
1	1	1	0	1	1	2	2	0	1
0	0	0	0	0	1	1	1	2	1
1	1	1	1	0	0	1	1	2	1
0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
1	2	1	1	1	0	0	0	1	0
0	1	1	1	1	1	2	2	2	2
0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
0	0	1	0	0	0	0	0	2	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	2	0	0	0	0	1	1	1	1
1	0	1	0	1	0	0	0	1	1
0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
0	0	1	1	1	0	0	0	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	2	2

Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias

1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2
0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	1
1	1	1	1	1	0	0	0	0	2	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	1
1	0	1	2	2	1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0
1	2	2	1	2	1	1	1	2	1	2
0	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
2	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1
0	0	1	1	1	1	1	0	1	2	1
1	1	1	1	0	0	0	0	1	2	1
3	3	3	3	3	3	3	2	2	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
0	0	0	0	1	0	1	1	1	2	0
0	0	0	0	1	0	1	1	1	2	0
2	3	2	2	2	1	1	1	1	2	1
1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	0	0	2	0
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0

Calidad, satisfacción y patologías en un Servicio de Urgencias

0	0	0	1	1	2	1	1	0	1
1	0	0	0	0	0	0	0	2	1
0	0	1	0	0	1	0	0	1	0
0	0	1	1	0	1	1	0	1	1
1	1	2	0	2	1	1	1	0	2
1	0	1	1	2	1	1	0	3	0
0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
0	0	0	0	1	1	0	0	3	0
3	3	3	2	3	2	2	2	0	3
1	1	3	3	3	1	1	1	0	1
1	0	1	1	1	0	0	0	2	0
1	0	0	0	0	1	0	0	3	0
0	1	1	1	0	0	0	0	1	2
0	0	1	1	1	1	1	1	2	1
0	0	1	1	1	1	0	0	3	0
1	1	0	0	1	0	0	0	1	1
1	0	0	0	1	0	0	0	2	1
1	1	1	0	1	1	2	2	0	1
0	0	0	0	0	1	1	1	2	1
1	2	1	1	1	0	0	0	1	0
1	1	1	1	0	0	1	1	2	1
0	0	1	1	1	1	1	0	3	1
0	2	1	3	2	0	0	0	1	0
0	0	1	1	1	0	0	0	3	1

2	3	2	3	2	1	1	1	1	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Resultados de la encuesta de la calidad de vida:

1.-Nunca (0)

2.-A veces (1)

3.-A menudo (2)

4.- Siempre (3)