

Análisis de los factores socioeconómicos y sanitarios que influyen en el aumento progresivo de la frecuentación de las urgencias hospitalarias

Analysis of health and socioeconomic factors influencing the progressive increase in frequentation of hospital emergency services.
Executive summary

INFORME DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS
AETSA 2007/20

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN



MINISTERIO
DE CIENCIA,
E INNOVACIÓN



Asociación Española de
Tecnología Sanitaria
AETSA



MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

Plan de Calidad
para el Sistema
Nacional
de Salud



JUNTA DE ANDALUCÍA
CONSEJERÍA DE SALUD

Análisis de los factores socioeconómicos y sanitarios que influyen en el aumento progresivo de la frecuentación de las urgencias hospitalarias

Analysis of health and socioeconomic factors influencing the progressive increase in frequentation of hospital emergency services.

Executive summary

INFORME DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS
AETSA 2007/20

Sánchez Medina, José Antonio

Análisis de los factores socioeconómicos y sanitarios que influyen en el aumento progresivo de la frecuentación de las urgencias hospitalarias. José Antonio Sánchez Medina, David Alarcón Rubio, Francisco Murillo Cabezas e Ignacio Pérez Torres-Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, 2011.

153 p; 24 cm. (Colección: Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad y Política Social. Serie: Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias)

1. Servicio de urgencia en hospital / utilización 2. Mal uso de servicios de salud 3. Necesidades y demandas de servicios de salud 4. Factores socioeconómicos 5. Pacientes / psicología I. Alarcón Rubio, David. II. Murillo Cabezas, Francisco III. Pérez Torres, Ignacio IV. Andalucía. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias V. España. Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad VI. España. Ministerio de Ciencia e Innovación.

Este documento se ha realizado en el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud elaborado por el Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad, al amparo del convenio de colaboración suscrito por el Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Ciencia e Innovación y la Fundación Progreso y Salud de Andalucía

Autores: José Antonio Sánchez Medina¹, David Alarcón Rubio¹, Francisco Murillo Cabezas², Ignacio Pérez Torres².

¹*Dpto. de Ciencias Sociales. Universidad Pablo de Olavide.*

²*Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía.*

Edita: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía

Avda. de la Innovación s/n
Edificio Renta Sevilla, 2ª planta
41020 Sevilla
España – Spain

ISBN: 978-84-96990-66-1

NIPO: 477-10-040-5

Depósito Legal: SE-1381/2011

Imprime: Tecnographic, S.L.

Este documento puede ser reproducido en todo o en parte, por cualquier medio, siempre que se cite explícitamente su procedencia

Análisis de los factores socioeconómicos y sanitarios que influyen en el aumento progresivo de la frecuentación de las urgencias hospitalarias

Analysis of health and socioeconomic factors influencing the progressive increase in frequentation of hospital emergency services.
Executive summary

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no tienen intereses que puedan competir con el interés primario y los objetivos de este informe e influir en su juicio profesional al respecto.

Agradecimientos

Han sido revisores de este trabajo José Antonio Navarro Caballero y Sergio Márquez Peláez, de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.

La Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía y los autores reconocen y agradecen a los revisores su dedicación y aportaciones.

Los contenidos de este informe son responsabilidad de los autores, procediendo la eximente habitual en el caso de los revisores y evaluadores.

Índice

Índice de Tablas y Figuras	11
Resumen ejecutivo	17
Introducción	29
Objetivos	32
Material y Métodos	33
Resultados y discusión	37
1. Datos operativos de la encuesta	37
2. Características de la muestra encuestada	38
3. Uso de los Servicios Sanitarios: Atención Primaria y Servicios de Urgencias	43
4. Conocimiento por parte de los usuarios del Sistema de Atención Primaria.	47
5. Motivaciones, percepciones y preferencias en el uso de servicios de urgencias hospitalarias	48
6. Hacia una tipología de los usuarios y motivos de asistencia a los servicios de urgencia hospitalarios	54
7. Factores motivacionales, de percepción y valoración en los comportamientos de asistencia a los servicios de urgencia hospitalarios	78
8. Prediciendo la conducta de frecuentación a los SUH	89
Conclusiones	109
Referencias	113
Anexos	
Anexo 1. Cuestionario sobre factores socioeconómicos y sanitarios que influyen en el aumento progresivo de la frecuentación de las urgencias hospitalarias	115

Índice de Tablas y Figuras

Tabla 1.	Información general sobre uso inapropiado de urgencias	30
Tabla 2.	Asignación teórica de encuestas por estratos elegidos	35
Tabla 3.	Asignación de los 1200 cuestionarios por cada estrato	36
Tabla 4.	Respuestas por nivel de hospital	37
Tabla 5.	Respuestas por población	37
Tabla 6.	Respuestas por tramo semanal	38
Tabla 7.	Respuestas por tramo horario	38
Tabla 8.	Distribución por sexo	39
Tabla 9.	Distribución por tramos de edad	39
Tabla 10.	Distribución por nacionalidad	39
Tabla 11.	Distribución por nivel formativo	40
Tabla 12.	Número personas con que convive	40
Tabla 13.	Relación familiar con las personas con que convive	41
Tabla 14.	Situación laboral	41
Tabla 15.	Nivel de ingresos	41
Tabla 16.	Disponibilidad de seguro sanitario privado	42
Tabla 17.	Tamaño de la población de residencia	42
Tabla 18.	Distancia del domicilio al SUH	42
Tabla 19.	Existencia de un servicio de urgencias alternativo al SUH próximo al domicilio	43
Tabla 20.	Frecuentación al SAP	43
Tabla 21.	Motivo de visita al SAP	44
Tabla 22.	Frecuentación al SUH	44
Tabla 23.	Motivo visita al SUH	44
Tabla 24.	Tiempo desde la última visita a un SUH	45
Tabla 25.	Motivo de la visita actual al SUH	45
Tabla 26.	Visita al médico de cabecera antes de acudir al SUH	45

Tabla 27.	Quién deriva al paciente al SUH	46
Tabla 28.	Tiempo de espera al acudir al SUH	46
Tabla 29.	Medio de transporte usado para acudir al SUH	46
Tabla 30.	Conocimiento del médico de cabecera	47
Tabla 31.	Grado de conocimiento del médico de cabecera	47
Tabla 32.	Conocimiento de existencia de SU en su SAP	48
Tabla 33.	Conocimiento del SU más próximo a su domicilio	48
Tabla 34.	Conocimiento del teléfono de urgencias	48
Tabla 35.	Motivos de uso de los Servicios de Urgencia Hospitalarios (Ordenados por frecuencia de elección)	49
Tabla 36.	Urgencia percibida del problema que motiva el uso del SUH	50
Tabla 37.	Gravedad percibida del problema que motiva el uso del SUH	50
Tabla 38.	Valoración de los usuarios de su estado de salud general	50
Tabla 39.	Motivos de preferencia de uso del SUH frente al CAP (ordenados en función del grado de acuerdo cosechado)	51
Tabla 40.	Motivos de preferencia de uso del SUH frente al CAP (ordenados en función del grado de acuerdo cosechado)	52
Tabla 41.	Importancia atribuida a los factores que motivan el uso de los SUH	53
Tabla 42.	Factores que motivan el uso de los SUH citados en primer lugar	53
Tabla 43.	Factores que motivan el uso de los SUH citados en segundo lugar	54
Tabla 44.	Factores que motivan el uso de los SUH citados en tercer lugar	54
Tabla 45.	Varianza explicada por el modelo	56
Tabla 46.	Medidas de discriminación para el modelo explicativo de la Tipología de Usuario de SPS.	56
Tabla 47.	Frecuencia de asistencia a un SUH. Cuantificación de categorías	57
Tabla 48.	Motivo de asistencia a un SUH. Cuantificación de categorías	58
Tabla 49.	Frecuencia de asistencia al SAP. Cuantificación de categorías	58
Tabla 50.	Tiempo desde la última visita al SUH. Cuantificación de categorías	58

Tabla 51.	Motivo de asistencia al SAP. Cuantificación de categorías	59
Tabla 52.	Distribución muestral de las tipologías de usuarios en función de la frecuentación	61
Tabla 53.	Tipología de usuarios en función del sexo	62
Tabla 54.	Tipología de usuarios en función de la edad	63
Tabla 55.	Tipología de usuarios en función de la nacionalidad	64
Tabla 56.	Tipología de usuarios en función del nivel de estudios	64
Tabla 57.	Tipología de usuarios en función del tipo de personas con que convive	65
Tabla 58.	Tipología de usuarios en función de la situación laboral	66
Tabla 59.	Tipología de usuarios en función del nivel de ingresos	67
Tabla 60.	Varianza explicada por el modelo.	68
Tabla 61.	Medidas de discriminación para el modelo explicativo de la tipología de usuario de SPS en función de su conocimiento del mismo	69
Tabla 62.	Tiempo de conocimiento de su médico de cabecera. Cuantificación por categorías	70
Tabla 63.	Conocimiento de SU en SAP. Cuantificación por categorías	70
Tabla 64.	Conocimiento del médico de cabecera. Cuantificación por categorías	70
Tabla 65.	Distribución de la tipologías de usuarios en función de su grado de conocimiento	72
Tabla 66.	Tipología de usuarios en función del nivel de ingresos	73
Tabla 67.	Tipología de usuarios en función de la edad	74
Tabla 68.	Tipología de usuarios en función de la nacionalidad	75
Tabla 69.	Tipología de usuarios en función del nivel de estudios	76
Tabla 70.	Tipología de usuarios en función de la situación laboral	77
Tabla 71.	Análisis factorial: extracción de los factores sobre las motivaciones de uso	79
Tabla 72.	Composición de los factores sobre las motivaciones de uso	80
Tabla 73.	Características personales de los encuestados	82

Tabla 74.	Medias (desviaciones típicas) de las motivaciones en función de las características personales	83
Tabla 75.	Efectos inter-sujeto sobre los índices de motivos percibidos	84
Tabla 76.	Características socio-demográficas de los encuestados	85
Tabla 77.	Medias (desviaciones típicas) de las motivaciones en función de las características socio-demográficas	85
Tabla 78.	Efectos inter-sujeto sobre los índices de motivos percibidos	86
Tabla 79.	Características socio-demográficas de los encuestados	87
Tabla 80.	Medias (desviaciones tipo) de las motivaciones en función de las características socio-demográficas	88
Tabla 81.	Efectos inter-sujetos sobre los índices de motivos percibidos	89
Tabla 82.	Resumen de los modelos de Regresión Lineal (a)	92
Tabla 83.	Resultados de los modelos de Regresión Lineal (a)	93
Tabla 84.	Resumen de los coeficientes de regresión estimados (a)	94
Tabla 85.	Índices de la bondad de ajuste del modelo (1)	97
Tabla 86.	Indicadores observados para cada variable y pesos factoriales	100
Tabla 87.	Parámetros estimados del modelo de ecuaciones estructurales multigrupo (edad)	102
Tabla 88.	Parámetros estimados del modelo de ecuaciones estructurales multigrupo (sexo)	103
Tabla 89.	Parámetros estimados del modelo de ecuaciones estructurales multigrupo (ingresos)	104
Tabla 90.	Parámetros estimados del modelo de ecuaciones estructurales multigrupo (ocupación)	106
Tabla 91.	Parámetros estimados del modelo de ecuaciones estructurales multigrupo (distancia)	107
Tabla 92.	Parámetros estimados del modelo de ecuaciones estructurales multigrupo (población)	108
Gráfico 1.	Medidas de discriminación para el modelo explicativo de la tipología de usuario de SPS	57
Gráfico 2.	Mapa perceptual de la tipología de usuario del SPS	60

Gráfico 3. Medidas de discriminación para el modelo explicativo de la tipología de usuario de SPS en función de su conocimiento del mismo	69
Gráfico 4. Mapa perceptual de la tipología de usuario de SPS en función su conocimiento del SPS	71
Figura 1a. Toma de decisiones de frecuentación del SUH (General). Representación completa incluyendo los pesos por ítem.	98
Figura 1b. Toma de decisiones de frecuentación al SUH (General). Representación simplificada excluyendo los pesos factoriales por ítem	99
Figura 2. Modelo de decisión de frecuentación para jóvenes y mayores	102
Figura 3. Modelo de decisión de frecuentación para hombres y mujeres	104
Figura 4. Modelo de decisión de frecuentación para ingresos bajos y altos	105
Figura 5. Modelo de decisión de frecuentación para desempleados y empleados	106
Figura 6. Modelo de decisión de frecuentación para SUH próximos y alejados del domicilio del usuario	107
Figura 7. Modelo de decisión de frecuentación para zonas rurales y urbanas	108

Abreviaturas

ANOVA	Análisis de la Varianza
CFI	Comparative Fit Index.
CMIN/DF	Coefficiente de Ji-cuadrado dividido entre los grados de libertad
DESV. TIP	Desviación típica
ECVI	Expected Cross Validation Index
GL	Grados de libertad
MANOVA	Análisis Múltiple de la Varianza
NS/NC	No sabe / no contesta
P	Valor probabilístico
PAUH	Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
SAP	Servicio de Atención Primaria
SAS	Servicio Andaluz de Salud
Sig	Significación estadística
SL	Sociedad Limitada
SPS	Servicio Público de Salud
SSPA	Servicio Sanitario Público de Andalucía
SU	Servicio de Urgencia
SUH	Servicios de Urgencia Hospitalaria

Resumen ejecutivo

Introducción

La saturación en los servicios de urgencia hospitalaria (SUH) suele ser explicada por motivos de accesibilidad administrativa, temporal, física y económica. Parece, además, que la buena valoración de la población hacia estos servicios, por la dotación tecnológica que poseen y la calidad asistencial que prestan, fomenta este problema de saturación, amenazando la calidad de los mismos. Se argumenta también que existe gran cantidad de pacientes que acuden de forma injustificada a estos SUH, es decir, que puede existir un alto grado de uso inapropiado de estos servicios. En la literatura científica existen numerosas publicaciones relacionadas con los factores que influyen en ello y los criterios clínicos que determinan la idoneidad de acudir a los SUH. Este trabajo desplaza el enfoque de este tipo de investigaciones sobre la utilización de los SUH hacia la conducta de frecuentación con el objetivo de conocer los patrones de frecuentación de los usuarios e identificar qué factores son los que condicionan esa conducta.

Objetivo

Conocer los patrones de frecuentación de los usuarios e identificar qué factores son los que condicionan esa conducta.

Material y métodos

La investigación se articuló en tres fases diferenciadas. La primera correspondió al diseño de un cuestionario sobre las percepciones y motivaciones de los usuarios de los servicios de urgencia hospitalaria, que se llevó a cabo mediante una metodología cualitativa en la que participaron profesionales que trabajan en los SUH y las gerencias de hospitales públicos de la red de salud en Andalucía, seleccionados mediante muestreo dirigido.

Los grupos de discusión identificaron bloques de datos relevantes, a partir de los cuales se diseñaron las preguntas que conformaron una primera versión del cuestionario, que fue sometido a validación por un grupo de expertos, tras la que se estableció la versión definitiva del mismo.

La segunda fase consistió en llevar a cabo una encuesta. Para ello se determinó una muestra con base en los datos del histórico de visitas a los SUH que elabora el Servicio Andaluz de Salud. Se utilizó un muestreo

estratificado en función de factores geográficos, del tipo de centro, y del horario de la visita que pudieran incidir en la tipología de usuarios de los SUH. Los cuestionarios fueron administrados entre el 25 de noviembre de 2008 y el 29 de febrero de 2009, obteniéndose finalmente un total de 1025 encuestas válidas.

La tercera fase de la investigación consistió en el análisis de los resultados, empleándose diferentes técnicas estadísticas en función de los objetivos establecidos:

- Tablas de frecuencia para obtener una descripción de la muestra.
- Análisis factorial para identificar los factores motivacionales a la hora de acudir a un SUH.
- Análisis de correspondencias múltiples para identificar patrones de usuarios en función de las conductas de frecuentación de los SUH y del grado de conocimiento de los servicios del sistema público de salud.
- Análisis de regresión múltiple y análisis de ecuaciones estructurales para establecer el peso de las percepciones y motivaciones sobre la decisión del usuario de acudir a un SUH.

Resultados

En la primera fase, el cuestionario fue diseñado para caracterizar la muestra encuestada, conocer el uso de los servicios sanitarios (Atención Primaria (SAP) y Servicios de Urgencia Hospitalaria), identificar el grado de conocimiento por parte de los usuarios del sistema de Atención Primaria así como las motivaciones, percepciones y preferencias en el uso de Servicios de Urgencias Hospitalarias.

El análisis de las encuestas, permitió definir diferentes tipologías de usuarios y motivos de asistencia a los SUH. Entre los resultados destaca, en primer lugar, la identificación de cuatro tipologías de usuarios del sistema de salud que varían en función de la tasa de frecuentación, tanto a los SAP como a los SUH y en función del motivo de salud que les lleva a recurrir a los servicios sanitarios. Un dato relevante es que el SAP y el SUH no “compiten por el usuario”, es decir, no se han podido identificar perfiles asociados a patrones de uso diferenciados de una red u otra. Los usuarios que usan de modo frecuente y por motivos recurrentes los servicios públicos de salud, lo hacen tanto en una red como en otra, y lo mismo sucede con los usuarios accidentales.

Las tipologías establecidas en función de los criterios de uso están distribuidas de modo diferencial en la población. Los usuarios más frequentadores suelen ser personas mayores, jubiladas o próximas a la jubilación,

en mayor medida mujeres (este dato posiblemente está asociado a la mayor esperanza de vida entre este colectivo), con bajo nivel de estudios y son preferentemente de nacionalidad española. La población inmigrante acude de modo muy espaciado, tanto a los SUH como a los SAP, y normalmente lo hacen por problemas muy concretos y particulares. Es posible, por tanto, dibujar un perfil típico (que no exclusivo) de los altos frequentadores: se trata de personas mayores de 50 años y fundamentalmente mayores de 65, jubilados o amos/as de casa. Suelen tener un nivel de estudios y de ingresos inferiores a la media. Además, el motivo de salud por el que visitan tanto el SUH como el SAP suele perdurar en el tiempo, esto es, suelen acudir siempre por un mismo problema de salud que se mantiene en el tiempo. Por el contrario, los usuarios con un uso muy esporádico y puntual de los SUH son jóvenes, estudiantes y con niveles de estudios superiores a la media. Resulta significativo que la inmensa mayoría de los inmigrantes, independientemente de su procedencia, se ubiquen en esta tipología.

Los usuarios fueron clasificados también en función del grado de conocimiento del sistema de salud pública, tratando de establecer si la alta frecuentación de los SUH se podría relacionar con una información insuficiente sobre el funcionamiento de los SAP, resultando que ningún dato de los obtenidos permite mantener esta suposición. Curiosamente, los usuarios con baja frecuentación son los que menor conocimiento del sistema de salud manifiestan. Este dato debe interpretarse en términos de que este conocimiento se fundamenta sobre las prácticas cotidianas más que sobre campañas informativas de la administración sanitaria.

En cuanto a los motivos que llevan a los usuarios a acudir a los SUH, los análisis efectuados muestran que la motivación de uso está ligada a la alta valoración por parte de los usuarios de su calidad, que se vincula a unos elevados niveles de confianza en los tratamientos y diagnósticos elaborados en los mismos. De modo complementario está la facilidad que aportan los SUH para que el usuario pueda acceder a los recursos de la medicina especializada que, de otro modo (a través de la derivación por parte de los SAP) es más lenta y dificultosa. Además, como factor que motiva el uso, se encuentra una necesidad atencional percibida por los usuarios. Este factor motivante posiblemente está asociado a los usuarios con alta frecuentación que perciben la necesidad de ser atendidos de sus problemas de salud por personal especializado. Finalmente, el factor con menos peso entre los identificados se liga a la comodidad de uso del sistema, esto es, a la facilidad para asistir al mismo en cualquier momento y por cualquier problema de salud. Es importante señalar que, aunque tenga un valor explicativo inferior a los citados anteriormente, ha de considerarse cómo la propia definición de prestación de servicios de los SUH actúa como “factor atrayente” hacia los usuarios.

Finalmente, se diseñó un modelo que permite explicar las conductas de frecuentación de los usuarios a los SUH, aportando un cambio de estrategia en el estudio del uso que los ciudadanos hacen de los SUH.

Discusión

Existe una amplia literatura científica que ha mostrado cuales son los factores asociados a un uso inapropiado de los SUH. Esta perspectiva de estudio deja fuera de foco el caso de la excesiva frecuentación que ciertos pacientes realizan al SUH, independientemente de la relevancia clínica del motivo de asistencia. Como se ha mostrado en este estudio, un porcentaje relativamente pequeño de hiperfrecuentadores y algo más elevado de altos frecuentadores, pueden jugar un papel muy importante en la actual saturación de los SUH. La cuestión que se planteaba era ¿qué motiva a los usuarios a acudir con frecuencia a los SUH? Los modelos estructurales desarrollados han mostrado que la decisión de los usuarios de acudir a los SUH se basa en dos grandes factores. Por un lado, está la alta accesibilidad y facilidad de uso de los SUH asociada a una gran calidad y especialización percibida por los usuarios. Los usuarios tienden a incrementar su frecuentación porque se pone a su disposición y con un fácil acceso unas instalaciones muy bien valoradas respecto de los SAP. Sin embargo, este no es el único factor: el modo en que los usuarios perciben su estado de salud es un factor de mayor relevancia que el anterior. En este caso es la urgencia y gravedad percibida del episodio agudo la que inicia el proceso decisorio sobre si acudir o no al SUH, si bien lo inicia pero no lo determina. De hecho, estas percepciones sobre el episodio agudo no se relacionan directamente con la frecuentación del SUH. La variable moderadora “percepción sobre el estado de (mala) salud del usuario” se ha mostrado muy relevante en los estudios estructurales.

Este esquema de razonamiento de carácter general se ve matizado cuando se considera el papel que juegan otras variables de orden psicosocial o de hábitat en el proceso decisorio. Lo más relevante a este respecto es que la distancia del domicilio al SUH, el tipo de ocupación, el nivel de ingresos, la edad y, en menor medida, el sexo, juegan un papel relevante en estos procesos decisorios. Es muy relevante que cuando el usuario vive próximo al centro de salud lo que más pesa en la decisión de acudir al SUH es su percepción sobre su estado de salud más allá que valore a los SUH como servicios de alta calidad. En cambio, los usuarios que tienen que desplazarse una gran distancia toman la decisión de acudir al SUH más sobre la base de su valoración de la calidad de los diagnósticos y tratamientos y de los recursos tecnológicos a los que pueden acceder en los SUH. Esto no significa que las percepciones sobre

el propio estado de salud dejen de jugar un papel relevante, sino que su influencia se ve matizada. Un patrón muy similar encontramos para las personas desocupadas respecto de las ocupadas, para los de bajos ingresos respecto de los de altos ingresos, y en menor medida de los mayores respecto de los jóvenes.

Conclusiones

Es posible definir diferentes tipologías de usuarios de los servicios hospitalarios en particular, y del sistema de salud en general, en función del uso que realizan de los SUH y del conocimiento que manifiestan de los SAP, que pueden resultar de gran interés a la hora de planificar políticas destinadas a optimizar el uso de los SUH.

Las elevadas tasas de frecuentación de los SUH no se producen a costa del uso de los SAP, es decir, que los sujetos con elevada frecuentación de los SUH también son grandes frecuentadores de los SAP.

Los usuarios más frecuentadores suelen ser personas mayores, jubiladas o próximas a la jubilación, en mayor medida mujeres (este dato posiblemente está asociado a la mayor esperanza de vida entre este colectivo), con bajo nivel de estudios y preferentemente de nacionalidad española.

La población inmigrante acude de modo muy espaciado, tanto a los SUH como a los SAP, y normalmente lo hacen por problemas muy concretos y particulares. Además, el motivo de salud por el que visitan tanto SUH como SAP suele perdurar en el tiempo, esto es, suelen acudir siempre por un mismo problema de salud que se mantiene en el tiempo.

Los usuarios con un uso muy esporádico y puntual de los SUH son jóvenes, estudiantes y con niveles de estudios superiores a la media.

No es posible relacionar la alta frecuentación a los SUH con una información insuficiente sobre el funcionamiento de los SAP. De hecho, los usuarios con baja frecuentación son los que menor conocimiento del sistema de salud manifiestan.

Los motivos que llevan a los usuarios a acudir a los SUH, son, según su peso de mayor a menor, a (1) la alta valoración por parte de los usuarios de la calidad de los SUH, que está vinculada a unos elevados niveles de confianza en los tratamientos y diagnósticos elaborados en los SUH; a (2) la facilidad que aportan los SUH para que el usuario pueda acceder a los recursos de la medicina especializada; a (3) una necesidad atencional percibida por los usuarios; y finalmente (4), siendo el factor con menor peso de los identificados, a la comodidad de uso del sistema.

"Los modelos estructurales desarrollados en este trabajo para explicar las conductas de frecuentación de los usuarios a los SUH han mostrado que la decisión de los usuarios de acudir a los mismos se basa en dos gran-

des factores. Por un lado, está la alta accesibilidad y facilidad de uso de los SUH asociada a una gran calidad y especialización percibida por los usuarios. Por otro, y con más relevancia, el modo en que los usuarios perciben su estado de salud. Se ha encontrado que hay una variable moderadora muy relevante: la percepción sobre el estado de (mala) salud del usuario. Si el usuario sufre un episodio agudo y éste ha desarrollado una percepción (justificada o no) de que cuenta con una mala salud la frecuentación a los SUH se ve incrementada.

No obstante, este esquema de razonamiento de carácter general se ve matizado cuando se considera el papel que juegan otras variables de orden psicosocial o de hábitat en el proceso decisorio. Lo más relevante a este respecto es que la distancia del domicilio al SUH, el tipo de ocupación, el nivel de ingresos, la edad y, en menor medida, el sexo, juegan un papel relevante en estos procesos decisorios. Es muy significativo que cuando el usuario vive próximo al centro de salud lo que más pesa en la decisión de acudir al SUH es su percepción sobre su estado de salud más allá que valore a los SUH como servicios de alta calidad. En cambio, los usuarios que tienen que desplazarse una gran distancia toman la decisión de acudir al SUH más sobre la base de su valoración de la calidad de los diagnósticos y tratamientos y de los recursos tecnológicos a los que pueden acceder en los SUH. Esto no significa que las percepciones sobre el propio estado de salud dejen de jugar un papel relevante, sino que su influencia se ve matizada. Un patrón muy similar encontramos para las personas desocupadas respecto de las ocupadas, para los de bajos ingresos respecto de los de altos ingresos, y en menor medida de los mayores respecto de los jóvenes."

Los SUH son percibidos por los usuarios como servicios de alta calidad y eficiencia en el tratamiento de sus problemas de salud, lo que parece actuar como factor atrayente.

Un porcentaje pequeño, aunque estimable, de usuarios acude de modo sistemático a los SUH en busca de un tipo de atención, que, posiblemente podría ser prestado en otro tipo de servicios.

Executive summary

Title: Analysis of health and socioeconomic factors influencing the progressive increase in frequentation of hospital emergency services.

Authors: Sánchez Medina JA, Alarcón Rubio D, Murillo Cabezas F, Pérez Torres I.

Introduction

Saturation of hospital emergency services (HES) is usually explained by administrative, temporal, physical and economic resource factors. In addition, it seems that the good opinion of the population towards these services, due to their technological resources and the quality of care that they render, encourages the problem of saturation, threatening the quality of such services. It is also argued that there are a large number of patients who make inappropriate use of these HES. Numerous publications are found in the scientific literature relating to the influencing factors and clinical criteria that determine the appropriateness of attending the HES. This work moves the focus of this type of research on the use of the HES towards frequentation behaviour, with the objective of determining the frequentation patterns of the users and of identifying the factors which may condition that behaviour.

Objective

To determine the frequentation patterns of the users and to identify the factors which condition that behaviour.

Material and methods

The research consisted of three differentiated phases. The first corresponded to the design of a questionnaire on perceptions and motivations of users of hospital emergency services. This was carried out by means of a qualitative methodology with the participation of professionals who work in the HES, and the managements of hospitals in the Andalusian public health system, selected by means of directed sampling.

Discussion groups identified blocks of important data, from which questions were designed to form a first draft of the questionnaire. This draft was evaluated by a group of experts, after which the definitive version of the questionnaire was established.

The second phase consisted of carrying out a survey. A sample was determined based on the historical data of visits to the HES produced by the Andalusian Health Service. Stratified sampling was used based on geographical factors, the type of centre, and the time of the visit that could affect the typology of users of the HES. The questionnaires were administered between the 25 November 2008 and 29 February 2009, finally obtaining a total of 1025 valid surveys.

The third phase of the research consisted of the analysis of the results, using different statistical techniques based on the established objectives:

- Frequency tables to obtain a description of the sample.
- Factorial analysis to identify the motivational factors when going to the HES.
- Multiple Correspondence Analysis to identify user patterns based on their behaviours of frequentation of the HES, and the degree of user knowledge about the services of the public health system.
- Multiple regression analysis and structural path analysis to establish the weighting of the perceptions and motivations on the decision of the user to go to the HES.

Results and discussion

In the first phase, the questionnaire was designed to characterize the surveyed sample, determine the use of the health services (Primary Care Services – PCS, and the HES), and to identify the degree of user knowledge about the Primary Care Services, as well as the motivations, perceptions and preferences in the use of the HES.

The analysis of the surveys defined different typologies of users and reasons for attendance at the HES. The results identified four typologies of users of the health system which vary based on the rate of frequentation, to both the PCS and to the HES, and on the health reasons that led them to resort to the health services. It is notable that no association was found between user profiles and differential use between the PCS and the HES. The frequent users of the public health services, and for recurrent reasons, use one network as much as the other, and the same occurs with incidental users.

The typologies established based on criteria of use are differentially distributed among the population. The most frequent users are usually older people, retired or close to retirement, mainly women (this data is possibly associated with the greater life expectancy among this group), they have a low level of studies and are mainly of Spanish nationality. The immigrant population attend the HES and the PCS in a very infrequent

manner, and they normally do so for very specific and particular problems. Therefore it is possible to draw a typical profile (non-exclusive) of the high frequenters: they are older than 50 years and mainly over 65, retired or house-persons. They often have a lower than average level of studies and income. In addition, they usually go to either the HES or the PCS for the same health problems which are often persistent over time. On the contrary, the users with a very sporadic and precise use of the HES are young, students and with higher than average levels of studies. It is significant that the immense majority of immigrants, regardless of their origin, are in this typology.

The users were also classified based on their degree of knowledge of the public health system in an attempt to establish if the high frequentation of the HES could be related to insufficient information about the operation of the PCS. No data was obtained that supported this hypothesis. Peculiarly, the users with low frequentation are those that show less knowledge of the health system. This data must be interpreted as showing that this knowledge is based more on daily practises than on information campaigns by the health administration.

The analyses of the reasons that lead the users to attend the HES show that the motivation for use is connected to the high opinion the users have of its quality, which is linked to high levels of confidence in the diagnoses and treatments received. A complementary factor is the ease with which the user can access the specialized medical resources of the HES, which would otherwise (through referral from the PCS) be slower and more difficult. An additional factor that motivates use is a perceived care need on the part of the users. This motivating factor is possibly associated with high frequentation users who perceive the need for their health problems to be taken care of by specialized personnel. Finally, the factor with least weight among those identified is linked to the ease of use of the system, that is, to the facility to attend the HES at any time and for any health problem. It is important to indicate that, although it has an explanatory value inferior to those previously mentioned, it must be taken into account how the definition of provision of services of the HES acts as an "attraction factor" for the users.

Finally, a model was designed to allow the frequentation behaviours of the users of the HES to be explained, contributing a change of strategy in the study of the use that the citizens make of the HES.

Discussion

There is a wide range of scientific literature that shows those factors associated with inappropriate use of the HES. These studies do not focus on

the excessive frequentation that certain patients make to the HES, independently of the clinical importance of the reason for care. As has been shown in this study, a relatively small percentage of hyper-frequenters, and a slightly higher percentage of high frequenters, can play a very important role in the current saturation of the HES. The question considered was: What motivates the users to go frequently to the HES? The structural models developed have shown that the decision to go to the HES is based on two important factors. On the one hand is the high accessibility and ease of use of the HES associated with high quality and specialization perceived by the users. The users tend to increase their frequentation because highly valued facilities, with respect to the PCS, are available to them with easy access. Nevertheless, this is not the only factor: the way in which the users perceive their state of health is a factor of greater importance. In this case, it is the urgency and perceived seriousness of the acute episode that initiates the decision-making process on whether to go to the HES or not, it initiates it but it does not determine it. In fact, these perceptions of the acute episode are not directly related to the frequentation of the HES. The moderating variable "perception of the state of (ill) health of the user" has been shown to be very important in the structural studies.

This generalized scheme of reasoning is clarified when the role played by other variables of psycho-social order or of habitat in the decision-making process is considered. Most important in this respect is the distance from the address of the user to the HES, their type of occupation, level of income, age and, to a lesser extent, sex, play an important role in these decision-making processes. It is very significant that when the user lives close to the health centre, the most weight in the decision to go to the HES is their perception about their state of health, which outweighs their opinion of the HES as high quality services. However, the users who have to travel a large distance, make the decision to go to the HES more on the basis of their evaluation of the quality of the diagnoses and treatments and the technological resources which they can access in the HES. This does not mean that their perceptions about their own state of health do not play an important role, but that its influence is clarified. A very similar pattern was found for unemployed people with respect to the employed, for those of low income with respect to those with high income, and to a lesser extent for the elderly with respect to young people.

Conclusions

It is possible to define different typologies of users of the hospital services in particular, and of the health system in general, based on the use made of the HES and on the knowledge shown about the PCS, which can be of great

interest when planning policies destined to optimize the use of the HES. The elevated rates of frequentation of the HES do not reduce the use of the PCS, that is to say, the users with high frequentation of the HES are also great frequenters of the PCS.

The frequent users are usually older people, retired or close to retirement, mainly women (this data is possibly associated with the greater life expectancy among this group), they have a low level of studies and are mainly Spanish nationals. In addition, their visits to either the HES or the PCS are often due to the same health problems that are persistent over time.

The users with a very sporadic and precise use of the HES are young, students and with above average levels of studies.

The immigrant population attend the HES and the PCS in a very infrequent manner, and they normally do so for very specific and particular problems.

It is not possible to relate the high frequentation of the HES to insufficient information on the operation of the PCS. In fact, the users with low frequentation show less knowledge of the health system.

The reasons why users go to the HES, are, in descending weighted order: (1) the high opinion on the part of the users regarding the quality of the HES, which is linked to high levels of confidence in the diagnoses and treatments given; (2) the ease with which the user can access the resources of specialised medicine in the HES; (3) a care need perceived by the users; and, finally, (4), the factor with the least weight of those identified, the ease of use of the system.

“The structural models developed in this work to explain the frequency patterns of users attending Hospital Emergency Services (HES) have shown that the decision to attend these services is based on two main factors. Firstly, there is the high accessibility and ease of use of the HES associated with high quality and expertise, as perceived by users. Secondly, and more importantly, how users perceive their state of health. It has been found that there is a very important moderator variable: the perception of the state of (poor) health of the user. If the user suffers an acute episode and has developed a perception (justified or not) that they have poor health, their attendance at the HES increases.

However, this pattern of general reasoning is qualified when considering the role of other psychosocial or habitat variables in the decision process. The most relevant in this regard is that the distance from home to the HES, the type of occupation, income level, age and to a lesser extent, sex, play important roles in these decision processes. It is significant in the decision to attend the HES that when the user lives near the health centre, more weight is given to their perception of their state of health than

their evaluation of the HES as high quality services. However, users who have to travel a greater distance, decide to attend the HES more on the basis of their assessment of the quality of diagnosis and treatments and technological resources that can be accessed in the HES. This does not mean that perceptions about one's state of health no longer play a role, but its influence is tempered. A similar pattern is found for the unemployed with respect to the employed, low income earners with respect to high income earners, and to a lesser extent for older people with respect to young people.”

The HES are perceived by the users as services of high quality and efficiency in the treatment of their health problems, which seems to act as an attracting factor.

A small, although significant, percentage of users systematically access the HES in search of a type of care that could possibly be provided in another type of service.

Introducción

Existe entre los administradores, gestores y profesionales de la salud una clara preocupación por la saturación de los Servicios de Urgencia Hospitalaria (SUH), ya que la misma perjudica claramente la calidad del servicio prestado a los ciudadanos. Este problema, que en absoluto es novedoso, parece haber ido incrementándose a medida que las administraciones públicas realizaban un esfuerzo considerable en la dotación de estos servicios. Sánchez y Bueno (2005) señalan que la evolución de los SUH en los últimos años en términos de profesionalización y especialización probablemente haya sido la mayor de entre las diferentes unidades hospitalarias. Los SUH son unas unidades con una gran accesibilidad (económica, administrativa, física y temporal), con una importante dotación tecnológica y con profesionales altamente especializados, lo que les ha permitido alcanzar un alto grado de eficacia y calidad asistencial. La situación paradójica que acompaña a este desarrollo de los SUH es que su alta valoración entre la población, vinculada a esta eficacia, está en la base de los problemas de saturación que amenazan la calidad del servicio prestado.

Hay un acuerdo general en que se produce un alto grado de uso inapropiado de los SUH por parte los usuarios. Resulta significativo que este uso inapropiado se haya constatado en todos los países en los que se han realizado estudios sobre los mismos, independientemente del sistema organizativo del sistema de salud, y con porcentajes sorprendentemente elevados. En la Tabla 1 se presentan algunos de estos datos.

La gran variabilidad de los datos sobre uso inapropiado puede explicarse por diferentes factores. Bianco, Pileggi, & Angelino (2003) señalan los siguientes:

- Las diferencias de edad en la población en estudio
- La metodología y encuesta utilizada
- La organización del sistema de salud
- Las actitudes y conductas de médicos y pacientes
- El concepto de “uso inapropiado” utilizado en el estudio

Tabla 1: Información general sobre uso inapropiado de urgencias

País	% Uso Inapropiado	Referencia
Italia	19,6	Bianco, Pileggi, & Angelino (2003)
Brasil	24,2	Carret, Fassa, & Kawachi (2007)
Suecia	27	Hansagi, Carlsson, Olsson, & Edhag (1987)
Francia	29	Lang, Davido, Diakité, Agay, & Flicoteaux (1996)
España*	29,6	Sempere-Selva, Peiró, Sendra-Pina, Martínez-Espín, & López Aguilera (2001)
Reino Unido	40,9	Andersen & Gaudry (1984)
Estados Unidos de América	20 – 37	Lowe & Bindman (1997)
	66,8	Baker, Stevens, & Brook (1991)
	87	Grumbach, Keane, & Bindam (1993)

* Ver Oterino, Peiró, Calvo, Sutil, Fernández, Pérez, Torre, López y Sempere (1999) para una revisión detallada del caso español.

Los criterios que deben usarse para considerar como apropiada o no una determinada visita a un SUH han concitado numerosas investigaciones y el desarrollo de diversos protocolos para categorizar estas visitas como apropiadas o no. En el caso español, Sempere (1999) y Sempere, Peiró, Sendra, Martínez y López (2001) han desarrollado y validado el Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias (PAUH). Este protocolo cuenta con una alta predictibilidad intra e inter-revisores, con porcentajes de concordancia del 100% y del 99% respectivamente, pero con un bajo poder predictivo negativo ya que un 44% de los casos que los revisores evaluaron como adecuados fueron considerados como inapropiados por revisores clínicos.

Sin embargo, y a pesar de las diferencias en la clasificación de una visita como adecuada o no, se ha encontrado que el uso inapropiado de los SUH está asociado con variables de diversa naturaleza. Sánchez y Bueno (2005), siguiendo a Anderson y Newman (1973), proponen agrupar estas variables en tres grandes bloques:

- a. Factores predisponentes: edad, sexo, etnia, educación, tamaño familiar, actividad laboral

- b. Factores facilitadores: nivel de ingresos, seguro privado, características poblacionales relacionadas con la disponibilidad y accesibilidad a los SUH, accesibilidad temporal y administrativa, accesibilidad cultural
- c. Factores de necesidad: episodio agudo, estado de salud percibido.

La mayoría de los estudios identifica la edad como un factor que juega un papel importante en el uso inapropiado de los SUH. Muestran que las personas de edad más avanzada tienden a hacer un uso más frecuente y apropiado de los SUH mientras que los usos más inapropiados se centran en las edades pediátricas y descienden progresivamente con la edad. El sexo aparece en algunos estudios como factor relevante. En estos casos las mujeres suelen presentar tasas más altas de uso inapropiado que los hombres. Hay que señalar que las diferencias tienden a ser pequeñas aunque estadísticamente significativas. Otros estudios han mostrado que las personas desocupadas o que permanecen solas en casa una cantidad importante de horas al día tienden a hacer un uso más inapropiado que aquellas que tienen una actividad laboral estándar. Asociado a este factor, algunos estudios han mostrado que el uso inapropiado se relaciona negativamente con la renta familiar, de tal modo que las personas con menores ingresos tienden a hacer un uso más inapropiado, posiblemente ligado a dificultades para asistir otro tipo de servicios sanitarios.

La distancia del domicilio del paciente al SUH y la forma de acceso al mismo también se han mostrado como factores relevantes en el uso inapropiado. Así, la proximidad al hospital y el acceso al SUH por medios propios aparecen sistemáticamente asociados a usos más inapropiados.

Todos los datos ofrecidos parten de un análisis de los SUH en términos de lo apropiado de la conducta de los usuarios en acudir a los mismos. La adecuación o no es juzgada en términos clínicos, valorando la gravedad del cuadro, el tipo de prueba diagnóstica requerida, la necesidad de consulta a especialistas o el tipo de tratamiento prescrito tras el diagnóstico, entre otros (ver por ejemplo el PAUH citado con anterioridad o Lowe & Bidman (1997) para un ejemplo de criterios sobre la adecuación de la visita a un SUH). Este enfoque, aun siendo extraordinariamente relevante para la planificación de políticas respecto a los SUH, aporta poco sobre los razonamientos que realiza el usuario a la hora de decidirse por acudir a un SUH en lugar de esperar un cierto tiempo y acudir a su Servicio de Atención Primaria (SAP).

Para abordar el problema mencionado anteriormente debemos cambiar nuestro foco de interés desplazándolo de considerar lo apropiado de una visita a analizar la conducta de frecuentación. Se trata de conocer los patrones de frecuentación de los usuarios y tratar de identificar qué

factores son los que condicionan esa conducta. Para ello deben explorarse, no los criterios médicos que pudieran justificar la visita, sino las percepciones y motivaciones de los pacientes a la hora de decidirse a acudir a un SUH. Este es el objeto de estudio de este trabajo.

Objetivos

Conocer los patrones de frecuentación de los usuarios a los SUH e identificar qué factores son los que condicionan esa conducta.

Material y Métodos

La investigación se articuló en tres fases diferenciadas, que se describen a continuación.

Fase I: diseño de un cuestionario sobre las percepciones y motivaciones de los usuarios “no justificados” de los servicios de urgencia hospitalaria

Esta fase se llevó a cabo mediante una metodología cualitativa dirigida a identificar las causas percibidas por los profesionales que trabajan en los SUH y las gerencias de hospitales públicos de la red de salud en Andalucía que explican el uso inapropiado de los SUH por parte de la población.

Participantes: Para la primera fase de la investigación se solicitó la participación voluntaria de diferentes profesionales vinculados a los SUH (en la gestión o práctica clínica). La selección de estos profesionales se realizó mediante muestreo dirigido sobre los responsables de servicios hospitalarios del SAS. En total se contó con la participación de 12 personas, que se organizó en dos grupos de discusión:

- **Grupo 1**, compuesto por cuatro Gerentes de hospitales públicos de andaluces
- **Grupo 2**, formado por ocho Jefes de servicio y facultativos que trabajan en SUH de hospitales públicos de la red andaluza.

Procedimiento: Los grupos de discusión fueron coordinados por un investigador de la Universidad Pablo de Olavide, que ordenó los intercambios comunicativos durante las reuniones. La dinámica de las mismas se articuló en torno a un guión semi-estructurado que asegurase la discusión y exposición de opiniones, ideas y experiencias en torno a los factores percibidos por estos profesionales que explicaban y justificaban el incremento progresivo del uso de los SUH, en numerosos casos inadecuado, por parte de la población.

Los grupos de discusión permitieron identificar como relevantes los siguientes bloques de datos:

- Bloque 0. Datos Sociodemográficos.
- Bloque 1. Hábitat.
- Bloque 2. Uso del Servicio de Urgencias Hospitalaria.
- Bloque 3. Conocimiento del sistema de Atención Sanitaria.
- Bloque 4. Percepciones y motivaciones ligadas al uso de los SUH.

A partir de estos bloques se diseñaron una serie de preguntas que conformaron la primera versión del cuestionario. Esta versión se sometió a validación por expertos, tras la que se estableció la versión definitiva del cuestionario, recogida en el Anexo 1.

Fase II: administración del cuestionario. Investigación sobre las percepciones y motivaciones de los usuarios “no justificados” de los servicios de urgencia hospitalaria

Muestra: Para el diseño de la muestra se contó con los datos del histórico de visitas a los SUH que elabora el Servicio Andaluz de Salud (SAS). Se realizó un muestreo estratificado en función de factores geográficos, del tipo de centro, y del horario de la visita que pudieran incidir en la tipología de usuarios de los SUH.

La estratificación se basó en las siguientes variables:

1. Situación geográfica. 2 niveles:
 - Andalucía Occidental
 - Andalucía Oriental
2. Tipo de hospital (tamaño). 4 niveles:
 - Hospital Tipo 1
 - Hospital Tipo 2
 - Hospital Tipo 3
 - Hospital Tipo 4
3. Rango semanal:
 - Domingo-Lunes
 - Martes-Jueves
 - Viernes-Sábado
4. Tramo horario:
 - 6 hrs -12 hrs
 - 12 hrs - 21 hrs
 - 21 hrs - 6 hrs

Partiendo de los datos de frecuentación a los SUH para el año 2007, se estableció como universo de estudio la población andaluza de ambos sexos mayor de 14 años, y se seleccionó una muestra de 1.200 cuestionarios con una asignación de casos a los distintos niveles de las variables de estratificación según los porcentajes que figuran en la Tabla 2:

Tabla 2. Asignación teórica de encuestas por estratos elegidos

Nivel Hospital	% Asignación	Rango semanal	% Asignación
N1	40	Domingo-Lunes	30
N2	35	Martes-Jueves	42
N3	12,5	Viernes-Sábado	28
N4	12,5		
Total	100	Total	100
Tramo Horario	% Asignación	Situación geográfica	% Asignación
6 a 12	26	Andalucía Occidental	50
12 a 21	53	Andalucía Oriental	50
21 a 6	21	Total	100
Total	100		

En función de estas variables y para una muestra de 1200 cuestionarios se obtiene en el supuesto de muestreo aleatorio simple, un nivel de confianza del 95,5% (dos sigmas) y $p=q$, y un error real de muestreo de + 3,6%, la distribución que figura en la Tabla 3.

Procedimiento de administración del cuestionario: El cuestionario fue administrado por investigadores de la Universidad Pablo de Olavide, entrenados en esta técnica de recogida de datos. Fue diseñado con el Software Snap v.9.0 y administrado mediante el módulo Interviewer para ordenadores portátiles en los propios servicios de urgencia de los hospitales y en un lugar apropiado de cara a mantener la intimidad del usuario.

La selección de los encuestados se realizó conforme al siguiente protocolo: una vez que un paciente era admitido en el SUH y tras el triaje era calificado con una puntuación de 3-4 sobre una escala de 4 (que marca a los casos con menos urgencia para la intervención facultativa), y sin previa selección con base en variables como la edad o el sexo, se le solicitaba su participación en la investigación. Una vez se contaba con el consentimiento del paciente, se procedía a la administración del cuestionario en el espacio establecido para ello en el mismo SUH

Fase III: análisis de los resultados

Para el tratamiento de los datos se emplearon diferentes técnicas estadísticas en función de los objetivos establecidos:

- Tablas de frecuencia para obtener una descripción de la muestra.
- Análisis factorial para identificar los factores motivacionales a la hora de acudir a un SUH.

- Análisis de correspondencias múltiples para identificar patrones de usuarios en función de las conductas de frecuentación de los SUH y del grado de conocimiento de los servicios del sistema público de salud.
- Análisis de regresión múltiple y análisis de ecuaciones estructurales para establecer el peso de las percepciones y motivaciones sobre la decisión del usuario de acudir a un SUH.

Tabla 3. Asignación de los 1.200 cuestionarios por cada estrato

N1	dom/lun	mart/jue	vier/sab	Totales
6 a 12	32	44	30	106
12 a 21	80	112	75	267
21 a 6	32	45	30	107
Totales	144	202	134	480
N2	dom/lun	mart/jue	vier/sab	Totales
6 a 12	28	39	26	93
12 a 21	70	98	65	234
21 a 6	28	35	26	94
Totales	126	177	118	420
N3	dom/lun	mart/jue	vier/sab	Totales
6 a 12	10	14	9	33
12 a 21	25	35	23	83
21 a 6	10	14	9	33
Totales	45	63	42	150
N4	dom/lun	mart/jue	vier/sab	Totales
6 a 12	10	14	9	33
12 a 21	25	35	23	83
21 a 6	10	14	9	33
Totales	45	63	42	150
TOTAL	360	504	336	1200

Resultados y discusión

1. Datos operativos de la encuesta

Los cuestionarios fueron administrados entre el 25 de noviembre de 2008 y el 29 de febrero de 2009, obteniéndose finalmente un total de 1025 cuestionarios válidos, debido a que hubo entrevistados que rehusaron finalizar el cuestionario o éste estaba incompleto.

Las Tablas 4 a 7 describen la distribución de los encuestados en función del nivel del hospital, la población, el día de la semana y el tramo horario en que se administraron los cuestionarios. La comparación de estos datos con los que se presentan en la Tabla 2 nos da una idea de la similitud entre las previsiones y las realizaciones.

La tasa de aceptación de participación fue del 85,4%. De modo previo a la administración del cuestionario se informaba al usuario de forma sucinta del objeto de la investigación. La duración de la administración del cuestionario se extendió en un rango de 12 a 43 minutos dependiendo de la edad de los pacientes y de su nivel de estudios fundamentalmente, siendo la duración media de 23 minutos.

Tabla 4. Respuestas por nivel de hospital

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Nivel 4	177	17,3	17,4
Nivel 3	91	8,9	8,9
Nivel 2	244	23,8	23,9
Nivel 1	508	49,6	49,8
Total	1.020	99,5	100
Perdidos	5	0,5	
Total	1.025	100	

Tabla 5. Respuestas por población

	Frecuencia	Porcentaje
Almería	243	23,7
Baza	90	8,8
Granada	261	25,5
Motril	87	8,5
Pozoblanco	90	8,8
Sevilla	249	24,3
Total	1.025	100,0

Tabla 6. Respuestas por tramo semanal

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Domingo/Lunes	239	23,3	23,5
Martes/Jueves	456	44,5	44,8
Viernes/Sábado	322	31,4	31,7
Total	1.017	99,2	100,0
Perdidos	8	0,8	
Total	1.025	100,0	

Tabla 7. Respuestas por tramo horario

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
6h – 12h	195	19,0	19,2
12h – 21h	692	67,5	68,2
21h – 6h	127	12,4	12,5
Total	1.014	98,9	100,0
Sistema	11	1,1	
Total	1.025	100,0	

2. Características de la muestra encuestada

Las Tablas 8 a 20 describen las características de la muestra. Dado que el muestreo fue aleatorio para las características personales y de situación económica y familiar de los encuestados, las tablas que a continuación se reproducen son una buena descripción de los usuarios de los SUH. Cabe, sin embargo, hacer una precisión al respecto: dado que los cuestionarios sólo se aplicaron a aquellos pacientes cuyo estado no presentaba especial gravedad o urgencia, y que por tanto estaban en condiciones de responder al mismo, la muestra está sesgada en este sentido.

Las características personales de los usuarios de los SUH se reflejan en las Tablas 8 (sexo), 9 (edad), 10 (nacionalidad) y 11 (nivel de estudios). La muestra presenta distribuciones diferentes al del conjunto de la población andaluza tanto en la composición por sexo como en los tramos de edad. En la muestra obtenida hay una mayor presencia de mujeres (52,8%) que en la población andaluza en general (50,77%) según los datos del Censo 2001 del Instituto de Estadística de Andalucía.

La distribución de la muestra por edades aporta igualmente datos relevantes. Mientras que en la muestra los pacientes entre 14 y 24 años suponen un 24,9%, en la población andaluza¹ representan un 19,77%.

¹ Se excluyen para realizar estos cálculos a los andaluces entre los 0 y los 13 años. Padrón municipal 2006.

Datos inversos se encuentran en relación a los mayores de 65 años, que en el estudio representan el 13,8% de la población mientras que la población andaluza mayor de 65 años supone un 16,37%. Las variaciones en el resto de tramos de edad son menores (25-49 años: muestra 43,7%; Andalucía 45,44%. 50-65 años: muestra 17,6%; Andalucía 18,40%). Finalmente, señalar que la media de edad de la muestra fue de 40,8 años con una desviación tipo de 19,2 años. El paciente entrevistado de menor edad fue de 14 años y el de mayor de 90 años.

Respecto de la nacionalidad existen igualmente diferencias entre la muestra y la población andaluza: mientras que a nivel andaluz la población extranjera era de 5,96%, en la muestra supone un 12,5%.

Tabla 8. Distribución por sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Hombre	482	47,0	47,1
Mujer	541	52,8	52,9
Total	1.023	99,8	100,0
Perdidos	2	0,2	
Total	1.025	100,0	

Tabla 9. Distribución por tramos de edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
14 a 24 años	255	24,9	24,9
25 a 49 años	448	43,7	43,8
50 a 65 años	180	17,6	17,6
Mayores de 65 años	141	13,8	13,8
Total	1.024	99,9	100,0
Perdidos	1	0,1	
Total	1.025	100,0	

Tabla 10. Distribución por nacionalidad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Española	896	87,4	87,5
Comunitaria	19	1,9	1,9
Latino-Americana	48	4,7	4,7
Magrebí	38	3,7	3,7
Subsahariana y otros	23	2,2	2,2
Total	1.024	99,9	100,0
Perdidos	1	1	
Total	1.025	100	

En la distribución muestral en función del nivel de estudios cabe señalar que el porcentaje de encuestados con estudios universitarios fue inferior a la distribución poblacional y la de encuestados sin estudios superior.

Tabla 11. Distribución por nivel formativo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Sin estudios	199	19,4	19,6
Estudios primarios	307	30,0	30,2
Estudios secundarios/ Formación profesional	325	31,7	32,0
Estudios universitarios	186	18,1	18,3
Total	1.017	99,2	100,0
Perdidos	8	0,8	
Total	1.025	100,0	

Las tablas siguientes ilustran la distribución de la muestra en las variables que se refieren a los datos básicos de la unidad familiar (número de personas con quien convive el encuestado (Tabla 12) y tipo de relación familiar que mantiene con ellas (Tabla 13)), así como a la situación económica, situación laboral (Tabla 14), nivel de ingresos (Tabla 15) y disponibilidad de seguro privado de asistencia sanitaria (Tabla 16).

Tabla 12. Distribución por nivel formativo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
0	49	4,8	4,8
1	184	18,0	18,0
2	242	23,6	23,7
3	252	24,6	24,6
4	143	14,0	14,0
5	92	9,0	9,0
6 o más	61	6,0	6,0
Total	1.023	99,8	100,0
Perdidos	2	0,2	
Total	1.025	100	

Tabla 13. Relación familiar con las personas con que convive

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Sólo	92	9,0	9,0
Pareja	163	15,9	15,9
Pareja e hijo/as	318	31,0	31,1
Familia extensa	157	15,3	15,3
Padres	127	12,4	12,4
Conv. Otros	166	16,2	16,2
Total	1.023	99,8	100,0
Perdidos	2	0,2	
Total	1.025	100	

Tabla 14. Situación laboral

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Estudiante	160	15,6	15,7
Amo/a de casa	108	10,5	10,6
Desempleado	155	15,1	15,2
Empl. cuenta ajena	329	32,1	32,2
Empl. cuenta propia	71	6,9	6,9
Jubilado	147	14,3	14,4
SL / Otros	52	5,1	5,1
Total	1.022	99,7	100,0
Perdidos	3	0,3	
Total	1.025	100	

Tabla 15. Nivel de ingresos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Menos de 500€al mes	201	19,6	19,7
Entre 500 y 1200€al mes	290	28,3	28,4
Entre 1300 y 2000€mes	108	10,5	10,6
Más de 2000€mes	31	3,0	3,0
NS/NC	390	38,0	38,2
Total	1.020	99,5	100,0
Perdidos	5	0,5	
Total	1.025	100	

Tabla 16. Disponibilidad de seguro sanitario privado

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Si	73	7,1	7,1
No	948	92,5	92,9
Total	1.021	99,6	100,0
Perdidos	4	0,4	
Total	1.025	100	

Finalmente, la muestra es caracterizada en función del tamaño de su población de residencia (Tabla 17), la distancia del domicilio al SUH (Tabla 18) y la existencia o no de otro servicio de urgencias alternativo al SUH (Tabla 19).

Lo más destacable de estos datos estriba en lo relativo a la accesibilidad de los SUH. El 29,7% de los encuestados vivían a una distancia inferior a los dos kilómetros del SUH y el 62,8% a una distancia inferior a los 10 kilómetros. Además, más de dos tercios de los encuestados (67,6%) indicaban que tenían conocimiento de un servicio de atención sanitaria de urgencias próximo a su domicilio y diferente del SUH del que eran usuarios en el momento de su cuestación.

Tabla 17. Tamaño de la población de residencia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Menos de 5.000 habitantes	185	18,0	18,2
Entre 5.000 y 20.000 habitantes	190	18,5	18,7
Entre 20.000 y 100.000 habitantes	119	11,6	11,7
Más de 100.000 habitantes	524	51,1	51,5
Total	1.018	99,3	100,0
Perdidos	7	0,7	
Total	1.025	100	

Tabla 18. Distancia del domicilio al SUH

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Menos de 2 Kms.	303	29,6	29,7
Entre 2 y 10 Kms.	338	33,0	33,1
Entre 10 y 20 Kms.	185	18,0	18,1
Más de 20 Kms.	194	18,9	19,0
Total	1.020	99,5	100,0
Perdidos	5	0,5	
Total	1.025	100	

Tabla 19. Existencia de un servicio de urgencias alternativo al SUH próximo al domicilio

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Si	690	67,3	67,6
No	330	32,2	32,4
Total	1020	99,5	100,0
Perdidos	5	0,5	
Total	1.025	100	

3. Uso de los Servicios Sanitarios: Atención Primaria y Servicios de Urgencias

En este apartado se presentan los datos directos obtenidos de las respuestas a las preguntas formuladas relativas al uso de los servicios sanitarios en su conjunto. Específicamente se preguntó sobre la frecuentación a los SAP y SUH y el motivo de las visitas. Se muestran también datos relativos al proceso de decisión de acudir a un SUH.

Las Tablas 20 a 23 muestran datos sobre frecuentación y motivos de asistencia a los SAP y SUH. Cabe señalar la importante frecuentación de los encuestados (usuarios de los SUH) a los SAP, pues un 22,7% de los encuestados manifestaron asistir al menos una vez o más cada mes al SAP. La tasa de frecuentación de los SUH es claramente inferior, con un 7% de los encuestados que acuden al menos una vez al mes al SUH, si bien supone un porcentaje importante de “visitadores” frecuentes. Las visitas esporádicas en ambos casos se sitúan en torno al 50% de los encuestados.

Igualmente cabe destacar el alto porcentaje de encuestados que manifiestan asistir de modo repetido tanto a los SAP como a los SUH por un motivo que se repite en el tiempo. Se da esta circunstancia en un 32,8% de las visitas a los SAP y en un 20,7% de las visitas a los SUH.

Tabla 20. Frecuentación al SAP

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Al menos 1 vez a la semana	63	6,1	6,2
1 vez al mes	168	16,4	16,5
Varias veces al año	229	22,3	22,5
Esporádicamente	465	45,4	45,7
Nunca he acudido	92	9,0	9,0
Total	1.017	99,2	100
Perdidos	8	0,8	
Total	1.025	100	

Tabla 21. Motivo de visita al SAP

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Casi siempre por el mismo o parecido problema	332	32,4	32,8
Por problemas diferentes	596	58,1	59,0
Nunca he acudido	83	8,1	8,2
Total	1011	98,6	100
Perdidos	14	1,4	
Total	1.025	100	

Tabla 22. Frecuentación al SUH

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Es la primera vez que acudo	182	17,8	18,0
Al menos 1 vez en semana	32	3,1	3,2
1 vez al mes	38	3,7	3,8
Varias veces al año	235	22,9	23,3
Esporádicamente	523	51,0	51,8
Total	1.010	98,5	100
Perdidos	15	1,15	
Total	1.025	100	

Tabla 23. Motivo visita al SUH

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Casi siempre por el mismo o parecido problema	211	20,6	20,7
Por problemas diferentes	216	21,1	21,2
Nunca he acudido	591	57,7	58,1
Total	1.018	99,3	100
Perdidos	7	0,7	
Total	1.025	100	

Los datos sobre frecuentación y motivo de la misma al SUH se ven corroborados por los que aportan las tablas siguientes. La Tabla 24 muestra los que hacen referencia al tiempo transcurrido desde la última visita al SUH. Como puede comprobarse, son muy similares a los presentados en la Tabla 22, e indican de nuevo que en torno a un 22% de los usuarios de los SUH habían acudido hacía menos de un mes a los mismos. Lo mismo sucede con la Tabla 25, que muestra que un 18,3% de los encuestados está visitando el SUH por un motivo que perdura en el tiempo. Este dato es muy similar al mostrado en la Tabla 23.

Tabla 24. Tiempo desde la última visita a un SUH

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Menos de 1 semana	116	11,3	11,3
Menos de 1 mes	112	10,9	10,9
Varios meses	284	27,7	27,7
1 año o más	298	29,1	29,1
NS/NC	214	20,9	20,9
Total	1.024	99,9	100
Perdidos	1	0,1	
Total	1.025	100	

Tabla 25. Motivo de la visita actual al SUH

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Un problema puntual (dolencia aguda)	835	81,5	81,7
Un problema que arrastra desde hace tiempo (dolencia crónica)	187	18,2	18,3
Total	1.022	99,7	100
Perdidos	3	0,3	
Total	1.025	100	

Las dos tablas siguientes muestran datos sobre el uso que hacen los pacientes del médico de cabecera antes de acudir al SUH. La Tabla 26 muestra que un 61,3% de los usuarios acuden directamente al SUH sin consultar previamente a su médico de cabecera. De hecho, el 72,8% de los usuarios acuden por iniciativa propia al SUH (Tabla 27). Resulta interesante señalar que aunque el 38,7% de los usuarios antes de ir al SUH visitan a su médico de cabecera, sólo el 20,9% de ellos es derivado al SUH por este profesional. Parece claro que la propia iniciativa es la que domina de modo muy mayoritario en la decisión de acudir a un SUH.

Tabla 26. Visita al médico de cabecera antes de acudir al SUH

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Si	394	38,4	38,7
No	623	60,8	61,3
Total	1.017	99,2	100
Perdidos	8	0,9	
Total	1.025	100	

Tabla 27. Quien deriva al paciente al SUH

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Iniciativa propia	745	72,7	72,8
Médico de cabecera	214	20,9	93,7
Otro facultativo	64	6,2	99,9
NS/NC	11	0,1	100
Total	1.024	99,9	100
Perdidos	1	0,1	
Total	1.025	100	

Las Tablas 28 y 29 aportan información adicional sobre la asistencia al SUH. Cabe señalar que casi un 50% de los usuarios han esperado al menos varios días con el problema de salud antes de decidir acudir al SUH, y que la mayoría usa el vehículo particular.

Tabla 28. Tiempo de espera al acudir al SUH

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Menos de 6 horas	302	29,5	29,5
1 día	224	21,9	21,9
Varios días	246	24,0	24,0
1 semana o más	251	24,5	24,5
Total	1.023	99,8	100,0
Perdidos	2	0,2	
Total	1.025	100,0	

Tabla 29. Medio de transporte usado para acudir al SUH

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Vehículo particular	742	72,4	72,4
Transporte público	124	12,1	12,1
Ambulancia	35	3,4	3,4
Otros	124	12,1	12,1
Total	1.025	100,0	100,0

4. Conocimiento por parte de los usuarios del Sistema de Atención Primaria

Este cuarto bloque analiza el grado de conocimiento por parte de los usuarios de su Servicio de Atención Primaria (SAP) en relación al médico de cabecera (Tablas 30 y 31) y a la prestación de servicio de urgencia por parte del mismo (Tablas 32 y 33).

La encuesta, en general, muestra que los usuarios de los SUH cuentan con un amplio grado de conocimiento de su SAP. Un 87,7% afirmó conocer a su médico de cabecera y de entre éstos alrededor de un 55% lo conoce desde hace varios años. El porcentaje de aquellos que declaran conocer a su médico de cabecera desde hace menos de 6 meses es del 19,6%.

A su vez, un 71% dijo conocer que su SAP cuenta con un Servicio de Urgencias (SU), aunque un 21,9% de la muestra señaló que su SAP no cuenta con SU. Un 90% de los encuestados declararon conocer cuál es el SU más próximo a su domicilio y conocer el número telefónico de Urgencias Sanitarias.

Tabla 30. Conocimiento del médico de cabecera

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Si	893	87,1	87,7
No	125	12,2	12,3
Total	1.018	99,3	100,0
Perdidos	7	0,7	
Total	1.025	100,0	

Tabla 31. Grado de conocimiento del médico de cabecera

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Desde hace menos de 6 meses	201	19,6	19,6
Desde hace un año	121	11,8	31,4
Desde hace varios años	553	54,0	54,0
NS/NC	150	14,6	14,6
Total	1.025	100,0	100,0

Tabla 32. Conocimiento de existencia de SU en su SAP

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Si	211	20,6	20,6
Si, pero tiene un servicio limitado (horario, tipo asistencia, ...)	517	50,4	50,5
No	224	21,9	21,9
NS/NC	71	6,9	6,9
Total	1.023	99,8	100,0
Perdidos	2	0,2	
Total	1.025	100,0	

Tabla 33. Conocimiento del SU más próximo a su domicilio

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Si	922	90,0	91,5
No	86	8,4	8,5
Total	1.008	98,3	100
Perdidos	17	1,7	
Total	1.025	100,0	

Tabla 34. Conocimiento del teléfono de urgencias

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Si	922	90,0	91,5
No	86	8,4	8,5
Total	1.008	98,3	100,0
Perdidos	17	1,7	
Total	1.025	100,0	

5. Motivaciones, percepciones y preferencias en el uso de servicios de urgencias hospitalarias

En este apartado se exploran las motivaciones de los usuarios a la hora de acudir a un SUH. Estas se articulan en torno a las percepciones que estos tienen sobre el sistema de salud en general y sobre el funcionamiento de los SUH en particular. Una primera serie de datos permite analizar el motivo

por el que acudieron los usuarios al SUH en el momento en que fueron entrevistados (Tablas 35 a 38). En una segunda serie de tablas (Tablas 39 a 44) se analizan las percepciones sobre las características y funcionamiento de los SUH en contraste con los SAP. En este apartado se presentan solamente los datos directos de la encuesta ya que posteriormente se analizan de modo conjunto usando técnicas de análisis inferencial.

En relación al motivo de la visita al SUH (Tabla 35) se encuentra que existe una gran diversidad de motivos. A pesar de que los usuarios podían señalar más de un motivo, los porcentajes de elección son bajos. Así, sólo un 34,2% señaló que el motivo de la visita fuese el de un problema de salud grave. El resto de motivos, que guardan relación con el acceso al centro de salud propio, obtuvieron porcentajes inferiores al 30%.

Las Tablas 36 a 38 muestran las valoraciones que realizaron los usuarios sobre el problema de salud que motivó su visita al SUH y sobre su estado de salud en general. Cabe señalar que un 63% de los usuarios entrevistados consideraron que su estado de salud general es bueno o muy bueno, porcentaje que se eleva al 84,2% si incorporamos a aquellos que lo estimaron moderadamente bueno. Al valorar el motivo de su visita al SUH, consideraron que era más urgente que grave. Así, el 55,9% estimó que el motivo era urgente o muy urgente mientras que sólo un 34% consideró que era grave o muy grave. Es importante resaltar los datos que muestran que casi un quince por ciento (14,9%) de los usuarios consideraban que el motivo por el que han recurrido al SUH era muy poco o nada urgente. Este dato se eleva al valorar la gravedad, alcanzando el 25,1% los usuarios que consideran como poco o nada grave el motivo por el que están recurriendo al SUH.

Tabla 35. Motivos de uso de los Servicios de Urgencia Hospitalarios (Ordenados por frecuencia de elección)

	Frecuencia	Porcentaje*
Por un problema de salud grave	350	34,2
Porque no me atienden en mi centro de salud (Horario, cita,...)	290	28,3
Porque deseo obtener una segunda opinión médica	265	25,9
Porque mi centro de salud esta cerrado	150	14,7
Porque no se a qué otro servicio puedo asistir	144	14,1
Porque es el único momento en que puedo asistir al médico	76	7,4
Por la necesidad de obtener un justificante de mi enfermedad de modo rápido	24	2,3

*Al tratarse de una pregunta de opción múltiple la suma del porcentaje de encuestados que eligen una opción es superior a 100.

Tabla 36. Urgencia percibida del problema que motiva el uso del SUH

	Frecuencia	Porcentaje
Muy urgente	112	10,9
Urgente	461	45,0
Urgencia moderada	299	29,2
Poco urgente	100	9,8
Nada urgente	52	5,1
Total	1.024	99,9
Perdidos	1	0,1
Total	1.025	100,0

Tabla 37. Gravedad percibida del problema que motiva el uso del SUH

	Frecuencia	Porcentaje
Muy grave	63	6,1
Grave	286	27,9
Gravedad moderada	418	40,8
Poco grave	183	17,9
Nada grave	74	7,2
Total	1.024	99,9
Perdidos	1	0,1
Total	1.025	100,0

Tabla 38. Valoración de los usuarios de su estado de salud general

	Frecuencia	Porcentaje
Muy malo	50	4,9
Malo	112	10,9
Moderadamente bueno	217	21,2
Bueno	485	47,3
Muy bueno	161	15,7
Total	1.025	100,0

En las tablas siguientes (39 y 40) se estudian los motivos que hacen preferir al usuario los SUH a los SAP. Se trata por tanto de una aproximación de las valoraciones que los usuarios realizan de los SUH. Las preguntas realizadas tenían el formato de una Escala Likert que oscilaba entre el 5 (totalmente de acuerdo con el contenido del ítem) a 1 (totalmente en desacuerdo con el contenido del ítem). Se presentan dos tablas. La primera recoge los datos en términos cuantitativos (medias y desviaciones tipo), en la que puntuaciones medias próximas a 5 indican un altísimo grado de acuerdo

con la formulación mientras que medias próximas a 1 mostrarían un altísimo grado de desacuerdo. La Tabla 40 presenta los mismos datos, esta vez en términos cualitativos, mostrando el porcentaje de usuarios que eligen cada una de las puntuaciones (5 a 1) para cada ítem.

Los datos muestran que lo más valorado por los usuarios de los SUH frente a los SAP son los recursos tecnológicos de que éstos disponen. Se señalan también la facilidad para ser estudiado por un médico especialista, la rapidez de las pruebas diagnósticas y la posibilidad de resolver el problema de salud en una sola visita a un centro médico. Cabe igualmente mencionar, aunque ya en una posición inferior, la mayor confianza que transmiten a los usuarios los diagnósticos y tratamientos elaborados por los servicios hospitalarios. Aquellas características en las que los SUH no son mejor valorados que los SAP se relacionan con la atención recibida (tiempo de espera o trato del personal sanitario).

Tabla 39. Motivos de preferencia de uso del SUH frente al CAP (ordenados en función del grado de acuerdo cosechado)

	N	Media	Desv típ.
1. Los recursos tecnológicos que hay en el SUH son más y mejores que los que hay en mi Centro de Salud	1.022	4,46	0,73
2. Es más fácil que me vea el especialista si vengo al SUH que si se pide la cita a través del Centro de Salud	1.020	4,25	0,96
3. Los análisis y pruebas diagnósticas me las hacen más rápidamente si me las mandan desde el SUH que si lo hacen desde mi Centro de Salud	1.024	4,06	1,06
4. El diagnóstico y tratamiento que me dan en el SUH me da más confianza que el que me hacen en mi Centro de Salud	1.022	3,74	1,00
5. Cuando voy al SUH tengo la posibilidad de resolver mi problema en una sola cita, cosa que no me pasa en mi Centro de Salud	1.023	3,71	1,03
6. En general, el SUH tiene más calidad que mi Centro de Salud	1.016	3,68	0,85
7. Los horarios para que te vea el médico son mejores en el SUH que en mi Centro de Salud	1.022	3,68	1,23
8. Los profesionales que me atienden en el SUH están mejor cualificados que los profesionales de mi Centro de Salud	1.024	3,56	0,90
9. Me es más fácil que me atiendan en el SUH que en mi Centro de Salud	1.024	3,21	1,44
10. La atención del personal es mejor en el SUH que en mi Centro de Salud	1.019	3,14	0,88
11. En el SUH tengo que esperar menos tiempo para ser atendido que en mi Centro de Salud	1.023	2,37	1,41
N válido	1.024		

Tabla 40. Motivos de preferencia de uso del SUH frente al CAP (ordenados en función del grado de acuerdo cosechado)

Motivos	Totalmente de acuerdo	De acuerdo ni en desacuerdo	Ni de acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Los recursos tecnológicos que hay en el SUH son más y mejores que los que hay en mi Centro de Salud	597	318	94	8	5
Porcentajes (%)	58,4	31,1	9,2	0,8	0,5
2. Es más fácil que me vea el especialista si vengo al SUH que si se pide la cita a través del Centro de Salud	527	299	146	20	28
Porcentajes (%)	51,7	29,3	14,3	2,0	2,7
3. Los análisis y pruebas diagnósticas me las hacen más rápidamente si me las mandan desde el SUH que si lo hacen desde mi Centro de Salud	450	307	194	28	45
Porcentajes (%)	43,9	30,0	18,9	2,7	4,4
4. El diagnóstico y tratamiento que me dan en el SUH me da más confianza que el que me hacen en mi Centro de Salud	258	350	345	25	44
Porcentajes (%)	25,2	34,2	33,8	2,4	4,3
5. Cuando voy al SUH tengo la posibilidad de resolver mi problema en una sola cita, cosa que no me pasa en mi Centro de Salud	178	574	137	69	65
Porcentajes (%)	17,4	56,1	13,4	6,7	6,4
6. Los horarios para que te vea el médico son mejores en el SUH que en mi Centro de Salud	318	298	270	30	106
Porcentajes (%)	31,1	29,2	26,4	2,9	10,4
7. En general, el SUH tiene más calidad que mi Centro de Salud	189	371	418	22	16
Porcentajes (%)	18,6	36,5	41,1	2,2	1,6
8. Los profesionales que me atienden en el SUH están mejor cualificados que los profesionales de mi Centro de Salud	182	295	482	46	19
Porcentajes (%)	17,8	28,8	47,1	4,5	1,9
9. Me es más fácil que me atiendan en el SUH que en mi Centro de Salud	263	192	265	103	201
Porcentajes (%)	25,7	18,8	25,9	10,1	19,6
10. La atención del personal es mejor en el SUH que en mi Centro de Salud	87	171	603	112	46
Porcentajes (%)	8,5	16,8	59,2	11,0	4,5
11. En el SUH tengo que esperar menos tiempo para ser atendido que en mi Centro de Salud	105	151	189	155	423
Porcentajes (%)	10,3	14,8	18,5	15,2	41,3

Las Tablas 41 a 44 exploran los mismos datos pero en este caso se solicitaba al usuario que indicase, no ya el acuerdo o desacuerdo con una característica de los SUH frente a los SAP, sino las características, ordenadas por la importancia personal atribuida, que le llevaban a acudir a un SUH en lugar de al SAP. En este caso, y frente a los datos anteriores, los tres motivos más importantes para los usuarios tienen que ver con la facilidad de acceso al servicio y, en concreto, a los servicios de especialidades. La confianza en los recursos tecnológicos de los SUH baja al cuarto lugar. A su vez, los aspectos relacionados con la calidad de los profesionales, del servicio en términos generales, y de la atención recibida aparecen como los motivos menos relevantes.

Tabla 41. Importancia atribuida a los factores que motivan el uso de los SUH

	Índice de Preferencia	Rango 1ª opción	Rango 2ª opción	Rango 3ª opción
Facilidad de acceso al especialista	1,73	1	3	4
Facilidad para que le atiendan en el servicio	1,26	2	5	6
Facilidad para la realización de pruebas diagnósticas	1,60	3	1	3
Recursos tecnológicos	1,01	4	2	5
Disponibilidad horaria	0,61	5	6	7
Confianza en el diagnóstico y tratamiento	0,84	6	4	2
Posibilidad de resolver el problema en una sola cita	0,61	7	7	1
Calidad de los profesionales	0,17	8	8	8
Calidad del servicio	0,09	9	9,5	9
Atención del personal	0,06	10	9,5	10

Índice de Preferencia: $IP = (X*5 + Y*2 + Z)/N$

X = N° de elecciones en primer lugar

Y = N° de elecciones en segundo lugar

Z = N° de elecciones en tercer lugar

N = N° total de encuestados

Tabla 42. Factores que motivan el uso de los SUH citados en primer lugar

	Frecuencia	Porcentaje
Facilidad de acceso al especialista	270	26,34
Facilidad para que le atiendan en el servicio	211	20,59
Facilidad para la realización de pruebas diagnósticas	170	16,59
Recursos tecnológicos	123	12,00
Disponibilidad horaria	85	8,29
Confianza en el diagnóstico y tratamiento	81	7,90
Posibilidad de resolver el problema en una sola cita	58	5,66
Calidad de los profesionales	15	1,46
Calidad del servicio	8	0,78
Atención del personal	4	0,39

Tabla 43. Factores que motivan el uso de los SUH citados en segundo lugar

	Frecuencia	Porcentaje
Facilidad para la realización de pruebas diagnósticas	309	30,15
Recursos tecnológicos	160	15,61
Facilidad de acceso al especialista	153	14,93
Confianza en el diagnóstico y tratamiento	133	12,98
Facilidad para que le atiendan en el servicio	76	7,41
Disponibilidad horaria	69	6,73
Posibilidad de resolver el problema en una sola cita	65	6,34
Calidad de los profesionales	32	3,12
Calidad del servicio	14	1,37
Atención del personal	14	1,37

Tabla 44. Factores que motivan el uso de los SUH citados en tercer lugar

	Frecuencia	Porcentaje
Posibilidad de resolver el problema en una sola cita	210	20,61
Confianza en el diagnóstico y tratamiento	194	19,04
Facilidad para la realización de pruebas diagnósticas	167	16,39
Facilidad de acceso al especialista	118	11,58
Recursos tecnológicos	101	9,91
Facilidad para que le atiendan en el servicio	88	8,64
Disponibilidad horaria	62	6,08
Calidad de los profesionales	37	3,63
Calidad del servicio	27	2,65
Atención del personal	15	1,47

6. Hacia una tipología de los usuarios y motivos de asistencia a los servicios de urgencia hospitalarios

En los apartados anteriores se han presentado los datos descriptivos obtenidos tras la administración de los cuestionarios. En los siguientes se desarrolla una estrategia analítica para:

1. Identificar perfiles de los usuarios de los SUH y tratar de describirlos en términos de variables personales y socioeconómicas.
2. Identificar y jerarquizar los motivos, percepciones y valoraciones que están detrás de la decisión de acudir a un SUH.

Para ello se emplean técnicas de Análisis de Correspondencias Múltiples, para identificar tipologías de usuarios, y de Análisis Multivariante, para la identificación de factores motivacionales, dependiendo de la naturaleza de los datos aportados por el cuestionario.

Para elaborar una tipología de usuarios de los SUH se optó, como se ha señalado, por una estrategia analítica basada en los procedimientos de “Análisis de Correspondencias Múltiples”. Para aplicar esta técnica se parte de una matriz de datos en la que los sujetos se situarían en las filas y las variables (preguntas del cuestionario) en las columnas. El análisis consiste básicamente en la elaboración de un mapa perceptual de dos dimensiones donde se ubican las distintas variables. Para realizar este paso es necesario cuantificar las variables categóricas de entrada, lo que se consigue mediante la utilización de un algoritmo matemático. La finalidad del análisis de correspondencias múltiples es conseguir cuantificaciones de los sujetos y, por tanto, de las categorías de las variables que sean óptimas en el sentido de que las categorías están separadas unas de otras en la dimensión o dimensiones estudiadas tanto como sea posible y, a su vez, dentro de cada categoría los sujetos están lo más próximos unos a otros, es decir, con puntuaciones lo más homogéneas entre sí (Visauta, 1998).

El análisis de las respuestas del cuestionario empleando esta técnica se desarrolló en diferentes etapas, que se describen a continuación.

6.1. Establecimiento de una tipología de usuarios del sistema de salud público en función de la tasa de frecuentación y motivo de uso

El primer objetivo de esta fase es el de identificar patrones genéricos de comportamiento en el uso y frecuentación tanto de los Servicios de Atención Primaria como de los Servicios de Urgencia Hospitalaria. Para ello se introdujeron como variables analíticas las siguientes:

- Frecuencia de asistencia a un SAP
- Motivo de asistencia a un SAP
- Frecuencia de asistencia a un SUH
- Motivo de asistencia al SUH (en términos generales)
- Motivo de asistencia al SUH (para la visita en la que es encuestado)
- Tiempo desde la última visita a un SUH
- Uso previo del médico de cabecera a la visita al SUH
- Persona que deriva al paciente al SUH
- Tiempo de espera desde la aparición del problema hasta la visita al SUH
- Medio de transporte usado para llegar al SUH

El primer dato que aportan los análisis es la cantidad de variabilidad explicada por el modelo segregada por cada dimensión. En nuestro caso los autovalores muestran que se explica un 55,8% de la variabilidad de los datos, valor que puede ser considerado como elevado para este tipo de estrategia analítica. La inercia muestra que la dimensión 1 explica el 33,7% de la varianza de los datos mientras que la dimensión 2 explica el 22,1% de la misma (Tabla 45).

Dimensión	Varianza explicada		Alfa de Cronbach
	Total (Autovalores)	Inercia	Total (Autovalores)
1	0,337	3,369	0,781
2	0,221	2,215	0,609
Total	0,558	5,583	
Media	0,279	2,792	0,713(a)

Para establecer el significado de cada una de las variables acudimos a la tabla con las medidas de discriminación para cada una de ellas (Tabla 46; gráfico 1). Este análisis muestra que las variables con mayor capacidad de discriminación, ordenadas de modo decreciente, son:

- Frecuencia de asistencia a un SUH
- Motivo de asistencia al SUH (en términos generales)
- Frecuencia de asistencia a un SAP
- Tiempo desde la última visita a un SUH
- Motivo de asistencia a un SAP

Tabla 46. Medidas de discriminación para el modelo explicativo de la Tipología de Usuario de SPS.

	Dimensión		Media
	1	2	
Frecuencia uso SAP	0,500	0,460	0,480
Motivo salud SAP	0,426	0,423	0,425
Frecuencia SUH	0,698	0,432	0,565
Motivo salud(a) SUH	0,674	0,300	0,487
Motivo salud(b) SUH	0,100	0,119	0,109
Última visita SUH	0,642	0,263	0,453
Visita med. Cabecera SAP	0,155	0,044	0,100
Quién deriva a SUH	0,099	0,052	0,076
Tiempo antes de SUH	0,054	0,042	0,048
Medio llegada	0,021	0,079	0,050
Total activo	3,369	2,215	2,792

Tomando estas variables como referencia se establece el peso de cada una de las categorías de las variables en el modelo (Tablas 47 a 51) y se procede a elaborar el mapa perceptual (Gráfico 2) que nos permitirá dotar de significación a cada una de las dimensiones del análisis y, a partir de ello, establecer las tipologías de usuarios.

Gráfico 1. Medidas de discriminación para el modelo explicativo de la Tipología de Usuario de SPS

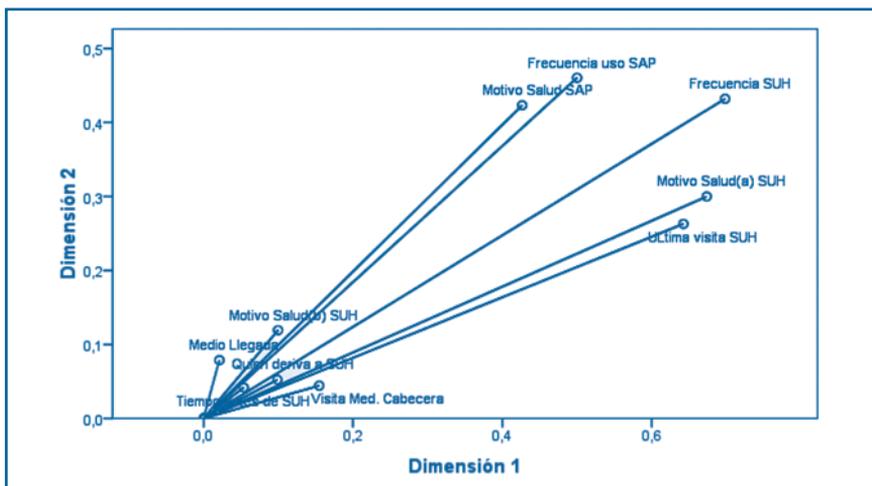


Tabla 47. Frecuencia de asistencia a un SUH. Cuantificación de categorías

Categoría	Frecuencia	Coordenadas de centroide	
		Dimensión 1	Dimensión 2
Es la primera vez que acudo	182	-1,722	0,530
Al menos 1 vez a la semana	32	1,107	2,456
1 vez al mes	38	0,923	1,160
Varias veces al año	235	0,591	0,212
Esporádicamente	523	0,206	-0,512
Perdidos	15		
Normalización principal por variable			

Tabla 48. **Motivo de asistencia a un SUH. Cuantificación de categorías**

Categoría	Frecuencia	Coordenadas de centroide	
		Dimensión	
		1	2
Es la primera vez que acudo	211	-1,577	0,353
Casi siempre por el mismo o parecido problema	216	0,723	0,876
Por problemas diferentes	591	0,298	-0,442
Perdidos	7		
Normalización principal por variable			

Tabla 49. **Frecuencia de asistencia al SAP. Cuantificación de categorías**

Categoría	Frecuencia	Coordenadas de centroide	
		Dimensión	
		1	2
Al menos 1 vez a la semana	63	1,103	1,671
1 vez al mes	168	0,641	0,463
Varias veces al año	229	0,366	-0,225
Esporádicamente	465	-0,175	-0,518
Nunca he acudido	92	-1,870	1,158
Perdidos	7		
Normalización principal por variable			

Tabla 50. **Tiempo desde la última visita al SUH. Cuantificación de categorías**

Categoría	Frecuencia	Coordenadas de centroide	
		Dimensión	
		1	2
Menos de 1 semana	116	0,598	0,937
Menos de 1 mes	112	0,594	0,481
Varios meses	284	0,432	-0,218
1 año o más	298	0,225	-0,586
NS/NC	214	-1,543	0,348
Perdidos	1		
Normalización principal por variable			

Tabla 51. Motivo de asistencia al SAP. Cuantificación de categorías

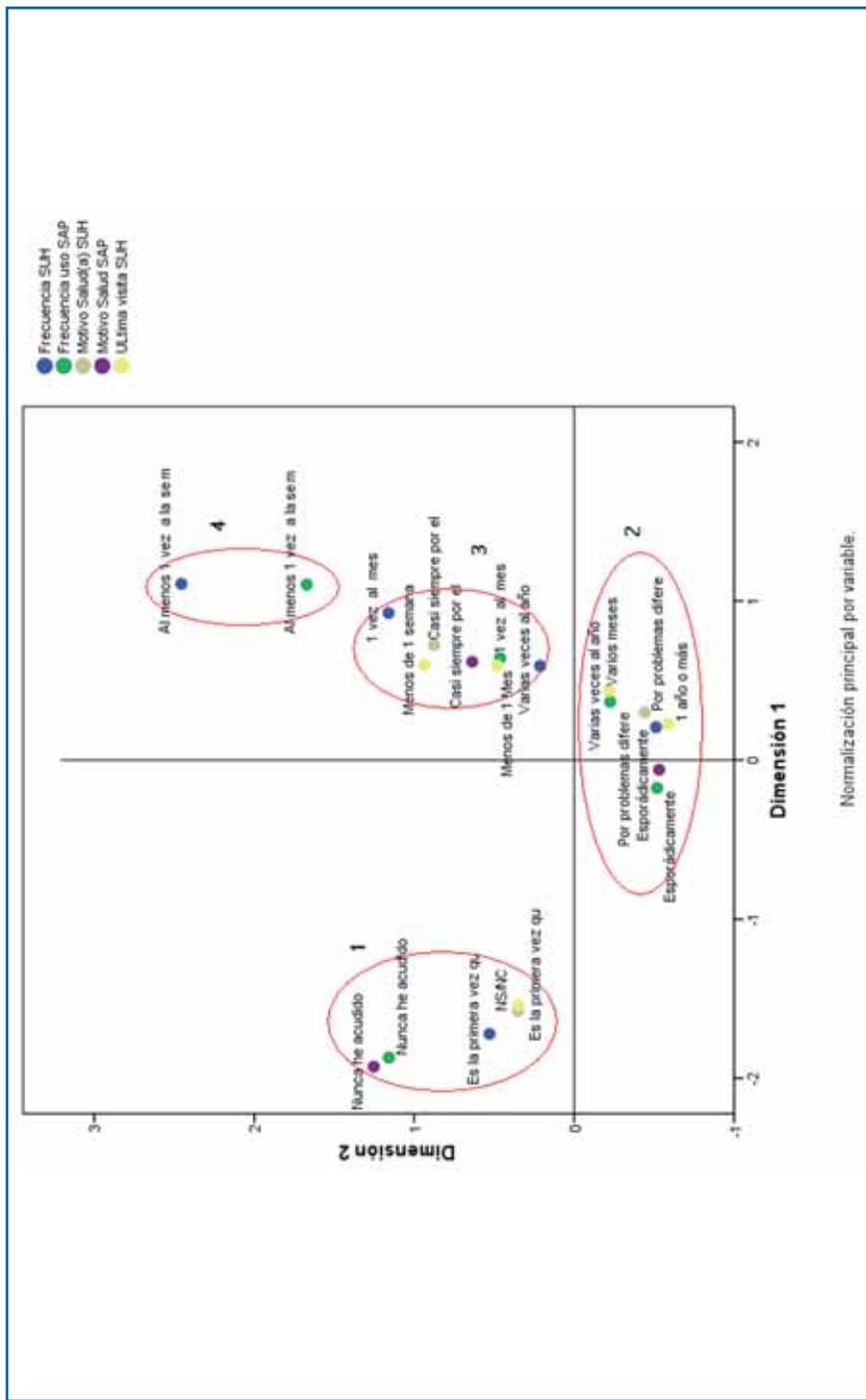
Categoría	Frecuencia	Coordenadas de centroide	
		Dimensión	
		1	2
Casi siempre por el mismo o parecido problema	332	0,638	0,638
Por problemas diferentes	596	-0,61	-0,532
Nunca he acudido	83	-1,28	1,253
Perdidos	14		
Normalización principal por variable			

El estudio de los pesos de cada una de las categorías de las variables permite identificar las dimensiones del modelo del siguiente modo:

- **DIMENSIÓN 1.** Frecuentación de los Servicios Sanitarios, quedando en el polo negativo de la dimensión la baja frecuentación y en el positivo la alta frecuentación.
- **DIMENSIÓN 2.** Motivo médico por el que se acude a los Servicios Sanitarios, quedando en el polo negativo los motivos únicos y diferentes y en el polo positivo el motivo médico reiterado.

Con estos datos se puede elaborar el mapa perceptivo (Gráfico 2) e identificar la tipología general de uso de los Servicios Públicos de Salud.

Gráfico 2. Mapa perceptual de la tipología de usuario del Servicio Público de Salud



Pueden identificarse cuatro grupos de usuarios:

1. **Tipo 1.** Usuarios con escaso uso del Sistema Sanitario o baja frecuentación. Se trata de usuarios que acuden muy pocas veces tanto a los SAP como a los SUH, aunque las escasas veces que lo hacen tiende a ser por un motivo que se reproduce en el tiempo.
2. **Tipo 2.** Usuarios con uso esporádico del Sistema Sanitario. Se trata de un grupo de usuarios que usan de modo esporádico tanto los SAP como los SUH y normalmente por problemas de diversa índole.
3. **Tipo 3.** Usuarios con alta frecuentación de los SAP y los SUH o frecuentación moderada. Se trata de un grupo de usuarios que tienden a visitar en varias ocasiones al mes tanto los SAP como los SUH. Además el motivo de la consulta tiende a ser uno que se repite en el tiempo.
4. **Tipo 4.** Usuarios con altísima frecuentación tanto de los SAP como de los SUH. Se trata de usuarios que acuden varias veces a la semana tanto a los SAP como a los SUH y lo suelen hacer por un motivo de salud que perdura en el tiempo. La diferencia de este grupo con el anterior (tipo 3) radica básicamente en que la tasa de frecuentación de éste es muy superior.

Asignando cada sujeto encuestado a uno de los grupos identificados en función de su posición respecto de cada dimensión, es posible calcular el tamaño de cada uno de los grupos-tipo identificados en esta tipología. La Tabla 52 muestra estos datos.

Tabla 52. Distribución muestral de las tipologías de usuarios en función de la frecuentación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Tipo 1	168	16,4	16,4
Tipo 2	594	58,0	74,3
Tipo 3	208	20,3	94,6
Tipo 4	55	5,4	100,0
Total	1025	100,0	

Como puede observarse en la tabla, los usuarios Tipo 2 (usuarios con uso esporádico del Sistema Sanitario, tanto de SAP como SUH, y normalmente por problemas de diversa índole) son el grupo más significativo, con un 58% de la muestra. Si sumamos éstos a los usuarios Tipo 1 (usuarios con escaso uso del Sistema Sanitario o baja frecuentación y que las escasas

veces que lo hacen tiende a ser por un motivo que se reproduce en el tiempo) se engloba al 74,3% de la muestra. El porcentaje de usuarios con una elevada utilización del sistema sanitario, que es además consecuencia de un motivo de salud, real o imaginado, que persiste en el tiempo es del 25,7% (Tipos 3 y 4). De entre éstos, el 5,4% realizan un uso con altísima frecuencia del sistema sanitario en su conjunto.

La distribución de estas tipologías en función de las variables personales (edad, sexo, estudios y nacionalidad) y de situación familiar y económica (personas con las que convive, situación laboral, nivel de ingresos y disponibilidad de seguro privado) se presenta en las siguientes tablas. Para estos análisis se emplearon tablas de contingencia, calculándose el estadístico Ji-cuadrado para constatar desajustes significativos entre la distribución muestral y la distribución dentro de cada tipología. Los análisis de contingencias muestran que la distribución de usuarios en función de las tipologías varía significativamente respecto de la distribución muestral para las variables sexo ($X^2_{3, 1023} = 9,991$; $p=0,019$), edad ($X^2_{23, 1023} = 1,142E2$; $p<0,0001$), nacionalidad ($X^2_{12, 1023} = 60,859$; $p<0,0001$) y nivel de estudios ($X^2_{29, 1023} = 80,700$; $p=0,019$). Los residuos corregidos muestran las diferencias significativas para cada una de las categorías de las variables. De este modo un residuo corregido con valor superior a 1,96 o inferior a -1,96 muestra un desajuste significativo para un 0,05, indicando los valores positivos una frecuencia más alta de lo esperado para la casilla afectada y frecuencias menores de lo esperado para valores negativos.

La Tabla 53 muestra en la tipología de muy escasa frecuentación que la presencia de mujeres (13,5%) está por debajo de la distribución muestral (16,4%), y la de hombres por encima (19,7%). En el resto de categorías no se observan desajustes significativos (todos los residuales corregidos están entre -1,96 y 1,96).

Tabla 53. Tipología de usuarios en función del sexo						
Sexo		Frecuencia y Motivo de uso				Total
		Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	Tipo 4	
Hombre	Recuento	95	279	87	21	482
	% Sexo	19,7%	57,9%	18,0%	4,4%	100%
	Residuos corregidos	2,7	-0,1	-1,6	-1,4	
Mujer	Recuento	73	314	120	34	541
	% Sexo	13,5%	58,0%	22,2%	6,3%	100,0%
	Residuos corregidos	-2,7	0,1	1,6	1,4	
Total	Recuento	168	5935	207	55	1023
	% Sexo	16,4%	58,0%	20,2%	5,4%	100%

Tabla 54. Tipología de usuarios en función de la edad

Edad en años		Frecuencia y Motivo de uso				Total
		Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	Tipo 4	
14 a 24	Recuento	71	145	32	8	255
	% Edad	27,8%	56,9%	12,5%	2,7%	100,0%
	Residuos corregidos	5,7	-0,4	-3,5	-2,1	
25 a 49	Recuento	66	297	63	22	448
	% Edad	14,7%	66,3%	14,1%	4,9%	100,0%
	Residuos corregidos	-1,3	4,7	-4,3	-0,6	
50 a 65	Recuento	22	95	53	10	180
	% Edad	12,2%	52,8%	29,4%	5,6%	100,0%
	Residuos corregidos	-1,7	-1,6	3,4	0,1	
Más 65	Recuento	9	57	59	16	141
	% Edad	6,4%	40,4%	41,8%	11,3%	100,0%
	Residuos corregidos	-3,5	-4,6	6,9	3,4	
Total	Recuento	168	594	207	55	1024
	% Edad	16,4%	58,0%	20,2%	5,4%	100,0%

La tabla de contingencia que relaciona la tipología de usuarios con la edad de los mismos muestra que en el Tipo 1 (usuario con escasa frecuentación) tiene una mayor proporción (respecto de la distribución muestral) de los usuarios más jóvenes (27,8%) superando en más de diez puntos porcentuales su distribución muestral (16,4%). En cambio, la presencia de este grupo es reducida en las tipologías 3 y 4, que son las asociadas a una mayor frecuentación por motivos recurrentes. Los mayores de 65 años muestran un patrón inverso, siendo más frecuentes en las tipologías 3 y 4 y menos en las 1 y 2. Los usuarios de 25 a 49 años están más presentes de lo esperado en la tipología 2 y menos en la 3. El patrón de los usuarios de entre 50 y 65 años es el inverso al de este último grupo.

En resumen, los datos parecen indicar una clara relación entre edad y frecuentación de los Servicios de Salud, tanto a los SAP como a los SUH. A medida que aumenta la edad la frecuencia aumenta y esta mayor frecuentación parece estar asociada a unos pocos motivos que alteran el estado de salud de los usuarios de modo recurrente.

La nacionalidad de los usuarios (Tabla 55) también refleja una distribución por tipologías que difiere de modo considerable de la distribución muestral. La presencia de extranjeros en el grupo de frecuentación puntual por motivos variados es claramente más alta de la esperada en función de la distribución muestral. En cambio, la presencia de ciudadanos españoles es más baja. En el Tipo 4 no hubo diferencias significativas. En términos generales se puede afirmar que las tasas de frecuentación entre inmigrantes y ciudadanos comunitarios es menor que entre los españoles.

Tabla 55. Tipología de usuarios en función de la nacionalidad

Nacionalidad		Frecuencia y Motivo de uso				Total
		Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	Tipo 4	
Española	Recuento	119	536	192	49	896
	% Nacionalidad	13,3%	59,8	21,4%	5,5%	100,0%
	Residuos corregidos	-7,1	3,1	2,6	0,4	
Comunitaria	Recuento	11	5	3	0	19
	% Nacionalidad	57,9%	26,3%	15,8%	0,0%	100,0%
	Residuos corregidos	4,9	-2,8	-0,5	-1,0	
Latino-Americana	Recuento	17	24	4	3	48
	% Nacionalidad	35,4%	50,0%	8,3%	6,3%	100,0%
	Residuos corregidos	3,6	-1,2	-2,1	0,3	
Magrebí	Recuento	12	19	5	2	38
	% Nacionalidad	31,6%	50,0%	8,3%	6,3%	100,0%
	Residuos corregidos	2,6	-1,0	-1,1	0,0	
Subsahariana y otros	Recuento	9	10	3	1	23
	% Nacionalidad	39,1%	43,5%	13,0%	4,3%	100,0%
	Residuos corregidos	3,0	-1,4	-0,9	-0,2	
Total	Recuento	168	594	207	55	1024
	% Nacionalidad	16,4%	58,0%	20,2%	5,4%	100,0%

Desajustes igualmente significativos encontramos en función del nivel de estudios (Tabla 56), mostrándose una distribución muy similar a la que se produce en la variable edad. Los usuarios con menor nivel de estudios suelen estar más presentes, siempre en términos comparativos, en los grupos 3 y 4, y a su vez tienden a disminuir su presencia en las tipologías 1 y 2. Especialmente relevante a este respecto cabe señalar los 16,4% puntos porcentuales en los que este grupo (36,7%) supera a la media muestral en la tipología 3 (20,3%). Los datos son inversos en el caso de las personas con mayor nivel de estudios, que cuentan con una mayor presencia, en términos comparativos, en las tipologías asociadas a un uso más esporádico o accidental.

Tabla 56. Tipología de usuarios en función del nivel de estudios

Estudios		Frecuencia y Motivo de uso				Total
		Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	Tipo 4	
Sin estudios	Recuento	19	90	73	17	199
	% Estudios	9,5%	45,2%	36,7%	8,5%	100,0%
	Residuos corregidos	-2,9	-4,1	6,4	2,2	
Primarios	Recuento	43	175	63	26	307
	% Estudios	14,0%	57,0%	20,5%	8,5%	100,0%
	Residuos corregidos	-1,3	-0,4	0,1	2,8	
Secundarios/ Formación Profesional	Recuento	60	203	53	9	325
	% Estudios	18,5%	62,5%	16,3%	2,8%	100,0%

Tabla 56. Tipología de usuarios en función del nivel de estudios (Continuación)

Estudios		Frecuencia y Motivo de uso				Total
		Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	Tipo 4	
Universitarios	Residuos corregidos	1,3	2,0	-2,1	-2,5	
	Recuento	44	122	17	3	186
	% Estudios	23,7%	65,6%	9,1%	1,6%	100,0%
Total	Residuos corregidos	3,0	2,3	-4,2	-2,5	
	Recuento	166	590	206	55	1017
	% Estudios	16,3%	58,0%	20,3%	5,4%	100,0%

Las variables referidas a la situación familiar y económica también muestran diferencias significativas (personas con que convive: $X^2_{15, 1023} = 68,871$, $p < 0,0001$; Situación laboral: $X^2_{18, 1023} = 1,218E2$, $p < 0,0001$; Nivel de Ingresos: $X^2_{12, 1023} = 35,768$, $p < 0,0001$), excepto en la disponibilidad de seguro médico privado ($X^2_{3, 1023} = 5,746$, $p = 0,125$). Las tablas de contingencia (Tablas 57 a 59) que se incluyen a continuación muestran las diferencias por categorías.

Tabla 57. Tipología de usuarios en función del tipo de personas con que convive

Conviven en domicilio		Frecuencia y Motivo de uso				Total
		Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	Tipo 4	
Sólo	Recuento	12	43	34	3	92
	% Estudios	13,0%	46,7%	37,0%	3,3%	100,0%
	Residuos corregidos	-0,9	-2,3	4,2	-0,9	
Pareja	Recuento	22	86	40	15	163
	% Estudios	13,5%	52,8%	24,5	9,2	100,0%
	Residuos corregidos	-1,1	-1,4	1,5	2,4	
Pareja e hijo/as	Recuento	32	215	55	16	318
	% Estudios	10,1%	67,6%	17,3%	5,0%	100,0%
	Residuos corregidos	-3,7	4,2	-1,6	-0,3	
Familia extensa	Recuento	23	94	31	9	157
	% Estudios	14,6%	59,9%	19,7%	5,7%	100,0%
	Residuos corregidos	-0,7	0,6	-0,2	0,2	
Padres	Recuento	27	75	20	5	127
	% Estudios	21,3%	59,1%	15,7%	3,9%	100,0%
	Residuos corregidos	1,6	0,3	-1,4	-0,8	
Conv, Otros	Recuento	52	79	28	7	166
	% Estudios	31,3%	47,6%	16,9%	4,2%	100,0%
	Residuos corregidos	5,7	-2,9	-1,2	-0,7	
Total	Recuento	168	592	208	55	1.023
	% Estudios	16,4%	57,9%	20,3%	5,4%	100,0%

Tabla 58. Tipología de usuarios en función de la situación laboral

Situación Laboral		Frecuencia y Motivo de uso				Total
		Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	Tipo 4	
Estudiante	Recuento	44	96	18	2	160
	% Situación Laboral	27,5%	60,0%	11,3%	1,3%	100,0%
	Residuos corregidos	4,1	0,6	-3,1	-2,4	
Amo/a de casa	Recuento	14	55	29	10	108
	% Situación Laboral	13,0%	50,9%	26,9%	9,3%	100,0%
	Residuos corregidos	-1,0	-1,6	1,8	2,0	
Desempleado	Recuento	26	89	29	11	155
	% Situación Laboral	16,8%	57,4%	18,7%	7,1%	100,0%
	Residuos corregidos	0,1	-0,2	-0,6	1,2	
Emp. Cuenta ajena	Recuento	51	227	46	5	329
	% Situación Laboral	15,5%	69,0%	14,0%	1,5%	100,0%
	Residuos corregidos	-0,6	4,9	-3,5	-3,6	
Emp. Cuenta propia	Recuento	16	43	9	3	71
	% Situación Laboral	22,5%	60,6%	12,7%	4,2%	100,0%
	Residuos corregidos	1,4	0,4	-1,7	-0,4	
Jubilado	Recuento	11	61	59	16	147
	% Situación Laboral	7,5%	41,5%	40,1%	10,9%	100,0%
	Residuos corregidos	-3,2	-4,4	6,4	3,4	
SL Otros	Recuento	6	22	18	6	52
	% Situación Laboral	11,5%	42,3%	34,6%	11,5%	100,0%
	Residuos corregidos	-1,0	-2,4	2,6	2,1	
Total	Recuento	168	593	208	53	1.022
	% Situación Laboral	16,4%	58,0%	20,4%	5,2%	100,0%

En términos generales, parece ponerse de manifiesto que las tipologías asociadas a una más alta frecuentación corresponden a las personas que están jubiladas o trabajan como amas/os de casa. En la posición contraria se encuentran los estudiantes y personas que trabajan por cuenta ajena, con una presencia más consolidada en las tipologías asociadas a una baja frecuentación y con una representación claramente por debajo de la media muestral en las tipologías asociadas a una alta frecuentación. El nivel de ingresos también muestra alguna diferencia significativa, señalando que las personas con ingresos bajos tienden a estar menos presentes en las tipologías de baja frecuentación, mientras que las de ingresos más elevados suelen estar menos presentes en las de alta frecuentación. A su vez, los usuarios de ingresos medios se ubican de modo preferencial en la tipología 2, que es la de un uso esporádico de los sistemas sanitarios.

Tabla 59. Tipología de usuarios en función del nivel de ingresos

Ingresos		Frecuencia y Motivo de uso				Total
		Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	Tipo 4	
Menos de 500€ al mes	Recuento	32	104	49	16	201
	% de ingresos	15.9%	51.7%	24.4%	8.0%	100,0%
	Residuos corregidos	-0.2	-2.1	1.7	1.9	
Entre 500 y 1200€ al mes	Recuento	49	181	55	5	290
	% de ingresos	16.9%	62.4%	19.0%	1.7%	100,0%
	Residuos corregidos	0.2	1.7	-0.6	-3.2	
Entre 1200 y 2000€ al mes	Recuento	13	77	17	1	108
	% de ingresos	12.0%	71.3%	15.7%	0.9%	100,0%
	Residuos corregidos	-1.3	2.9	-1.2	-2.1	
Más de 2000€ al mes	Recuento	5	23	1	2	31
	% de ingresos	16.1%	74.2%	3.2%	6.5%	100,0%
	Residuos corregidos	-0.1	1.8	-2.4	0.3	
NS/NC	Recuento	69	208	83	30	390
	% de ingresos	17.7%	53.3%	21.3%	7.7%	100,0%
	Residuos corregidos	0.8	-2.4	0.7	2.7	
Total	Recuento	168	593	205	54	1020
	% de ingresos	16,5%	58,1%	20,1%	5,3%	100,0%

En resumen, se pueden identificar de modo consistente cuatro tipologías de usuarios de sistema de salud que varían en función de la tasa de frecuentación tanto a los SAP como a los SUH y en función de la variedad del motivo de salud que les lleva a recurrir a los servicios sanitarios. Un dato muy relevante es que tanto el SAP como el SUH no “compiten por el usuario”. Es decir, no se han podido identificar perfiles asociados a patrones de uso diferenciados de una red u otra. Los usuarios que usan de modo frecuente y por motivos recurrentes los servicios públicos de salud lo hacen tanto en una red como en otra. Lo mismo sucede con los usuarios accidentales.

Las tipologías establecidas en función de los criterios de uso están distribuidas de modo diferencial en la población. Los usuarios más frequentadores suelen ser personas mayores, jubiladas o próximas a la jubilación, en mayor medida mujeres (este dato posiblemente está asociado a la mayor esperanza de vida entre este colectivo), con bajo nivel de estudios y preferentemente de nacionalidad española. La población inmigrante acude de modo muy espaciado tanto a los SUH como a los SAP, y normalmente lo hacen por problemas muy concretos y particulares.

6.2. Establecimiento de una tipología de usuarios del sistema de salud público en función del grado de conocimiento del mismo

Para establecer esta tipología se procedió del mismo modo que en el apartado anterior. En primer lugar y sirviéndonos de procedimientos de Análisis de Correspondencias Múltiples identificaremos una serie de dimensiones que permitan establecer los ejes en torno a los que colocar a la muestra encuestada. Establecidas estas dimensiones identificaremos la tipología de sujetos para posteriormente analizar mediante tablas de contingencia la distribución de la población en la misma.

Para identificar las tipologías de usuarios en función de su grado de conocimiento del Sistema Público de Salud (SAP y SUH) se introdujeron en el sistema las siguientes variables analíticas:

- Conocimiento del médico de cabecera
- Tiempo de conocimiento del médico de cabecera
- Conocimiento sobre la existencia de SU en su SAP
- Conocimiento sobre el SUH más próximo a su SAP
- Conocimiento sobre el teléfono de urgencias.

La tabla de autovalores (Tabla 60) indica que el modelo explica un 66,7% de la varianza total de los datos, lo que es extraordinariamente alto para una muestra tan amplia como la utilizada y para un cuestionario con un número tan elevado de preguntas. En la misma podemos encontrar que la dimensión 1 prácticamente duplica la capacidad explicativa de la dimensión 2, al alcanzar un 41,2% de varianza explicada mientras que la dimensión 2 se queda en un 25,5%.

Dimensión	Varianza explicada		Alfa de Cronbach
	Total (Autovalores)	Inercia	
1	2,062	0,412	0,644
2	1,274	0,255	0,269
Total	3,336	0,667	
Media	1,668	0,334	0,500

La Tabla 61 y el Gráfico 3 presentan las medidas de discriminación de cada variable analizada. A partir de este dato se podrá construir el significado de cada una de las dos dimensiones identificadas en el modelo. Este análisis muestra que las variables con mayor capacidad de discriminación, ordenadas de modo decreciente, son:

- Tiempo de conocimiento del médico de cabecera
- Conocimiento sobre la existencia de SU en su SAP
- Conocimiento del médico de cabecera

Tabla 61. Medidas de discriminación para el modelo explicativo de la tipología de usuario de SPS en función de su conocimiento del mismo

	1	2	Media
Conocimiento Médico Cabecera	0,733	0,039	0,386
Tiempo Médico Cabecera	0,780	0,439	0,609
SU en SAP	0,344	0,566	0,455
Conoc. SUH próximo	0,186	0,170	0,178
Conoc. Tfno. Urgencias	0,018	0,060	0,039
Total activo	2,062	1,274	1,668

Cabe señalar que todas las variables con poder discriminatorio remiten al conocimiento sobre el SAP, quedando fuera las que remiten a conocimientos relacionados con los servicios de urgencias hospitalarios. Tomando estas variables como referencia se establece el peso de cada una de las categorías de estas variables en el modelo (Tablas 62 a 64) y se procede a elaborar el mapa perceptual (Gráfico 4) que nos permitirá dotar de significación a cada una de las dimensiones del análisis y, a partir de ello, establecer las tipologías de usuarios.

Gráfico 3. Medidas de discriminación para el modelo explicativo de la tipología de usuario de SPS en función de su conocimiento del mismo

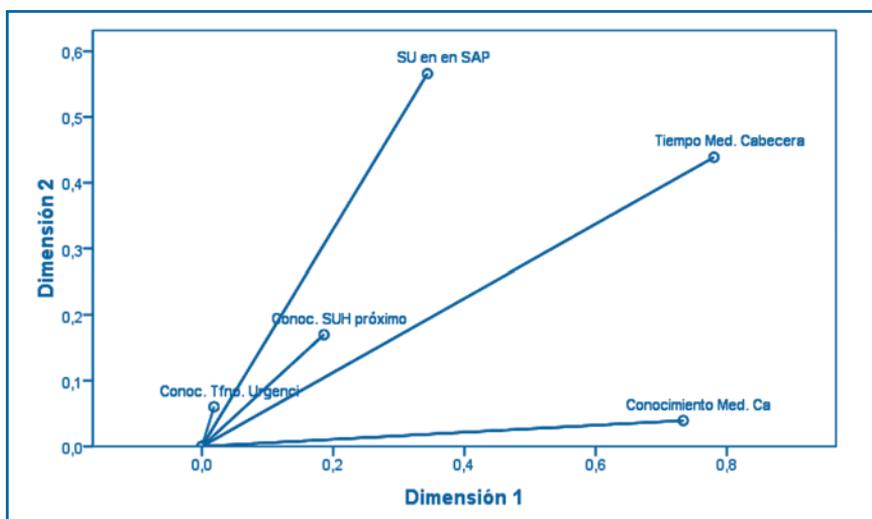


Tabla 62. Tiempo de conocimiento de su médico de cabecera. Cuantificación por categorías

Categoría	Frecuencia	Coordenadas de centroide	
		Dimensión	
		1	2
Desde menos de 6 meses	201	0,316	-1,271
Desde hace 1 año	121	0,314	-0,258
Desde hace varios años	553	0,393	0,403
NS/NC	150	-2,133	0,424
Normalización por variable			

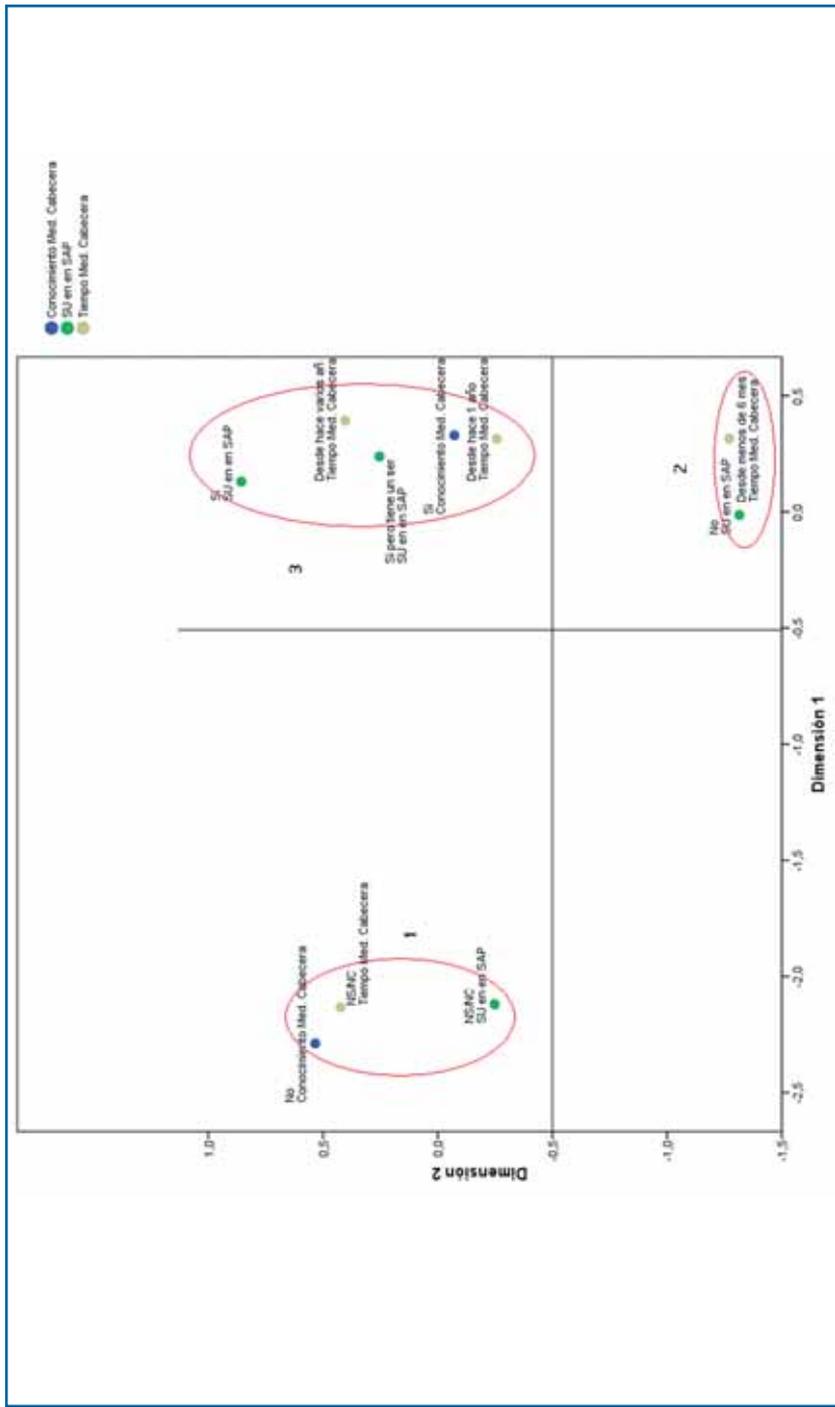
Tabla 63. Conocimiento de SU en SAP. Cuantificación por categorías

Categoría	Frecuencia	Coordenadas de centroide	
		Dimensión	
		1	2
Si	211	0,130	0,857
Si, pero tiene un servicio limitado (horario, servicios,...)	517	0,239	0,254
No	224	-0,13	-1,315
NS/NC	71	-2,120	-0,248
Perdidos	2		
Normalización por variable			

Tabla 64. Conocimiento del médico de cabecera. Cuantificación por categorías

Categoría	Frecuencia	Coordenadas de centroide	
		Dimensión	
		1	2
Si	893	0,330	-0,72
No	125	-2,289	0,534
Perdidos	7		
Normalización por variable			

Gráfico 4. Mapa perceptual de la tipología de usuario de SPS en función de su conocimiento del SPS



El estudio de los pesos de cada una de las categorías de las variables permite identificar las dimensiones del modelo del siguiente modo (ver Gráfico 4):

- **DIMENSION 1.** Conocimiento, en general, sobre su SAP
- **DIMENSION 2.** Grado de conocimiento de su SAP en función de la duración de la relación con el médico de cabecera y el conocimiento de los servicios que presta su SAP.

Con estos datos se puede elaborar el mapa perceptivo e identificar la tipología general de uso de los servicios públicos de salud. Se pueden identificar tres grupos:

- **Tipo 1.** Usuarios con un conocimiento muy limitado de su centro de atención primaria.
- **Tipo 2.** Usuarios que conocen su SAP de modo superficial y aún no han establecido una relación duradera con su médico de cabecera.
- **Tipo 3.** Usuarios con una relación prolongada con el mismo médico de cabecera y que conocen con cierto detalle el funcionamiento de su SAP.

La distribución de esta tipología en la muestra se refleja en la Tabla 65 de frecuencias. Como puede observarse en la misma un 55,3% manifiesta un buen conocimiento de su SAP, mientras que sólo un 19,3% manifiesta desconocerlo casi por completo.

Tabla 65. Distribución de la tipologías de usuarios en función de su grado de conocimiento		
	Frecuencia	Porcentaje
Tipo 1	198	19,3
Tipo 2	260	25,4
Tipo 3	567	55,3
Total	1025	100,0

Al igual que en el apartado anterior, se utiliza el estadístico Ji-cuadrado y tablas de contingencia para calcular la distribución de estas tipologías en función de las variables personales (edad, sexo, estudios y nacionalidad) y de situación familiar y económica (personas con las que convive, situación laboral, nivel de ingresos y disponibilidad de seguro privado).

Los análisis de contingencias muestran que la distribución de usuarios en función de las tipologías varía significativamente respecto de la distribución muestral para las variables sexo ($X^2_{2, 1023} = 10,868, p=0,004$), edad ($X^2_{6, 1024} = 60,613, p<0,0001$), nacionalidad ($X^2_{8, 1023} = 41,443, p<0,0001$) y nivel de estudios ($X^2_{8, 1017} = 27,199, p<0,0001$).

La Tabla 66 muestra que el grado de desconocimiento del funcionamiento del SAP (tipología 1) es mayor entre hombres (23,7%) que entre mujeres (15,5%). En el resto de tipologías no se observan diferencias significativas en función del sexo (residuales corregidos menores de -1,96 o mayores de 1,96).

Tabla 66. Tipología de usuarios en función del nivel de ingresos					
		Conocimiento Sistema Salud			Total
		Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	
Hombre	Recuento	114	114	254	482
	% de sexo	23,7%	23,7%	52,7%	100,0%
	Residuos corregidos	3,3	-1,2	-1,5	
Mujer	Recuento	84	146	311	541
	% de sexo	15,5%	27,0%	57,5%	100,0%
	Residuos corregidos	-3,3	1,2	1,5	
Total	Recuento	198	260	565	1023
	% de sexo	19,3%	25,4%	55,3%	100,0%

La distribución por edad de la tipología de conocimiento del sistema de salud se muestra en la Tabla 67. En la misma podemos observar una clara relación entre la edad y el grado de conocimiento del SAP. El conocimiento es claramente inferior entre los usuarios más jóvenes (14 a 24 años) al estar más presentes de lo esperado en función de la distribución muestral en la tipología 1 de bajo conocimiento. Mientras que en la muestra los jóvenes de 14 a 24 años representan el 19,3% en la tipología 1 (bajo conocimiento) suponen el 31,8% lo que representa un incremento de más de 12 puntos porcentuales. La situación inversa se produce en la tipología 3, que agrupa a los usuarios con un buen conocimiento del SAP, En esta tipología la presencia de jóvenes es casi 10 puntos porcentuales inferior a la distribución muestral. El comportamiento de los usuarios de mayor edad, grupo de 50 a 65 años y grupo de mayores de 65 años, es el opuesto al descrito para los jóvenes. Son estos los grupos con un mejor conocimiento de su SAP. Por ejemplo, la presencia de mayores de 65 años en la tipología 1, de bajo conocimiento, es de casi 15 puntos porcentuales inferior a la media muestral. En las tipologías que implican un conocimiento moderado (Tipo 2) o amplio (Tipo 3) se sitúan 7 puntos porcentuales por encima de la media. Los adultos entre los 50 y los 65 años muestran un comportamiento muy similar a este grupo.

Tabla 67. Tipología de usuarios en función de la edad

Tramos edad en años		Conocimiento Sistema Salud			Total
		Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	
14 a 24	Recuento	81	57	117	255
	% Edad	31,8%	22,4%	45,9%	100,0%
	Residuos corregidos	5,8	-1,3	-3,5	
25 a 49	Recuento	92	111	245	448
	% Edad	20,5%	24,8%	54,7%	100,0%
	Residuos corregidos	0,9	-0,4	-0,3	
50 a 65	Recuento	18	46	116	180
	% Edad	10,0%	25,6%	64,4%	100,0%
	Residuos corregidos	-3,5	0,1	2,7	
Más 65	Recuento	7	46	88	141
	% Edad	5,0%	32,6%	62,4%	100,0%
	Residuos corregidos	-4,7	2,1	1,8	
Total	Recuento	198	260	566	1024
	% Edad	19,3%	25,4%	55,3%	100,0%

El grado de conocimiento del funcionamiento de los SAP también presenta grandes diferencias en función de la nacionalidad de los usuarios (Tabla 68). Los ciudadanos españoles muestran un grado de conocimiento mayor y más prolongado en el tiempo de su SAP. Esta circunstancia se ve reflejada en una menor presencia en la tipología 1 y una mayor presencia en la tipología 3, siendo en ambos casos la distancia con la media muestral de 2,5% puntos porcentuales. El patrón inverso aparece entre la población de origen extranjero. Destacan los grupos de subsaharianos y de comunitarios con 30 y 20 puntos porcentuales sobre la media muestral en la tipología de escaso conocimiento de su SAP y valores equivalentes, pero a la inversa en la tipología 3, de alto grado de conocimiento. La población de origen magrebí muestra un patrón similar aunque algo más moderado en las distancias respecto de las medias muestrales. Por su parte, la población de origen latinoamericano se distribuye en las distintas tipologías exactamente igual que la distribución muestral, lo que les coloca en una posición intermedia, respecto del grado de conocimiento del SAP, entre españoles y el resto de usuarios de origen extranjero.

Tabla 68. Tipología de usuarios en función de la nacionalidad

Nacionalidad		Conocimiento Sistema Salud			Total
		Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	
Española	Recuento	153	227	516	896
	% Nacionalidad	17,1%	25,3%	57,6%	100,0%
	Residuos corregidos	-4,8	-0,1	3,9	
Comunitaria	Recuento	8	8	3	19
	% Nacionalidad	42,1%	42,1%	15,8%	100,0%
	Residuos corregidos	2,5	1,7	-3,5	
Latino-Americana	Recuento	11	11	26	48
	% Nacionalidad	22,9%	22,9%	54,2%	100,0%
	Residuos corregidos	0,6	-0,4	-0,2	
Magrebí	Recuento	14	11	13	38
	% Nacionalidad	36,8%	28,9%	34,2%	100,0%
	Residuos corregidos	2,8	0,5	-2,7	
Subsahariana y otros	Recuento	12	3	8	23
	% Nacionalidad	52,2%	13,0%	34,8%	100,0%
	Residuos corregidos	4,0	-1,4	-2,0	
Total	Recuento	198	260	566	1024
	% Nacionalidad	19,3%	25,4%	55,3%	100,0%

El nivel de estudios también aparece relacionado con las tipologías de conocimiento del SAP (Tabla 69). En términos generales es posible afirmar que son las personas con menor nivel de estudios las que afirman tener un mayor y más prolongado conocimiento sobre el funcionamiento de su SAP. Su presencia es menor de lo esperado en la tipología 1 y mayor en la tipología 3. En ambos casos la diferencia con la media muestral ronda los 10 puntos porcentuales. El patrón inverso está representado por los usuarios con estudios secundarios y universitarios que se colocan 5 puntos porcentuales por encima de la distribución muestral en la tipología 1 y otros 5 por debajo en la tipología 3.

Tabla 69. Tipología de usuarios en función del nivel de estudios

Estudios		Conocimiento Sistema Salud			Total
		Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	
Sin estudios	Recuento	20	50	129	199
	% Estudios	10,1%	25,1%	64,8%	100,0%
	Residuos corregidos	-3,7	-0,1	3,0	
Primarios	Recuento	48	73	176	307
	% Estudios	15,6%	27,0%	57,3%	100,0%
	Residuos corregidos	-1,9	0,9	0,8	
Secundarios formación	Recuento	78	84	163	325
Profesional	% Estudios	24,0%	25,8%	50,2%	100,0%
	Residuos corregidos	2,6	0,3	-2,3	
Universitarios	Recuento	50	40	96	186
	% Estudios	26,9%	21,5%	51,6%	100,0%
	Residuos corregidos	2,9	-1,3	-1,2	
Total	Recuento	196	257	564	1017
	% Estudios	19,3%	25,4%	55,3%	100,0%

Respecto de las variables de situación familiar y económica cabe decir que aunque muestran diferencias significativas en función de la tipología, las tablas de contingencia no ilustran patrones claros que merezcan ser comentados (personas con que convive: $X^2_{10, 1023} = 47,902$; $p < 0,0001$; Situación laboral: $X^2_{12, 1023} = 63,423$, $p < 0,0001$; Nivel de Ingresos: $X^2_{8, 1023} = 20,097$; $p < 0,0001$). Esto es así debido a la propia naturaleza de estas variables. Por su parte, la disponibilidad de seguro privado no mostró diferencias significativas sobre la tipología de conocimiento ($X^2_{2, 1023} = 4,502$; $p < 0,105$).

Debe mencionarse, de todos modos, la relación entre la situación laboral y la tipología de conocimiento (Tabla 70). Como puede observarse, el grado de desconocimiento genérico mayor se observa entre los estudiantes,

que se sitúan 10 puntos porcentuales por encima de la media en la tipología 1 y 10 puntos por debajo en la tipología 2. A su vez, los grados más altos y prolongados en el tiempo de conocimiento de su SAP se encuentran entre los jubilados y los/as amos/as de casa. Ambos grupos muestran un patrón muy similar que les ubica alrededor de 15 puntos por encima de la media muestral en la tipología de los usuarios con mejor conocimiento de su SAP y 15 puntos por debajo en la tipología que agrupa a los usuarios con escaso conocimiento de su SAP (Tipo 1).

Tabla 70. Tipología de usuarios en función de la situación laboral

Estudios		Conocimiento Sistema Salud			Total
		Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	
Estudiante	Recuento	51	37	72	160
	% Situac. Laboral	31,9%	23,1%	45,0%	100,0%
	Residuos corregidos	4,4	-0,7	-2,8	
Amo/a de casa	Recuento	6	29	73	108
	% Situac. Laboral	5,6%	26,9%	67,6%	100,0%
	Residuos corregidos	-3,8	0,4	2,7	
Desempleado	Recuento	35	43	77	155
	% Situac. Laboral	22,6%	27,7%	49,7%	100,0%
	Residuos corregidos	1,1	0,7	-1,5	
Emp. Cuenta ajena	Recuento	72	72	185	329
	% Situac. Laboral	21,9%	21,9%	56,2%	100,0%
	Residuos corregidos	1,4	-1,8	0,4	
Emp. Cuenta propia	Recuento	21	17	33	71
	% Situac. Laboral	29,6%	23,9%	46,5%	100,0%
	Residuos corregidos	2,3	-0,3	-1,5	
Jubilado	Recuento	6	48	93	147
	% Situac. Laboral	4,1%	32,7%	63,3%	100,0%
	Residuos corregidos	-5,1	2,2	2,1	
SL Otros	Recuento	7	13	32	52
	% Situac. Laboral	13,5%	25,0%	61,5%	100,0%
	Residuos corregidos	-1,1	-0,1	0,9	
Total	Recuento	198	259	565	1.022
	% Situac. Laboral	19,3%	25,4%	55,3%	100,0%

Como resumen, cabe destacar que los análisis realizados nos han permitido establecer tres tipologías de usuarios en relación al conocimiento que manifiestan de su SAP. Estas permiten graduar a los usuarios entre los que desconocen casi por completo el funcionamiento de los SAP hasta aquellos que manifiestan un conocimiento suficiente, basado en una relación temporal relativamente duradera con su médico de cabecera. Las mujeres, al igual

que los jóvenes y los ciudadanos españoles, suelen manifestar un mayor conocimiento de los SAP. Este mayor conocimiento también se observa entre las personas con menor nivel de estudios y que por su situación laboral suelen pasar periodos prolongados en el hogar.

7. Factores motivacionales, de percepción y valoración en los comportamientos de asistencia a los servicios de urgencia hospitalarios

Para el estudio de los datos del cuestionario de uso del sistema de urgencias hospitalarias se ha empleado un procedimiento de análisis multivariante (MANOVA) teniendo en cuenta las características personales y poblacionales de los encuestados como variables predictoras, y el conjunto de respuestas en los ítems de percepción de la necesidad de ser atendidos y la valoración del servicio de urgencias hospitalarias al que han acudido frente al sistema de atención primaria como variables dependientes o explicadas, medidas en una escala tipo Likert de 1 a 5.

Para realizar este análisis se ha llevado a cabo de forma previa un procedimiento de reducción de datos mediante análisis factorial de los ítems de percepción (variables dependientes). Este proceso permite, en el caso de variables ordinales tipo Likert, agrupar los ítems en un conjunto de factores latentes en función de la correlación observada entre las puntuaciones de los encuestados en cada una de las preguntas, de modo que los factores obtenidos representan una dimensión subyacente al grupo de variables que mayor peso tienen en su creación.

A través del análisis factorial de los ítems 35 al 38 (incluyendo cada uno de los 11 apartados de valoración de la pregunta 38 como un ítem independiente) se obtuvo la reducción de las 14 preguntas valoradas en 4 factores principales con autovalores superiores a 1 (Tabla 71).

Tabla 71. Análisis factorial: extracción de los factores sobre las motivaciones de uso

Componente	Autovalores iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las extracciones al cuadrado de la rotación		
	Total	%Varianza	%Acumulado	Total	%Varianza	%Acumulado	Total	%Varianza	%Acumulado
1	2,900	20,716	20,716	2,900	20,716	20,716	2,099	14,955	14,995
2	1,822	13,017	33,732	1,822	13,017	33,732	2,007	14,337	29,333
3	1,651	11,794	45,527	1,651	11,794	45,527	1,681	12,006	41,339
4	1,083	7,733	53,259	1,083	7,733	53,259	1,669	11,921	53,259
5	0,952	6,803	60,063						
6	0,906	6,472	66,535						
7	0,790	5,642	72,176						
8	0,716	5,116	77,292						
9	0,637	4,550	81,842						
10	0,619	4,422	86,264						
11	0,546	3,898	90,162						
12	0,513	3,662	93,824						
13	0,453	3,239	97,063						
14	0,411	2,937	100,00						

Estos factores pueden ser definidos en función de los ítems que mayor peso tienen en su construcción, siempre con autovalores mayores a 0,3 (ver Tabla 72). En función de estos ítems podemos describir cada factor del siguiente modo:

- **Confianza y calidad del SUH.**
- **Acceso a atención y recursos especializados.**
- **Necesidad atencional percibida.**
- **Comodidad de uso.**

Tabla 72. Composición de los factores sobre las motivaciones de uso

Ítems de Motivos Percibidos	Factores			
	1	2	3	4
35. Urgencia del motivo de asistencia al SUH	0,000	0,028	0,831	0,093
36. Gravedad del motivo de asistencia al SUH	-0,031	0,049	0,859	0,086
37. Salud	0,041	0,013	0,448	-0,125
38.b En el SUH tengo que esperar menos tiempo para ser atendido que en mi Centro de Salud	0,142	-0,259	0,008	0,756
38.a Me es más fácil que me atiendan en el SUH que en mi Centro de Salud	0,280	-0,013	0,077	0,707
38.e Los horarios para que te vea el médico son mejores en el SUH que en mi Centro de Salud	0,055	0,427	-0,149	0,630
38.c Es más fácil que me vea el especialista si vengo al SUH que si se pide la cita a través del Centro de Salud	0,167	0,784	0,092	-0,080
38.d Los análisis y pruebas diagnósticas me las hacen más rápidamente si me las mandan desde el SUH que si lo hacen desde mi Centro de Salud	0,108	0,743	-0,002	0,206
38.h Los recursos tecnológicos que hay en el SUH son más y mejores que los que hay en mi Centro de Salud	0,219	0,716	0,047	-0,250
38.f Los profesionales que me atienden en el SUH están mejor cualificados que los profesionales de mi Centro de Salud	0,714	0,165	0,019	0,080
38.g En general, el SUH tiene más calidad que mi Centro de Salud	0,689	0,134	0,014	0,158
38.j El diagnóstico y tratamiento que me dan en el SUH me da más confianza que el que me hacen en mi Centro de Salud	0,646	0,148	0,095	0,019
38.i La atención del personal es mejor en el SUH que en mi Centro de Salud	0,581	-0,037	-0,060	0,155
38.k Cuando voy al SUH tengo la posibilidad de resolver mi problema en una sola cita, cosa que no me pasa en mi Centro de Salud	0,410	0,077	-0,008	0,036

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

En el análisis factorial exploratorio mediante el método de componentes principales ($n=1025$), seleccionando una solución de cuatro factores y usando una rotación Varimax, se obtuvo una medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de 0,76, valor alto según el baremo KMO, y un valor significativo en la prueba de esfericidad de Bartlett [$X^2_{(1025)} = 2332.824$; $p < 0.001$], rechazando la hipótesis nula de variables incorrelacionadas, concluyendo la adecuación de un análisis factorial para nuestros datos.

El conjunto de los cuatro factores explica un 53% de la varianza del conjunto de ítems incluidos, acumulando el primer factor, Confianza y Calidad, el 20% de la varianza; el Acceso a Recursos y Atención Especializados representa el 13%; la Necesidad Atencional supone un 11%; y la Comodidad de Uso sólo el 7% de la varianza explicada (ver Tabla 71).

A partir de los datos obtenidos en el análisis factorial, se procedió a calcular los índices de cada factor como combinación de las puntuaciones de cada individuo en los ítems que mejor definen al factor, mediante los ítems que obtenían un índice medio de saturación superior a 0,30 en cada factor. En el caso del índice de Confianza y Calidad (factor 1) se incluyeron los ítems 38.f, 38.g, 38.j, 38.h, 38.i, y 38.k; el índice de Acceso a Recursos y Atención Especializados (factor 2) está representado por los ítems 38.c, 38.d y 38.h; en el índice de Necesidad de Atención Percibida (factor 3) se incluyeron los ítems 35, 36 y 37; y para el cálculo del índice de Comodidad de Uso (factor 4) se tomaron los ítems 38.a, 38.b y 38.e.

Tal y como se indicaba en el análisis descriptivo, una vez calculado cada uno de los índices de motivos percibidos se realizó un análisis multivariante (MANOVA) del efecto de las características personales y socio-demográficas de los encuestados, como variables predictivas o explicativas, sobre cada uno de los factores descritos como variables dependientes.

Características Personales

En la Tabla 73, se muestran las frecuencias observadas para cada una de las variables personales introducidas en el modelo multivariante.

En la Tabla 74, se describen las medias y desviaciones tipo cada uno de los índices analizados en función de las características personales de los individuos. La Tabla 75 muestra los efectos inter-sujeto de las variables predictoras sobre los distintos índices o factores calculados de motivos percibidos, indicando si existen diferencias significativas de los efectos principales.

En conjunto, observamos que existen diferencias significativas en la percepción de la Necesidad de Atención Sanitaria en función del sexo, donde los hombres tienen una media menor a las mujeres; de la edad de los

encuestados, siendo los mayores de 50 años los que tienen mayor puntuación; la nacionalidad, donde los españoles obtienen menores puntuaciones; y el nivel de estudios, siendo las personas sin estudios o con estudios primarios los que tienen mayor necesidad percibida de atención sanitaria.

Con respecto a la Confianza y Calidad percibida del SUH, sólo existen diferencias en función de la nacionalidad y el nivel de estudios. Donde, por un lado, los españoles tienen una menor puntuación en el indicador de confianza y calidad del SUH; y por otro, las personas con estudios superiores o universitarios obtienen una menor puntuación en mismo indicador.

Igualmente, el indicador de percepción de la Atención Especializada y Acceso a Recursos Tecnológicos varía significativamente en función de la nacionalidad y nivel de estudios. Los extranjeros, fundamentalmente magrebíes, tienen una mayor puntuación en este indicador de atención y recursos especializados; y las personas sin estudios obtienen una mayor puntuación en el mismo indicador.

Finalmente, el indicador de percepción de Comodidad de Uso del SUH varía significativamente en función del sexo, nacionalidad y nivel de estudios. Los hombres valoran más esta comodidad de uso, al igual entre los extranjeros, los comunitarios y magrebíes son los que mejor valoran este indicador, mientras que los encuestados con estudios primarios son los que menor puntuación dan a este indicador de comodidad de uso.

Tabla 73. Características personales de los encuestados			
	Valores	N	%
Sexo	Hombre	464	45,27%
	Mujer	523	51,02%
Edad	14 a 24 años	248	24,20%
	25 a 49 años	433	42,24%
	50 a 65 años	170	16,59%
	Mayores de 65 años	136	13,27%
Nacionalidad	Española	863	84,20%
	Comunitaria	17	1,66%
	Latino-Americana	47	4,59%
	Magrebí	37	3,61%
	Subsahariana y otros	23	2,24%
Nivel Estudios	Sin estudios	196	19,12%
	Estudios Primarios	296	28,88%
	Estudios Secundarios/Formación Profesional	313	30,54%
	Estudios Universitarios	182	17,76%
TOTAL		1.025	

Tabla 74. Medias (desviaciones típicas) de las motivaciones en función de las características personales

Características Personales	Valores	Necesidad Atencional Percibida	Confianza y Calidad SUH	Aten. y Recursos Especializado	Comodidad de Uso
Sexo	Hombre	8,78 (2,15)	22,54 (3,04)	12,79 (2,16)	9,63 (3,05)
	Mujer	9,13 (2,23)	22,08 (3,32)	12,78 (2,22)	8,94 (2,92)
Edad	14 a 24 años	8,39 (2,07)	22,38 (3,55)	12,65 (2,48)	9,22 (3,01)
	25 a 49 años	8,66 (2,24)	22,32 (3,16)	12,73 (2,07)	9,50 (2,99)
	50 a 65 años	9,62 (2,04)	22,24 (3,00)	12,99 (2,07)	9,22 (3,00)
	Mayores de 65 años	10,15 (1,83)	22,13 (2,91)	12,88 (2,12)	8,65 (2,94)
Nacionalidad	Española	8,91 (2,15)	22,18 (3,07)	12,76 (2,15)	9,05 (2,92)
	Comunitaria	9,53 (2,91)	24,29 (4,16)	12,94 (3,04)	11,11 (3,38)
	Latino-Americana	9,36 (2,37)	22,27 (3,15)	12,33 (2,24)	10,40 (2,69)
	Magrebí	9,26 (2,49)	24,00 (3,67)	13,92 (1,85)	11,18 (3,46)
	Subsahariana y otros	9,57 (2,45)	22,70 (5,13)	12,61 (2,66)	10,52 (3,48)
Estudios	Sin estudios	9,85 (2,05)	22,69 (3,04)	13,04 (1,98)	9,61 (3,10)
	Estudios Primarios	9,18 (2,23)	22,35 (3,25)	12,96 (2,08)	8,82 (3,07)
	Estudios Secundarios/F.P.	8,78 (1,98)	22,32 (3,28)	12,80 (2,31)	9,53 (2,92)
	Estudios Universitarios	7,98 (2,25)	21,84 (3,10)	12,23 (2,25)	9,17 (2,83)

Tabla 75. Efectos inter-sujeto sobre los índices de motivos percibos

Caract. Personal	Variable dependiente	GL	Media cuadrática	F	Sig.
Sexo	Necesidad Atencional Percibida	1	35,823	8,338	0,004**
	Confianza y Calidad SUH	1	33,377	3,329	0,068
	Aten. y Recursos Especializados	1	1,149	0,244	0,621
	Comodidad de Uso	1	87,042	10,136	0,001**
Edad	Necesidad Atencional Percibida	3	61,506	14,317	0,000**
	Confianza y Calidad SUH	3	7,549	0,753	0,521
	Aten. y Recursos Especializados	3	0,530	0,113	0,953
	Comodidad de Uso	3	19,084	2,222	0,084
Nacionalidad	Necesidad Atencional Percibida	4	22,592	5,259	0,000**
	Confianza y Calidad SUH	4	38,992	3,889	0,004**
	Aten. y Recursos Especializados	4	15,319	3,254	0,012*
	Comodidad de Uso	4	72,774	8,475	0,000**
Nivel de Estudios	Necesidad Atencional Percibida	3	46,697	10,869	0,000**
	Confianza y Calidad SUH	3	30,540	3,046	0,028*
	Aten. y Recursos Especializados	3	18,213	3,869	0,009**
	Comodidad de Uso	3	44,343	5,164	0,002*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$
 GL: Grados de libertad, indica el número de categorías independientes (k grupos - 1)

Características Socio-demográficas

En la Tabla 76, se encuentran las frecuencias observadas para cada una de las variables socio-demográficas introducidas en el modelo multivariante. En la Tabla 77, se describen las medias y desviaciones tipo de cada uno de los índices de motivación analizados en función de las características socio-demográficas de los individuos.

Tabla 76. Características socio-demográficas de los encuestados

	Etiqueta del valor	N	%
Domicilio (Convive)	Sólo	89	8,68%
	Pareja	160	15,61%
	Pareja e hijo/as	306	29,85%
	Familia extensa	149	14,54%
	Padres	121	11,80%
	Conv. Otros	161	15,71%
Situac. Laboral	Estudiante	153	14,93%
	Amo/a de casa	103	10,05%
	Desempleado	148	14,44%
	Emp. cuenta ajena	318	31,02%
	Emp. cuenta propia	69	6,73%
	Jubilado	144	14,05%
	SL Otros	51	4,98%
Ingresos	Menos de 500€ al mes	190	18,54%
	Entre 500 y 1200€ al mes	281	27,41%
	Entre 1300 y 2000€ al mes	105	10,24%
	Más de 2000€ al mes	30	2,93%
	NS/NC	380	37,07%
Seguro Privado	Si	70	6,83%
	No	916	89,37%

Tabla 77. Medias (desviaciones típicas) de las motivaciones en función de las características Socio-demográficas

		Necesidad Atencional Percibida	Confianza y Calidad SUH	Aten. y Recursos Especializado	Comodidad de Uso
Convivencia	Sólo	22,23(3,28)	12,41(2,18)	9,21(3,01)	9,33(2,01)
	Pareja	22,06(3,01)	12,77(2,10)	9,33(2,77)	9,47(2,29)
	Pareja e hijo/as	22,45(3,15)	12,90(2,13)	8,99(3,00)	9,05(2,18)
	Familia extensa	22,32(2,91)	12,61(2,04)	9,51(2,84)	8,67(2,23)
	Padres	22,41(3,01)	12,72(2,24)	9,01(2,87)	8,46(2,01)
	Conv. Otros	22,18(3,81)	12,98(2,45)	9,69(3,39)	8,79(2,24)
Situac. Laboral	Estudiante	22,21(3,40)	12,50(2,60)	8,92(3,08)	8,26(1,93)
	Amo/a de casa	22,46(3,34)	12,83(2,12)	8,70(2,97)	9,75(2,38)
	Desempleado	22,54(3,59)	13,12(2,18)	9,65(3,19)	8,95(2,23)
	Emp. cuenta ajena	22,25(3,09)	12,83(2,05)	9,49(2,85)	8,59(2,17)
	Emp. cuenta propia	22,17(3,43)	12,73(2,06)	9,25(2,94)	8,69(2,25)
	Jubilado	22,22(2,62)	12,85(2,09)	8,84(3,05)	9,82(1,83)
	SL Otros	22,23(3,10)	11,96(2,02)	10,27(2,49)	9,77(1,99)
Nivel de ingresos	Menos de 500€ al mes	22,64(3,27)	12,94(1,96)	9,18(2,82)	9,33(2,17)
	Entre 500 y 1200€ al mes	22,17(2,98)	12,40(2,18)	9,49(2,69)	8,91(2,07)
	Entre 1300 y 2000€ mes	21,62(2,91)	12,13(2,03)	9,57(2,47)	8,14(2,02)
	Más de 2000€ mes	22,30(2,49)	12,13(1,94)	10,84(2,60)	8,19(2,32)
	NS/NC	22,41(3,43)	13,19(2,27)	8,95(3,38)	9,07(2,26)
Seguro Privado	Si	21,72(3,44)	11,61(2,30)	9,73(2,41)	8,51(2,18)
	No	22,35(3,18)	12,87(2,15)	9,23(3,03)	9,00(2,18)

La Tabla 78 muestra los efectos inter-sujeto de las variables predictoras sobre los distintos índices o factores calculados de motivos percibidos, indicando si existen diferencias significativas de los efectos principales.

Tabla 78. Efectos inter-sujeto sobre los índices de motivos percibidos

Caract. Socio-dem.	Variable dependiente	GL	Media	F	Sign.
cuadrática					
Convivencia	Necesidad Atencional Percibida	5,00	8,367	1,889	0,094
	Confianza y Calidad SUH	5,00	4,669	0,454	0,810
	Aten. y Recursos Especializados	5,00	3,533	0,802	0,548
	Comodidad de Uso	5,00	16,866	1,922	0,088
Situación Laboral	Necesidad Atencional Percibida	6,00	31,511	7,114	0,000**
	Confianza y Calidad SUH	6,00	4,526	0,440	0,852
	Aten. y Recursos Especializados	6,00	29,052	6,595	0,000**
	Comodidad de Uso	6,00	28,372	3,233	0,004**
Nivel de Ingresos	Necesidad Atencional Percibida	4,00	23,525	5,311	0,000**
	Confianza y Calidad SUH	4,00	22,341	2,174	0,070
	Aten. y Recursos Especializados	4,00	60,115	13,646	0,000**
	Comodidad de Uso	4,00	32,153	3,664	0,006**
Disponibilidad de seguro privado	Necesidad Atencional Percibida	1,00	0,441	0,100	0,752
	Confianza y Calidad SUH	1,00	10,574	1,029	0,311
	Aten. y Recursos Especializados	1,00	62,938	14,287	0,000**
	Comodidad de Uso	1,00	2,222	0,253	0,615

* $p < 0,05$; ** $p > 0,01$

En conjunto puede observarse que existen diferencias significativas en la percepción de la Necesidad de Atención Sanitaria en función de la situación laboral y el nivel de ingresos de los encuestados, donde los desempleados y las personas que cobran menos de 500 € mensuales son los que tienen mayor puntuación en este indicador, esto es, una mayor necesidad percibida de atención sanitaria.

Igualmente, el indicador de percepción de la Comodidad de Uso del SUH varía significativamente en función de la situación laboral y el nivel de ingresos de los encuestados, donde los empleados por cuenta ajena o propia obtienen menor puntuación en este indicador, mientras que los que cobran menos de 500 € mensuales son los que tienen mayor puntuación en este indicador, esto es, una mayor percepción de la comodidad de uso del SUH.

Con respecto, al indicador de percepción de Atención Especializada y Acceso a Recursos Tecnológicos se observa que varía significativamente en función de la situación laboral, el nivel de ingresos y la disponibilidad de

seguro privado. Los estudiantes, amos/as de casa y jubilados son los que menos valoran este indicador, mientras que los que tienen un nivel de ingresos mayor a 2000 € mensuales, son los que más puntuación obtienen en la percepción de este indicador, al igual que ocurre con las personas que disponen de seguro privado.

Finalmente, el indicador de percepción de Confianza y Calidad del SUH no varía significativamente por ninguna de las variables socio-demográficas predictoras analizadas.

Análisis multivariante por perfiles de usuarios

A continuación se realiza una descripción de los efectos multivariantes observados en los indicadores motivacionales en función de los perfiles de frecuentación y conocimientos del sistema de salud definidos anteriormente mediante los análisis de correspondencias múltiples. En la Tabla 79 se recogen las frecuencias observadas para cada uno de los perfiles introducidos en el modelo multivariante.

	Perfiles	N	%
Frecuencia y Motivo de uso	Tipo 1	163	16,35
	Tipo 2	575	57,67
	Tipo 3	204	20,46
	Tipo4	55	5,52
Conocimiento del Sistema Salud	Tipo 1	194	19,46
	Tipo 2	252	25,28
	Tipo 3	551	55,27

En la Tabla 80 se describen las medias y desviaciones tipo de cada uno de los índices de motivación analizados en función de los distintos perfiles.

Tabla 80. Medias (desviaciones tipo) de las motivaciones en función de las características socio-demográficas

		Necesidad Atencional Percibida	Confianza y Calidad SUH	Aten. y Recursos Especializado	Comodidad de Uso
Frec. y Motivo de uso	Tipo 1	8,43(2,18)	21,83(3,67)	11,99(2,55)	10,06(2,91)
	Tipo 2	8,64(2,07)	22,37(3,05)	12,81(2,07)	9,24(2,87)
	Tipo 3	9,77(2,00)	22,39(3,21)	13,05(2,11)	8,75(3,32)
	Tipo4	11,05(2,35)	22,60(3,14)	13,76(1,84)	9,09(2,95)
Conoc. Sistema Salud	Tipo 1	8,39(2,35)	21,88(3,79)	12,21(2,67)	10,13(2,81)
	Tipo 2	9,07(2,16)	22,69(3,02)	13,60(1,71)	8,92(3,23)
	Tipo 3	9,12(2,13)	22,26(3,03)	12,60(2,09)	9,12(2,90)

La Tabla 81 muestra los efectos inter-sujeto de las variables predictoras sobre los distintos índices o factores calculados de motivos percibidos, indicando si existen diferencias significativas de los efectos principales.

En conjunto se observan diferencias significativas en la percepción de la Necesidad de Atención Sanitaria en función del perfil de frecuencia de uso del sistema de salud de los encuestados, donde los individuos que más frecuentemente acuden al servicio de asistencia sanitaria son los que tienen mayor necesidad atencional percibida.

Sin embargo, el indicador de percepción de la Comodidad de Uso del SUH varía significativamente tanto en función de la frecuencia de uso del sistema sanitario como del conocimiento que se tenga del mismo. Las personas que menos frecuentemente acuden a los servicios de salud son los que más valoran la comodidad de uso de estos. Igualmente, los encuestados que expresan menor conocimiento sobre el sistema sanitario fueron los que más valoraron la comodidad de uso como factor clave para el uso del SUH.

Tabla 81. Efectos inter-sujetos sobre los índices de motivos percibidos

Fuente	Variable dependiente	GL	Media cuadrática	F	Signific.
Frecuentación y Motivo de uso	Necesidad Atencional Percibida	3	147,903	33,897	0,000
	Confianza y Calidad SUH	3	6,006	0,590	0,622
	Aten. y Recursos Especializados	3	39,347	8,856	0,000
	Comodidad de Uso	3	24,120	2,722	0,043
Conocimiento Sistema Salud	Necesidad Atencional Percibida	2	11,774	2,698	0,068
	Confianza y Calidad SUH	2	22,753	2,234	0,108
	Aten. y Recursos Especializados	2	94,799	21,337	0,000
	Comodidad de Uso	2	48,603	5,484	0,004

Con respecto al indicador de percepción de Atención Especializada y Acceso a Recursos Tecnológicos, observamos que varía significativamente en función del perfil de frecuentación de los servicios de asistencia sanitaria, donde las personas que más frecuentemente acuden a los centros de salud y hospitalarios valoran más el acceso a recursos y atención especializada del SUH. Además, los encuestados que tenían un conocimiento medio o superficial del sistema de salud son también los que más valoran o perciben el acceso a recursos y atención especializada del SUH.

Finalmente, el indicador de percepción de Confianza y Calidad del SUH no varía significativamente en función de ninguno de los perfiles introducidos como variables predictoras.

8. Prediciendo la conducta de frecuentación a los SUH

En este apartado se procede a la identificación de un modelo que permita explicar las conductas de frecuentación de los usuarios a los SUH, aportando un cambio de estrategia en el estudio del uso que los ciudadanos hacen de los SUH. El criterio de la propiedad o no de una visita a un SUH siempre se ha basado en criterios médicos y, de este modo se consideraba que, desde el punto de vista clínico, una persona con un episodio agudo hacía un uso apropiado de los SUH si el caso requería de un diagnóstico y/o tratamiento especializado. Esta perspectiva de estudio deja fuera de foco el caso de la excesiva frecuentación que ciertos pacientes realizan al SUH, inde-

pendientemente de la relevancia clínica del motivo de asistencia. La cuestión que se plantea es ¿qué motiva a los usuarios a acudir con frecuencia a los SUH?

8.1. La conducta de frecuentación en función de variables psicosociales, de hábitat y de percepciones y motivaciones de los usuarios

El objetivo del análisis de regresión lineal es encontrar un modelo que explique adecuadamente la varianza de una variable (endógena, explicada o dependiente) utilizando la información proporcionada por otro conjunto de variables (explicativas, exógenas o independientes). Generalmente, las variables del modelo de regresión deben ser cuantitativas, pero dada la robustez² de la regresión es frecuente encontrar incluidas en el modelo como variables independientes a variables ordinales e incluso nominales transformadas en variables dicotómicas o binarias. Pero en el análisis de regresión lineal la variable dependiente o explicada debe ser siempre cuantitativa.

El modelo lineal viene dado por la ecuación lineal:

$$Y = b_0 + b_1 X_1 + b_2 X_2 + \dots + b_k X_k + u$$

Donde los coeficientes (parámetros) b_1, b_2, \dots, b_k denotan la magnitud del efecto de las variables explicativas (exógenas o independientes), esto es, representan los pesos de la regresión o de la combinación lineal de las predictoras X_1, X_2, \dots, X_k sobre la variable explicada (endógena o dependiente) Y . El coeficiente b_0 se denomina término constante (o independiente) del modelo y al término ' u ' se le llama término de error del modelo o componente de Y no explicada por las variables predictoras.

El problema fundamental que se aborda es el siguiente: suponiendo que la relación entre la variable Y y el conjunto de variables X_1, X_2, \dots, X_k es como se ha descrito en el modelo, y que se dispone de un conjunto de T observaciones para cada una de las variables ¿cómo pueden asignarse valores numéricos a los parámetros $b_0, b_1, b_2, \dots, b_k$ basándonos en la información muestral? Estos valores son la estimación de los parámetros llamados coeficientes de regresión. Representan las unidades de cambio en la variable dependiente por unidad de cambio en la variable independiente correspondiente. Si el análisis de regresión se realiza con variables tipifica-

² Un estadístico se dice que es robusto cuando sigue siendo válido a pesar de que uno o más de sus supuestos no se cumplan.

das los coeficientes 'b', pasan a denominarse β (coeficientes de regresión estandarizados). Al coeficiente de correlación R elevado al cuadrado (R^2) se le llama coeficiente de determinación y es una medida de la bondad del ajuste del modelo ya que da la proporción de variación de Y explicada por el modelo. Se suele emplear R^2 ajustado, que es una corrección de R^2 para ajustar mejor el modelo a la población objeto de estudio.

En la investigación el análisis de regresión propuesto será aquel que, partiendo desde una perspectiva teórica, demuestre que mejor se ajusta a los datos obtenidos cumpliendo los supuestos del análisis de regresión lineal. Dado que el objetivo principal es el estudio de las causas que explican la frecuencia de uso de los Servicios de Urgencias Hospitalarias, se decidió adoptar el ítem de la frecuencia de uso como variable dependiente o criterio. En nuestro caso, las variables explicativas han sido, por un lado, las características socio-demográficas de los usuarios (edad, sexo, nivel educativo, ocupación y nivel de ingresos), y las principales características del hábitat, como el número de habitantes de la población del usuario o la distancia hasta el servicio de urgencias.

Además, teniendo en cuenta los factores definidos en el análisis factorial de las percepciones de los usuarios sobre el sistema de urgencias hospitalarias, se ha realizado un análisis de regresión lineal para comprobar el efecto predictivo de estos factores sobre la frecuentación del sistema de urgencias por parte de los usuarios.

Como ya se ha comentado, para ajustar el análisis de regresión lineal al supuesto de normalidad es preferible que las variables predictoras sean de tipo continuas o cuantitativas; en caso contrario las variables categóricas deberían ser transformadas en variables dicotómicas (dummy). En nuestro caso, todas las variables son cuantitativas u ordinales, exceptuando la ocupación de los usuarios que ha sido dicotomizada entre desempleados y empleados.

Siguiendo el procedimiento de inclusión surgieron tres modelos de regresión (ver Tabla 82) sobre la frecuentación del sistema de urgencias sanitarias con base en: 1) el efecto de las características socio-demográficas de los usuarios, 2) el efecto del hábitat de la población; y 3) el efecto las percepciones del usuario acerca del sistema de urgencias sanitarias.

Tabla 82. Resumen de los modelos de Regresión Lineal (a)

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	0,240	0,058	0,053	0,86	1,854
2	0,104	0,011	0,009	0,86	1,798
3	0,340	0,116	0,112	0,84	1,853

1. Variables predictoras: (Constante), sexo, edad, estudios, ingresos, ocupación.
 2. Variables predictoras: (Constante), número de habitantes, distancia al SUH.
 3. Variables predictoras: (Constante), accesibilidad, necesidad de atención percibida, atención y recursos especializados, confianza y calidad.
 a. Variable dependiente: Frecuencia de uso del Servicio de Urgencias Hospitalarias

Se observa que cada uno de los modelos explorados tiene distintos índices de regresión lineal (R) con la misma variable dependiente, es decir, el efecto de las variables predictoras incluidas en cada uno de los modelos varía considerablemente. El coeficiente de regresión R^2 expresa la proporción de varianza de la variable dependiente que está explicada por el conjunto de las variables independientes del modelo. R^2 corregida es una corrección a la baja de R^2 que se basa en el número de casos y de variables independientes. En una situación con pocos casos y muchas variables independientes, R^2 puede ser artificialmente alta, en tal caso el valor de R^2 corregida será sustancialmente más bajo que el de R^2 . El error típico de la estimación (E.S.) es la desviación típica de los residuos, es decir, la desviación típica de las distancias existentes entre las puntuaciones en la variable dependiente y los pronósticos efectuados con la recta de regresión. Representa una medida de la parte de variabilidad de la variable dependiente que no es explicada por la recta de regresión. En general, cuanto mejor es el ajuste más pequeño es este error típico. Además, el estadístico de Durbin-Watson (DW) proporciona información sobre el grado de independencia existente entre los residuos. El estadístico DW oscila entre 0 y 4, y toma el valor 2 cuando los residuos son independientes. Podemos asumir independencia entre los residuos cuando DW toma valores entre 1,5 y 2,5. Los datos permiten observar que todos los modelos cumplen la independencia de residuos.

En general, el tercer modelo, referente al efecto de las percepciones de los usuarios sobre los servicios de urgencias hospitalarias, es el que explica el mayor porcentaje de la varianza de frecuentación de los usuarios a los SUH ($R = 0,340$; $R^2 = 0,116$), y el que mejor se ajusta al supuesto de independencia de los residuos ($DW = 1,853$).

Los análisis de la varianza (ANOVA) (ver Tabla 83), nos informan sobre si existe o no relación significativa entre las variables predictoras y la

unidad de medida dependiente. El estadístico F permite contrastar la hipótesis nula de que el valor poblacional de R^2 es cero, lo cual, en el modelo de regresión, equivale a contrastar la hipótesis de que la pendiente de la recta de regresión vale cero.

Tabla 83. Resumen de los modelos de Regresión Lineal (a)

Modelo		Suma de cuadrados	GL	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	45,445	5	9,089	12,085	0,000
	Residual	741,523	986	0,752		
	Total	786,968	991			
2	Regresión	8,615	2	4,308	5,487	0,004
	Residual	782,656	997	0,785		
	Total	791,271	999			
3	Regresión	91,555	4	22,889	32,031	0,000
	Residual	698,856	978	0,715		
	Total	790,411	982			

1. Variables predictoras: (Constante), sexo, edad, estudios, ingresos, ocupación.

2. Variables predictoras: (Constante), número de habitantes, distancia al SUH.

3. Variables predictoras: (Constante), accesibilidad, necesidad de atención percibida, atención y recursos especializados, confianza y calidad.

a. Variable dependiente: Frecuencia de uso del Sistema de Urgencias Hospitalarias.

Podemos observar que todos los modelos de regresión lineal tienen valores muy significativos (Sig., $p < 0.01$), indicando que R es mayor que cero y que, en consecuencia, las variables independientes y dependientes están linealmente relacionadas siendo las variables predictoras, por tanto, buenos indicadores de la frecuentación a los SUH. En conclusión, a partir del análisis de regresión de los datos obtenidos, puede afirmarse que los modelos presentan una adecuada bondad de ajuste para explicar la variación en la medida predicha o criterio.

Para completar el análisis han de observarse los coeficientes Beta de regresión parcial estandarizados (ver Tabla 84). Estos son los coeficientes que definen la ecuación de regresión múltiple y permiten valorar la importancia relativa de cada variable predictora en la ecuación. Los coeficientes Beta están estandarizados y, por tanto, son directamente comparables entre sí. Indican la cantidad de cambio, en puntuaciones típicas, que se producirá en la variable dependiente por cada cambio de una unidad en la correspondiente variable independiente (manteniendo constantes el resto de variables independientes). Estos coeficientes proporcionan un indicador sobre la importancia relativa de cada variable independiente en la ecuación

de regresión. En general, una variable tiene tanto más peso (importancia) en la ecuación de regresión cuanto mayor (en valor absoluto) es su coeficiente de regresión estandarizado. Para interpretar estos coeficientes es necesario contrastar la hipótesis nula mediante el estadístico T de Student y sus niveles críticos. Este estadístico puede ser utilizado para decidir si un determinado coeficiente de regresión es significativamente distinto de cero y, en consecuencia, si la variable independiente está significativamente relacionada con la dependiente.

Tabla 84. Resumen de los coeficientes de regresión estimados (a)

Modelo	Variables predictoras	Coeficientes no estandarizados			Coeficientes estandarizados	
		B	Error tip.	Beta	T	Sig.
1	(Constante)	2,487	0,215		11,555	0,000
	Sexo	0,070	0,056	0,039	1,261	0,208
	Edad	0,072	0,036	0,078	1,997	0,046
	Estudios	-0,086	0,032	-0,096	-2,638	0,008
	Ingresos	0,009	0,018	0,016	0,497	0,619
	Ocupadic	-0,218	0,067	-0,120	-3,266	0,001
2	(Constante)	2,573	0,147		17,487	0,000
	Distancia SUH	-0,034	0,033	-0,041	-1,044	0,297
	Nº Habit. Población	-0,092	0,030	-0,124	-3,129	0,002
3	(Constante)	2,232	0,244		9,139	0,000
	Confianza y Calidad SUH	0,004	0,010	0,016	0,439	0,661
	Aten. y Recursos Especializados	0,080	0,014	0,195	5,726	0,000
	Necesidad Atenc. Percibida	0,103	0,012	0,253	8,400	0,000
	Accesibilidad	-0,022	0,009	-0,073	-2,329	0,020

1. Variables predictoras: (Constante), sexo, edad, estudios, ingresos, ocupación.
2. Variables predictoras: (Constante), número de habitantes, distancia al SUH.
3. Variables predictoras: (Constante), accesibilidad, necesidad de atención percibida, atención y recursos especializados, confianza y calidad.
a. Variable dependiente: Frecuencia de uso del Sistema de Urgencias Hospitalarias.

En todos los modelos hay variables predictoras que tienen un peso más significativo que el resto sobre la medida dependiente de frecuentación a los SUH. En concreto, en el primer modelo las variables que mejor o más significativamente predicen la frecuentación del SUH son la edad, el nivel de estudios y la ocupación de los usuarios ($p < 0,05$). Siendo positiva la relación entre la edad y la frecuentación del SUH ($B = 0,078$), es decir, las personas de mayor edad son las que son más proclives a acudir a estos servicios de urgencias; y negativa en el caso del nivel de estudios ($B = -0,096$) y ocupación laboral ($B = -0,120$), lo que indica que cuanto mayor es

el nivel educativo y, sobre todo, los usuarios son empleados por cuenta ajena o propia, menor es la probabilidad de frecuentar los servicios de urgencias.

En cuanto al segundo modelo, puede concluirse que sólo el número de habitantes de la población del usuario predice de modo inverso la frecuencia del uso de SUH. Es decir, aquellas personas que viven en poblaciones de más de 100.000 habitantes son los que probablemente acuden menos al servicio de urgencias ($B = -0,124$).

Finalmente, el tercer modelo muestra que la necesidad de atención percibida por el usuario y la disponibilidad de acceder a atención y recursos especializados son los mejores predictores de la frecuentación del SUH ($p < 0,01$). En ambos casos, la relación con la variable dependiente es positiva indicando que, a mayor nivel de necesidad de atención percibida ($B = 0,253$) y disponibilidad de acceder a recursos especializados ($B = 0,195$), más probable es la frecuencia de uso del servicio de urgencias.

Estos datos sugieren que en los tres modelos predictores descritos existen variables que son adecuados indicadores de la frecuentación de los SUH. Es necesario señalar que estos coeficientes no son independientes entre sí. De hecho, reciben el nombre de coeficientes de regresión parcial porque el valor concreto estimado para cada coeficiente se ajusta teniendo en cuenta la presencia del resto de variables independientes.

8.2. Construcción de un modelo estructural para explicar la conducta de frecuentación del SUH

Para explorar la interacción de las variables explicativas y sus efectos sobre la variable dependiente, se procedió a realizar un análisis de ecuaciones estructurales a través del programa AMOS 16.0 (Arbuckle & Wothke, 1995-1999). Este programa permite estimar los parámetros del modelo que indican la magnitud de la relación entre las variables analizadas, y proporciona información sobre el ajuste del modelo a los datos, es decir, indica si explica adecuadamente las relaciones entre variables a partir de los datos que se presentan. En la búsqueda del modelo de ecuaciones estructurales se empleó una estrategia confirmatoria. Partiendo de los datos aportados por el análisis de regresión lineal se ha formulado un modelo que explica el proceso de toma de decisiones de los usuarios para acudir al servicio de urgencias sanitarias.

Para analizar un modelo de ecuaciones estructurales se requiere que todas las variables observadas (endógenas o dependientes) incluidas en el modelo sean cuantitativas y sigan una distribución normal (Arbuckle &

Wothke, 1995-1999, Batista & Coenders, 2000). En los modelos desarrollados, todas las variables observadas son cuantitativas y presentan normalidad, no sobrepasando los coeficientes de asimetría y curtosis establecidos en 2 y 7, respectivamente (Curran, West & Finch, 1996).

La ventaja de este procedimiento estadístico es que permite evaluar modelos teóricos incluyendo las relaciones entre todas las variables dentro de una misma ecuación de regresión. A su vez, este cálculo de ecuaciones estructurales muestra una serie de coeficientes (índices Fit) que permiten comprobar la bondad de ajuste o semejanza del modelo teórico propuesto con los datos empíricos. Entre ellos se analizaron la significatividad de Ji-cuadrado (X^2), que indica el parecido entre las covarianzas observadas con aquellas que se encuentran en el modelo hipotético; valores no significativos en este índice indican una correspondencia aceptable entre el modelo propuesto y los datos. Pero el índice X^2 es sensible al tamaño de la muestra, así, con muestras pequeñas (de 50 o menos) o muy grandes (más de 400) este índice no puede detectar adecuadamente el ajuste del modelo a los datos. Por ello, también se empleó el CMIN/DF, que es el resultado de dividir Ji-cuadrado por los grados de libertad (X^2/gl), y constituye un índice menos sensible al tamaño de la muestra, de modo que valores por debajo de 2 son considerados como indicadores de un muy buen ajuste del modelo, mientras que valores por debajo de 5 son considerados como aceptables (Hu & Bentler, 1999).

El índice CFI (Comparative Fit Index), que toma valores entre 0 y 1, es otro de los índices de ajuste más empleados para contrastar la validez del modelo; valores superiores a 0,90 son considerados como aceptables (Bentler, 1995). Otro índice de ajuste es el RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation), cuyos valores inferiores a 0,10 son considerados como aceptables (Byrne, 2001). Por último, se contempló el grupo de índices ajustes como el índice ECVI (Expected Cross Validation Index) que permite la comparación de diferentes modelos, siendo aquellos que presentan un valor inferior los considerados como mejor ajustados a los datos. Además, como indican Hu y Bentler (1999), será recomendable la contemplación de varios de estos índices para aceptar o rechazar un modelo, no pudiéndose aceptar con uno sólo de estos índices o por el contrario rechazarlo por el incumplimiento de uno sólo de los índices de ajuste.

Como se ha comentado, en la búsqueda del modelo se empleó una estrategia confirmatoria. Partiendo de los datos aportados por el análisis de regresión lineal hemos formulado un modelo que explica el proceso de toma de decisiones de los usuarios para acudir al servicio de urgencias sanitarias. Teniendo en cuenta los indicadores de bondad de ajuste anteriores, el modelo general que se propone (ver Tabla 85) muestra un buen ajuste ya que todos los índices que se analizan presentan valores dentro de los límites aconsejados.

Tabla 85. Índices de la bondad de ajuste del modelo (1)

Índices	Valores observados	Valores idóneos
CMIN/DF	3,890	Menor de 5, o de 2, según algunos autores
CFI	0,905	Mayor de 0,90; mejor cuanto más cercano a 1
RMSEA	0,053	Entre 0,05-0,08 indica un buen ajuste
ECVI	0,478	Mejor modelo cuanto más pequeño

CMIN/DF: Coeficiente de Ji-cuadrado dividido entre los grados de libertad. CFI: Comparative Fit Index. RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation. ECVI: Expected Cross Validation Index

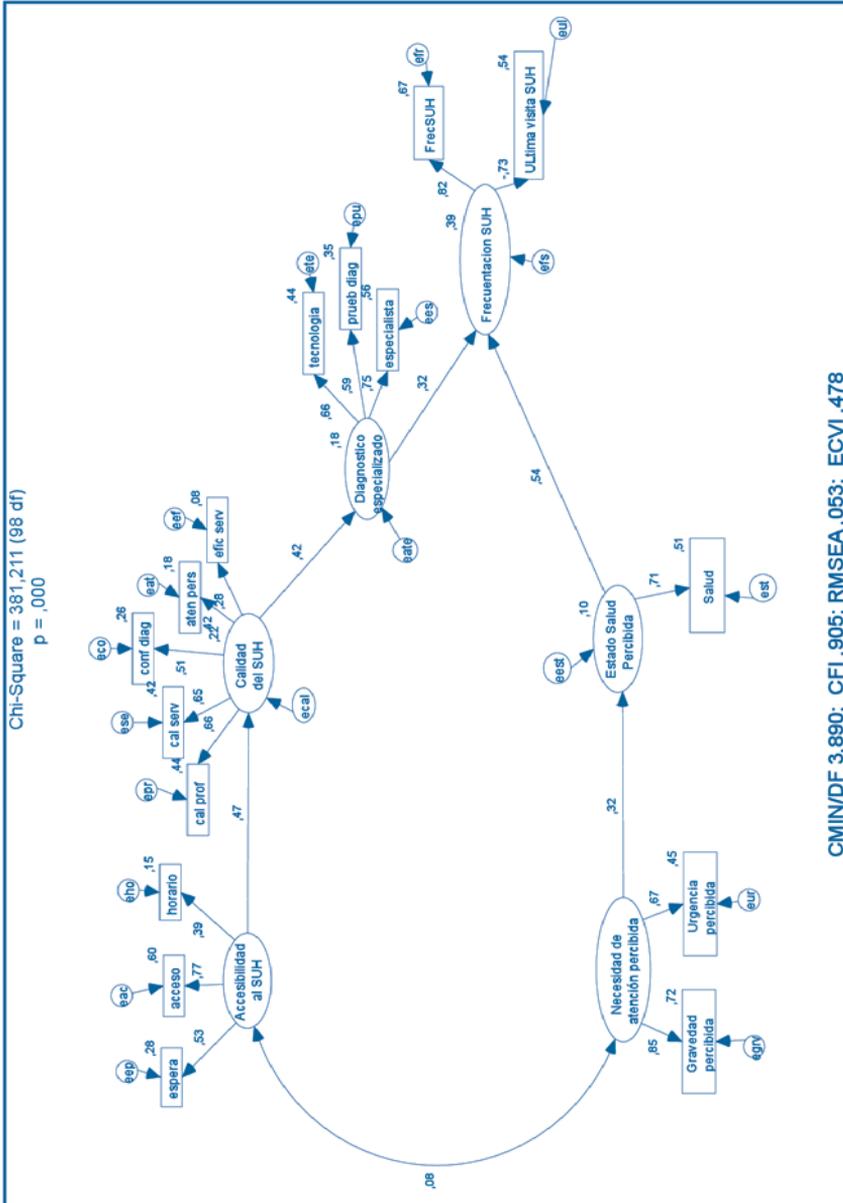
Una vez comprobado que el ajuste del modelo es adecuado, el siguiente paso consiste en analizar la relación entre las variables que forman parte de él (ver Figura 1). Podemos encontrar tres tipos de parámetros: a) Aquellos que indican el porcentaje de varianza de las variables dependientes, endógenas, que son explicadas por las variables predictivas, exógenas, del modelo, coincidiendo con la R^2 (Correlación múltiple al cuadrado) del análisis de regresión; b) aquellos que muestran el peso de las variables predictoras en el cambio de la varianza explicada de la variable exógena, coincidiendo con los índices Beta del análisis de regresión; y c) aquellos que explican la relación entre una variable latente y sus indicadores, coincidiendo con los pesos o cargas factoriales (λ).

El modelo representado en la Figura 1a ilustra el proceso de toma de decisiones de los usuarios en relación a la conducta de frecuentación de los SUH. Los elementos en la construcción del mismo han sido los siguientes:

- Variables exógenas:
 - Accesibilidad Percibida a los SUH.
 - Necesidad de Atención Percibida (en relación al problema de salud que motiva la visita al SUH).
- Variables moderadoras:
 - Calidad percibida de los SUH.
 - Acceso percibido a diagnósticos especializados.
 - Estado de salud general percibido por el usuario.
- Variable dependiente:
 - Frecuentación de los SUH.

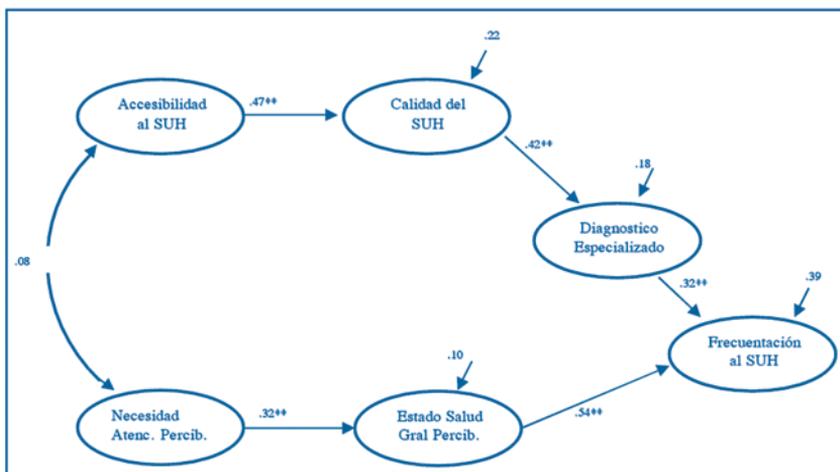
Las variables exógenas son aquellas que vienen determinadas exclusivamente por sus indicadores, mientras que las moderadoras y dependientes tienen parte de su varianza explicada por sus propios indicadores y parte definida por el efecto de otras variables (exógenas o endógenas). En estos casos, las variables moderadoras son aquellas variables endógenas o dependientes que a su vez tienen un efecto directo sobre otras variables dependientes. Los indicadores observados de cada variable junto a sus pesos factoriales figuran en la Tabla 86.

Figura 1 a. Toma de decisiones de Frecuentación del SUH (General). Representación completa incluyendo los pesos por ítem.



La Figura 1b representa una versión simplificada del modelo general en la que se han excluido de la representación visual los indicadores de las variables junto a sus pesos factoriales respectivos.

Figura 1b. Toma de decisiones de frecuentación al SUH (General). Representación simplificada excluyendo los pesos factoriales por ítem



El modelo explica la conducta de frecuentación en función de las percepciones de los usuarios en relación a los SUH y a su propio estado de salud. Logra explicar el 39% de la varianza de la conducta de frecuentación, lo que puede considerarse como un valor alto. Muestra que la decisión de los usuarios de acudir a un SUH se articula en torno a dos caminos (*pathways*) evaluativos independientes (ausencia de correlaciones $-r = 0,08$ entre las variables exógenas del modelo): el primero de ellos (camino superior en la Figura 1b) se articula en torno a las percepciones de los usuarios sobre la calidad de los SUH; el segundo (camino inferior) lo hace en torno a las percepciones sobre su estado de salud.

Tabla 86. Indicadores observados para cada variables y pesos factoriales

Ítems de Motivos Percibidos	Factores				
	1	2	3	4	5
35. Urgencia del motivo de asistencia al SUH	0,67				
36. Gravedad del motivo de asistencia al SUH	0,85				
37. Estado de Salud general percibido		0,71			
38.b En el SUH tengo que esperar menos tiempo para ser atendido que en mi Centro de Salud			0,53		
38.a Me es más fácil que me atiendan en el SUH que en mi Centro de Salud			0,77		
38.e Los horarios para que te vea el médico son mejores en el SUH que en mi Centro de Salud			0,39		
38.c Es más facil que me vea el especialista si vengo al SUH que si se pide la cita a través del Centro de Salud				0,75	
38.d Los análisis y pruebas diagnósticas me las hacen más rapidamente si me las mandan desde el SUH que si lo hacen desde mi Centro de Salud				0,59	
38.h Los recursos tecnológicos que hay en el SUH son más y mejores que los que hay en mi Centro de Salud				0,66	
38.f Los profesionales que me atienden en el SUH están mejor cualificados que los profesionales de mi Centro de Salud					0,66
38.g En general, el SUH tiene más calidad que mi Centro de Salud					0,65
38.j El diagnóstico y tratamiento que me dan en el SUH me da más confianza que el que me hacen en mi Centro de Salud					0,51
38.i La atención del personal es mejor en el SUH que en mi Centro de Salud					0,42
38.k Cuando voy al SUH tengo la posibilidad de resolver mi problema en una sola cita, cosa que no me pasa en mi Centro de Salud					0,28

1. Necesidad de atención percibida. 2. Estado de Salud general percibido. 3. Accesibilidad al SUH.
4. Diagnóstico y recursos especializados. 5. Calidad y confianza en el SUH.

El primer camino muestra que la decisión de los usuarios de acudir a un SUH depende de la facilidad de acceso a los SUH que perciben. Esta facilidad de acceso afecta positivamente a su valoración de la calidad de los servicios que prestan los SUH (0,47). Estos a su vez afectan positivamente a la percepción de acceder a unos diagnósticos y recursos de alta especialización (0,42). Lo que el modelo estructural muestra es que ninguna de estas variables por sí mismas explica la conducta de frecuentación, sino que es el encadenamiento de percepciones sobre el funcionamiento de los SUH lo

que acaba constituyéndose en un camino de influencia sobre la decisión de acudir al mismo (0,32). El proceso decisorio podría describirse del siguiente modo: los usuarios perciben que el acceso al SUH es fácil, lo que no basta para que decida acudir. Esta accesibilidad sólo promueve la frecuentación si está asociada a un servicio de calidad, que fundamentalmente está definido en término de acceder a unos recursos especializados (especialistas, pruebas diagnósticas y tecnología sanitaria).

El segundo camino pone en relación las percepciones de los usuarios sobre su salud con la conducta de frecuentación. La necesidad de atención percibida por el usuario se relaciona positivamente con la percepción que éste tiene de su estado de salud general (0,32). Será esta última percepción la que prediga el incremento de la frecuentación (0,54). Este camino ilustra que la percepción de urgencia y gravedad del episodio que desencadena la visita al SUH no afecta directamente a la conducta de frecuentación, sino que dicha percepción está moderada por la percepción que el usuario tiene de su estado de salud en general. El proceso decisorio podría describirse del siguiente modo. Ni un episodio agudo, ni un estado general percibido de mala salud provocan por sí una alta frecuentación. Sin embargo, cuando sucede un episodio agudo en un usuario que percibe que su estado de salud general es malo se incrementa la frecuentación al SUH.

8.3. El papel discriminador de las variables socio demográficas en el proceso decisorio relacionado con la conducta de frecuentación

Para comprobar la contribución de cada una de las variables sociodemográficas y de características poblacionales de los usuarios en la toma de decisiones para acudir al sistema de urgencias hospitalarias, se han analizado los cambios producidos en el modelo general de toma de decisiones en función de cada uno de estos factores tomados como grupos dicotómicos. De este modo, mediante un análisis multigrupo, se puede comprobar si las diferencias entre grupos afectan a los pesos de regresión (β) que tienen las variables predictoras sobre la dependiente.

La edad

En la Tabla 87 se pueden observar los parámetros estimados del modelo si aceptamos la variación entre grupos con base en la edad de los usuarios (jóvenes/mayores), en términos de incrementos sobre el valor de ajuste J_i cuadrado (CMIN) y la probabilidad de que esta se produzca (p). En relación con los valores p , éstos equivalen a la diferencia significativa entre aceptar que existe varianza entre grupos ($p < 0,05$) o invarianza ($p > 0,05$).

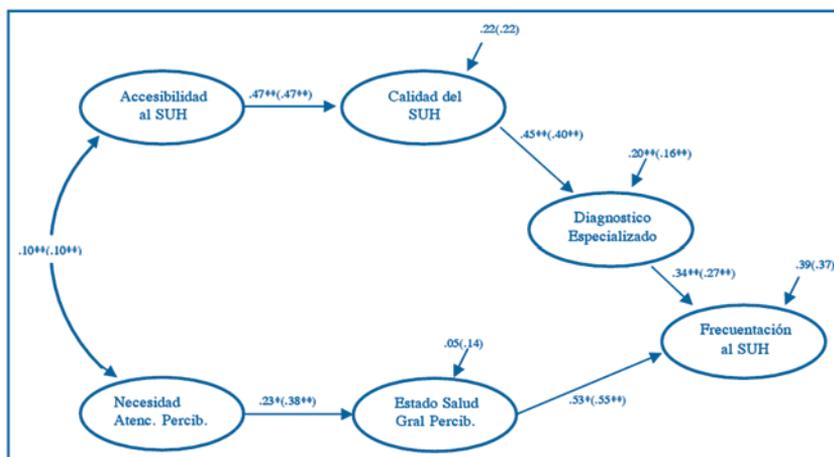
Tabla 87. Parámetros estimados del modelo de ecuaciones estructurales multigrupo (edad)

Modelo	X ²	DF	P	X ² /DF	CFI	RMSEA	ECVI
Unconstrained	485,530	196	0,000	2,477	0,900	0,038	0,686
Modelo	ΔX ²	ΔDF	P	X ² /DF	CFI	RMSEA	ECVI
Measurement weights	17,686	10	0,600	2,443	0,898	0,038	0,684
Structural weights	198,236	31	0,000	3,012	0,843	0,044	0,820
Structural covariances	207,789	34	0,000	3,014	0,840	0,044	0,823

Podemos aceptar la varianza entre grupos de edad a partir de los datos de pesos de regresión entre variables (Measurement weights, $p > 0,05$). Esto sugiere que existen diferencias entre jóvenes y mayores en el modo en que interaccionan las variables predictoras para tomar la decisión de acudir al servicio de urgencias hospitalarias.

La Figura 2 muestra que la predicción del modelo sobre la conducta de frecuentación es similar para jóvenes (39%) que para mayores (37%). El modelo muestra que para los jóvenes la percepción de acceder a un diagnóstico especializado es más determinante de la frecuentación (34%) que para los mayores (27%). A su vez, el papel mediador de la percepción del estado de salud se ve reducido en los jóvenes (5%) frente a los mayores (14%). Esta percepción, a su vez, está mejor predicha por la necesidad de atención percibida en mayores (38%) que en jóvenes (23%). En términos generales podemos afirmar, aunque de modo limitado, que el primer camino decisivo tiene más peso entre jóvenes que entre mayores. Lo contrario sucede respecto al segundo camino.

Figura 2. Modelo de decisión de frecuentación para jóvenes y mayores (coeficientes de mayores entre paréntesis)



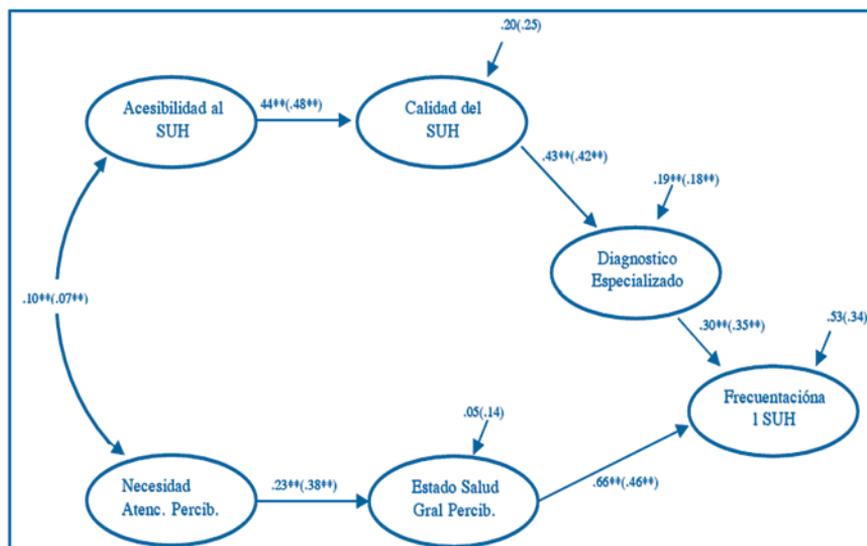
El sexo

En la Tabla 88 se pueden observar los parámetros estimados del modelo si aceptamos la variación entre grupos con base en el sexo de los usuarios, en términos de incrementos sobre el valor de ajuste Chi-cuadrado (CMIN) y la probabilidad de que esta se produzca (p). En relación con los valores p, éstos equivalen a la diferencia significativa entre aceptar que existe varianza entre grupos ($p < 0,05$) o invarianza ($p > 0,05$).

Modelo	χ^2	DF	P	χ^2/DF	CFI	RMSEA	ECVI
Unconstrained	501,306	196	0,000	2,558	0,897	0,039	0,703
Modelo	χ^2	DF	P	χ^2/DF	CFI	RMSEA	ECVI
Measurement weights	10	14,545	0,150	2,440	0,896	0,038	0,697
Structural weights	31	74,662	0,000	2,666	0,882	0,039	0,715
Structural covariances	34	76,389	0,000	2,637	0,883	0,038	0,711

El modelo (Figura 3) muestra que la predicción de la varianza de la frecuentación es mayor para hombres (53%) que para mujeres (34%). Las diferencias entre los dos sexos aparecen en los procesos decisivos vinculados a las percepciones sobre la salud del usuario. La necesidad de atención percibida tiene una mayor influencia en las percepciones sobre el estado de salud general en mujeres (38%) que en hombres (23%). Sin embargo, esta percepción sobre el estado de salud general tiene más fuerza predictora sobre la frecuentación en hombres (66%) que en mujeres (46%). En general, podemos afirmar que en el caso de los hombres es una mala percepción del estado general de salud el que promueve una mayor asistencia a los SUH. A su vez, esta percepción es menos dependiente de las percepciones sobre el caso agudo que para las mujeres.

Figura 3. Modelo de decisión de frecuentación para hombres y mujeres (coeficientes de mujeres entre paréntesis)

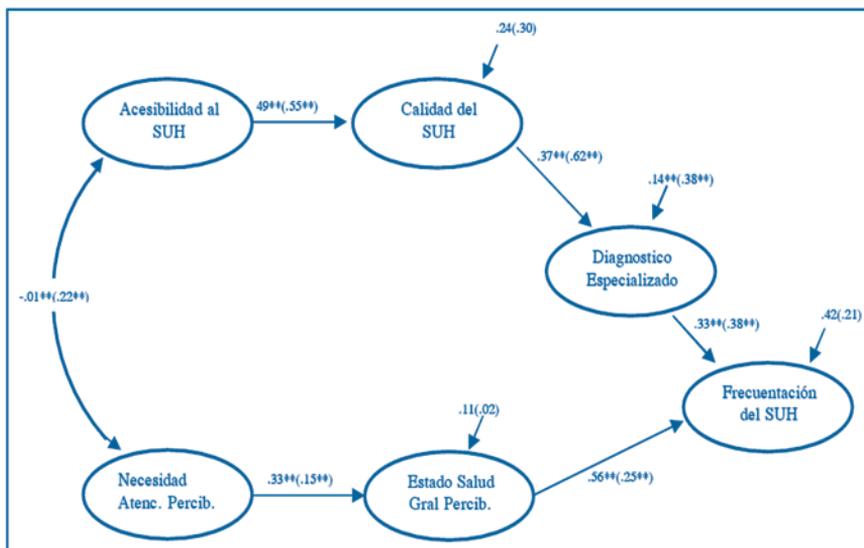


El nivel de ingresos y ocupación

En la Tabla 89 se pueden observar los parámetros estimados del modelo si aceptamos la variación entre grupos con base en el nivel de ingresos de los usuarios (bajos/altos), en términos de incrementos sobre el valor de ajuste Chi-cuadrado (CMIN) y la probabilidad de que esta se produzca (p). En relación con los valores p, éstos equivalen a la diferencia significativa entre aceptar que existe varianza entre grupos ($p < 0,05$) o invarianza ($p > 0,05$).

Tabla 89. Parámetros estimados del modelo de ecuaciones estructurales multigrupo (ingresos)							
Modelo	χ^2	DF	P	χ^2/DF	CFI	RMSEA	ECVI
Measurement weights	493,577	206	0,000	2,396	0,853	0,047	1,098
Modelo	$\Delta\chi^2$	ΔDF	P	χ^2/DF	CFI	RMSEA	ECVI
Structural weights	68,458	21	0,000	2,476	0,829	0,048	1,140
Structural covariances	70,351	24	0,000	2,452	0,829	0,048	1,134

Figura 4. Modelo de decisión de frecuentación para ingresos bajos y altos (coeficientes de ingresos altos entre paréntesis)



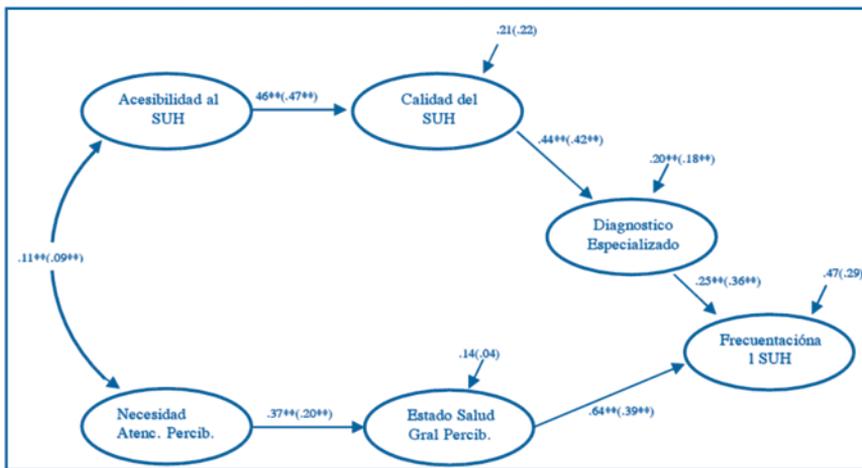
El modelo predice mejor la varianza en la frecuentación de los usuarios de ingresos bajos (42%) que altos (21%). Respecto al modelo general, se puede observar que el camino decisorio vinculado a las percepciones sobre el estado de salud, puntual o general, presenta coeficientes de predicción mayores para los usuarios de bajos ingresos. En cambio, en el camino vinculado a las percepciones sobre los SUH todos los coeficientes de predicción afectan más en el grupo de ingresos altos. En términos generales, podemos afirmar que los usuarios de altos ingresos basan su conducta de frecuentación en sus altas valoraciones de la calidad y servicio prestados por los SUH. En cambio, las personas con ingresos bajos basan su decisión de acudir al SUH mayoritariamente sobre sus percepciones de su mal estado de salud puntual y general.

Resultados similares se obtienen cuando la variable de contraste es el tipo de ocupación del usuario (ver Tabla 90 y Figura 5). En este caso la decisión de frecuentación basada en las percepciones sobre los estados de salud es más relevante en el caso de las personas desempleadas o con una actividad fundamentalmente doméstica. Aunque las diferencias no son tan marcadas como en el caso de los ingresos, los usuarios con actividad laboral que se desarrolla fuera del hogar tienden a basar su decisión de frecuentación en mayor medida sobre aspectos relacionados con sus percepciones sobre la buena calidad de los SUH.

Tabla 90. Parámetros estimados del modelo de ecuaciones estructurales multigrupo (ocupación)

Modelo	X ²	DF	P	X ² /DF	CFI	RMSEA	ECVI
Unconstrained	483,802	196	0,000	2,468	0,901	0,038	0,686
Modelo	ΔX ²	ΔDF	P	X ² /DF	CFI	RMSEA	ECVI
Measurement weights	18,746	10	0,044	2,440	0,898	0,038	0,685
Structural weights	121,289	31	0,000	2,666	0,871	0,040	0,744
Structural covariances	122,633	34	0,000	2,637	0,869	0,040	0,740

Figura 5. Modelo de decisión de frecuentación para desempleados y empleados (coeficientes de empleados entre paréntesis)



La distancia al SUH y el tipo de población

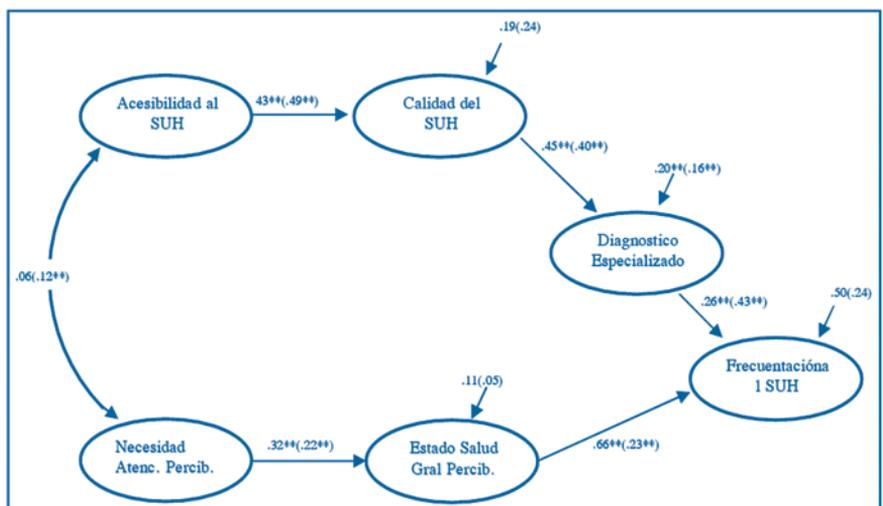
En la Tabla 91 se pueden observar los parámetros estimados del modelo si aceptamos la variación entre grupos con base en la distancia al SUH de los usuarios (cerca/lejos), en términos de incrementos sobre el valor de ajuste Ji-Cuadrado (CMIN) y la probabilidad de que esta se produzca (p). En relación con los valores p, éstos equivalen a la diferencia significativa entre aceptar que existe varianza entre grupos ($p < 0,05$) o invarianza ($p > 0,05$). El modelo predice mejor la varianza en la frecuentación de los usuarios con el domicilio próximo al SUH (50%) que alejados (24%). Respecto al modelo general, se puede observar que el camino decisivo vinculado a las percepciones sobre el estado de salud, puntual o general, presenta coeficientes de predicción mayores para los usuarios que viven a una distancia menor del SUH. En cambio, en el camino vinculado a las percepciones sobre los SUH, todos los coeficientes de predicción afectan más en el grupo

de usuarios que viven a una mayor distancia del SUH. En términos generales, podemos afirmar que los usuarios con domicilio alejados del SUH basan su conducta de frecuentación en sus altas valoraciones de la calidad y servicio prestados por los SUH. En cambio, las personas con domicilios próximos basan su decisión de acudir al SUH mayoritariamente sobre sus percepciones de su mal estado de salud puntual y general.

Tabla 91. Parámetros estimados del modelo de ecuaciones estructurales multigrupo (distancia)

Modelo	X ²	DF	P	X ² /DF	CFI	RMSEA	ECVI
Unconstrained	546,827	196	0,000	2,790	0,884	0,042	0,749
Modelo	ΔX ²	ΔDF	P	X ² /DF	CFI	RMSEA	ECVI
Measurement weights	23,396	10	0,009	2,440	0,879	0,042	0,753
Structural weights	64,956	31	0,000	2,666	0,873	0,041	0,752
Structural covariances	73,984	34	0,000	2,637	0,871	0,041	0,755

Figura 6. Modelo de decisión de frecuentación para SUH próximos y alejados del domicilio del usuario (coeficientes de lejanos entre paréntesis)



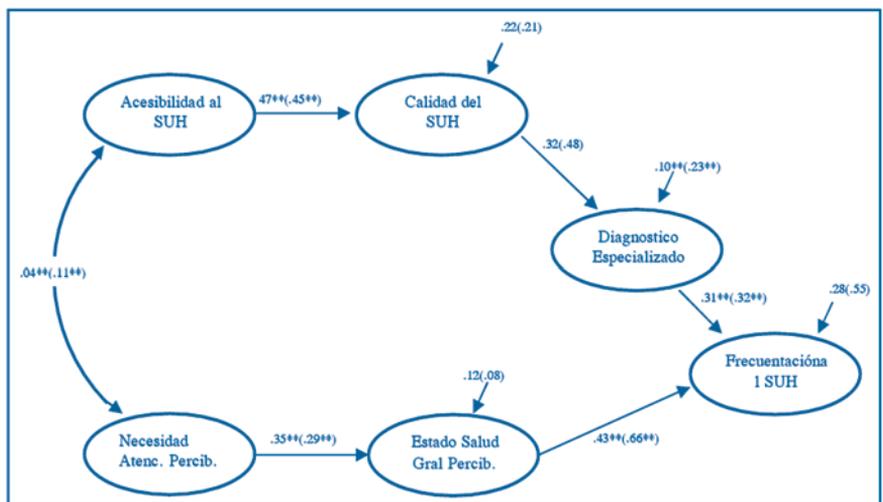
Un cuadro similar obtenemos cuando la variable de contraste es el tipo de población donde residen, rural o urbana (ver Tabla 92 y Figura 7). En este caso la decisión de frecuentación basada en las percepciones sobre los estados de salud es más relevante en el caso de las personas que viven en zonas urbanas. Aunque las diferencias no son tan marcadas como en el caso de la

distancia al SUH, los usuarios de zonas rurales tienden a basar su decisión de frecuentación en mayor medida sobre aspectos relacionados con sus percepciones sobre la buena calidad de los SUH.

Tabla 92. Parámetros estimados del modelo de ecuaciones estructurales multigrupo (población)

Modelo	χ^2	DF	P	χ^2/DF	CFI	RMSEA	ECVI
Unconstrained	524,354	196	0,000	2,675	0,889	0,041	0,729
Modelo	$\Delta\chi^2$	ΔDF	P	χ^2/DF	CFI	RMSEA	ECVI
Measurement weights	17,772	10	0,009	2,440	0,887	0,041	0,727
Structural weights	107,182	31	0,000	2,666	0,864	0,042	0,773
Structural covariances	115,802	34	0,000	2,637	0,862	0,042	0,776

Figura 7. Modelo de decisión de frecuentación para zonas rurales y urbanas (coeficientes urbanos entre paréntesis)



Conclusiones

Los datos presentados en este informe son muy amplios y diversos. Cada uno de ellos posee un gran valor informativo por lo que este apartado de conclusiones debe entenderse en términos de resumen, no de los datos directos de los cuestionarios, sino de las aportaciones que hacen sobre los mismos las técnicas de reducción de datos empleadas. Considerando lo anterior, varias son las aportaciones novedosas de este trabajo.

En primer lugar, **se han identificado tipologías de usuarios** de los servicios hospitalarios en particular, y del sistema de salud en general, cuyo conocimiento puede resultar de gran interés a la hora de planificar políticas destinadas a optimizar el uso de los SUH. Estas tipologías de usuarios, cuatro en total, van desde aquellos usuarios que acuden de modo muy puntual, hasta los usuarios de altísima frecuentación. Podemos considerar que los usuarios que acuden puntualmente o de modo esporádico, en principio, están realizando un uso apropiado o prudente de los SUH. Este tipo de usuarios supone aproximadamente el 75% del total. No podemos afirmar por tanto que una mayoría de ciudadanos hace un uso poco responsable de los recursos de urgencia hospitalarios. Ahora bien, el 25% restante son usuarios con una alta frecuentación, y el 5% de estos presenta una altísima frecuentación. La alta frecuentación hace referencia a un número de visitas que puede oscilar entre dos y tres al mes, mientras que la altísima frecuentación implica un uso de los SUH de varias veces por semana.

Estos datos merecen una reflexión sobre la saturación de los SUH. Téngase en cuenta que el 5% de los usuarios (altísima frecuentación) puede llegar a acudir a un SUH entre 30 y 70 veces al año. Estos usuarios son pocos en términos poblacionales, pero muchos en términos de actos médicos en los SUH. Si a este 5% le añadimos el 20% de los usuarios con alta frecuentación a los SUH (entre 12 y 30 visitas anuales a un SUH), las tasas de uso de los SUH se incrementan enormemente. Existe pues una tipología de usuarios no mayoritaria (25%), pero que genera un altísimo grado de uso, en la mayoría de los casos probablemente inapropiado, de los SUH.

Pero es necesario efectuar una aclaración más. Estas elevadas tasas de frecuentación de los SUH no se producen a costa del uso de los SAP. Es decir, que **los sujetos con elevada frecuentación de los SUH también son grandes frecuentadores de los SAP**. La imagen que se nos dibuja no es la de una población que prefiere recurrir a los SUH frente a los SAP. Los usuarios que hacen un uso poco frecuente de los SUH también visitan con escasa frecuencia los SAP. Y, simultáneamente, los grandes frecuentadores de los SUH también lo son de los SAP.

Estos altos frecuentadores no se distribuyen por igual según las distintas variables personales y familiares. Es posible dibujar un perfil típico (que no exclusivo) de los altos frecuentadores. Se trata de **personas mayores de 50 años y fundamentalmente mayores de 65, jubilados o amos/as de casa. Suelen tener un nivel de estudios y de ingresos inferiores a la media. Además, el motivo de salud por el que visitan tanto SUH como SAP suele perdurar en el tiempo**, esto es, suelen acudir siempre por un mismo problema de salud que se mantiene en el tiempo.

Por el contrario, y de modo no sorprendente, los usuarios con un uso muy esporádico y puntual de los SUH son jóvenes, estudiantes y con niveles de estudios superiores a la media. Resulta significativo que la inmensa mayoría de los inmigrantes, independientemente de su procedencia, se ubiquen en esta tipología.

Los usuarios fueron clasificados también en función del grado de conocimiento del sistema de salud pública. Se exploró este conocimiento tratando de establecer si la alta frecuentación de los SUH se podría relacionar con una información insuficiente sobre el funcionamiento de los SAP. Ningún dato de los obtenidos permite mantener esta suposición. En general, los usuarios tienen un grado apropiado de conocimiento del funcionamiento de los SAP. Este conocimiento se deriva de su uso cotidiano, de tal modo que los grandes frecuentadores, tanto de los SUH como de los SAP, cuentan con un grado de conocimiento del sistema elevado o muy elevado. Curiosamente, los usuarios con baja frecuentación son los que menor conocimiento del sistema de salud manifiestan. Este dato debe interpretarse en términos de que este conocimiento, como decíamos anteriormente, se fundamenta sobre las prácticas cotidianas más que sobre campañas informativas de la administración sanitaria.

En segundo lugar, se procedió a la identificación de los **motivos** que llevan a los usuarios a acudir a los SUH. Los análisis efectuados muestran que la motivación de uso está ligada a la **alta valoración por parte de los usuarios de la calidad de los SUH**, calidad que está vinculada a unos elevados niveles de confianza en los tratamientos y diagnósticos elaborados en los SUH. De modo complementario está la **facilidad que aportan los SUH para que el usuario pueda acceder a los recursos de la medicina especializada** que, de otro modo (a través de la derivación por parte de los SAP) es más lenta y dificultosa. Además, como factor que motiva el uso, se encuentra una **necesidad atencional percibida** por los usuarios. Este factor motivante posiblemente está asociado a los usuarios con alta frecuentación que perciben la necesidad de ser atendidos de sus problemas de salud por personal especializado. Finalmente, el factor con menos peso de los identificados, se liga a la **comodidad de uso del sistema**, esto es, a la facilidad para asistir al mismo en cualquier momento y por cualquier problema de salud.

Es importante señalar que, aunque tenga un valor explicativo inferior a los citados anteriormente, es de considerar cómo la propia definición de prestación de servicios de los SUH actúa como “factor atrayente” hacia los usuarios.

Finalmente, este estudio procedió a la **identificación de un modelo que permitiese explicar las conductas de frecuentación** de los usuarios a los SUH, aportando un cambio de estrategia en el estudio del uso que los ciudadanos hacen de los SUH. Existe una amplia literatura científica que ha mostrado cuales son los factores asociados a un uso inapropiado de los SUH. El criterio de la propiedad o no de una visita a un SUH siempre se ha basado en criterios médicos y, de este modo se consideraba que, desde el punto de vista clínico, una persona con un episodio agudo hacía un uso apropiado de los SUH si el caso requería de un diagnóstico y/o tratamiento especializado. Esta perspectiva de estudio deja fuera de foco el caso de la excesiva frecuentación que ciertos pacientes realizan al SUH, independientemente de la relevancia clínica del motivo de asistencia. Como hemos mostrado en este estudio, un porcentaje relativamente pequeño de hiperfrecuentadores y algo más elevado de altos frecuentadores, pueden jugar un papel muy importante en la actual saturación de los SUH. La cuestión que se planteaba era ¿qué motiva a los usuarios a acudir con frecuencia a los SUH? Los modelos estructurales desarrollados han mostrado que la decisión de los usuarios de acudir a los SUH se basa en **dos grandes factores. Por un lado, está la alta accesibilidad y facilidad de uso de los SUH asociada a una gran calidad y especialización percibida por los usuarios.** Los usuarios tienden a incrementar su frecuentación porque se pone a su disposición y con un fácil acceso unas instalaciones muy bien valoradas respecto de los SAP. Sin embargo, este no es el único factor: **el modo en que los usuarios perciben su estado de salud es un factor de mayor relevancia que el anterior.** En este caso es la urgencia y gravedad percibida del episodio agudo la que inicia el proceso decisorio sobre si acudir o no al SUH, si bien lo inicia pero no lo determina. De hecho, estas percepciones sobre el episodio agudo no se relacionan directamente con la frecuentación del SUH. Una variable moderadora se ha mostrado muy relevante en los estudios estructurales: la percepción sobre el estado de (mala) salud del usuario. Si el usuario sufre un episodio agudo y éste ha desarrollado una percepción (justificada o no) de que cuenta con una mala salud la frecuentación a los SUH se ve incrementada.

Este esquema de razonamiento de carácter general se ve matizado cuando se considera el papel que juegan otras variables de orden psicosocial o de hábitat en el proceso decisorio. Lo más relevante a este respecto es que la distancia del domicilio al SUH, el tipo de ocupación, el nivel de ingresos, la edad y, en menor medida, el sexo, juegan un papel relevante en

estos procesos decisorios. Es muy relevante que cuando el usuario vive próximo al centro de salud lo que más pesa en la decisión de acudir al SUH es su percepción sobre su estado de salud más allá que valore a los SUH como servicios de alta calidad. En cambio, los usuarios que tienen que desplazarse una gran distancia toman la decisión de acudir al SUH más sobre la base de su valoración de la calidad de los diagnósticos y tratamientos y de los recursos tecnológicos a los que pueden acceder en los SUH. Esto no significa que las percepciones sobre el propio estado de salud dejen de jugar un papel relevante, sino que su influencia se ve matizada. Un patrón muy similar encontramos para las personas desocupadas respecto de las ocupadas, para los de bajos ingresos respecto de los de altos ingresos, y en menor medida de los mayores respecto de los jóvenes.

Finamente cabe reflexionar sobre el hecho de que los SUH son percibidos por los usuarios como servicios de alta calidad y eficiencia en el tratamiento de sus problemas de salud, lo que parece actuar como factor atrayente. Pero más allá de este dato, no hay que olvidar que, según los datos, un porcentaje pequeño, aunque estimable, de usuarios acude de modo sistemático a los SUH en busca de un tipo de atención, que a juicio de los autores de este informe, posiblemente podría ser prestado en otro tipo de servicios.

Referencias

Andersen NA. & Gaudry PL. (1984). Patients attending an accident and emergency department for primary medical care. *Family Practice*, 1(2):79-85.

Andersen R. & Newman JF. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Millbank Memorial Fund Quarterly*, 1973; 51:95-124.

Arbuckle, J.L. & Wothke, W. (1995-1999). *AMOS 4.0 user's guide*. Chicago, IL: Smallwaters Corporation.

Baker DW., Stevens CD., & Brook RH. (1991). Patients who leave a public hospital emergency department without being seen by a physician. Causes and consequences. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 266(8):1085-90.

Batista, J.M., & Coenders, G. (2000). *Modelos de Ecuaciones Estructurales*. Madrid: La Muralla.

Bentler, P. M. (1995). *EQS structural equations program manual*. Encino, CA: Multivariate Software.

Bianco A., Pileggi C., & Angelillo IF. (2003). Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. *Public Health*, 117(4):250-5.

Byrne B. (2001). Structural Equation Modeling With AMOS, EQS, and LISREL: Comparative Approaches to Testing for the Factorial Validity of a Measuring Instrument. *International Journal of Testing*, 1, 55-86.

Carret ML., Fassa AG., & Kawachi I. (2007). Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Services Research*, 7:131.

Curran, P.J., West, S.G., & Finch, J.F. (1996). The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological Methods*, 1, 16-29.

Grumbach K. Keane D. Bindman A. (1993). Primary care and public emergency department overcrowding. [see comment]. *American Journal of Public Health*, 83(3):372-8.

Hansagi H., Carlsson B., Olsson M., & Edhag O. (1987). Trial of a method of reducing inappropriate demands on a hospital emergency department. *Public Health*, 101(2):99-105.

Hu, L., & Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equations Modeling*, 6, 1-55.

Lang T., Davido A., Diakite B., Agay E., Viel JF., & Flicoteaux B. (1996). Non-urgent care in the hospital medical emergency department in France: how much and which health needs does it reflect? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 50(4):456-62.

Lowe RA. & Bindman AB. (1997). Judging who needs emergency department care: a prerequisite for policy-making. *American Journal of Emergency Medicine*, 15(2):133-6.

Oterino D., Peiró S., Calvo R., Sutil P., Fernández O., Pérez G., Torre P., López MA., Sempere T. (1999). Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. *Gaceta Sanitaria*; 13:361-70.

Sánchez López, J. y Bueno Cavanillas, A. (2005). Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias*, 17:138-44.

Sempere Selva T. (1999). Utilización inadecuada de las urgencias hospitalarias. Tesis Doctoral. Elche: Universidad Miguel Hernández.

Sempere-Selva T., Peiró S., Sendra-Pina P., Martínez-Espín C., & López-Aguilera I. (2001). Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, associated factors, and reasons-an approach with explicit criteria. *Annals of Emergency Medicine*, 37(6):568-79.

Visauta, B. 1998. Análisis estadístico con SPSS para Windows. *Estadística Multivariante*. Madrid: McGraw Hill.

Anexo 1. Cuestionario sobre factores socioeconómicos y sanitarios que influyen en el aumento progresivo de la frecuentación de las urgencias hospitalarias

ID.int Name or ID of interviewer
ervie
wer

CUESTIONARIO DE USO DEL SUH

Bloque 0. Datos Generales

1. Nombre del hospital

2. Nivel del hospital
 Nivel 4
 Nivel 3
 Nivel 2
 Nivel 1

3. Localización

4. Rango semanal
 Domingo/Lunes
 Martes/Jueves
 Viernes/Sábado

5. Tramo horario
 0h - 8h
 8h - 15h
 15h - 24h

Bloque 0. Datos Sociodemográficos

6. Sexo
 Hombre
 Mujer

7. ¿Qué edad tiene?

8. ¿Cuál es su nacionalidad?
- Española
 - Comunitaria
 - Latino-Americana
 - Europea Extra-comunitaria
 - Magrebí
 - Subsahariana
 - Otros
9. ¿Qué estudios ha realizado?
- Sin estudios
 - Estudios Primarios
 - Estudios Secundarios/Formación Profesional
 - Estudios Universitarios
 - Otros estudios superiores
10. ¿Cuántas personas viven con usted en su domicilio?
-
11. ¿Con quién convive en el domicilio?
- Sólo
 - Pareja
 - Pareja e hijo/as
 - Familia extensa
 - Otros
12. ¿Qué situación laboral tiene en estos momentos?
- Estudiante
 - Amo/a de casa
 - Desempleado
 - Empleado por cuenta ajena
 - Empleado por cuenta propia
 - Jubilado
 - Otros
13. ¿Cuál es su nivel de ingresos mensuales?
- Menos de 500€ al mes
 - Entre 500 y 1000€ al mes
 - Entre 1500 y 2000€ mes
 - Entre 2000 y 2500€ mes
 - Más de 2500€ mes

14. ¿Dispone de seguro privado?

- Sí
- No
- NS/NC

Bloque 2. Hábitat

15. ¿Cuántos habitantes tiene aproximadamente la población donde vive?

- Menos de 5.000 habitantes
- Entre 5 000 y 20000 habitantes
- Entre 20 000 y 100 000 habitantes
- Más de 100 000 habitantes

16. ¿Cuál es la distancia aproximada desde su domicilio a este servicio de urgencias?

- Menos de 2 Km.
- Entre 2 Km y 10 Km
- Entre 10 Km y 20 Km
- Más de 20 Km
- NS/NC

17. ¿Hay en su zona otro servicio de urgencias aparte de este en el que se encuentra?

- Sí
- No
- NS/NC

Bloque 3. Uso del Servicio de Urgencias Hospitalaria

18. ¿Por qué medio llegó al servicio de urgencias hospitalarias?

- Vehículo particular
- Transporte público
- Ambulancia
- Otros

19. ¿Cuánto tiempo estuvo esperando desde que apareció el problema hasta que decidió venir a este servicio de urgencias?

- Menos de 6 horas
- 1 Día
- Varios días
- 1 Semana
- Más de 1 semana
- NS/NC

20. ¿Con qué frecuencia acude a su centro de atención primaria?
- Varias veces a la semana
 - 1 vez a la semana
 - 1 vez al mes
 - Varias veces al año
 - Esporádicamente
21. Acude a su centro de Atención Primaria
- Casi siempre por el mismo o parecido problema
 - Por problemas diferentes
 - NS/NC
22. ¿Con qué frecuencia suele acudir a este u otro servicio de urgencias hospitalaria?
- Varias veces a la semana
 - 1 vez a la semana
 - 1 vez al mes
 - Varias veces al año
 - Esporádicamente
23. Acude a este centro de Urgencias Hospitalaria
- Casi siempre por el mismo o parecido problema
 - Por problemas diferentes
 - NS/NC
24. ¿Cuánto tiempo hace desde que estuvo la última vez en un servicio de urgencias?
- 1 día o menos
 - Varios días
 - 1 semana
 - Varias semanas
 - 1 Mes
 - Varios meses
 - 1 año
 - Varios años
 - NS/NC
25. Antes de venir aquí, ¿acudió a su médico de cabecera?
- Sí
 - No
 - NS/NC
26. ¿Quién lo ha derivado a este servicio de urgencias?
- He venido por iniciativa propia
 - Mi médico de cabecera
 - Otro facultativo

27. El motivo por el que ha venido a este servicio de urgencias es:

- Un problema puntual (dolencia aguda)
- Un problema que arrastra desde hace tiempo (dolencia crónica)

Bloque 3. Conocimiento del sistema de Atención Sanitaria

28. ¿Conoce a su médico de cabecera?

- Sí
- No

29. ¿Desde cuanto tiempo tien el mismo médico de cabecera?

- Desde menos de 6 meses
- Desde hace 1 año
- Desde hace varios años
- No lo sabe
- No contesta

30. ¿Hay servicio de urgencia en su centro de salud o en otro centro de salud próximo?

- Sí
- No

31. ¿Sabe cual es el servicio de urgencias más proximo a su domicilio?

- Sí
- No

32. ¿Conoce cual es el teléfono de urgencia?

- Sí
- No

Bloque 4. Percepciones

33. Usted ha recurrido a este servicio de urgencias hospitalaria (elección múltiple)

- Por motivo de salud grave
- Porque es el único momento en que puedo asistir al médico
- Porque mi SAP esta cerrado
- Porque no me atienden en mi SAP (Horario, cita,...)
- Porque no se a qué otro sevicio pudeo asistir
- Porque deseo obtener una segunda opinión médica
- Por la necesidad de obtener un justificante de mi enfermedad de modo rápido
- Otros

34.	¿Cómo valoraría la urgencia del motivo por el que ha venido a este servicio si 1 es poco urgente y 5 es muy urgente?	1	2	3	4	5
	Urgencia	<input type="radio"/>				
35.	¿Cómo valoraría la gravedad del motivo por el que ha venido a este servicio si 1 es leve o de poca importancia y 5 es muy grave?	1	2	3	4	5
	Gravedad	<input type="radio"/>				
36.	¿Cómo calificaría su estado de salud en el último año si 1 es muy malo y 5 es muy bueno?	1	2	3	4	5
	Salud	<input type="radio"/>				
37.	Ahor a le voy a leer unas frases y quiero que me diga su nivel de acuerdo con las mismas siendo 1 "Totalmente de acuerdo" y 5 "Totalmente en desacuerdo"	1	2	3	4	5
	Me es más fácil que me atiendan en el SUH que en mi Centro de Salud	<input type="radio"/>				
	En el SUH tengo que esperar menos tiempo para ser atendido que en mi Centro de Salud	<input type="radio"/>				
	Es más fácil que me vea el especialista si vengo al SUH que si se pide la cita a través del Centro de Salud	<input type="radio"/>				
	Los análisis y pruebas diagnósticas me las hacen más rápidamente si me las mandan desde el SUH que si lo hacen desde mi Centro de Salud	<input type="radio"/>				
	Los horarios para que te vea el médico son mejores en el SUH que en mi Centro de Salud	<input type="radio"/>				
	Eficacia	<input type="radio"/>				
	Los profesionales que me atienden en el SUH están mejor cualificados que los profesionales de mi Centro de Salud	<input type="radio"/>				
	En general, el SUH tiene más calidad que mi Centro de Salud	<input type="radio"/>				
	Los recursos tecnológicos que hay en el SUH son más y mejores que los que hay en mi Centro de Salud	<input type="radio"/>				
	La atención del personal es mejor en el SUH que en mi Centro de Salud	<input type="radio"/>				
	El diagnóstico y tratamiento que me hacen en el SUH me da más confianza que el que me hacen en mi Centro de Salud	<input type="radio"/>				
	Cuando voy al SUH tengo la posibilidad de resolver mi problema en una sola cita, cosa que no me pasa en mi Centro de Salud	<input type="radio"/>				

38. Ahor a le voy a pedir que me diga por orden de importancia los 5 factores que le llevan a preferir venir al SUH en lugar de a su centro de salud

Facilidad de acceso al servicio

Facilidad de acceso al especialista

Facilidad para la realización de pruebas diagnósticas

Disponibilidad horaria

Calidad de los profesionales

Calidad del servicio

Recursos tecnológicos

Atención del personal

Confianza en el diagnóstico y tratamiento

Posibilidad de resolver el problema en una sola cita



9 788496 990661

Precio: 10 €