

**UNIVERSIDAD DE OVIEDO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

DETERMINANTES DE LA SALUD QUE
CONDICIONAN EL USO DE UN SERVICIO DE
URGENCIAS HOSPITALARIO. ESTUDIO DE CASOS
Y CONTROLES.

Maria Belén Álvarez Álvarez

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que de una manera u otra han hecho posible la realización de este trabajo. Muy especialmente a:

A mis directores de tesis por su apoyo en la elaboración del proyecto:

Al Dr. Antonio Cueto Espinar, quien ha sido el impulsor de la realización de esta Tesis Doctoral, que ha creído en las posibilidades del mismo desde un principio y me ayudó a dar los pasos hasta convertirlo en realidad.

A la Dra. Olivo del Valle que tanto interés y tiempo ha invertido en este proyecto; sus consejos, comentarios y sugerencias, han sido imprescindibles para ver culminada esta investigación.

Al Dr. Jesús Vicente García González, técnico de Salud Pública del Área V, por su inestimable ayuda en el análisis y tratamiento estadístico de los resultados, y por haberme facilitado en todo momento la ayuda necesaria para la interpretación de los mismos.

Al Dr. Juan Gorostidi Pérez por su estímulo y ayuda en todo el largo tiempo que duró este proyecto, el me ha regalado su tiempo, me ha dado animo y ha aguantado pacientemente mis días de mal humor; además de animarme a continuar el trabajo en ocasiones en que no creía poder acabarlo. Además ha contribuido en la elaboración de este trabajo con su lectura crítica y sus acertados consejos, sin él no habría sido posible la realización de esta investigación.

A mi padre, que me ha ayudado en la recogida de la bibliografía y apoyándome en todo momento.

A mis compañeros de urgencias, en especial a la Dra. Otilia Rodríguez Maroto, por su amistad y estímulo. Ellos, más que nadie, saben lo difícil de emprender cada día la tarea de investigación tras la agotadora jornada en urgencias.

Al personal de la Biblioteca del Hospital de Cabueñes, por su colaboración desinteresada en la recogida de la documentación bibliográfica.

A todos y cada uno de los pacientes y acompañantes de enfermos ingresados, que durante su asistencia en urgencias o durante su estancia en el hospital, y a pesar de la situación emocional que esto conlleva, han accedido a dedicar unos momentos para responder a la encuesta.

Además de mi familia, mis amigos han reforzado mi esfuerzo con sus ánimos en los momentos difíciles.

*A Juantxo, a Juan, Irene y a Miguel, por todo el tiempo que les deje de dedicar
para lograr este proyecto.*

A mis padres.

ABREVIATURAS

I. INTRODUCCIÓN

I.1.Utilización de los Servicios de Urgencias.....	1
I.1.1. Referentes históricos de los Servicios de Urgencias en España	2
I.1.2. Factores relacionados con la utilización de los servicios sanitarios	4
I.1.3. Análisis de la Utilización del Servicio de Urgencias Hospitalario.....	5
I.1.3.a. Entorno Sanitario	6
I.1.3.b. Razones argumentadas por La población para acudir a los SUH	8
I.1.4. Utilización de los Servicios de Urgencias por los ancianos	10
I.1.4.a. Envejecimiento poblacional	10
I.1.4.b. Factores de vulnerabilidad de las personas mayores	11
I.1.4.c. Datos referentes a la utilización de los SUH por las personas mayores	12
I.1.5. Utilización de los Servicios de Urgencias por los inmigrantes	15
I.2. Determinantes del estado de salud. Calidad de vida	19
I.2.1. Nivel socioeconómico como determinante de la salud	20
I.2.1.a. Definición de nivel socioeconómico y de clase social	21
I.2.1.b. Teorías de clase social	22
I.2.1.c. Indicadores de clase social	23
I.2.1.d. Medición del nivel socioeconómico	25
I.2.2. Autopercepción del estado de salud como determinante de la salud	26
I.2.3. El componente físico y mental de la salud como determinante de la salud	29
I.2.3.a. El componente físico de la salud. Morbilidad	29
I.2.3.b. El componente mental de la salud. Deterioro cognitivo	33
I.2.4. Capacidad Funcional	36
I.2.4.a. Autonomía, dependencia, capacidad funcional.....	36
I.2.4.b. Escalas de capacidad física	37
I.2.4.c. Factores sociodemográficos relacionados con la capacidad funcional	39
I.2.5. Función psicológica como determinante de la salud	42
I.2.5.a. Definición de trastorno mental	44
I.2.5.b. Escalas de medición del trastorno mental	46
I.2.5.c. Factores sociodemográficos asociados a la salud mental	48
I.2.6. Función social como determinante de la salud	49

I.2.6.a. Red social	50
I.2.6.b. Cuestionarios y escalas de medición del apoyo social	52
I. 2.6.c. Factores relacionados con la función social	53
II. JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	
II.1. Justificación e Hipótesis	57
II.2. Objetivos	59
II.2.1. Objetivo General.....	59
II.2.2 .Objetivos Específicos.....	59
III. SUJETOS Y METODO	
III.1. Tipo de Estudio	61
III.2. Población a estudio.....	61
III.3. Instrumento de medida: Cuestionario	67
III.4. Variables incluidas en el estudio.....	68
III.4.1. Variables propias de la encuesta.....	68
III.4.2. Variables demográficas.....	68
III.4.3. Variables sanitarias.....	69
III.4.3.a. Cobertura sanitaria.....	69
III.4.3.b. Utilización de servicios sanitarios.....	71
III.4.3.c. Razones argumentadas por la población para acudir al SUH	72
III.4.3.d. Diagnóstico de las patologías atendidas en el SUH	76
III.4.3.e. Destino de los encuestados tras el alta del SUH.....	77
III.4.4. Variables relacionadas con el Estado de Salud	77
III.4.4.a. Nivel socioeconómico.....	77
III.4.4.b. Autopercepción de la salud.....	80
III.4.4.c. Consumo de medicamentos.....	81
III.4.4.d. Incapacidad	82
III.4.4.e. Salud mental	84
III.4.4.f. Situación social y familiar	87
III.5. Análisis Estadístico	91
IV. RESULTADOS	
IV.1. Resultados relacionados con la recogida de los datos	95
IV.2. Características demográficas de la población a estudio	97
IV.2.1. . Edad y sexo	97
IV.2.2. . Estado civil	99

IV.2.3. . Nacionalidad de los encuestados	99
IV.3. Datos sanitarios	101
IV.3.1. Cobertura sanitaria	101
IV.3.2. Utilización de Servicios Sanitarios	104
IV.3.3. Razones argumentadas por la población a estudio para acudir al SUH.	105
IV.3.4. Patologías de la población a estudio atendidas en el SUH	108
IV.3.5. Destino de la población a estudio tras ser alta del SUH.....	110
IV.4. El estado de salud de la población a estudio	111
IV.4.1. Nivel socioeconómico	111
IV.4.1.a. Situación laboral	111
IV.4.1.b. Ocupación laboral.....	112
IV.4.2. Autopercepción del estado de salud	114
IV.4.3. Consumo de medicamentos	117
IV.4.4. Incapacidad física y psíquica	120
IV.4.4.a. Incapacidad física	120
IV.4.4.b. Incapacidad psíquica	122
IV.4.5. Salud mental	124
IV.4.5. a. Escala de ansiedad	126
IV.4.5. b. Escala de depresión	129
IV.4.6. Situación social y familiar	131
IV.4.6.a. Relación de convivencia	131
IV.4.6.b. Relaciones y contactos sociales	133
IV.4.6.c. Apoyo de la red social	135
IV.4.6.d. Apoyo familiar	137
IV.5. Resultados del análisis multivariante	140
V. DISCUSIÓN	145
V.1. Recogida de la información	147
V.2. Características demográficas	149
V.2.1. . Edad y sexo	149
V.2.2. . Estado civil	151
V.2.3. . Nacionalidad	151
V.3. Datos sanitarios	155
V.3.1. Cobertura sanitaria	155
V.3.2. Utilización de los Servicios Sanitarios	157
V.3.3. Razones argumentadas por la población a estudio para acudir al SUH	158

V.3.4. Patologías de la población a estudio atendidas en el SUH	161
V.3.5. Destino de la población a estudio tras ser alta del SUH	162
V.4. El estado de salud de la población a estudio	163
V.4.1. Nivel socioeconómico	163
V.4.1.a. Situación laboral	164
V.4.1.b. Ocupación laboral.....	165
V.4.2. Autopercepción del estado de salud	170
V.4.3. Consumo de medicamentos	173
V.4.4. Incapacidad física y psíquica	177
V.4.4.a. Incapacidad física	177
V.4.4.b. Incapacidad psíquica	181
V.4.5. Salud mental	183
V.4.6. Situación social y familiar	187
V.4.6.a. Convivencia	188
V.4.6.b. Relaciones y contactos sociales	189
IV.4.6.c. Apoyo de la red social	190
IV.4.6.d. Apoyo familiar	193
V.5. Posibles limitaciones del estudio	195
VI CONCLUSIONES	197
VII. BIBLIOGRAFIA	201
VIII. ANEXOS	247

ABREVIATURAS

SUH	Servicio de Urgencias Hospitalario
ENS	Encuesta Nacional de Salud
AP	Atención Primaria
NSE	Nivel Socioeconómico
CON-94	Clasificación Nacional de Ocupaciones
AES	Autopercepción del Estado de Salud
ABVD	Actividades Básicas de la Vida Diaria
ACP	Actividades Básicas de Cuidado Personal
AIVD	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
AMA	Actividades necesarias para el Mantenimiento del Ambiente
CIE-10	Décima Clasificación de las Enfermedades Mentales (OMS)
DSM-IV	Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría
EADG	Cuestionario de Goldberg
Apgar-F	Cuestionario APGAR familiar
n.s.	No significativo
N	Número total de la muestra
Des. tip.	Desviación típica
OR	Razón de ventajas o razón de disparidades
SS	Seguridad Social

I. INTRODUCCIÓN

I. INTROUCCIÓ

I.1. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS.

La medicina de Urgencias dentro de los hospitales se ha convertido en una práctica apasionante con unas características asistenciales determinadas: diagnóstico rápido y preciso con medios limitados, tratamiento sin demora de enfermedades urgentes graves e ingreso de pacientes.

Los servicios de urgencias son considerados por los usuarios como la puerta de la entrada al Sistema Sanitario más accesible. Esto es así, especialmente, cuando el problema por el que acude el paciente es percibido como importante o grave.

Los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) tienen un papel básico en la gestión de los recursos hospitalarios debido a que son el principal canal de acceso de los usuarios a la atención ofrecida por el hospital, con un porcentaje de ingresos efectuados por esta vía que, en el momento actual, rebasa el 50% del total de ingresos de un hospital (Encuesta Nacional de Salud 2003)¹. Cada decisión adoptada por los servicios de urgencia repercute con efectos multiplicadores sobre el resto de la actividad del hospital, influyendo en su gestión y organización.

Se puede decir que los SUH son los servicios más recientes dentro de los hospitales y los que en menor tiempo han tenido una aceptación mayor, extremo éste no siempre deseado².

Pero ¿qué servicio tiene mejor accesibilidad?, ¿qué servicio sanitario se conoce mejor que el de urgencias?, ¿es que, acaso, hace falta una cita previa o algo similar que permita organizar el trabajo?, ¿es que, quizás, se han creado expectativas en la población de que lo último y mejor es el hospital?

Como ha demostrado la experiencia, la solución a la demanda excesiva de estos SUH no parece estar en ese intentó tímido de educación sanitaria individual que se viene realizando desde los servicios de urgencias.

No parece descabellado pensar que, si el ciudadano quiere acudir a los servicios de urgencias de los hospitales, sean estos servicios los que busquen una solución rápida y eficaz y a buen precio a todos sus problemas³.

I.1.1. REFERENTES HISTÓRICOS DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS EN ESPAÑA .

La atención urgente en España ha pasado por diferentes fases a lo largo de su historia⁴⁻⁶ y se ha caracterizado por la dificultad en la organización de sus recursos. Esto se ha debido en parte a la diversidad de estructuras y actividades de las distintas entidades o administraciones de las que depende la gestión de la asistencia urgente.

A finales de los años 40 se contempló la atención urgente en España como una prestación sanitaria y, en 1952, el entonces Instituto Nacional de Previsión (INP) procedió a la ampliación de la cobertura asistencial extrahospitalaria durante 24 horas.

Con la Ley de Bases de la Sanidad Nacional se estableció un sistema público de asistencia, compartido entre el Estado y las Corporaciones Locales. Entre sus funciones figuraba la atención de las urgencias médicas en sus respectivos ámbitos territoriales, ya fuera a través de los hospitales provinciales, municipales, los centros maternos y geriátricos de urgencia, las casas de socorro, los puestos de socorro y los puestos sanitarios locales (APD) en el área rural.

El inicio, en 1964, del Servicio Especial de Urgencias (SEU) en Madrid y Barcelona constituyó un gran impulso a la medicina de Urgencias⁵.

En 1974, el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (Decreto 2065/1974) recogió la Medicina de Urgencias como parte de la asistencia médica y se estableció como un derecho asistencial la atención urgente, con carácter público y de cobertura universal, para toda la población⁶. Y es en los años ochenta, cuando diferentes profesionales realizaron verdaderos intentos pioneros de organización racional de la asistencia urgente.

El ya histórico “Informe del Defensor del Pueblo” de 1988 denunciando el estado de la asistencia médica urgente tanto en el medio hospitalario como extrahospitalario, representó el punto de partida para una nueva fase de la medicina de Urgencias en España. Como respuesta institucional a la situación reflejada en el informe, se publicó en 1988 el “Plan Director de Urgencia del Insalud 1988”. Este plan consistía, por una parte, en la necesidad de implicar en la asistencia urgente prehospitalaria a los equipos de Atención Primaria y por otra en el reconocimiento de la necesidad de dotar a las urgencias hospitalarias de una entidad organizativa propia, lo cual favoreció la implantación de dispositivos de asistencia extrahospitalarios y la remodelación de los SUH en diferentes puntos de la geografía española.

En la actualidad, debido a la estructura autonómica del Estado Español y a la transferencia de competencias derivada de la Ley General de Sanidad de 1986, parece existir una falta de decisión de modelos sanitarios. Esto ha dado lugar a que los servicios de urgencias, incluso dentro de una misma comunidad autónoma, se caractericen por su heterogeneidad, no sólo en cuanto a su infraestructura física, sino también con relación a la dotación de medios materiales y humanos, y a la organización y funcionamiento de los mismos.

Es evidente que los distintos servicios de salud hacen esfuerzos denodados por aportar soluciones. Así, en algunas comunidades autónomas, a partir del año 1990 se han puesto en marcha los denominados “Planes de Urgencias” para dar soluciones a los problemas que genera la demanda de la atención urgente y favorecer la coordinación entre los distintos niveles asistenciales.

Existen muchos estudios sobre la situación de la asistencia urgente y sus posibles soluciones, si bien la mayor parte de ellos realizan abordajes parciales. Destaca el realizado por Montero y colaboradores⁷⁻¹⁰ que, de forma global, pretendió conocer con exactitud las características de los SUH españoles, en relación con la infraestructura física y funcional, y en el que participaron 340 servicios de urgencias hospitalarios.

La Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) creyó necesario elaborar un estudio detallado, titulado “Urgencias Sanitarias en España: Situación actual y propuestas de mejora”¹¹, que planteó la realidad actual de la atención urgente en aspectos relacionados con la

situación de los servicios de urgencias y emergencias, su estructura, organización y funcionamiento, actividad y calidad. Este estudio, fue publicado en 2003 con la intención de que sirviese de punto de partida para unificar los servicios y abordar la evolución previsible de la demanda y las necesidades de los ciudadanos.

I.1.2. FACTORES RELACIONADOS CON LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS.

Los estudios clásicos distinguen tres tipos de variables que se relacionan con el uso de los servicios sanitarios y que se repiten en todos los modelos de utilización:

- Variables que predisponen a la utilización: el sexo, la edad, el nivel de instrucción.
- Variables que facilitan la utilización, como los ingresos previos, el seguro médico, la disponibilidad de recursos en la localidad.
- Variables de las necesidades medidas por el estado de salud y las enfermedades.

La hipótesis sobre el papel inmediato que juega el medio familiar del usuario es muy antigua, y pone énfasis sobre el lugar del enfermo en la familia y sobre la necesidad de recurrir al médico para confirmar la enfermedad y asumir la continuidad de los cuidados.

La persona que convive con familiares que le cuidan en su domicilio puede decidir permanecer en casa y no acudir al médico. Los amigos y familiares que viven a mayor distancia tienden a aconsejar con mayor frecuencia la visita al médico que los convivientes. El número de convivientes está asociado de forma inversa a la utilización: a medida que aumenta el tamaño de la familia disminuye la utilización de los servicios sanitarios. En general, las personas que viven acompañadas¹² tienden a utilizar menos los servicios médicos¹².

Además de los factores individuales que intervienen en los patrones de utilización de los servicios de salud, la propia organización del sistema sanitario tiene una fuerte influencia en estos patrones. La demanda de un tipo de servicio se puede predecir a partir de su utilización previa o de otros de menor nivel¹³. Esta utilización previa puede estar midiendo, al menos, cuatro fenómenos: el acceso previo a los servicios, el estado de salud anterior, la propensión a usar los servicios y el conocimiento de la existencia de los servicios y de cómo utilizarlos¹⁴.

McCusker¹⁵⁻¹⁷ realizó un estudio sobre la población anciana de Montreal a través de un test, denominado ISAR (*Identification of Senior At Risk*), que predecía malos resultados de salud tras acudir al servicio de urgencias. Analizó a más de 1.500 pacientes con riesgo e identificó, entre otros factores asociados a malos resultados de salud, el ingreso reciente y el haber acudido más de una vez en el último mes al servicio de urgencias.

En las personas mayores, como en el resto de la población, las necesidades de salud son los mejores predictores de la utilización.

Los ancianos no son grandes consumidores de servicios de salud, sino que una pequeña proporción de ellos utiliza un gran número de servicios muy diversificados¹².

El conocimiento de estos patrones puede ayudar a encontrar las claves sobre el uso inadecuado de los servicios sanitarios, ya sea por exceso (sobreutilización) o por defecto (subutilización).

I.1.3. ANALISIS DE LA UTILIZACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO.

Se revisan, a continuación, los factores más influyentes en la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios.

I.1.3.a. ENTORNO SANITARIO.

El modelo Sanitario Español se basa en la universalización de la asistencia, posibilidad de acceso en condiciones de igualdad efectiva y superación de las desigualdades sociales. La financiación pública y accesibilidad gratuita permiten alcanzar su objetivo principal de equidad.

La expansión que vive la Medicina desde un punto de vista social, expresiva de la consolidación del Estado de Bienestar, motiva una preocupación creciente de los ciudadanos por su salud y el desarrollo de los sistemas sanitarios, convirtiendo a los servicios de urgencias en uno de los puntos centrales de cualquier sistema de salud.

La curva de demanda de la atención urgente es progresiva y ascendente¹¹. Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud correspondiente a 2003 (ENS 2003), los servicios de urgencias españoles fueron utilizados por el 26,7% de la población, es decir 11,7 millones de personas utilizaron algún servicio de urgencias (tabla I)¹.

Tabla I: Porcentaje de personas que utilizaron algún servicio de urgencias en los últimos 12 meses^{1,18}.

ENS	ADULTOS MAYORES De 16 años	NIÑOS de 0-15 años
1987	11,5%	14,2%
1993	14%	18%
2003	26,7%	35,3%

Según esta misma fuente, el 58 % de estas urgencias se atendieron en el medio hospitalario y sólo el 30% de éstas fueron derivadas desde los dispositivos de asistencia primaria¹⁹.

En todas las comunidades autónomas se ha producido un aumento de la demanda urgente en los servicios hospitalarios. Así en el periodo 1991-2001,

en cifras globales aumentó en más de un 50% la demanda de urgencias, como puede verse reflejado en la tabla II¹¹.

La creciente frecuentación de los SUH, que provoca sobrecarga y aumento de la presión urgente, es un fenómeno común a la mayoría de los países desarrollados como Francia, Italia, Bélgica, Canadá^{20,21}.

Los SUH parece que son el recurso preferido por parte de la población para resolver sus problemas de salud identificados como urgentes. La imagen que la población tiene de ellos, como un lugar donde se cuenta con gran disponibilidad de recursos humanos y técnicos y donde los problemas pueden resolverse en el momento, es un poderoso argumento para que se opte por acudir en primera instancia a los SUH.

Tabla II: Incremento en el número de urgencias atendidas en los servicios de urgencias hospitalarios de algunas comunidades autónomas.

COMUNIDAD	INCREMENTO	PERIODO
Andalucía	52,24	1990-2000
Aragón	29,29	1991-2001
Asturias	38,68	1991-2001
Baleares	50,06	1991-2001
Canarias	29,25	1995-2001
Cantabria	59,14	1991-2001
Castilla-La Mancha	76,34	1991-2001
Castilla-León	33,84	1991-2001
Extremadura	44,89	1991-2001
Madrid	48,09	1991-2001
Murcia	90,47	1991-2001
La Rioja	56,81	1991-2001
Valores Globales	50,19	1991-2001

Se debe tener siempre presente que los criterios que se apliquen desde el punto de vista del médico para definir una situación como urgente, en la mayoría de los casos, no va a coincidir con la vivencia del paciente, ni con la necesidad subjetiva de atención inmediata que éste suele tener cuando acude a un servicio de urgencias.

Lo que se ha dado en llamar "urgencia injustificada" varía en la literatura de nuestro país. Diferentes autores²²⁻²⁶ estiman un porcentaje que va desde el 25 al 75% del total de las urgencias atendidas.

Al no poder eliminar la subjetividad, todos los análisis sobre la justificación deben ser valorados con prudencia. Criterios comunes a varios estudios para juzgar la adecuación de las demandas son: necesidad de ingreso, urgencia de exploraciones complementarias no disponibles en Atención Primaria (AP), necesidad de atención por un especialista, síntomas que sugieran peligro para su vida, o síntomas ya conocidos que en otras ocasiones que provocaron el ingreso^{22,23}.

Y como factores moduladores asociados a una mayor adecuación de las urgencias están la visita previa a un médico y la edad del paciente^{22,25,26}. Se ha observado que a mayor edad, existe un mayor número de urgencias justificadas, lo que confirma que las personas de mayor edad son las que hacen un uso más adecuado de los SUH²³.

I.1.3.b. RAZONES ARGUMENTADAS POR LA POBLACIÓN PARA ACUDIR A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS.

Mientras que para los profesionales la atención urgente viene definida por la gravedad de la patología, la percepción del usuario es mucho más subjetiva y viene determinada por múltiples factores.

Muchos trabajos han estudiado el perfil de los pacientes que acuden a un SUH por iniciativa propia, es decir sin ser derivados por el consejo de un médico. Este porcentaje es muy alto en todos los estudios de ámbito nacional, superando el 75-80% en la mayoría de ellos^{23-25,27}.

Las razones más argumentados por estos pacientes que acuden directamente al hospital son muy variadas. Entre ellas destacan^{21-23,27-29}:

- desconocimiento de las urgencias extrahospitalarias,
- mayor accesibilidad,
- necesidad de solucionar un problema con rapidez,
- haber sido atendido en otras ocasiones por la misma enfermedad,
- creer que en el hospital hay más medios humanos y materiales,
- desconfianza en la Atención Primaria,
- lista de espera en la Atención Especializada,
- encontrar el centro de salud cerrado,
- sensación de urgencia o de peligro de vida,
- accidentes,
- consejo familiar,
- no saber dónde acudir,
- estar muy alarmado por los síntomas,
- ausencia de cuidadores, etc.

De todas estas razones, destacan dos por ser las más frecuentemente mencionadas: la percepción de que su problema exigía una atención inmediata y la accesibilidad. Respecto a esta última es, precisamente, en las urgencias hospitalarias donde los individuos ejercen con mayor claridad los principios básicos de un sistema público, puesto que no existen listas de espera, ni sistemas burocratizados que filtren el deseo de ser atendido³⁰. Para la mayoría de los pacientes, los SUH ofrecen un acceso fácil y una asistencia rápida, eficiente y altamente tecnificada, que da confianza y cierta comodidad a su utilización a pesar de las horas de espera, saturaciones y colapsos, siendo el recurso preferido para resolver sus problemas de salud identificados como urgentes. De hecho, hasta un 75% de los pacientes volvería al SUH si presentara la misma patología, aun siendo consciente de que su problema podría ser atendido en Atención Primaria y, sobre todo, si la visita se produjo en él último año^{28,29}.

I.1.4. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS POR LOS ANCIANOS.

Seguidamente se describen los factores que determinan el uso de estos servicios por las personas mayores.

I.1.4.a. ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL.

En los últimos años se ha vivido una auténtica revolución demográfica que se refleja en el incremento de la longevidad. Las mejores condiciones de vida, la mejora de la sanidad pública y los avances de la tecnología médica han provocado un fuerte incremento de la esperanza de vida.

La dinámica de población se está transformando en la mayoría de países, no sólo en la sociedad española. Una de las características más destacables es, precisamente, el envejecimiento poblacional y el incremento de los mayores de 65 años. En España tales cambios ocurrieron de manera progresiva desde principios del siglo XX, cuando se observó un incremento de la esperanza de vida a nivel global y una diferencia notable entre ambos sexos, a favor de las mujeres³¹. España seguirá envejeciendo durante el siglo XXI, después de experimentar durante las últimas décadas del siglo XX uno de los procesos más rápidos de envejecimiento del mundo.

Las perspectivas de evolución de estructura de edad en España hacen especial énfasis en el incremento rápido de la población de más edad. Países como Alemania, Canadá, Finlandia, y también España, se hallan en esta situación. Las previsiones anuncian que en el año 2050 casi una cuarta parte de la población total tendrá más de 65 años. En Suiza y Japón la proporción se prevé incluso superior³¹.

En nuestro país, el porcentaje de personas mayores de 65 años supera actualmente el 15% y se estima que superará el 17% en el 2005, siendo el segmento de población con 80 o más años el que muestra un mayor incremento relativo^{32,33}. Las proyecciones, elevan la esperanza de vida para el 2025 a 77,6 años para los hombres y 85,5 años para las mujeres³⁴.

Asturias no se escapó a este envejecimiento poblacional. El número de personas mayores de 65 años en 1996 fue de 211.831. En el 2003 llegó a 238.075 habitantes, lo que supone el 22% de la población³⁵.

Las consecuencias sociales de este envejecimiento, que se vislumbra ya no tan lejano, serán la sobrecarga de las demandas de jubilación, de los servicios de salud y la financiación de programas de ayuda de redes complementarias de asistencia para este segmento de la población.

Los principios alrededor de los que giran las tendencias en los servicios para la población de “personas mayores”, se concretan en un par de puntos: mantener al anciano en su entorno y vivir en su domicilio integrado en la comunidad, para lograr que sea lo más independiente posible dentro de sus capacidades, y que el envejecimiento signifique posibilidad de disfrutar de la vida y de desarrollo personal³¹.

Esto, que no sólo es una declaración de principios y que pasará por una planificación de objetivos, ya existe en España en algunas comunidades autónomas: es lo que denomina “Plan Gerontológico”³⁶. Estos “Planes” tratan de profundizar en el conocimiento real de las personas de más de 65 años, y son la base de las propuestas para una planificación de servicios que responda a la situación real y a las necesidades de la población.

I.1.4.b. FACTORES DE VULNERABILIDAD DE LAS PERSONAS MAYORES.

Aunque no se puede identificar envejecimiento con enfermedad, lo cierto es que en las personas mayores aumenta la incidencia y prevalencia de muchas enfermedades. En ellas es frecuente la pluripatología, debido a la progresiva acumulación de enfermedades a lo largo de su vida, a la que se añaden las propias de la edad avanzada.

El peor estado de salud de muchos de estos ancianos y algunas situaciones sociales (soledad, falta de recursos), funcionales (limitaciones para la vida diaria), clínicas (enfermedades crónicas, pluripatología) y mentales (deterioro cognitivo, depresión) son características frecuentes de este grupo

etario, todas ellas relacionadas con una mayor utilización de los servicios sanitarios³².

Las situaciones de dependencia adquieren actualmente gran importancia, derivada del envejecimiento de la población y el aumento de volumen de las personas mayores³⁷. El 59,8% de las personas de más de 80 años declaran presentar limitaciones para las actividades de la vida diaria, así como el 20,9% de los 65-79 años¹.

Los ancianos frequentadores de los servicios de urgencias acumulan condiciones de vulnerabilidad que no son solo médicas. Situaciones que han sido definidas por autores como factores de riesgo social para ellos: vivir sólo, vivir el matrimonio sólo, cambio de domicilio reciente, reducidos ingresos económicos y bajo nivel educacional. Todos interactúan como factores predictivos de demanda urgente geriátrica^{33,38}.

I.1.4.c. DATOS REFERENTES A LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS POR LAS PERSONAS MAYORES.

El actual envejecimiento de la población hace que un gran porcentaje de la demanda urgente hospitalaria sea de personas mayores de 65 años. De hecho el anciano es el principal usuario de los SUH^{33,39-41}. Las tasas suelen ser variables de unos autores a otros, alcanzándose cifras medias del 25-28% del total de las urgencias^{24,42-44}.

Este volumen de pacientes mayores conlleva una especial complejidad para los servicios sanitarios. La imagen actual de los SUH es la de ancianos en camillas ocupando los pasillos en espera de ser atendidos. Los SUH proporcionan, especialmente en esta población anciana, servicios propios de la Atención Primaria en pacientes que enferman de noche o en enfermos con discapacidades o minusvalías^{32,45,46}.

También a los ancianos corresponde el mayor porcentaje de ingresos, lo que resulta lógico teniendo en cuenta que padecen más enfermedades

crónicas que pueden reagudizarse. La tasa de ingresos hospitalarios de las personas mayores de 65 años (16,9%) duplica a la de la población general (9,5%), y llega a triplicarse cuando se refiere al colectivo de los mayores de 80 años. De estos ingresos, el 51,1% se hace a través de los SUH¹.

Es importante conocer el amplio espectro de problemas médicos y sociales que originan la visita al servicio de urgencias de la población anciana. Los clínicos que trabajan en los SUH no encuentran en muchas ocasiones una patología aguda que condicione su ingreso en el hospital, pero su alta al domicilio se convierte en un problema y motivo de estrés para el médico que atiende al paciente. Con demasiada frecuencia sólo se valora si el paciente puede o no ser dado de alta a su domicilio, pero no se valora su capacidad para realizar una vida autónoma y cuidar de si mismo. Esto puede no ser importante para un paciente con buen soporte familiar o social, pero crucial para el anciano socialmente aislado.

Si bien es cierto que una parte de las necesidades de los ancianos que acuden a urgencias deben ser atendidas a otros niveles asistenciales, puesto que es ahí donde teóricamente existen los recursos humanos para solucionarlas, es en el SUH es donde con frecuencia se detecta al anciano de alto riesgo. Estos pacientes son incorrectamente etiquetados de "problema social"^{2,44} y, en ellos, la causa inmediata de la visita al servicio de urgencias representa sólo la punta del iceberg.

Estudios epidemiológicos sugieren que los ancianos utilizan el servicio de urgencias de los hospitales con mayor frecuencia de lo que podría explicarse por la proporción que suponen en la comunidad^{22,44}, aunque esta utilización de los servicios se concentra en un pequeño porcentaje de personas mayores². En comparación con los más jóvenes acuden más frecuentemente por problemas graves y urgentes^{23,38}, consultan más a su médico previamente^{22,47}, tienen un peor pronóstico tras el alta e ingresan más^{38,46,48}. Pero, a pesar de tener más factores de índole social, que teóricamente aumentan su fragilidad, no ingresan más frecuentemente en los hospitales por motivos sociales³⁸.

La atención de pacientes mayores de 65 años en el Hospital de Cabueñes ha sido objeto de varios trabajos en los últimos años, aunque no se

ha utilizado la misma metodología en todos ellos y, por tanto, resultan difícilmente comparables.

El primero de ellos realizado en 1992 por Rodríguez Maroto et al⁴⁶, analizó pacientes mayores de 64 años atendidos en el SUH con patología subsidiaria de las áreas de Medicina Interna, Cirugía, Ginecología, Urología, Otorrinolaringología y Oftalmología. Se excluyeron las especialidades de Traumatología y Pediatría, resultando ser mayores de 64 años el 31,6% de los enfermos estudiados.

En 1997 Llorente⁴⁹ estudió el área de Urgencias Generales excluyendo los pacientes de las especialidades de Pediatría, Traumatología, Especialidades (Otorrinolaringología, Oftalmología, Ginecología) y los atendidos en el área de las Urgencias Ambulatorias, encontrando un porcentaje de personas mayores de 64 años del 60%. Este área de Urgencias Generales es donde se atiende el mayor porcentaje de los pacientes ancianos, pluripatológicos y no válidos, y que asiste al 54% del volumen total de las urgencias de adultos⁵⁰.

Sánchez Corominas⁵¹ recogió la evolución de los ancianos atendidos en el SUH en los últimos 10 años, que llegó a situarse en el 26% en el año 2003. En este trabajo se incluyeron todas las áreas de Urgencias, incluidas las especialidades de Traumatología, Pediatría y Especialidades Quirúrgicas (tabla III).

Tabla III: Porcentaje de pacientes mayores de 65 años atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñes

	URGENCIAS TOTALES	MAYORES DE 65 AÑOS	%
1993	58.753	13.936	23%
1997	75.660	19.371	25%
2003	96.499	25.095	26%

I.1.5. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS POR LOS INMIGRANTES.

La emigración es un fenómeno global y universal que afecta a una parte de la población mundial. Hoy en día, alrededor de 150 millones de personas viven temporalmente fuera de sus países de origen. De ellos, 97 millones son trabajadores migrantes, según estimaciones de la Organización Mundial del Trabajo⁵².

Según la Ley Orgánica 4/2000⁵³ sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración Social, en nuestro país se considera extranjero al que carezcan de la nacionalidad española. Los nacionales de los estados miembros de la Unión Europea y aquéllos a quienes les sea de aplicación el régimen comunitario se regirán por la legislación de la Unión Europea, siéndoles de aplicación la Ley anterior en aquellos aspectos que pudieran ser más favorables.

Los procesos migratorios entre los países del tercer mundo y los países industrializados son un acontecimiento de gran trascendencia en la actualidad. Se estima que Europa precisará la entrada en los próximos 20 años de 1,5 millones de inmigrantes anuales para no perder población⁵².

España no es ajena a esta necesidad debido a que, en nuestro país, la pirámide poblacional tiende al envejecimiento de forma acelerada.

Según el padrón municipal, a 1 de enero de 2003 había más de dos millones y medio de extranjeros empadronados en España, lo que suponía el 5,9% del total de habitantes. Esta cifra era "bastante aproximada" a la realidad. Quedaban excluidos los inmigrantes que no se habían empadronado y los que habían abandonado el territorio sin comunicar la baja padronal. Por Comunidades Autónomas, las que presentan un colectivo mayor de inmigrantes eran Cataluña y Madrid (42% del colectivo total), seguidas de Andalucía y Canarias⁵⁴.

Contrariamente a los que ocurre en otros países de Europa con tradición migratoria, la inmigración en España es un fenómeno relativamente reciente. España ha pasado de ser un país de emigrantes a ser receptor de inmigrantes.

Actualmente en España se distinguen dos grandes grupos de inmigrantes^{55,56}:

- inmigrantes sociales, generalmente originarios de países desarrollados de rentas altas, demandantes de asilo, jubilados o con segundas residencias;
- inmigrantes económicos, procedentes de países de renta baja que buscan una oportunidad para mejorar su nivel de vida.

Desde el punto de vista de la Salud Pública, preocupa más el flujo de inmigrantes procedentes de países en desarrollo porque pueden presentar algún problema de tipo sanitario, laboral o legal. Éstos, en su mayoría, son jóvenes con un nivel de salud bueno, superior al habitual en su medio de origen. Aunque predominan los inmigrantes varones de edades jóvenes, con su asentamiento se suele desencadenar un proceso de reagrupamiento familiar.

La mayor parte de los inmigrantes que recibe España procede de Europa, observándose un aumento de los países del Este (Bulgaria, Rumanía y Rusia). En segundo lugar, de África: Marruecos, Argelia y otros países del África Subsahariana como Gambia, Senegal y Nigeria. En tercer lugar, de América Latina (Ecuador, Perú, Cuba, Colombia, Republica Dominicana) y, en cuarto lugar, Asia (China y Filipinas)⁵⁶.

Los principales problemas de salud no van a surgir de la importación de enfermedades más o menos exóticas, sino de las condiciones de vida de nuestro medio. Garantizarles el acceso sanitario sin tener en cuenta su situación administrativa es el primer paso para iniciar su integración en nuestra sociedad.

La Ley General de Sanidad explicita que tienen derecho a la asistencia sanitaria todos los españoles y los extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional. El alta en el padrón concede automáticamente derecho a la sanidad y a la escolaridad. De ahí que los extranjeros tiendan a registrarse en el municipio donde residen.

La legislación recoge tres leyes sobre la normativa que regula la población extranjera en España:

- Ley Orgánica 4/2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social⁵³.

- Ley Orgánica 8/2000 de reforma de la Ley Orgánica 4/2000 de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social⁵⁷.

- Ley Orgánica 14/2003, de 20 de noviembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, modificada por la Ley Orgánica 8/2000⁵⁸.

La Ley Orgánica 4/2000⁵³ en su artículo 12, regula el Derecho a la asistencia sanitaria:

1. Los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residen habitualmente, tienen el mismo derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
2. Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica.
3. Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
4. Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto.

Para entrar en España, los extranjeros deben estar provistos de algún documento que acredite su identidad. Asimismo, deben demostrar medios de vida suficientes para el tiempo de estancia. Aquellos extranjeros que pretendan ejercer cualquier actividad lucrativa laboral o profesional, deben obtener un permiso de trabajo. Se trata de una autorización administrativa de duración anual. Transcurridos cinco años desde la concesión del primer permiso y las prórrogas correspondientes, el permiso adquiere carácter permanente⁵².

Para muchos inmigrantes no existe ningún problema legal de acceso a los servicios sanitarios. Sin embargo, un cierto volumen de inmigrantes de países en desarrollo se encuentra en nuestro país en una situación administrativa de residencia y trabajo irregular.

La mayoría ha utilizado algún servicio sanitario español y los centros de salud son los servicios más utilizados. Los servicios de urgencias parecen

desempeñar un papel mucho más limitado en la provisión regular de asistencia a esta población⁵⁹. Generalmente, cuando son utilizados constituyen el primer contacto de los inmigrantes con el sistema sanitario oficial por la facilidad de acceso que ofrecen, casi siempre por motivos no urgentes.

Los sectores de población marginal que no pueden acreditar su lugar de residencia, equivalentes a transeúntes que trabajan en la economía sumergida y residen de forma clandestina, tienen como única fuente de asistencia accesible sin condicionantes administrativos los SUH^{56,59-61}.

Los factores que pueden afectar de forma adversa a la salud de la población inmigrante y por tanto motivar la utilización de los servicios sanitarios son diversos^{56,60}:

- condiciones laborales adversas, trabajos duros y con escasa protección;
- condiciones adversas de vida, viviendas precarias, hacinamiento;
- problemas de comunicación y barreras culturales que no sólo se limitan al conocimiento del idioma;
- limitación de acceso con regularidad y continuidad a los servicios sanitarios por incompatibilidad horaria;
- problemas ligados a las condiciones previas en el lugar de origen, como enfermedades propias de sus países;
- los procesos relacionados con la expresión inadecuada del proceso de duelo por la migración: ésta es un factor estresante de primera magnitud, por lo que los cambios que comporta y las condiciones de vida de los inmigrantes demandan un esfuerzo de adaptación importante.

En otros países con políticas sanitarias distintas, como EEUU, se han estudiado durante mucho tiempo las disparidades raciales en salud. En estos países se apuntan otros factores añadidos a los previos como son^{62,65}:

- las dificultades en el acceso a los sistemas de salud
- la pobreza material
- las diferencias en la cobertura sanitaria
- las tasas de coaseguramiento
- y otros más controvertidos como el "sesgo racial del médico"^{62,64}.

Las diferencias de la cobertura sanitaria, dependiente en muchos casos del número de años de estancia en el nuevo país, supeditarán claramente el grado de utilización de los recursos sanitarios⁶⁵.

En estos países se ha estudiado el impacto de estos factores en los servicios de urgencias. La dificultad de acceso a otros niveles asistenciales, provoca que acudan a los SUH como “red de seguridad” e, incluso, se ha encontrado que, a pesar, de contar con una cobertura adecuada tienen una predisposición a utilizar los servicios de urgencias más tarde cuando la enfermedad está más evolucionada y presenta mayor número de complicaciones^{62,66-68}.

I.2. DETERMINANTES DEL ESTADO DE SALUD. CALIDAD DE VIDA.

La calidad de vida es una cuestión personal e individual que se presta más a disquisiciones filosóficas que a una aproximación científica. Es el sentido subjetivo de bienestar de cada persona, derivado de la experiencia diaria de su vida. El individuo es el mejor juez de su propia calidad de vida.

Hace unos años, la política sanitaria se dirigió a disminuir la morbimortalidad y a elevar la expectativa de vida en las poblaciones. En los últimos tiempos se ha añadido un interés especial en conocer y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Así, en 1994, la OMS propuso una definición de consenso de calidad de vida: “percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto del sistema cultural y de valores en que vive, y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones”. Este es un concepto amplio, del que forman parte elementos como la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales de la persona y su relación con el ambiente que le rodea⁶⁹.

La calidad de vida debe incluir cinco componentes fundamentales⁶⁸: función física, bienestar somático, función psicológica, función social y estatus económico.

La calidad de vida relacionada con la salud, más utilizada en ciencias de la salud, evalúa la repercusión de la enfermedad, su tratamiento y otros cuidados sanitarios en la dimensión social y personal del paciente^{70,71}.

La medición de la calidad de vida relacionada con la salud ha sido estudiada a través de pruebas psicométrías, al no existir una base conceptual para medir este término, debido a que engloba conceptos de naturaleza subjetiva y, por tanto difíciles de cuantificar. Los cuestionarios de salud de Nottingham⁷² y el EuroQol-5D (EQ-5D)⁷³ son cuestionarios en los que el paciente responde sí o no a la pregunta formulada (v.g.: disminución de la energía, dolor físico, alteración del sueño, aislamiento social, problemas emocionales, disminución de la movilidad). Otros lo hacen de forma más matizable, generalmente mediante un modelo tipo escala de Likert (Pec Vec)^{74,75}.

A nivel general el grado de salud de una población está relacionado con factores interdependientes como son: factores políticos, económicos, demográficos, socioculturales, socioeconómicos, medico sanitarios, y en definitiva la propia estructura social²¹.

A nivel individual podemos relacionar el grado de salud de cada individuo a través de las dimensiones o indicadores del estado de salud: condiciones socioeconómicas, componentes físico y mental de la salud, morbilidad, deterioro cognitivo, bienestar psicológico, invalidez y capacidad funcional para realizar actividades de la vida diaria, valoración subjetiva que las personas hacen de su propia salud, y apoyo social⁷⁶.

1.2.1. NIVEL SOCIOECONÓMICO COMO DETERMINANTE DE LA SALUD.

A continuación se comenta brevemente la relación entre nivel socioeconómico y nivel de salud.

I.2.1.a. DEFINICIÓN DE NIVEL SOCIECONÓMICO Y DE CLASE SOCIAL.

El nivel socioeconómico es un determinante clave en el estado de salud de la población, influenciando desde la mortalidad infantil hasta las expectativas de vida y la mortalidad en general, tanto en España como en el resto de los países desarrollados⁷⁷⁻⁸⁰.

El estatus o nivel socioeconómico (NSE) constituye una variable de gran importancia tanto en la epidemiología como en la medicina clínica. Es una de las pocas variables que siempre resulta útil para explicar la distribución de la enfermedad, siendo un determinante de la historia natural de la enfermedad^{81,82}.

Las personas pertenecientes a clases sociales más bajas no sólo presentan más enfermedades sino que también inician las enfermedades crónicas y las incapacidades más temprano. Tienen peores oportunidades de supervivencia y es más probable que fallezcan a edades más jóvenes que los de clases sociales más altas^{83,84}.

Las personas de clases sociales más altas tienen mejores resultados de salud e, incluso, dentro de este grupo se da la circunstancia de que a mayor NSE, mayor nivel de salud⁸⁵.

En la actualidad, las desigualdades en salud son un importante problema en los países desarrollados y están relacionadas con las desigualdades sociales. En esta línea de investigación el gobierno español en 1993 creó una comisión para el estudio de las desigualdades de salud en España. Este informe, conocido como "El informe Navarro sobre las desigualdades de salud en España"^{86,87}, analizó el desequilibrio en el estado de salud entre clases sociales.

Por otra parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) de Europa, concentra sus esfuerzos en estos momentos en desarrollar un programa de Salud para Todos (*Health for All*)⁸⁸ que persigue equilibrar la balanza del estado de salud de toda la población.

El nivel socio-sanitario, el estado de salud y la utilización de recursos se encuentran interrelacionados⁸⁹. En la población española aún existen grandes diferencias económicas sociales, de salud y de uso de recursos sanitarios⁹⁰⁻⁹².

La utilización de los servicios sanitarios es medida a través de las consultas médicas realizadas, el nivel de hospitalización, las demandas de atención urgente o la utilización de servicios especializados, como pueden ser los ginecológicos y los odontológicos.

Los grupos de población con menor nivel socioeconómico tienen una mayor utilización de determinados recursos sanitarios. La mayoría de los estudios han puesto de manifiesto un mayor uso de servicios hospitalarios y de Atención Primaria por individuos de estratos sociales bajos^{20,90,92}, mientras que los resultados relativos a servicios preventivos y servicios médicos privados, demuestran mayor utilización por personas de nivel socioeconómico alto^{78,93}.

Los servicios de urgencias podrían representar un uso diferencial entre los distintos grupos de población. La demanda de estos servicios es inversamente proporcional al nivel socioeconómico. Con bajos ingresos se presenta una mayor frecuentación de los servicios de urgencias y, a su vez, mayor número de visitas repetidas^{19,90,91}. Este hecho podría deberse a la falta de acceso a otros proveedores de salud, motivo por el cual acuden al SUH. Otras posibilidades son que retrasen acudir a su médico de AP hasta que sea inevitable recurrir al servicio de urgencias, o que exista una tendencia a utilizar más estos servicios²⁰.

I. 2.1.b. TEORÍAS DE CLASE SOCIAL.

Los conceptos de clase social y de nivel socioeconómico, aunque se utilizan indistintamente, tienen matices distintos. El NSE responde a una clasificación jerárquica de acuerdo con niveles de prestigio y estilo de vida. Se basa fundamentalmente en criterios educativos y laborales. El concepto de clase social también se enmarca en un sistema jerárquico, pero de acuerdo con estructuras de poder o de autoridad.

A lo largo de la historia, existieron distintas teorías de clase social⁷⁸:

- Marx (1818-1883) realizó un análisis global de la sociedad capitalista. Para él las clases sociales se definían por su posición estructural, dentro de la organización social de producción, y en las desigualdades en la propiedad de los medios de producción. Las dos clases sociales, en las primeras etapas de la sociedad capitalista, eran la burguesía y el proletariado.
- Para Weber (1864-1920), si bien la propiedad de los medios de producción era un elemento importante de estructuración social, también lo eran las propiedades, las diferencias económicas, los conocimientos técnicos, el prestigio social y la identificación con valores culturales. Por tanto, las situaciones de clase reflejaban las diferentes oportunidades de mercado: mayor posibilidad de bienes materiales y de posesión de títulos académicos.
- Para Dahrendorf, la clase social venía determinada por la autoridad en el puesto de trabajo: los que mandan, los que obedecen y los sin clase.
- Robinson y Kelley demostraron la correlación entre la clase social y el nivel ocupacional.

I.2.1.c. INDICADORES DE CLASE SOCIAL.

Los indicadores de clase social más utilizados son: la ocupación, la educación, el nivel de ingresos y las propiedades materiales. Estas variables han sido consideradas buenas aproximaciones para medir la clase social o el nivel socioeconómico.

En la siguiente tabla (tabla IV) se muestra una relación de los estudios más significativos realizados sobre la medición del NSE, recogándose también los indicadores utilizados para las mediciones del mismo, y los resultados de salud obtenidos.

En los estudios epidemiológicos y del ámbito de la sociología, la variable más utilizada para medir la clase social es la ocupación. Se ha observado una relación intensa, y en el sentido esperado, de la clase social basada en la

ocupación con las demás variables socioeconómicas, lo que sugiere su validez como indicador de clase social^{81,108}.

Tabla IV: Estudios publicados sobre indicadores de NSE.

Estudio	Año	Resultados salud	Indicadores de NSE
Arias ⁹⁴	1993	Mortalidad/ morbilidad	Factores de privación de propiedades
Sloggett ⁹⁵	1994	Mortalidad	Ocupación, propiedad de coche y vivienda
Nicasio Marin ⁷⁷	1995	Morbilidad	Tasa de desempleo
Anderson ⁹⁶	1997	Mortalidad	Ingresos
Darvey Smith ⁹⁷	1997	Mortalidad	Ocupación
O Campo et al ⁹⁸	1997	Bajo peso al nacer	Educación, seguro médico
Roberts ⁹⁹	1997	Bajo peso al nacer	Educación
Diez-Roux ¹⁰⁰	1997	Enfermedad cardiaca	Ocupación, educación, ingresos
Darvey Smith ¹⁰¹	1998	Mortalidad/ morbilidad	Ocupación
LeClere et al ¹⁰²	1998	Enfermedad cardiaca	Ocupación, educación, ingresos, empleo
Sloggett ¹⁰³	1998	Mortalidad/ morbilidad	Ocupación, empleo, coche, vivienda
Waizman ¹⁰⁴	1998	Mortalidad/ morbilidad	Educación, ingresos
Reijneveld ¹⁰⁵	1998	Enfermedades crónicas	Ocupación, educación, ingresos
Robert ¹⁰⁶	1998	Enfermedades crónicas	Educación, ingresos
Mackenbach ⁸⁰	1999	Mortalidad	Educación
Puigpinos ⁸³	2000	Mortalidad	Ocupación, educación
Evalyn Grant ⁷⁹	2000	Mortalidad	Educación, ingresos
Ruiz-Ramos ⁸⁴	2004	Mortalidad	Tasa desempleo
Domínguez Berjón ¹⁰⁷	2004	Indicadores del área	Ocupación, educación

La clase social basada en la ocupación se relaciona más intensamente con el nivel de educación que con las demás variables socioeconómicas. Esta asociación moderada-alta sugiere que, en general, no es necesario utilizar simultáneamente la clase social y el nivel de estudios como variables de ajuste¹⁰⁸.

Los indicadores de bienes materiales que se recogen habitualmente en los estudios son la posesión de electrodomésticos, de automóvil o de televisión. Algunos de los indicadores de riqueza utilizados pueden resultar poco válidos

por su irregular asociación con la clase social, como son los indicadores de déficit de vivienda o indicadores del valor catastral del barrio, éste de naturaleza ecológica y, por tanto, con mayor posibilidad de variación.

I.2.1.d. MEDICIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO.

La medición de la clase social es importante para poder evaluar su influencia en el estado de salud y acceso a los servicios sanitarios. Las variaciones en salud no pueden ser entendidas si no se tiene en cuenta el papel primordial de las condiciones materiales de la vida.

El Reino Unido es el país con más larga tradición en el análisis de las desigualdades sociales en salud. En España, en los últimos años también ha aumentado el número de estudios de este tipo.

En algunos casos, ante la ausencia de datos socioeconómicos individuales, la medición del NSE puede hacerse a través de datos poblacionales o censales, utilizando indicadores de pequeñas áreas geográficas^{84,93}. Es el caso del índice de Townsend^{81,94} que analiza indicadores de privación o pobreza material mediante indicadores como: tasa de desempleo, propiedad del coche, propiedad de vivienda, y hacinamiento.

Otra medición también utilizada para el NSE es el autoposicionamiento social¹⁰⁹. Se trata de una división subjetiva de la clase social que tiene que ver con la identificación de pertenencia a un grupo social, más o menos, homogéneo. Es el resultado de preguntar directamente a la persona entrevistada por su autclasificación en una escala de clase social con varias categorías excluyentes. Por ejemplo: clase alta, clase media-alta, clase media, clase media-baja y clase baja. Esta percepción subjetiva de la clase social obedece a atributos relacionados con la educación, la capacidad económica, la situación laboral y la categoría profesional.

De la codificación de una serie de escalas basadas fundamentalmente en la ocupación, educación e ingresos, se han elaborado una serie de índices diversos entre los que señalamos: el "Índice de Edwards" y el "*British Register*

General puramente ocupacionales, el "Índice de Warner" un índice ponderado de prestigio social según ocupación, fuente de ingresos, calidad de la vivienda y características del vecindario, y el índice de Hollingshead y de Duncan que considera la educación de ambos cónyuges⁷⁸.

La Sociedad Española de Epidemiología propone la aplicación de la escala del *British Register General*, desarrollada por Stevenson en 1923, y adaptada a lo largo de los años como categorización de clase social basada en la ocupación, más utilizada como variable aproximada al NSE de los individuos por su fuerte asociación con los ingresos y el nivel de vida¹¹⁰.

En España, la clasificación de la ocupación de los individuos se basó en la Clasificación Nacional de Ocupaciones de 1994 (CON-94)¹¹¹. Para su elaboración se tomó como referencia la adaptación española de la clasificación de clase social británica, propuesta por Domingo y Marcos¹¹².

La CON-94 establece diez categorías ocupacionales: directivos, técnicos científicos e intelectuales, técnicos de apoyo, administrativos, trabajadores de servicios, trabajadores cualificados en agricultura y pesca, trabajadores cualificados en industrias, construcción minería, operadores, trabajadores no cualificados y fuerzas armadas.

I.2.2. AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD COMO DETERMINANTE DE LA SALUD.

Muchos estudios consideran la autopercepción del estado de salud (AES) como una valoración subjetiva y global del estado de funcionamiento físico, mental y social que la persona hace sobre si misma¹¹³⁻¹¹⁷.

La autovaloración del estado de salud expresa la sensación de bienestar individual. Incluye la percepción de los pequeños cambios fisiológicos que se producen en las distintas etapas de la vida, así como una orientación hacia la vida positiva o negativa y una disposición hacia comportamientos saludables⁷⁶.

Todo esto hace pensar que la AES puede no corresponder con el estado de salud "real", en el sentido de salud objetivada por un examen clínico. Se han planteado varias hipótesis con el fin de comprender los criterios que las personas utilizan para apreciar su propia salud^{76,113,114}.

- que la AES refleje el verdadero estado de salud individual;
- que la AES refleje sólo una correlación con otras variables como estatus demográfico, funcionamiento social o estado psicológico;
- que la AES refleje una medida de susceptibilidad general con poder predictivo general, por ejemplo, respecto a la mortalidad.

La autopercepción del estado de salud es considerada, en muchos estudios, como un parámetro válido para la medición del nivel de salud y, junto con el de morbilidad percibida, es un predictor fiable del uso de servicios sanitarios^{114,115,117-119}.

Estudios longitudinales han demostrado que la supervivencia está más relacionada con la salud subjetiva que con la objetiva, y que la percepción de salud positiva es uno de los factores que se asocia a un envejecimiento satisfactorio^{113,115}.

La enfermedad produce un deterioro físico que conduce a limitaciones para realizar actividades o comportamientos habituales, lo que repercutirá en la percepción del propio estado de salud. El mero conocimiento de padecer una enfermedad, independientemente del deterioro físico que produzca, también puede dar lugar a un cambio en las actividades o conductas de la persona y a un empeoramiento en la percepción de la salud.

Aunque la percepción de la salud se negativiza con la edad, se ha descrito que los factores sociodemográficos tienen un efecto modulador en ella¹¹⁷. Así, las personas de mayor edad con un mismo problema de salud se perciben como más sanas que las de menor edad. Esto es debido a que los ancianos aceptan ciertos síntomas, limitaciones y condiciones crónicas como propias del envejecimiento normal, no considerándolos como procesos mórbidos, y sintiendo su estado de salud mejor de lo que cabría esperar para la morbilidad objetiva que presentan.

Las discapacidades, entendidas como limitaciones funcionales que disminuyen la capacidad de la persona para llevar a cabo actividades de una

manera considerada normal, son otro de los factores que influyen sobre la calidad de vida de las personas, cobrando importante relevancia en el caso de las personas mayores.

También en las personas de edad, el nivel de salud y de bienestar parece estar estrechamente ligado al de protección social ofertado, puesto que sufren muchos problemas crónicos y discapacidades, y consumen gran cantidad de recursos sanitarios y sociales de forma directamente proporcional al grado de dependencia.

Las preguntas más utilizadas en las encuestas poblacionales pueden variar ligeramente. Por ejemplo: “¿Cómo valoraría usted su salud?” o “comparando con otras personas, ¿diría usted que su salud es...?”. Generalmente se les pregunta cómo consideran que ha sido su salud en los 12 meses anteriores a la entrevista^{1,18}.

El análisis global de las respuestas recogido en estas encuestas poblacionales puede hacerse dividiendo a los individuos en aquéllos que valoran negativamente su salud, esto es, responden “regular, malo o muy malo”, y los que la valoran positivamente, es decir, responden “muy bueno o bueno”.

Del resultado de las encuestas publicadas de ámbito nacional, como las ENS, apreciamos que la percepción de la salud cambia con la edad: el porcentaje de individuos que considera su estado de salud como regular, malo o muy malo aumenta conforme aumenta la edad. En la tabla V se muestran los porcentajes de población española que valoran negativamente su salud (tomados de las Encuestas Nacionales de Salud de 1987-1993¹ y 2003¹⁸).

Tabla V: Porcentaje de población española de 16 y más años que valoran negativamente su salud

ENS	16-44 años	45-64 años	65 y más
ENS 1987	18%	44%	60%
ENS 1993	19%	41%	59%
ENS 2003	18%	37%	64%

La percepción de la salud por sexos es diferente y desigual. Las mujeres tienen más alta prevalencia de enfermedades crónicas, trastornos mentales, discapacidades y mayor restricción de las actividades normales de su vida diaria. Además, en ocasiones se hallan en situación económica más desfavorecida que los varones¹¹⁹. En la tabla VI aparecen los porcentajes de población española que valoran negativamente su salud (tomados de las ENS de 1987-1993¹ y ENS 2003¹⁸).

Tabla VI. Porcentaje de población de 16 y más años que valora negativamente su salud por sexo.

ENS	1987	1993	2003
Varones	27%	27%	28%
Mujeres	37%	36%	37%

I.2.3. EL COMPONENTE FÍSICO Y MENTAL COMO DETERMINANTE DE LA SALUD.

En este apartado se describen, de forma breve, los componentes mental y físico y su relación con la salud.

I.2.3.a. EL COMPONENTE FÍSICO DE LA SALUD. MORBILIDAD.

La relación entre la morbilidad declarada y el estado de salud se analiza en los estudios epidemiológicos y en las encuestas de salud. La diversidad de enfermedades y condiciones agudas y crónicas que puede declarar un mismo individuo, se asocia a la percepción que tiene éste de su salud, morbilidad

percibida, y está fuertemente asociada a la utilización de servicios sanitarios^{12,120,121}.

El individuo interpreta los problemas de salud agudos como una interrupción en su estado de salud, que condicionan una percepción mala de su salud, mientras que los procesos crónicos y los agudos-crónicos los relacionan con una percepción de estado de salud regular. La adaptación del individuo a su enfermedad crónica facilita que responda “regular” en el momento de describir su salud.

La división entre problemas agudos y crónicos viene dada por la referencia temporal. Se llaman problemas agudos los que se producen en los 15 días previos a la realización de la entrevista y crónicos los que persisten más de 1 año. Las recaídas de una determinada enfermedad se describen como problemas agudos-crónicos¹²².

Algunos de los problemas crónicos tradicionalmente asociados a las personas mayores son la hipertensión, la hipercolesterolemia, la diabetes y los problemas articulares. Problemas de salud agudos-crónicos son: “el dolor de huesos”, “problemas de nervios”, “el dolor de cabeza”, “la dificultad para dormir”.

Los problemas crónicos y los agudos-crónicos se asocian fuertemente al consumo de medicamentos¹²². El número de condiciones crónicas está asociado al número de visitas al médico y a las hospitalizaciones¹².

La presencia de enfermedad se valora de diferentes maneras. Una de ellas se hace preguntando al sujeto si presenta alguna de las patologías que aparecen en un listado de enfermedades. Ejemplo de ello es la lista de enfermedades crónicas utilizada en la población anciana del *National Health Interview Survey*¹²³. Ésta recoge las trece enfermedades crónicas más prevalentes en la población mayor: hipertensión, enfermedades del corazón, enfermedades de la circulación, diabetes, accidentes cerebrovasculares, enfermedades respiratorias, artritis, cáncer, enfermedad mental o Alzheimer, problemas genitourinarios, problemas digestivos, problemas oculares y enfermedad de Parkinson.

Otra forma más utilizada en las encuestas de salud, dado su fuerte correlación con los problemas agudos y crónicos, es el consumo de medicamentos. En varios estudios publicados^{1,18,124,125} se consideraba que el

sujeto padecía alguna enfermedad cuando tomaba medicación para ella. Así, en estos cuestionarios se interrogaba por el consumo habitual de fármacos en las dos últimas semanas, en la última semana, o incluso, el día previo. O bien, de manera más directa, se solicitaba que mostrase los medicamentos que había tomado.

En la literatura se establece como hiperconsumidor de fármacos a aquella persona cuyo consumo sea igual o superior a 4 fármacos al día^{126,127}.

En nuestro país, el consumo crónico de medicamentos, es de considerable magnitud y muestra una tendencia progresiva y ascendente. Existen diferencias entre sexos en las edades intermedias de la vida, que pueden explicarse por la acumulación de enfermedades en el caso de las mujeres, si bien a partir de los 85 años la morbilidad de los supervivientes se iguala. En la tabla VII se muestran los porcentajes de varones y mujeres de la población española que declaran consumir medicamentos^{1,18}.

Tabla VII: Porcentaje de población española por sexo que declara haber consumido medicamentos en las dos últimas semanas.

SEXO	ENS 1987	ENS 1993	ENS 2003
Varones	34%	40%	46%
Mujeres	49%	52%	60%

El aumento de la esperanza de vida conlleva un incremento del número de enfermedades crónicas que afectan a más de un órgano o sistema. Ello repercute en un aumento considerable del uso y consumo de fármacos en la población anciana^{128,129}. A este grupo corresponde el mayor gasto farmacéutico en España^{120,126,130}. La tabla VIII muestra el porcentaje de la población española por edades que declara haber consumido medicamentos.

Aunque los medicamentos deben ser prescritos por el médico, consumir ciertos grupos terapéuticos según necesidades y con el conocimiento de éste, no es sólo una práctica fuera de cuestión sino recomendable para el autocuidado de ciertas enfermedades crónicas¹³⁰. Por otro lado, en España, debido a la gratuidad del medicamento para los mayores, no puede hablarse

con propiedad del “medicamento no prescrito” como en otros países. Si bien el medicamento puede ser autoindicado o indicado por el farmacéutico, un familiar o un amigo, en sucesivas consultas éste acaba siendo prescrito por el médico, por más que la primera indicación no proceda de él.

Tabla VIII: Porcentaje de población española por grupos de edad que declara haber consumido medicamentos en las dos últimas semanas.

EDAD	ENS 1987	ENS 1993	ENS 2003
16-44	30%	35%	44%
45-64	50%	52%	62%
65 y más	69%	73%	88%

Los ancianos son el grupo de población que más medicamentos consumen y, por ello, más susceptible a reacciones adversas motivadas por estos fármacos. Las personas mayores tienen unas características que les hacen más vulnerables a las reacciones adversas medicamentosas: cambios fisiológicos que alteran el metabolismo de algunos fármacos, déficit sensoriales y cognitivos que pueden dificultar la comprensión y el correcto cumplimiento terapéutico, y un incremento del riesgo de interacciones debido a la polimedición. La polifarmacia justificada en muchos casos es a menudo desproporcionada para sus problemas crónicos^{126,130}.

Otro riesgo a añadir a la automedicación, que según autores varía de un 21% a un 80% en el anciano, es el grado de incumplimiento terapéutico^{126,131}. De un 40% a un 50% de los ancianos no consume los medicamentos como se le ha indicado, tanto por exceso como por defecto^{130,131}. Eso es debido, en parte, a que muchos de los ancianos manejan su propia medicación al vivir solos o en pareja con otra persona de su misma edad.

La correcta prescripción del anciano supone para el profesional todo un reto: intentar paliar la pluripatología geriátrica, procurando no medicar en exceso y evitando la iatrogénica, y con ello contribuir a contener el gasto farmacéutico.

I. 2.3.b. EL COMPONENTE MENTAL DE LA SALUD. DETERIORO COGNITIVO.

La función cognitiva de un individuo es el resultado del funcionamiento global de sus diferentes áreas intelectuales, incluyendo el pensamiento, la memoria, la percepción, la atención, la comunicación, la orientación, la comprensión y la resolución de problemas¹³².

Las alteraciones cognitivas muy frecuentemente son atribuidas de forma errónea al proceso de envejecimiento. Otras veces, el paciente con un deterioro cognitivo leve ofrece una imagen lúcida e intacta desde el punto de vista intelectual y pasa desapercibido para la familia e, incluso, para el personal sanitario.

La interacción entre las disminuciones físicas y las mentales es un tema sobradamente conocido en los ancianos. En este grupo de edad, los cambios en el estado mental pueden estar asociados a enfermedades agudas o crónicas. El déficit cognitivo, que influye en algunas actividades que presentan mayor complejidad, está a su vez asociado a la pérdida de capacidad funcional en las actividades de cuidado personal.

La relación entre el deterioro cognitivo y la depresión es también un tema muy estudiado en la población anciana. Conocer si la depresión predice el deterioro cognitivo o si ambos problemas aparecen simultáneamente, por ser procesos asociados al envejecimiento, es el propósito de algunos estudios recientes^{133,134}.

El deterioro cognitivo incluye diversas categorías que el clínico conoce, como el olvido senil, y la alteración asociada a la edad caracterizadas por una dificultad para evocar aspectos puntuales¹³⁵. Éstas forman parte del envejecimiento cerebral fisiológico. En el siguiente escalón está el deterioro cognitivo leve, en el que existen más capacidades alteradas, afectando a funciones concretas de la vida normal del individuo. Y, en el último escalón, se sitúa la demencia con alteraciones intelectuales están claramente definidas y alteradas. Dentro de ella existen también distintas entidades gnológicas,

como la demencia producida por las enfermedades neurológicas o sistémicas, la pseudodemencia depresiva, la demencia multiinfarto y la demencia de Alzheimer.

El objetivo de la valoración cognitiva, en el caso del anciano es detectar la presencia de un deterioro cognitivo que pueda afectar a su autonomía. Existe una gran variedad de instrumentos para la valoración de la función cognitiva que facilita una evaluación más completa y sistemática de cada paciente.

En general, las pruebas de *screening* deben ser breves, tener una adecuada validez reproductiva, ser fáciles de administrar por cualquier profesional sanitario y ser sensibles a los cambios experimentados a lo largo de la evolución clínica del paciente. La mayoría de los test aplicados en la detección de demencia fracasan en alguna de las características, sobre todo, ante demencias leves.

Disponemos de dos tipos de test de evaluación según su extensión y dificultad:

- de evaluación leve o cribado, también llamados test de despistaje de la presencia de fallo mental, y
- de evaluación extensa o completa que constituyen las escalas de deterioro cognitivo.

La evaluación breve debe poder ser realizada por cualquier profesional de la salud mínimamente entrenado, con conocimiento de cómo se realizan las distintas preguntas, qué miden y cómo se puntúan. Con estas cuestiones se determina únicamente la existencia o ausencia de un déficit cognitivo en el paciente, pero no permiten interpretar las funciones alteradas o el grado de disfunción.

Dentro de estas escalas, las más utilizadas en las consultas de nuestro país son:

- El "Cuestionario Portátil del Estado Mental de Pfeiffer" (SPMSQ)¹³⁶. Es un test de aplicación rápida, indicado en caso de poca disponibilidad de tiempo o de población muy anciana o limitada sensorialmente. Valora 4 parámetros: orientación, memoria a corto y largo plazo, información sobre hechos cotidianos y capacidad de cálculo sencillo.

- El *Mini-Mental State Examination* (MMSE) de Folstein¹³⁷. Esta escala fue adaptada a las características de la población española y validada por el psiquiatra Lobo, resultando el denominado “Mini Examen Cognoscitivo de Lobo” (MEC de Lobo)¹³⁸. Éste explora la orientación, la memoria de fijación, la atención y el cálculo, memoria a corto plazo, el lenguaje y la construcción espacial.
- La “Escala de Incapacidad Psíquica” de la Cruz Roja¹³⁹. Esta escala es de uso muy sencillo y clasifica el grado de dependencia física y psíquica de forma separada. Evalúa la orientación temporal espacial, alteraciones del comportamiento, alteraciones del lenguaje e incontinencia.
- El Test del Informador (TIM)¹⁴⁰, versión reducida del *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly* (IQCODE). Es un test validado en España, que valora a través de un informador (fidedigno) el declinar cognitivo y funcional del paciente en los últimos 5 a 10 años. Evalúa la memoria, la funcionalidad, y la capacidad ejecutiva y de juicio.

El segundo grupo lo constituyen las escalas de deterioro cognitivo, que miden el grado de incapacidad funcional en las actividades de la vida diaria en relación con la situación cognitiva del paciente y sintomatología clínica^{135,141,142}:

- Escala de Blessed.
- Escala de Hachinski.
- Set-Test de Isaacs.
- Test del reloj de Shulman.

Y, en tercer lugar, están las escalas selectivas para la demencia y para la demencia grave.

En estudios americanos la prevalencia de déficit cognitivo moderado y severo está entre 5% y el 7% de la población mayor de 65 años no institucionalizada^{143,144}.

En España, en el estudio de las personas mayores de Leganés de Bermejo¹⁴⁵ y Lobo¹⁴⁶ (citados por Zunzunegui et al⁷⁶) hacen una estimación de prevalencia de demencias de entre un 5,2% y un 10,1% de la población española no institucionalizada.

I.2.4. CAPACIDAD FUNCIONAL COMO DETERMINANTE DE LA SALUD.

Se describen, seguidamente, los aspectos más relevantes de la función física relacionados con la salud.

I.2.4.a. AUTONOMIA, DEPENDENCIA Y CAPACIDAD FUNCIONAL.

La Real Academia de la Lengua define la autonomía “como aquella condición en la que el individuo de nadie depende”.

El concepto de dependencia, en contraposición con el de autonomía, no debe ser considerado exclusivamente como un atributo inherente al individuo sino que debe contemplarse, además, como una interacción entre el individuo y el medio. El grado de dependencia de un individuo es multifactorial. Los distintos elementos individuales que influyen en él pueden categorizarse en tres grandes áreas: la dependencia física, la dependencia mental y la dependencia social¹⁴⁷.

Las tareas cotidianas, por fáciles que sean, requieren de un mínimo de capacidad física (fuerza para llevar a cabo la acción), capacidad mental (saber como se lleva la acción y deseo de llevarla a cabo), además de un entorno y unos recursos que favorezcan su ejecución. La incapacidad más fácilmente apreciable es la de origen físico.

La incapacidad funcional se relaciona de forma directa con la necesidad de asistencia para sobrellevar las actividades de la vida diaria. No es necesaria la existencia de malas condiciones físicas para que un anciano tenga clara incapacidad funcional. Las condiciones sociales o económicas limitan notablemente su autonomía personal, así como los roles sociales entre hombres y mujeres, o también la predisposición a captar ayuda y soporte social, diferente según sexos.

I.2.4.b. ESCALAS DE CAPACIDAD FÍSICA

El grado de autonomía se ha intentado medir mediante la aplicación de escalas de valoración de incapacidades. La construcción de éstas es compleja, pues la incapacidad no es un dato dimensional, susceptible de ser englobado en un valor numérico como entidad simple y única. Esta dificultad ha determinado la aparición de múltiples escalas sin que ninguna resulte plenamente satisfactoria.

Hunt¹⁴⁸ define la autonomía como la capacidad del individuo para desarrollar las distintas funciones de la vida diaria. Este autor define tres niveles de independencia: el primero sería el que permite el autocuidado personal, el segundo la autoasistencia y el tercero, el automantenimiento. Aunque no existe una metodología común para la valoración funcional las escalas que miden las actividades de la vida diaria (AVD), la mayoría de los estudios las dividen funcionalmente en actividades básicas de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria^{149,150}.

a) Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) o actividades básicas de cuidado personal (ACP)¹⁵¹. Constituyen el primer nivel de funcionamiento de la persona y comprenden todas aquellas tareas diarias relacionadas con el mantenimiento y el cuidado personal: alimentarse, asearse, usar el retrete, ducharse o bañarse, vestirse, moverse o caminar por una habitación, levantarse de una silla, continencia de esfínteres y tomar por si mismo las medicinas. Valoran la dependencia o independencia en cada una de las actividades físicas, considerando independencia como la capacidad de realizar estas actividades sin supervisión o asistencia.

Existen numerosas escalas para evaluar este grupo de actividades. Las más utilizadas en nuestro entorno son:

- Índice de Barthel^{152,153}: consta de 10 parámetros: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposiciones, micción, usar el retrete, trasladarse, deambular, subir y bajar escaleras.

- Índice de Katz¹⁵¹ (versión validada en castellano por Álvarez et al¹⁵⁴, en 1992). Evalúa seis actividades básicas: baño, vestido, uso del

retrete, movilidad, continencia de esfínteres y alimentación. No elabora puntuaciones sino que jerarquiza en categorías, según la secuencia de pérdidas y recuperación de dichas capacidades.

- Escalas globalizadoras de la dependencia física y psíquica. Entre ellas destaca la Escala de Incapacidades de la Cruz Roja Española¹³⁹, que clasifica el grado de dependencia física y psíquica de forma separada. Aporta, además de la valoración física (movilidad, control de esfínteres), el tipo de ayuda humana y material que necesita el paciente. Es sencilla de administrar y clasifica a los pacientes en seis estadios que van desde la máxima independencia a la totalidad de dependencia.

b) Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) o actividades necesarias para el mantenimiento del ambiente (AMA). Implican un nivel más complejo a las anteriores. Son necesarias para vivir de forma independiente, y su medición valora el grado de autonomía al estudiar aquellas actividades de la vida diaria que requieren la utilización de instrumentos. Así se reflejan, en primer lugar, actividades que indican la adaptación de la persona al medio ambiente, como escribir, leer o contar el dinero. En segundo lugar, las labores domésticas: utilizar el teléfono, comprar la comida, preparar el desayuno, hacer la cama, lavar ropa ligera a mano, limpiar la casa, coser un botón. En tercer lugar, la movilidad: coger el autobús, administrar su propio dinero, andar con o sin bastón, levantarse de la cama, subir diez escalones, andar durante una hora seguida.

La más utilizada en nuestro medio es el índice de Lawton y Brody¹⁵⁵ que consta de 8 parámetros: capacidad para usar el teléfono, ir de compras, preparar la comida, cuidar la casa, lavar la ropa, utilizar medios de transporte, responsabilidad respecto a su medicación y manejo de asuntos económicos.

I.2.4.c. FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS RELACIONADOS CON LA CAPACIDAD FUNCIONAL.

La pérdida de la capacidad funcional no debe correlacionarse con la vejez, si bien es verdad que a medida que se incrementa la edad, aumenta la prevalencia de dependencia para la realización de las actividades de la vida diaria. Esta dependencia está motivada tanto por los cambios degenerativos que conlleva el propio proceso de envejecimiento como por la presencia de determinadas enfermedades¹⁵⁶.

Las enfermedades en ancianos son una realidad demasiado frecuente como para dudar de su influencia, aunque no siempre prevalencia equivalga necesariamente a limitación o incapacidad. El viejo sano, sin enfermedad diagnosticada, es más autónomo en cualquier actividad diaria que los que padecen problemas de salud. A medida que la enfermedad tiene un carácter más severo, la diferencia entre la realización de actividades de autocuidado, más sencillas, y las que implican una mayor esfuerzo físico se hace más evidente.

El aumento del nivel de instrucción de una población conlleva un mejor acceso y utilización de recursos, así como un mayor conocimiento sobre la forma de evitar riesgos para la salud¹⁵⁷. Además, una menor exposición a distintos factores de riesgo (de tipo físico, biológico y social) a lo largo de la vida disminuye la probabilidad de padecer trastornos crónicos en la vejez, lo que determina que la dependencia aparezca a edades más tardías en sucesivas cohortes¹⁵⁸. Esto implica una mayor esperanza de vida libre de discapacidad pero, a su vez, también una mayor complejidad de los cuidados necesarios para las poblaciones dependientes que están constituidas fundamentalmente por mujeres muy ancianas.

En España se han realizado diferentes trabajos de estimación de la evolución del número de personas dependientes. Entre ellos está el estudio de estimación de personas dependientes realizado por Otero¹⁵⁸, resumido en la tabla IX, que corrobora los resultados obtenidos en otros países de la OCDE en los que el descenso de la discapacidad ha sido inapreciable. Este descenso es

más acusado en hombres que en mujeres, y de menor magnitud en edades avanzadas de la vida.

Según el Observatorio de Personas Mayores³⁷, la población española de 65 y más años representaba, en 1992, el 19,3% de dicho colectivo. Más concretamente, la población dependiente grave era el 11,2% y la muy dependiente, el 2,6%. Con un ritmo de crecimiento casi el doble de la población independiente, la población dependiente se elevará hasta el 44,7% en 2010 y la dependiente grave alcanzará el 13 por ciento.

Tabla IX: Estimación del número total de personas dependientes en la población española mayor de 65 años en el periodo (1991-2001)

AÑO 1991				AÑO 2001		
	Total	Dependiente	%	Total	Dependientes	%
Varones	2.208.255	224.977	10,2	2.936707	265.320	9,0
Mujeres	3.161.996	678.299	21,5	4.027.561	730.018	18,4
Total	5.370.251	903.276	16,8	6.964.267	995.338	14,3

Las diferencias metodológicas empleadas para la estimación de poblaciones se deben fundamentalmente a la definición de dependencia, por lo que es necesario mantener cierta cautela a la hora de examinar los resultados obtenidos y de extrapolar las probabilidades de dependencia a toda la población española.

Lo que sí es común a todos los trabajos es que, a pesar del descenso en la prevalencia de discapacidad, el aumento en la esperanza de vida llevará a un incremento del número de personas dependientes e, incluso, será compatible con un aumento del número total de años vividos con discapacidad¹⁵⁹.

La dependencia para las ABVD está fuertemente asociada al sexo femenino^{37,149,158}. Algunos autores han demostrado que el mayor riesgo de discapacidad para las actividades tiene raíces biológicas y sociales. Las

mujeres viven más que los hombres, pero la mayor parte de este tiempo está comprometido por la incapacidad y las enfermedades crónicas.

El predominio del género femenino se incrementa con la edad de tal forma que las mujeres constituyen algo más de la mitad de la población dependiente y, a partir de los 80 años, vienen a constituir las dos terceras partes de dicho colectivo^{37,158}.

En la tabla X se señalan los porcentajes de la población por grupos de edad que declaran presentar dificultades para las ABVD, extraídas de la ENS del año 2003¹.

Tabla X: Porcentaje de población que declara dificultades para las actividades de la vida diaria por grupos de edad y sexo.

GRUPOS DE EDAD	TOTAL	VARONES	MUJERES
Total	7%	5,4%	8,6%
De 0 a 24 años	1,1%	1,4%	0,8%
De 25 a 44 años	2,1%	1,8%	2,5%
De 45 a 64 años	5,0%	4,4%	5,6%
De 65 a 79 años	20,9%	18,7%	22,8%
De 80 y más años	59,8%	46,2%	67,1%

Los varones, sin embargo, tienen menos dificultades para realizar las actividades que las mujeres. Ellos suelen tener enfermedades menores, lo que reduce menos su capacidad para las tareas de la vida diaria, acentuándose esta dificultad con la edad. Es también reconocido que los varones se encuentran más incapacitados para realizar actividades tradicionalmente realizadas por las mujeres y que los hombres, más que estar incapacitados físicamente o psíquicamente, pueden estarlo socialmente, dado su desconocimiento, inexperiencia y desmotivación en general.

Entre los determinantes de la discapacidad y la dependencia, además de la edad y el sexo, hay que tener en cuenta las características de la sociedad donde se vive y se envejece. A nivel individual, la clase social y, en particular el

nivel de instrucción determinan en gran medida el riesgo de discapacidad. Así se observa una mayor incapacidad ente los ancianos para desarrollar labores domésticas y de movilidad, ligada a niveles más bajos de estatus social, mientras que para los cuidados personales, las diferencias encontradas en la incapacidad son menos apreciables^{158,160}.

I.2.5. FUNCION PSICOLÓGICA COMO DETERMINANTE DE LA SALUD.

La psicopatología se utiliza con demasiada frecuencia como cajón de sastre donde se incluyen todos los problemas no resueltos, tanto orgánicos como sociales.

La psicopatología tiene una gran repercusión sobre la percepción que tiene el individuo de su propia salud, la morbilidad, la incapacidad y el uso de los servicios de salud^{161,162}.

Los trastornos psicopatológicos son muy frecuentes entre los pacientes que solicitan atención médica¹⁶³⁻¹⁶⁵. En estudios clásicos realizados en Atención Primaria, independientemente del método utilizado, la tasa de prevalencia oscila en torno al 25-50%^{161,164,166-170}.

En la tabla XI se resumen los estudios extranjeros que analizan la prevalencia de psicopatología en AP.

En estudios españoles realizados en las consultas de AP también se encuentra una alta prevalencia de psicopatología, como aparece reflejado en la tabla XII. Por término medio, se supone que uno de cada tres pacientes que acude a la consulta de Atención Primaria presenta malestar psíquico significativo. Aunque también es sabido que muchos casos no son reconocidos por el médico¹⁷⁰. Es lo que se denomina morbilidad oculta, la cual puede llegar hasta un 50% de casos no detectados^{164,168}.

Tabla XI: Prevalencia de psicopatología en atención primaria, estudios extranjeros (tomada de Chocron Bentata¹⁶⁴).

Autores	Año	País	N	Método diagnóstico	Prevalencia %
Goldgerg	1970	Gran Bretaña	553	GHQ-60 y CIS	32,2
Sims y Salomon	1975	Gran Bretaña	107	GHQ-60	30,8
Goldberg et al	1976	Gran Bretaña	365	GHQ-60 y CIS	36,9
Finlay-Burvill	1987	Australia	429	GHQ-60	29,3
Marks	1979	Gran Bretaña	1.098	GHQ-60 y CIS	39,7
Hoeper	1979	EE.UU.	1.972	GHQ-30 y SADS	30
Skuse-Willians	1984	Gran Bretaña	272	GHQ-60 y CIS	30
Schulberg	1985	EE.UU.	1.554	CES-D y DIS	31,3
Von Korff	1987	EE.UU.	1.242	GHQ-28 y DIS	25
Barret	1988	EE.UU.	1.160	SCL-S y SADS	26,5
Bellantuono	1987	Italia	153	GHQ-30 y CIS	46

Tabla XII: Prevalencia de psicopatología detectada en Atención Primaria en estudios españoles.

Autores	Año	N	Método diagnóstico	Prevalencia %
Sánchez ¹⁶⁶	1990	135	GHQ-28	51,1
López-Torres ¹⁶¹	1991	310	GHQ-28	41,1
Cortes ¹⁶⁷	1991	252	GHQ	33,0
Montón ¹⁶⁸	1993	444	EADG y EPEP	33,3
Chorchon ¹⁶⁴	1995	400	GHQ-28	38,8
Barreto ¹⁶⁹	1998	252	EADG y MINI	40,9
Martínez ¹⁶³	1999	175	PRIME y EADG	44,6

La prevalencia de psicopatología en la población general es sensiblemente menor¹⁷⁰. La mayoría de los estudios se centran en el estudio de la población que acude al Centro de Salud y, por ello, no hay muchos datos sobre esta prevalencia en la población general. En la tabla XIII se reflejan algunos de estos estudios, en los que se observa una prevalencia menor del 25% descrito en los estudios de AP.

Tabla XIII: Prevalencia de psicopatología en población general (tomada de Chocrón Bentata¹⁶⁴).

Autores	Año	País	N	Método diagnóstico	Prevalencia %
Goldberg et al	1976	Gran Bretaña	213	GHQ-60 y CIS	21,6
Finlay-Jones	1977	Australia	2.324	GHQ-60	16,3
Andrews	1977	Australia	863	GHQ-60	24
Henderson	1979	Australia	756	GHQ-30 y PSE	9
Barquero	1979	España	1.156	GHQ-60 y CIS	23,8
Riger et al	1988	EE.UU.	18.571	DIS (1mes)	15,4
Riger et al	1988	EE.UU	18.571	DIS (6 meses)	19,1
Riger et al	1993	EE.UU	20.291	DIS (12 meses)	28,1

I.2.5.a. DEFINICIÓN DE TRASTORNO MENTAL.

Las clasificaciones de los trastornos mentales más utilizadas en la actualidad son la de la Décima Clasificación de las Enfermedades Mentales de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10)¹⁷¹ y el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV)¹⁷².

La definición de trastorno mental según la CIE-10, es “la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo”¹⁷¹.

La CIE-10 define a los trastornos mentales en función de la presencia de determinadas conductas anormales: lo que la persona hace o dice (criterio psicosocial) o de determinados síntomas de malestar (criterio médico)¹⁷³.

Por su parte, el DSM-IV define el trastorno mental en función de su componente psicológico (funciones mentales alteradas) y su componente conductual, del cuadro clínico y de las repercusiones biológicas y de malestar que produce¹⁷³.

Los trastornos mentales que se detectan con mayor frecuencia son los trastornos de ansiedad y depresión que, según algunos estudios, puede llegar a suponer el 75% de todos los diagnósticos mentales estudiados¹⁶⁸.

La ansiedad implica la alerta de la persona ante situaciones que percibe erróneamente como amenazadoras o peligrosas, haciendo que el sujeto se prepare para defenderse o escaparse. El pensamiento y las imágenes del individuo ansioso se caracterizan por exagerar las posibilidades de peligro de un acontecimiento interno o de un acontecimiento externo. A nivel emocional, la persona se siente nerviosa, con deseos de huir de la situación vivida como peligrosa. Su conducta puede incluir la inhibición del habla, la conducta de escapar o la inquietud motora. Su cuerpo puede responder, mediado por su sistema nervioso central y autonómico, con síntomas como sudoración, taquicardia, dificultades respiratorias, tensión motora, insomnio etc¹⁷³.

El estado depresivo supone, más bien, una reducción del nivel de respuesta de la persona ante los acontecimientos de su vida. La persona está centrada en pensamientos e imágenes en torno a sus pérdidas, incapacidades, fracasos o indefensión. Por lo general, el sujeto mantiene una baja autoestima y está centrado en una visión negativa de si mismo, de su vida y de su futuro. Pueden aparecer pensamientos suicidas. A nivel emocional, predomina el estado de ánimo depresivo, con pérdida de interés por las actividades habituales y, a veces, también sentimientos de culpa ira o ansiedad. La conducta de estas personas se caracteriza, pues, por un abandono de sus actividades habituales o por un descenso intenso de las mismas¹⁷³.

I.2.5.b. ESCALAS DE MEDICIÓN DEL TRASTORNO MENTAL.

La mayor parte de los estudios actuales utilizan como prueba de cribado diseños a dos fases, siendo la primera prueba una detección a gran escala y la segunda, una entrevista confirmatoria. Estas nuevas escalas o cuestionarios ofrecen importantes ventajas sobre los instrumentos tradicionales: mayor brevedad y sencillez, poder discriminatorio entre ansiedad y depresión y posibilidad de ser utilizadas como guía de entrevista.

Como instrumento de cribado en la primera fase, el test más utilizado es el *General Health Questionnaire* de Goldberg (GHQ)^{174,175}, del que existen versiones de 12, 28, 39 y 60 preguntas. Fue diseñado por el autor en 1988, a partir de una versión modificada de la *Psychiatric Assessment Schedule*.

La propuesta de Goldberg consistió en realizar una entrevista de corta duración, que pudiera ser utilizada por médicos no psiquiatras y que diera resultados tan buenos como los obtenidos por psiquiatras usando una entrevista de investigación.

El GHQ, tal como su autor lo concibió, tiene dos importantes usos. Uno, como guía para el médico en la práctica clínica cotidiana, no suplantando a la historia clínica habitual sino incluido en ella, que le proporcione una ampliación del repertorio de preguntas que acostumbraba a hacer, con el fin de conocer la existencia de trastorno psicopatológico. Y otro, como indicador de prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión de una población determinada, considerando la proporción de pacientes con puntuaciones por encima del punto de corte.

Del cuestionario de Goldberg¹⁷⁶ se hizo una versión española, la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, validada por Montón y colaboradores en 1993¹⁶⁸. Esta escala de ansiedad-depresión de Goldberg (EADG) consta de 18 ítems, y es más breve y sencilla y de idéntico poder discriminatorio que el GHQ-28.

Otra escala utilizada en Atención Primaria es la escala de depresión geriátrica GDS de Yesavage^{177,178}. Está específicamente diseñada para detectar la depresión en el anciano. Su versión reducida consta de 15 ítems. Es de las más empleadas aunque pierde utilidad en pacientes con deterioro cognitivo. Tiene más utilidad para la detección y apoyo al diagnóstico de depresión que para un control evolutivo o de severidad de la enfermedad.

Existen otros instrumentos para la determinación del malestar psíquico, utilizados como cribaje, de posible aplicación en AP. Entre ellos está el Cuestionario Estructurado Tetradsimensional para la Depresión (CET-DE)¹⁷⁹, el *Structured Clinical Interview for DSM III-R* (SCID)¹⁸⁰ o el *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD)¹⁸¹.

Los test de cribado son utilizados en la mayoría de los trabajos actuales para contrastar sus resultados con métodos confirmatorios de entrevista psiquiátrica. Entre las entrevistas destacan por su utilización la CIS de Goldberg¹⁸² (es una entrevista semiestructurada, validada por Lobo para la población española¹⁸³, que se realiza en 20-30 minutos) y también el *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview*^{184,185}, MINI versión 4.2, traducido al español por Ferrando y Bobes¹⁸⁶.

La validez de la EADG en estudios de ámbito nacional, contrastada con otros instrumentos de cribaje de amplia difusión como el GHQ-28¹⁸³, el MINI¹⁸⁵ o el PRIME-MD¹⁸¹, es alta. En estos estudios de validación, la EADG mostró una sensibilidad del 83% y una especificidad del 82%¹⁷⁶, si bien hay que tener en cuenta que algunas situaciones, tales como acontecimientos vitales estresantes, problemática social y enfermedad somática grave, pueden producir falsos positivos. Y otras situaciones, como enfermedad crónica y trastornos de personalidad, pueden producir falsos negativos.

Otra limitación importante aparece en la población geriátrica. En ésta, la validez predictiva y la capacidad discriminante de las dos escalas es menor^{187,188}. A pesar de ello, es de uso habitual en población geriátrica y hospitalaria y, por su sencillez de aplicación, esta escala ha sido ampliamente recomendada como instrumento de cribaje, tanto con fines asistenciales como epidemiológicos y como guía de la entrevista clínica en el ámbito de la AP.

I.2.5.c. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA SALUD MENTAL.

Los trastornos mentales suponen una causa importante de morbilidad entre los pacientes de Atención Primaria, aunque no siempre es fácil reconocerlos. En muchas ocasiones los pacientes refieren síntomas físicos que, en realidad, constituyen manifestaciones de una alteración psicopatológica subyacente, siendo poco frecuente la expresión espontánea de quejas psicológicas. Los resultados muestran una asociación significativa entre trastornos mentales y mayor número de visitas al médico de Medicina General. Este hecho permite plantear la hipótesis de que un número importante de éstas visitas podría atribuirse a dichos trastornos, demostrándose que el abordaje de los problemas psiquiátricos de los pacientes reduce parte de la utilización de los servicios de salud^{157,163,164,167,169,170}.

Al igual que sucede en las consultas de Atención Primaria, también existe un subgrupo de población que visita asiduamente los SUH. En él predomina la existencia de un componente funcional que es el responsable de la reiteración de su asistencia. Son considerados “hiperfrecuentadores funcionales” por acudir muchas veces, y por motivos dudosamente justificados, al servicio de urgencias¹⁸⁹. Utilizan este servicio como una fuente, única o compartida con otros niveles asistenciales, de cuidados médicos.

La estratificación por edad y sexo de los hiperfrecuentadores muestra diferencias significativas por sexo^{161,167,190-192}. La relación entre ser mujer y la presencia de malestar psíquico se explicaría, en parte, por la mayor frecuencia de trastornos de ansiedad y afectivos en el sexo femenino, y porque las mujeres acuden con mayor frecuencia que los hombres a las consultas de Atención Primaria.

La frecuencia de la depresión en el anciano constituye un importante problema de salud^{165,166,193}. Las características socioculturales y económicas que concurren en los ancianos tienen importante repercusión en la salud psíquica. La influencia del tipo de convivencia y del entorno familiar para la conservación del bienestar psíquico del anciano, evitando situaciones de

desarraigo y soledad, está ampliamente demostrada¹⁹. Cualquier problema de salud o psicosocial es menos conflictivo para el anciano si éste permanece en familia y recibe atención en su seno. La prevalencia de malestar psíquico es mayor en los ancianos que viven solos o en residencias, frente a los que conviven en la familia, ya sea de forma continua o periódica.

I.2.6. FUNCION SOCIAL COMO DETERMINANTE DE LA SALUD.

La función social, se podría definir como el grado de integración de la persona en su medio como miembro de su comunidad. Es decir, la relación entre el individuo y el entorno o estructura social que le rodea¹⁹⁴. Medir esta función social supone una serie de problemas importantes porque engloba aspectos abstractos difíciles de calificar, que tienen un alto componente subjetivo, referidos a la cultura, relaciones y roles familiares.

El concepto de apoyo social es complejo, y ha sido interpretado de formas distintas. Para Bowling¹⁹⁵, el apoyo social es un proceso interactivo merced a la cual el individuo obtiene ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en que se encuentra inmerso. Thoits¹⁹⁶ lo define como el grado en que son satisfechas las necesidades sociales básicas (afecto, pertenencia, identidad, seguridad y aprobación) a través de la interacción con otros. Por su parte Lin¹⁹⁷ considera que el apoyo social consiste en todos aquellos elementos, funcionales o estructurales, reales o percibidos, que el individuo recibe de su comunidad, su red social y sus amigos.

El apoyo social comprende dos categorías: la que se ocupa de los aspectos cuantitativos o estructurales y la correspondiente a los aspectos cualitativos o funcionales¹⁹⁸⁻²⁰⁰.

El componente cuantitativo o estructural hace referencia al número de personas a las que puede recurrir el individuo para ayudarle a resolver los problemas planteados. Es la red social que comprende los contactos sociales de cada persona. Este apartado también incluye aspectos pertenecientes al

apoyo material, tales como la ayuda económica para el cuidado de las personas.

El componente cualitativo o funcional tiene un carácter subjetivo, referido a aspectos informales del apoyo que inducen en el individuo sentimientos de bienestar afectivo. Éste es multidimensional e incluye el apoyo emocional o afectivo (las demostraciones reales de amor, cariño, empatía), el apoyo confidencial (la posibilidad de contar con personas a las que se pueda comunicar problemas, hechos relevantes o situaciones conflictivas) y el apoyo informacional (contactos a través de los cuales se recibe información del entorno familiar, comunitario y laboral).

Numerosos estudios epidemiológicos han demostrado la relación entre apoyo social y salud e, igualmente, se ha confirmado que el apoyo social tiene un efecto modificador sobre muchos eventos de salud. El apoyo social ejercería su efecto beneficioso sobre la salud mitigando la enfermedad^{125,199,201-205}.

En la bibliografía se ha comprobado su efecto amortiguador, por ejemplo en los síntomas autoreferidos, en diversas enfermedades crónicas o agudas, en resultados obstétricos, en morbilidad psiquiátrica e incluso en el riesgo de muerte²⁰⁶⁻²⁰⁹.

I.2.6.a. RED SOCIAL.

La red social está constituida por el conjunto de los contactos sociales íntimos, amistosos o formales del individuo. La ayuda de la que cada persona dispone depende de su red. Se distinguen cuatro grupos de apoyo social²⁰⁷:

- a) red vecinal: personas en el vecindario con las que contar para pequeños favores y de las que se pudiera obtener apoyo emocional;
- b) red comunitaria: contactos a través de la asistencia a la compra o algún lugar céntrico en el barrio como la iglesia, o el hogar del pensionista;
- c) red familiar: número de familiares o amigos disponible;

d) situación de convivencia: vivir solo, vivir únicamente con el cónyuge, número de hijos y la distancia a la que residen.

Las personas más inmediatamente disponibles para ofrecer ayuda son aquéllas con las que se comparte el alojamiento. En nuestra cultura, la mayor fuente de apoyo está habitualmente en el medio familiar aunque la relación de parentesco varíe en función de la edad del encuestado. Esta relación entre la función familiar y el apoyo social ha sido documentada en muchos estudios^{210,211}.

Se denomina familia a la unidad biopsicosocial integrada por un número variable de personas, ligadas por vínculos de consaguinidad, matrimonio o unión estable y que viven en un mismo lugar²¹². La familia tiene, entre muchas funciones básicas, la de ayudar a sus miembros y la de establecer normas de conducta para los mismos. La familia tiene que atender a cinco tareas básicas que deben ser asumidas en cualquier momento de su evolución histórica. Estas cinco tareas son:

1. socialización o desarrollo de habilidades sociales,
2. atención o aporte de alimento o protección
3. afecto o relación de cariño o amor o suministro de cuidados
4. reproducción
5. estatus o legitimación y transmisión de las características del grupo social de origen.

Se define la familia sana como aquélla que desempeña adecuadamente sus funciones y es, por tanto, normofuncional²¹³. Una familia disfuncional es aquélla que no cumple sus funciones, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe de su entorno^{212,213}.

El origen de las disfunciones familiares es multicausal. Puede ser debido a la incapacidad familiar para cumplir con las tareas que le corresponden, y a la falta de recursos o la aparición de determinados acontecimientos vitales estresantes de índole muy variada como son: transiciones del ciclo vital familiar, episodios estresantes que se desencadenan dentro de la propia familia o problemas de salud y laborales.

Las disfunciones familiares son muy frecuentes y aparecen entre un 12-21% de los encuestados de los centros de salud, pudiendo llegar a porcentajes más altos, superiores al 35%, en zonas marginales^{202-204,209}.

I.2.6.b. CUESTIONARIOS Y ESCALAS DE MEDICIÓN DEL APOYO SOCIAL.

El estudio del entramado social y del apoyo social es relativamente nuevo en Epidemiología. Por ello se han creado distintas encuestas, índices o escalas de medición que, siempre que sea posible, no deben menoscabar la importancia de la valoración del médico o del trabajador social.

Entre los índices de entramado/apoyo social más conocidos, en estudios de población española, está el cuestionario DUKE-UNC²⁰⁰ validado recientemente por Bellón Saameño²⁰¹. Este cuestionario evalúa el apoyo percibido, no el real, en sus dos dimensiones: el apoyo confidencial, que es la posibilidad de contar con personas para comunicarse, y el apoyo afectivo que son las demostraciones de amor, cariño y empatía.

La percepción individual de la familia debe estar presente en las observaciones sanitarias, como posible marcador de situaciones vitales estresantes que se manifiestan como enfermedad psicosomática. Para cuantificar esta función familiar disponemos de diversos instrumentos, uno de los cuales es el cuestionario APGAR familiar (Apgar-F), desarrollado por Smilkstein²¹⁴ y validado para la población española por Bellón Saameño et al²⁰⁴ en 1996.

El Apgar-F es un test de funcionalismo familiar que consta de cinco preguntas. Cada una de ellas se corresponde con un área diferente de la función familiar: apoyo, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive.

El Apgar-F puede determinar el grado de satisfacción que el encuestado percibe en su entorno familiar. Además, presenta una serie de ventajas: fácil utilización, poco tiempo requerido para su realización, capacidad de relacionar problemas psicosomáticos con disfunción familiar y capacidad de graduar dicha

disfunción para realizar intervenciones posteriores en grupos de riesgo. Así, el Apgar-F se puede utilizar como un método de *screening* para detectar disfunciones familiares entre la población atendida en el centro de salud e, incluso, para identificar a las familias de alto riesgo^{203,209,215,216}. También ha demostrado ser un cuestionario fácil de cumplimentar y perfectamente comprensible para los pacientes, incluso para la población de bajo nivel sociocultural.

Existen otros cuestionarios que analizan la función familiar pero en general, suelen contener un número elevado de ítems que los hacen de difícil aplicación. Este tipo de escalas no pretenden ni pueden sustituir a una buena entrevista de salud mental.

Un grupo de trabajadores sociales españoles ha desarrollado y publicado un instrumento de valoración social para ancianos: la Escala de Valoración Socio-Familiar de Gijón de Díaz Palacios et al²¹⁷. Aplicada inicialmente a ancianos, recoge brevemente aspectos sociales principales a considerar en la evaluación integral de los ancianos: condiciones de vivienda, situación económica, convivencia, relaciones sociales y apoyos de la red social.

Esta escala sociosanitaria fue validada en 1999 por García González²¹⁸ para la población residente en unidades geriátricas y es utilizada de forma sistemática e incorporada como un instrumento más al protocolo de valoración integral de estas unidades²¹⁹.

I. 2.6.c. FACTORES RELACIONADOS CON LA FUNCION SOCIAL.

Parece existir una relación triangular entre salud mental, apoyo social y función familiar^{201,203,205,216,220}. Un elevado porcentaje de motivos de consulta en Atención Primaria se debe a problemas psicosociales que tienen su origen en crisis y disfunciones familiares. Los miembros de familias disfuncionales suelen consultar por molestias poco definidas, por trastornos somatiformes, trastornos afectivos o de ansiedad. Los miembros sintomáticos de la familia disfuncional acuden al médico, utilizando el sistema sanitario como uno de los

principales recursos extrafamiliares a los que recurrir estos individuos en nuestro modelo sociocultural²¹³.

También existe relación con la situación económica pues a mayor problemática económica y social, mayor riesgo de disfunción familiar²¹⁵.

En cuanto a las personas mayores, las circunstancias que habitualmente acompañan al anciano (retiro, fallecimiento del cónyuge y amigos, pérdida de la salud y mayor incapacidad física) contribuyen al deterioro de sus relaciones sociales. La mayoría viven en la comunidad gracias a la ayuda que les presta su grupo familiar, hasta el punto de que el mantenimiento de las personas mayores es difícil sin la ayuda familiar, aún estando disponibles servicios de ayuda a domicilio.

En el apoyo de las personas mayores se diferencia un componente formal, los servicios comunitarios, y otro informal, la familia y amigos. La escasez de servicios formales en España hace que la familia asuma generalmente el cuidado del anciano. Los amigos y vecinos juegan un papel menor de apoyo de las personas mayores interviniendo sólo en situaciones de urgencia o esporádicamente^{125,221}.

La mayoría de los estudios publicados han sido realizados en poblaciones con culturas diferentes a la española. Las familias multigeneracionales son escasas en Estado Unidos. Los nietos no aparecen como fuentes de apoyo. En estas sociedades, las personas mayores viven solas o con su pareja mientras pueden mantener su autonomía.

En España tan sólo el 20%, aproximadamente, de la población anciana vive sin compañía. La baja proporción de personas institucionalizadas, alrededor del 2,5%, y la escasez de servicios formales comunitarios hace suponer que los cuidados de las personas mayores están siendo asumidos casi completamente por la familia²²¹.

Los fuertes cambios demográficos y culturales experimentados por la sociedad española en los últimos años hacen que se planteen preguntas sobre la evolución actual de la ayuda familiar y el cuidado de las personas mayores. La disminución del número de hijos por familia y la incorporación de las mujeres al trabajo, junto con el deseo de autonomía e independencia de las personas mayores, hacen que la conjugación de la disponibilidad de ayuda y de cohabitación esté destinada a disminuir fuertemente en las próximas

generaciones. Este movimiento ha sido general en otros países occidentales. Al mismo tiempo que se mantiene la realidad de las relaciones familiares y de ayuda entre generaciones, también cambian la naturaleza de las relaciones y aumenta el papel del Estado.

En nuestro país, estas modificaciones demográficas, sociales y normativas empiezan a aparecer y su pleno efecto se hará notar en los próximos años.

II. JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

II. JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

II. 1. JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS

La realidad actual es que la población cada vez demanda más salud y con mayor urgencia como exponente de una situación de mayor bienestar social, siendo los servicios de urgencias Hospitalarios la principal puerta de entrada al sistema sanitario. Estos SUH son los que más alta aceptación presentan para los usuarios que buscan una solución rápida y eficaz a sus problemas, debido a que están dotados de un equipamiento técnico y de personal altamente cualificado. Además, esta situación se encuentra reforzada por el hecho de estar apoyados por el resto de los servicios del hospital, lo que les da un alto grado de capacidad para solucionar cualquier problema de salud con gran calidad asistencial.

Aunque en un principio se intentó una reeducación sanitaria orientando la demanda de los SUH hacia la Atención Primaria, de forma que ésta actuase de primer filtro en situaciones de urgencia, hoy todos los gestores saben que los SUH han conseguido un gran nivel de aceptabilidad y prestigio entre la población general por lo que, desde hace más de una década, la creciente frecuentación de los SUH se ha convertido en un proceso irreversible que obligará a aumentar y distribuir los recursos con fórmulas imaginativas, adecuando esta demanda a las necesidades de los ciudadanos.

Por todo lo expuesto, los servicios de urgencias Hospitalarios son, en la actualidad, de gran interés para la sociedad y también para la comunidad científica. Todo lo que se hace y como se hace en ellos desde hace unos años es objeto de múltiples estudios. Algunas de estas investigaciones están dirigidas a analizar los motivos por los que cada vez son atendidos más pacientes con patologías no graves, susceptibles de atención a otros niveles asistenciales.

La población anciana también es foco de particular atención en la actualidad pues se ha convertido en los principales usuarios de los SUH. Éstos proporcionan cada vez más cuidados de AP a ancianos que enferman de noche o están incapacitados para acudir a su médico de AP. Es, por tanto, de gran importancia conocer el amplio espectro de problemas, no sólo médicos sino también sociales, que originan esta vía de acceso al SUH.

Así mismo, el estudio de la población inmigrante cobra especial relevancia: esta población que llega a España se encuentran con una posibilidad de acceso al sistema sanitario en igualdad de condiciones que la población española, con una oferta de servicios no disponible en su país de origen.

Conocer las causas por las que nuestros pacientes demandan una asistencia más inmediata para sus necesidades de salud nos ha llevado al planteamiento del estudio, en el que se ha intentado analizar los diversos factores relacionados con la utilización del servicio de urgencias hospitalario del Hospital de Cabueñes a través de un estudio de casos y controles. Este hospital que atiende a una población de 295.538 habitantes y que en los últimos diez años ha visto incrementar su demanda en un 38%.

Nuestra hipótesis de trabajo es que **existe un uso diferencial de las Urgencias y que, además de los problemas de salud, existen otros determinantes que condicionan la percepción de necesidad de cuidados como un factor esencial en la decisión de buscar atención sanitaria en los SUH**. Sabemos que existe una serie de factores relacionados con la demanda de los SUH como son los factores demográficos, socioeconómicos, culturales, de salud física y mental, y otros relacionados con la oferta como es la estructura del sistema sanitario.

El análisis de estos condicionantes nos hará comprender mejor las características de estos usuarios para así poder adecuar los servicios de urgencias hospitalarios a la población demandante.

II. 2. OBJETIVOS

El presente trabajo se propone los siguientes objetivos:

II. 2. 1 OBJETIVO GENERAL

Analizar los factores relacionados con la utilización del servicio de urgencias hospitalarias por los pacientes que han utilizado dicho servicio en el periodo comprendido entre el 1 de Enero de 2002 y el 30 de Noviembre de 2004.

II. 2. 2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

RELACIONADOS CON EL PERFIL DEL USUARIO DEL SUH.

- Estudiar las características demográficas de la población que acude a un servicio de urgencias hospitalarias: edad, sexo, estado civil y nacionalidad.
- Conocer el perfil sanitario del usuario habitual de los Servicios de Urgencias Hospitalarias: cobertura sanitaria, conocimiento de los dispositivos extrahospitalarios, y las razones argumentadas para acudir.

RELACIONADOS CON LOS DETERMINANTES DEL ESTADO DE SALUD

- Identificar las diferencias de utilización del servicio de urgencias hospitalario debidas a:
 - El nivel socioeconómico.
 - La autopercepción de la salud
 - El consumo habitual de fármacos.
 - El grado de incapacidad física y psíquica.

- La salud mental.
- La situación social y familiar.

III. SUJETOS Y MÉTODOS

III. SUJETOS Y METODO

III.1. TIPO DE ESTUDIO.

Se diseñó un estudio de casos-controles apareados y estratificados por edad y sexo, de forma prospectiva.

El estudio epidemiológico de casos y controles es un procedimiento metodológico en el cual grupos de individuos son seleccionados en términos de casos y controles, según tengan o no la enfermedad o evento que se estudia. Los grupos de casos y controles son comparados con respecto a características pasadas y existentes, denominados factores de riesgo, con el fin de aclarar el papel de estos últimos en el desenlace de las enfermedades cuya etiología se quiere establecer. Desde el punto de vista cronológico, el estudio puede ser retrospectivo o prospectivo. El estudio es prospectivo cuando la determinación del efecto es posterior a la iniciación del estudio²²².

III. 2. POBLACION A ESTUDIO.

Se describirá este apartado con una breve descripción del Área Sanitaria V de Asturias así como del Servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñes.

El área V incluye los municipios de Carreño, Gijón y Villaviciosa, ocupando una superficie de 524,5 Km. de la costa centro-oriental de Asturias.

La población total del Área, según la última actualización del padrón municipal de habitantes de 2003²²³, es de 295.538 habitantes: 154.744 mujeres y 140.794 hombres. Su cabecera es Gijón, con 270.875 habitantes, y engloba también los concejos de Villaviciosa, con 14.232 habitantes, y Candás, con 10.431 habitantes (anexo I).

El área V está constituida por 13 zonas básicas de salud de las cuales 11 están en el municipio de Gijón, una en el de concejo de Gozón y otra en el de Villaviciosa (tabla XIV)²²⁴. Además tiene 4 consultorios periféricos para dar servicio a zonas rurales con población muy dispersa.

Tabla XIV: Zonas Básicas de Salud del Área V.

ZONAS BASICAS DE SALUD		POBLACIÓN	%
Zbs 5.1	CARREÑO	10.535	3,54
Zbs 5.2	LA CALZADA	31.331	10,54
Zbs 5.3	NATAHOYO	17.445	5,97
Zbs 5.4	CENTRO	26.436	8,89
Zbs 5.5	PUMARIN I	20.163	6,78
Zbs 5.6	SEVERO OCHOA	33.481	11,26
Zbs 5.7	CONTRUECES	22.018	7,40
Zbs 5.8	EL LLANO	30.865	10,38
Zbs 5.9	EL COTO	20.608	6,93
Zbs 5.10	ZARRACINA	21.835	7,34
Zbs 5.11	PARQUE SOMIÓ	29.204	9,82
Zbs 5.12	VILLAVICIOSA	13.283	4,36
Zbs 5.13	LAVIADA	20.006	6,73
TOTAL		297.207	100

El Hospital de Cabueñes de Gijón es el hospital de referencia del Área Sanitaria V de Asturias. Es un centro hospitalario del grupo II. En el momento del estudio disponía de 494 camas, atendiendo a todas las Zonas Básicas de Salud excepto la 5.1, 5.2 y 5.3 que tienen como referencia un centro concertado, el Hospital de Jove.

El Servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñes está distribuido en distintas áreas de trabajo según la patología que atienden. En el Área de Triage²²⁵ se clasifican los pacientes según criterios de gravedad clínica y se

distribuyen en las secciones de: Urgencias Ambulatorias, Urgencias Generales, Pediatría, Traumatología y Especialidades (Ginecología, Otorrinolaringología, Oftalmología).

La actividad urgente del hospital de Cabueñes como la del resto de los hospitales del territorio español, muestra una tendencia continuamente ascendente¹¹. Las últimas cifras recogidas son las del año 2005, con 96.290 pacientes.

En la tabla XV se muestra la evolución del número de pacientes atendidos por el Servicio de Urgencias del Hospital entre 1983 y 2005^{226-230,296}.

Tabla XV: Actividad de Servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñes en el periodo 1983-2005.

	1983	1988	1993	1998	2003	2004	2005
Urgencias Totales	30.949	51.605	59.342	74.674	96140	94250	96.290
U. Generales		27.932	33.056	43.965	56.920	56.891	57.053
U. Traumatológicas		13.678	15.441	16.781	20.088	20.051	20.339
U. Pediátricas		9.995	10.845	13.928	19.132	17.308	18.898

La actividad asistencial generada en los servicios de urgencias se puede recoger también a través de indicadores. Los más frecuentemente empleados son el porcentaje de urgencias ingresadas sobre las urgencias atendidas y la presión de urgencias (porcentaje de ingresos efectuados a través de los servicios de urgencias sobre el total de los ingresos hospitalarios). Estos indicadores son de gran utilidad pues informan de la repercusión que tiene la actividad de este servicio sobre el resto de la actividad hospitalaria. En la tabla XVI se puede observar la evolución de estos indicadores en los últimos veinte años²²⁶⁻²³⁰.

Tabla XVI: Actividad de ingresos desde urgencias del Hospital de Cabueñes

	1983	1988	1993	1998	2003
Presión del SUH	80,12%	73,3%	75,86%		80,12%
% de ingresos	35,60%	20,7%	20,78%	16,58%	35,60%

La **población de referencia de este estudio** estaba formada por todas las personas mayores de 14 años del Área Sanitaria V que disponían de la tarjeta sanitaria o estaban empadronadas.

La **población elegible** la constituyeron todos los pacientes de las citadas características que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñes, así como los acompañantes de los pacientes ingresados en el hospital, entre el 1 de enero del 2002 y el 30 de noviembre del 2004.

La **población a estudio** fue seleccionada entre la población elegible de forma aleatoria y sistemática. El método utilizado para la selección se explica más adelante.

Se preguntó a los sujetos seleccionados si aceptaban participar en un estudio totalmente anónimo, en el que se analizarían algunas condiciones del entrevistado, y que no tenía ninguna repercusión sobre la asistencia prestada durante su ingreso en el hospital.

Se estimó el tamaño muestral, calculado con el programa Epidat 3.1, para un estudio de casos y controles emparejados, con una relación de un caso por un control, para detectar OR (razón de ventajas) superiores a 1,32, siendo el nivel de confianza del 95%, la potencia del 90% y el error alfa del 3%. La muestra resultante estaba formada por 1.041 parejas de casos y controles.

Selección de los casos.

Se definió como "caso" a los pacientes que acudieron al SUH del Hospital de Cabueñes, entre el 1 de Enero de 2002 y el 30 de Noviembre de

2004, y que fueron atendidos tanto en el Área de Urgencias Generales como en el Área de Consulta Ambulatoria.

La selección de los casos se realizó de forma aleatoria y sistemática entre los pacientes definidos como "casos". Para ello se estableció la recogida los días de la semana que coincidían con los turnos de trabajo del entrevistador, y de forma sistemática se realizó la encuesta a uno de cada dos pacientes atendidos durante su turno de trabajo.

Se excluyeron del estudio los pacientes menores de 14 años, por pertenecer al Área de Pediatría, y los directamente atendidos por el médico especialista correspondiente en las Áreas de Traumatología, Ginecología, Oftalmología y Otorrinolaringología. También fueron excluidos aquellos pacientes que no pertenecían al Área Sanitaria V (desplazados de otras áreas sanitarias, transeúntes, veraneantes, pacientes que trabajaban en esta ciudad pero que no eran vecinos de ella, etc).

En el caso de urgencias graves o vitales (pacientes en situación de parada cardiorrespiratoria, accidentados de tráfico, inconscientes, o en cualquier otra situación que por su gravedad no permitió realizar directamente la encuesta) se recogió la información a través de los acompañantes y de los datos disponibles en la historia clínica.

Selección de los controles

Se definió como "control" a los acompañantes de los pacientes ingresados en el Hospital de Cabueñes, ya fueran familiares directos o indirectos, amigos, o con cualquier otro tipo de relación con el paciente.

Los controles a estudio se seleccionaron aleatoriamente de entre los acompañantes definidos como "controles", con apareamiento por edad y sexo con los casos.

En un primer momento, se valoró la posibilidad de recoger sólo los acompañantes de pacientes que no fueran ingresados a través de SUH, para intentar salvar la posible tendencia que estos presentarían a utilizar este servicio por mayor grado de conocimiento de las mismas. Posteriormente se desestimó esta condición pues según la tabla de ingresos hospitalarios, la mayor parte de los controles iban a proceder bien de acompañantes de pacientes del Servicio de Medicina Interna, de los cuales un 90,78% ingresaba

a través del Servicio de Urgencias, o bien de acompañantes de pacientes quirúrgicos, que también ingresaban a través del SUH en más de un 50% de las ocasiones, por lo que las posibilidades de encontrar acompañantes de pacientes no ingresados por el servicio de urgencias eran muy escasas.

Se incluyeron como controles a las personas que aceptaron responder a la encuesta, pertenecientes al área sanitaria V, mayores de 14 años, y que se encontraban acompañando a pacientes ingresados durante el periodo del estudio. La relación de los sujetos con el enfermo era diversa (familiares, amigos, vecinos, vinculados laboralmente, etc.) y se recogió en el cuestionario.

Se excluyeron como controles a los individuos no pertenecientes al Área Sanitaria V y a los que manifestaron su negativa a participar. De estos últimos, la mayoría no quisieron colaborar por no encontrarse con suficiente ánimo o por considerar que no era un momento adecuado. De ellos se recogió únicamente la edad y el sexo.

Cuando aceptaban realizar la entrevista, se procedía a la encuesta, y si rechazaban hacerla, se preguntaba únicamente la edad.

La recogida se llevó a cabo en dos fases. En una primera, se seleccionó diariamente de forma aleatoria una planta hospitalaria, estableciendo un turno rotatorio que comenzaba de nuevo cuando se habían recorrido todas las restantes plantas del hospital. De esta manera, transcurría suficiente número de días tras la anterior visita a la planta, lo que aseguraba la renovación de los pacientes. Se recorrían todas las habitaciones de la misma planta y se escogía al acompañante que estuviese situado más próximo a la puerta de entrada. Si el seleccionado rehusaba contestar, se pasaba al que ocupase el siguiente puesto y así sucesivamente.

En la segunda fase se realizó una selección dirigida, efectuando cortes por grupos de edad, de forma que se tanteaban controles de determinado sexo y edad para aparearlos con los casos.

La estratificación por grupos de edad se realizó en grupos de 10 años. Así, un caso podía estar apareado con un control que estuviese en un intervalo cinco años mayor y cinco años menor de su edad.

La dificultad principal se presumió en los más ancianos pues, según un estudio del año 1994 realizado por Sánchez Corominas⁵¹ sobre la población anciana (mayores de 64 años) atendida en el hospital de Cabueñes, ésta

constituía el 32% de las urgencias atendidas, mientras que según el censo de la Tarjeta Sanitaria²²⁴ este grupo representaba menos del 23%. Esta circunstancia supuso una dificultad en la recogida de los controles: en los grupos de mayor edad, y a medida que aumentaba la edad de los casos, existían más problemas para aparearlos con los controles. Por ello, en un primer momento, en los controles se utilizó un intervalo de edad único de mayores de 80 años que, posteriormente, se rebajó a mayores de 75 años.

III. 3. INSTRUMENTO DE MEDIDA: CUESTIONARIO.

La fuente primaria de información fue una encuesta. A los sujetos a estudio se les realizó una entrevista directa, ejecutada por un único entrevistador, con un cuestionario anónimo compuesto de 60 preguntas que se efectuaron directamente al sujeto o al acompañante, en el caso de que el seleccionado precisase ayuda para contestarlas. La mayor parte de las preguntas contenían repuestas cerradas. Sólo la ocupación habitual y las razones argumentadas para acudir al SUH se recogieron como respuestas abiertas.

El cuestionario fue confeccionado para este estudio y en él se incluyeron todos los aspectos de la investigación. Se revisó tras la entrevista a los 12 primeros casos, modificándose únicamente el orden de las preguntas con el fin de simplificar la realización del mismo. El cuestionario empleado en caso y controles fue el mismo (anexo II).

Para la ejecución del estudio se solicitó autorización a la Gerencia del Hospital, así como el consentimiento de los participantes.

III. 4. VARIABLES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO.

A continuación se enumeran las variables que se utilizaron en el presente estudio.

III.4.1. VARIABLES PROPIAS DE LA ENCUESTA.

- Pertenencia del encuestado al grupo “caso” o al grupo “control”.
- Características de la recogida de la información:
 - Autocumplimentado: el sujeto contestó de forma autónoma.
 - Cumplimentado con ayuda: el sujeto precisó ayuda para realizar la entrevista de forma que, la información fue recogida a través de los acompañantes. Fueron incluidos dentro de este apartado: el deterioro cognitivo, que abarcaba desde las alteraciones mentales leves hasta la demencia, los problemas de audición (hipoacusia), las situaciones de gravedad que impidieron cumplimentar las encuesta, y otros motivos como fueron las alteraciones mentales (psicosis, retraso mental), o problemas con la comprensión del idioma.
 - El sujeto se negó a contestar.
 - No fue posible realizar la encuesta al sujeto ni a los acompañantes.

III. 4.2. VARIABLES DEMOGRÁFICAS

Las variables relacionadas con los datos demográficos fueron:

- Edad.
- Sexo.

- Estado civil.
- Nacionalidad/ Lugar de nacimiento.
- Tiempo de residencia en España, en los encuestados extranjeros.

III. 4.3. VARIABLES SANITARIAS.

Se recogió información sobre la cobertura sanitaria, la utilización de los servicios sanitarios, las razones del ingreso en el servicio de urgencias, el diagnóstico y la derivación, si la hubo, del paciente desde el servicio de urgencias a otros servicios o a su domicilio.

III. 4.3. a. COBERTURA SANITARIA.

La universalización de la asistencia sanitaria en España, tras el reconocimiento en 1989 del derecho de los ciudadanos carentes de recursos y sin otra cobertura pública, a recibir asistencia sanitaria a través de los servicios sanitarios de la Seguridad Social, proporciona cobertura sanitaria gratuita a toda la población.

Por otro lado, existen en nuestro país Mutualidades del Estado acogidas a seguros privados. Las duplicidades de cobertura se producen tanto en combinación de seguros privados-público como entre seguros públicos.

Para la realización del presente estudio interesaba conocer el grado de cobertura sanitaria de la muestra, por lo que se solicitó información a los encuestados sobre:

- La pertenencia a la Seguridad Social. Dentro de este apartado se incluyeron las Mutualidades del Estado acogidas a la Seguridad Social, como es el caso en el Área Sanitaria V, del Instituto Social de la Marina.

- Existencia de otro seguro médico, único o además de la SS En el caso de que existiese, se indagó sobre el tipo de seguro médico, recogiéndose en este apartado:
 - Las Mutualidades del Estado acogidas a seguros privados (Salus, Madín, IMQ, Isfas, Previaisa, Mafre, Muface).
 - Los seguros médicos privados concertados individualmente por el encuestado.
 - Los seguros médicos concertados a través de la empresa de trabajo del paciente.

En el caso de que el entrevistado fuese inmigrante y careciese de datos de filiación de Seguridad Social, se le preguntó si había presentado algún tipo de documento para acudir al SUH.

El grado de conocimiento del médico de familia habitual es un indicador indirecto del uso del servicio de Atención Primaria. Por ello se preguntó, primeramente, por el Centro de Salud del Área Sanitaria V al que pertenecían o, en su defecto, si no conocían el Centro de Salud, por su domicilio en Gijón.

Los Centros de Salud del Área Sanitaria V recogidos fueron los siguientes: La Calzada, Natahoyo, Gijón-Centro, Pumarin I, Severo Ochoa, Contrueces, El Llano, El Coto, La Arena, Parque-Somio, Laviada, Carreño y Villaviciosa.

Se incluyó también la posible respuesta “otros” para los sujetos institucionalizados que recibían atención sanitaria del médico de la residencia donde vivían, o los que consultaban habitualmente con un médico de la familia.

Para evaluar el grado de conocimiento o el recuerdo del médico de cabecera habitual se obtuvieron del entrevistado tres posibles respuestas:

- Sí conocía a su médico y, además, recordaba su nombre.
- Sí conocía a su médico pero no recordaba su nombre.
- No conocía a su médico ni recordaba su nombre.

III.4.3.b. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS.

El estudio de la utilización de los servicios sanitarios se basó en dos situaciones, que se suponía que los entrevistados recordarían fácilmente, relacionadas con “malos resultados de salud en la población” y provenientes del *ISAR Screening Tool*¹⁵⁻¹⁷, un test con 24 cuestiones relativas a “malos resultados en salud en anciano (*24 High-Risk*)”, que entre otras contiene las siguientes preguntas:

- ¿Ha visitado el servicio de urgencias en el último mes? (*High Risk -11*).
- ¿Ha sido hospitalizado o permaneció más de un día hospitalizado en los últimos 6 meses? (*High Risk -12*).

En este estudio se modificó la primera de las preguntas con el fin de investigar si habían acudido al SUH en el último año previo a la realización de la entrevista, pues este es el intervalo de tiempo más comúnmente utilizado en las Encuestas Nacionales de Salud.

En la segunda pregunta se excluyeron las estancias en el SUH y los ingresos de *boxes* de estancia máxima de 24 horas, porque las permanencias menores a 24 horas no son consideradas como ingresos hospitalarios.

Finalmente las preguntas recogidas en el cuestionario en relación con este apartado fueron:

- ¿Acudió al Servicio de Urgencias Hospitalario este último año?
- ¿Recuerda si ha estado hospitalizado por más de una noche durante los pasados 6 meses?

En los casos, la información se obtuvo de la de la historia clínica y, en los controles, se preguntó si recordaban haber acudido al SUH en el último año. Si no recordaba la fecha en la que había estado con exactitud, se inquirió por fechas aproximadas relacionadas con eventos que pudieran recordar con más facilidad (vacaciones de Navidad, de Semana Santa, final del verano, etc). Los centros hospitalarios mencionados fueron el Hospital de Cabueñes y el Hospital de Jove para los encuestados de las zonas básicas de Carreño, La Calzada y Natahoyo.

III.4.3.c. RAZONES ARGUMENTADAS POR LA POBLACIÓN A ESTUDIO PARA ACUDIR AL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO.

La información sobre las razones que llevaron a los pacientes a acudir al SUH se recogió en una encuesta piloto. La intención de esta encuesta era comprobar si todas las razones argumentadas por los usuarios estaban reflejadas en el cuestionario. Para ello se realizó, en primer lugar, una pregunta abierta sobre las razones para acudir al SUH de 50 pacientes que no habían sido remitidos por ningún médico. Las respuestas así obtenidas se confrontaron con las halladas en la bibliografía y se confeccionó un listado que contenía todas causas citadas por estos 50 encuestados más las extraídas de la bibliografía.

Finalmente, el cuestionario incluyó dos preguntas de respuesta cerrada, con categorías excluyentes entre si, que recogían el motivo más inmediato por el que se había acudido al servicio de urgencias:

- ¿Cuál fue el motivo de acudir al SUH?
- ¿Consultó con su médico para venir al hospital?

Si el sujeto refería más de un motivo principal, se anotaba el más reciente. Por ejemplo: un paciente que, en lista de espera para consultar con el médico especialista, acude nuevamente a su médico de cabecera porque su dolencia no remitía, siendo animado por éste para acudir al SUH; el motivo más reciente, en este caso, sería la derivación por parte de su médico.

La información de la pregunta “¿Habló usted con su médico para venir hoy al hospital?” se categorizó, a su vez, en tres respuestas principales: derivación al SUH por consejo médico, autoderivación (sujetos que habían acudido por iniciativa propia al SUH) y sujetos que fueron remitidos directamente al hospital.

A) Las derivaciones por consejo médico se clasificaron en:

a) Consejo e informe médico: cuando el paciente acudía al SUH con un informe remitido por el médico de AP o especialista, bien fuera documento oficial (P-10) o bien documento privado (carta, informe, etc.).

Este apartado contenía varias posibilidades:

1. Portaba un P-10 para valoración por el SUH.
2. Portaba un P-10 para valoración por un especialista de forma urgente. Esta modalidad de derivación médica no se contempla en este hospital como una consulta especializada, y es filtrada por el médico de urgencias que indica, en cada caso, la necesidad de derivación al especialista correspondiente.
3. Portaba un informe del propio servicio de urgencias en el que se indicaba la posibilidad de acudir de nuevo dependiendo de su evolución clínica.
4. Era derivado desde una consulta médica especializada, para su valoración por el servicio de urgencias o para su ingreso por este servicio, a través de un documento de interconsulta hospitalaria.
5. Era derivado por indicación médica a través del Servicio de Emergencias 112, trasladado en UVI-Móvil o ambulancia convencional.
6. Era derivado desde otro hospital para ser valorado o ingresado por el SUH.

b) Consejo sin informe médico o “derivaciones de viva voz”²³¹, como comúnmente se denominan en el argot hospitalario. Esta variable clasificaba a los pacientes remitidos verbalmente por su médico de Atención Primaria o por su especialista, sin aportar documento alguno.

Dentro de este apartado se recogieron varias modalidades:

7. Un familiar del paciente habló telefónicamente con el médico de familia y éste le aconsejó que acudiera al SUH.
8. Un familiar fue personalmente al Centro de Salud y el médico de AP le aconsejó que llevara al paciente al SUH.
9. Fue explorado por el médico de Atención Primaria y éste le aconsejó que acudiera al SUH sin aportar ningún documento de derivación.

10. Fue valorado por el médico de Atención Primaria y remitido a su domicilio inicialmente, condicionando el acudir al SUH si su evolución fuera desfavorable.

B) Autoderivación: sujetos que acudieron por iniciativa y voluntad propia al SUH, sin ser remitidos por ningún médico. Éstos fueron clasificados según:

a) La gravedad de la patología:

11. Situaciones de urgencia vital: parada cardiorrespiratoria, accidentes de todo tipo, intoxicaciones, etc.

12. Signos o síntomas que alarmaron al paciente y le sugirieron peligro para su vida: síntomas cardiovasculares, neurológicos graves, coma hipoglucémico, convulsiones, hemorragias, etc.

b) La rapidez de la asistencia. El paciente:

13. Manifestó que el motivo de acudir al SUH fue conseguir asistencia sanitaria de forma más rápida que la obtenida en otros servicios o por su médico de familia. Este argumento se expresaba como: necesidad de solucionar un problema con rapidez, presencia de síntomas inesperados ya conocidos o desconocidos por el paciente, que le condicionaban a una asistencia rápida, o sentirse enfermo y no poder esperar a la cita con su médico de cabecera unas horas más tarde.

14. Manifestó miedo a padecer un problema grave por lo que acudió con rapidez al SUH.

c) La confianza en el SUH. El encuestado:

15. Afirmaba que el SUH le merecía más confianza que otros servicios de urgencias extrahospitalarios o que su médico de AP. U opinaba que en el SUH había mejores medios técnicos y humanos.

16. Ya había estado ingresado en el hospital, o en el SUH, por la misma patología en otras ocasiones.

17. Ya había sido aconsejado anteriormente de la necesidad de acudir directamente la SUH ante cualquier complicación.

d) La accesibilidad a la prestación sanitaria.

18. El SUH fue considerado como el acceso más fácil al sistema sanitario. El paciente decidió acudir directamente al SUH sin plantearse una consulta previa con su médico de familia. Fue llevado directamente al SUH por su familia.

19. Desconocimiento del servicio de urgencias extrahospitalario. El paciente no sabía donde acudir.

20. Centro de salud cerrado o con mal horario o incompatible con el trabajo del paciente.

21. El paciente ya se encontraba en el hospital cuando se sintió enfermo.

e) La existencia de un familiar dentro del sistema sanitario.

22. El paciente tenía un familiar o conocido entre el personal del hospital que lo había animado a acudir al SUH.

f) Los exámenes complementarios:

23. Solicitud por parte del paciente de realización de determinados exámenes complementarios.

g) La falta de solución en Atención Primaria. El paciente consultó previamente con su médico de AP por el motivo que acudió al SUH y:

24. No mejoró con el tratamiento aplicado o que empeoró, por lo que decidió acudir directamente al SUH antes de consultar de nuevo con su médico.

25. Existía la necesidad de exploraciones complementarias o de tratamiento urgente no disponible en AP.

26. Estaba pendiente de pruebas o de resultados tras consulta reciente pero, en su opinión, "no se podía esperar más" (cita textual).

h) La demora de la Atención Especializada

27. El encuestado estaba en lista de espera para una consulta de Atención Especializada y acudió la SUH porque, en su opinión, la consulta no se podía demorar más.

C) El tercer grupo de respuestas incluía a los sujetos que eran conducidos directamente al hospital, sin ser enviados por el médico de cabecera y sin acudir por voluntad propia. Remitidos por:

28. Por la policía.

29. Por una ambulancia que los recogió de la calle.

30. Por un problema social: personas sin cuidador y que se encontraban en su domicilio con necesidad de atención o en situación de abandono.

La mayoría de ellos fueron llevados en ambulancia o por la policía.

III.4.3.d. DIAGNOSTICO DE LAS PATOLOGIAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS.

En los casos, el diagnóstico principal se clasificó al alta del paciente, utilizando la CIPSA-2 (Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria). Esta clasificación fue realizada por el Comité de Clasificación de la Wonca (Organización Mundial de Colegios Nacionales, Academias y Asociaciones Académicas de Médicos Generales/Médicos de Familia). La CIPSAP-2 es una adaptación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9) para uso en Medicina General y comprende los siguientes apartados²³²:

1. Enfermedades infecciosas y parasitarias.
2. Neoplasias.
3. Enfermedades endocrinas.
4. Enfermedades de la sangre.
5. Trastornos mentales.
6. Enfermedades del sistema nervioso y de los sentidos.
7. Enfermedades del aparato circulatorio.
8. Enfermedades del aparato respiratorio.
9. Enfermedades del aparato digestivo.
10. Enfermedades del aparato génito-urinario.
11. Complicaciones de la gestación, parto y puerperio.

12. Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo.
13. Enfermedades del aparato muscular y esquelético.
14. Anomalías congénitas.
15. Complicaciones del periodo perinatal.
16. Síntomas y signos mal definidos.
17. Lesiones y envenenamientos.

III 4.3.e. DESTINO DE LOS ENCUESTADOS TRAS EL ALTA DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS.

El destino del paciente, una vez que fue atendido por el SUH, se clasificó en: alta a su domicilio, ingreso en planta, ingreso en boxes (estancia máxima de 24 horas), traslado a otro hospital, éxitus y alta voluntaria.

III. 4.4. VARIABLES RELACIONADAS CON EL ESTADO DE SALUD.

Las variables utilizadas en este estudio para valorar el estado de salud de los encuestados fueron:

III.4.4.a. NIVEL SOCIOECONÓMICO.

Siguiendo la propuesta de medición de la clase social de la Sociedad Española de Epidemiología¹¹⁰, la clasificación de la ocupación de los individuos se basó en la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CON-94)¹¹¹ elaborada por el Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (anexo III). Ésta es una

adaptación española de la clasificación británica también propuesta por Domingo y Marcos¹¹², que recoge en algunos casos, además de la ocupación desempeñada, el nivel de formación requerido o titulación asociada al puesto de trabajo, el cargo que ocupa el sujeto, la situación de empleo y el número de trabajadores de la empresa.

En este trabajo se utilizaron dos variables para el estudio del nivel socioeconómico: la situación laboral y la ocupación según la clasificación de la CON-94.

SITUACIÓN LABORAL

Se recogió a través de la clasificación poblacional del padrón que comprende las siguientes categorías:

1. Activo: sujetos que estaban trabajando en el momento de la entrevista, ya sea a tiempo completo o parcial.
2. Parados: sujetos que en el momento de la entrevista estaban sin trabajo, ya fuese cobrando subsidio o sin él. En este apartado se incluyeron los que habían trabajado anteriormente, así como los que se encontraban buscando su primer empleo.
3. Incapacitados: sujetos que presentaban incapacidad laboral permanente.
4. Jubilados.
5. Amas de casa.
6. Estudiantes y escolares.
7. Otros: apartado abierto en el que se incluyeron todos los sujetos que no se encontraban en ninguna de las situaciones anteriores, v.g : indigentes, transeúntes, rentistas, etc.

OCUPACIÓN LABORAL

Se preguntó a los encuestados cual era la ocupación que desempeñaban en el momento de la entrevista o que había desempeñado

durante la mayor parte de su vida si se trataba de un jubilado, parado o una persona con incapacidad. En el caso de amas de casa y estudiantes, se recogió la ocupación del cabeza de familia.

Si los dos miembros de la pareja trabajaban, se investigó sobre la ocupación del cónyuge y se anotó la del más alto nivel económico.

Siguiendo la Clasificación Nacional de Ocupaciones, también se solicitó información sobre la situación laboral o empleo en la ocupación y, para ello, se consideraron los siguientes apartados:

- Trabajador por cuenta propia sin asalariados.
- Trabajador por cuenta propia con 10 o más asalariados.
- Trabajador por cuenta propia con menos de 10 asalariados.
- Gerente de una empresa con 10 o más asalariados.
- Gerente de una empresa con menos de 10 asalariados.
- Capataz, supervisor o encargado.
- Otro asalariado.

Se dividió a los sujetos en seis clases que correspondían a la clasificación abreviada de la (CON-94)¹¹¹:

- Clase I: directivos de administración, altos funcionarios, profesionales liberales y técnicos superiores.
- Clase II: otros directivos, técnicos medios, propietarios-agentes de comercios y de servicios personales, artistas y deportistas.
- Clase III: cuadros dirigentes intermedios, administrativos, funcionarios y personal de servicios de seguridad.
- Clase IV: trabajadores manuales cualificados y semicualificados de la industria, comercio, servicios y sector primario.
- Clase V: trabajadores no cualificados.
- Clase VI: fuerzas armadas.
- No sabe/no contesta: cuando no se pudo recoger esta información.
- Si no tiene ocupación laboral: rentistas, indigentes, transeúntes.

La clase social también puede ser tratada como una variable categórica, agrupando las clases sociales en: clase social alta, media y baja¹⁰⁷. Así, en este estudio, se hizo la siguiente clasificación:

- Clase social alta: todos los directivos, gerentes de grandes empresas, profesionales de grado superior y medio y fuerzas armadas de grado superior y medio. Englobaría la clase social tipo I, clase social tipo II y a la clase social VI del apartado anterior.

- Clase social media: clase III.

-Clase social baja: trabajadores cualificados y semicualificados (clase IV) y trabajadores no cualificados (clase V). Dentro de este grupo se incluyó también a los individuos que no trabajaban y que pertenecían a clases desfavorecidas, como indigentes, transeúntes, etc., ya que éstos no eran clasificables en ninguno de los anteriores.

III. 4.4.b. AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD.

Las preguntas relativas a esta variable se colocaron al principio del cuestionario, distanciadas de otras que también inquirían por la salud del entrevistado.

Se utilizaron dos preguntas, tal y como vienen reflejadas en las Encuestas Nacionales de Salud^{1,18}:

- Sin contar con el motivo que le trajo al servicio de urgencias ¿usted como cree que ha sido su salud este último año?
- ¿Usted cree que su salud este último año ha sido: muy buena; buena; regular; mala o muy mala?

Para el análisis posterior de los datos, siguiendo a Gorroñoigoitia y Aspiazu^{114,117} y con el fin de simplificar el análisis, estas repuestas se agruparon en dos categorías: una, para los que consideraban su salud muy buena y buena, y otra para los que consideraban su salud regular, mala y muy mala.

III.4.4.c. CONSUMO DE MEDICAMENTOS.

La presencia de enfermedad se valora en las encuestas de salud, a través del consumo de medicamentos, es decir, se considera que el sujeto padece alguna enfermedad cuando toma medicación para ella^{1,18,124,125}.

El consumo de medicamentos se puede medir utilizando diversos intervalos de tiempo. En este estudio se preguntó por el consumo diario de fármacos referido al día de la entrevista debido a que, en muchas ocasiones, no se disponía del historial médico y había que basarse en lo que recordaba el paciente. Se recogió el número total de medicamentos consumido diariamente y se agrupó por categorías terapéuticas¹³⁰. Así, cuando el paciente no era capaz de recordar el nombre del medicamento, se le preguntaba por el grupo terapéutico.

Categorías de fármacos recogidas:

1. Sistema Nervioso Central: antivertiginosos, anticonvulsivantes, antiparkinsonianos, vasodilatadores cerebrales.
2. Antidepresivos: benzodiacepinas, neurolépticos.
3. Aparato cardiovascular: antihipertensivos, diuréticos, digoxina, antiarrítmicos, aspirina, antiagregantes, venodilatadores.
4. Aparato digestivo: laxantes, alcalinos, antihistamínicos H2.
5. Analgésicos: antiinflamatorios, antirreumáticos no esteroides, complejos analgésicos.
6. Aparato respiratorio: anticatarrales, broncodilatadores, oxígeno.
7. Sistema endocrino y metabólico: hipolipemiantes, antidiabéticos orales, insulinas, hipouricemiantes, hormonas tiroideas, corticosteroides orales.
8. Nutrientes: calcio, hierro, compuestos proteicos, vitaminas.
9. Antibióticos.

10. Otros fármacos: colirios, fármacos otológicos, fármacos prostáticos, anticonceptivos orales, terapia hormonal sustitutiva, fármacos dermatológicos.

11. Hipnóticos o pastillas para dormir.

El hiperconsumo de medicamentos se utiliza habitualmente para el estudio de esta variable. En la literatura se establece como hiperconsumidor de fármacos a aquella persona cuyo consumo sea igual o superior a 4 fármacos al día^{126,127}. En este estudio también, se estableció el punto de corte en 4 o más fármacos/día para clasificar al sujeto como hiperconsumidor.

III.4.4.d. INCAPACIDAD.

La limitación de la capacidad funcional y la pérdida de la autonomía para las actividades básicas de un individuo son determinantes claves de la salud. Para estudiar la posible incapacidad del entrevistado se utilizó la Escala de Incapacidades de la Cruz Roja Española^{132,139}. Esta escala clasifica el grado de dependencia física y psíquica de forma separada y, además de la valoración física, aporta el tipo de ayuda, humana y material, que necesita el sujeto. Es sencilla de realizar y clasifica a los pacientes en seis estadios que van desde la máxima independencia a la total dependencia.

La escala de valoración física evalúa la movilidad y el control de esfínteres y, de forma genérica, la capacidad de autocuidado. La escala de incapacidad psíquica evalúa la orientación temporo-espacial, las alteraciones del comportamiento y del lenguaje y la incontinencia por deterioro mental.

ESCALA DE INCAPACIDAD FÍSICA:

El sujeto en:

Grado I. Se vale totalmente por sí mismo. Camina con normalidad.

Grado II. Realiza de forma suficiente los actos de la vida diaria. Deambula con alguna dificultad. Continencia total de esfínteres.

Grado III. Tiene alguna dificultad en los actos de la vida diaria, por lo que en ocasiones necesita ayuda. Deambula con ayuda de bastón o similar. Incontinencia en raras ocasiones.

Grado IV. Presenta graves dificultades en bastantes actos de la vida diaria. Deambula difícilmente ayudado, al menos, por una persona. Incontinencia ocasional.

Grado V. Necesita ayuda para casi todos los actos. Deambula ayudado (2 personas) con extrema dificultad. Incontinencia total.

Grado VI. Permanece inmovilizado en cama o sillón. Incontinencia total. Necesita continuos cuidados de enfermería.

Los sujetos en el grado I se consideraron normales, sin incapacidad, y en los grados II-VI, con incapacidad.

ESCALA DE INCAPACIDAD PSÍQUICA:

El sujeto en:

Grado I. Es totalmente normal.

Grado II. Tiene algunas rarezas, ligeros trastornos de desorientación en el tiempo. Se puede hablar con él "cuerdamente".

Grado III. Presenta desorientación en el tiempo. La conversación es posible pero no perfecta. Conoce bien a las personas aunque olvida las cosas. Trastornos del carácter. Incontinencia ocasional.

Grado IV. Presenta desorientación. Imposible mantener una conversación lógica. Confunde a las personas. Trastornos del humor. Comportamiento inexplicable. Frecuente incontinencia.

Grado V. Presenta desorientación. Claras alteraciones mentales que han sido ya etiquetadas de demencia. Incontinencia habitual.

Grado VI. Tiene demencia total con desconocimiento de personas y objetos. Vida vegetativa, agresiva o no. Incontinencia total.

Grado VI. Tiene demencia total con desconocimiento de personas y objetos. Vida vegetativa, agresiva o no. Incontinencia total.

Los sujetos en el grado I se consideraron normales, sin incapacidad, y en los grados II-VI, con incapacidad.

III.4.4.e. SALUD MENTAL.

Para ayudar al médico no psiquiatra a un mejor reconocimiento de la enfermedad mental, se diseñaron unas escalas cortas de medición de ansiedad y depresión. El Cuestionario de Goldberg^{168,176} en la versión española (Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg: EDAG) es una entrevista de corta duración que se utiliza como instrumento de cribaje. Como cualquier instrumento de su género, el EADG está diseñado para detectar “probables casos”, no para diagnosticarlos. Su capacidad discriminativa ayuda a orientar el diagnóstico pero no puede sustituir el juicio clínico.

En este estudio se utilizó este cuestionario para valorar el estado mental del individuo. Consta de dos escalas, una de ansiedad y otra de depresión. Cada escala tiene 9 ítems, todos ellos de respuesta dicotómica (Si/No), y se puntúa independientemente, valorando cada respuesta afirmativa con un punto. Su aplicación se intercala en el contexto de la entrevista clínica, interrogando al paciente sobre si ha presentado en las últimas dos semanas alguno de los síntomas a los que hacen referencia los ítems. El hecho de que las respuestas sean dicotómicas obligaba a interpretar la respuesta en los casos de intensidad leve en función de su significación clínica, no puntándose los síntomas que duraban menos de dos semanas o que eran de leve intensidad.

Las escalas se estructuran en un primer grupo de 4 ítems de despistaje, para determinar si es o no probable un trastorno mental, y en un segundo grupo de 5 ítems, que se formulaba sólo si se obtenían respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión). El punto de corte es mayor o igual a 4 en la escala de ansiedad, y mayor o igual a 2 en la escala de la depresión.

ESCALA DE ANSIEDAD:

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
3. ¿Se ha sentido muy irritable?
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?

(Si hay dos o más respuestas afirmativas, se continua preguntando)

5. ¿Ha dormido mal o ha tenido dificultades para dormir?
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, o diarrea?
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
9. ¿Ha tenido dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

ESCALA DE DEPRESIÓN:

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
2. ¿Ha perdido usted el interés por las cosas?
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
4. ¿Se ha sentido desesperanzado, sin esperanzas?

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, se continuaba preguntando)

5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de falta de apetito)
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
8. ¿Se ha sentido Vd. enlentecido?
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

Algunas situaciones, tales como acontecimientos vitales estresantes, problemática social y enfermedad somática grave, podrían dar falsos positivos al reflejar el malestar del paciente en las contestaciones a algunos ítems, si bien ello no comportaría un estado psicopatológico con relevancia clínica. Otras situaciones como trastornos crónicos, trastornos de personalidad, alcoholismo o conductas de negación, podían producir falsos negativos.

En la población anciana, la capacidad discriminante de las dos subescalas es menor. Sin embargo, también hay estudios que han validado esta escala en ancianos hospitalizados demostrando la fiabilidad de la misma¹⁸⁸.

Para estudiar en que grado podría influir la situación anímica o el estrés vivido por los acompañantes de los pacientes ingresados (controles) en el momento de realizar la encuesta, y que podría estar condicionando la respuesta en este apartado de ansiedad y depresión, se realizó a los controles una pregunta paralela. Esta pregunta recogió la relación de proximidad/parentesco que guardaban con el paciente. Así:

- los familiares de primer grado (cónyuge, padres, hermanos o hijos), se clasificaron como "parentesco 1";
- el resto de los familiares (primos, abuelos, tíos) como "parentesco 2";
- los amigos, vecinos, compañeros de trabajo, como "parentesco 3".

III.4.4.f. SITUACIÓN SOCIAL Y FAMILIAR.

La valoración social permite identificar las situaciones familiares, socioeconómicas y ambientales que condicionan el estado de salud de las personas mayores. En los últimos años, se han desarrollado varias escalas de valoración social como la escala de recursos sociales o escala de Valoración Socio-Familiar de Gijón^{132,217,219}. Esta escala, aplicada inicialmente a ancianos residentes en la comunidad por profesionales de Atención Primaria, recoge brevemente los aspectos sociales principales a considerar en la evaluación de los ancianos: condiciones de vivienda, situación económica, convivencia, relaciones sociales y apoyos de la red social. Es útil para la detección tanto del riesgo como de la problemática social ya establecida. Además de la descripción de varias categorías posibles, cada una de las cinco áreas citadas pueden puntuarse entre 0 puntos (la mejor situación social posible) y 20 puntos (la mayor precariedad social).

En este estudio las escalas referentes a los apartados de convivencia, relaciones sociales y apoyo de la red social, se basaron en la escala de Valoración Socio-Familiar de Gijón, y se puntuaron de forma independiente para cada aspecto de la situación social.

RELACIÓN DE CONVIVENCIA

En la medición del soporte social del anciano es necesario evaluar siempre el tipo de convivencia, pues los mayores que viven solos constituyen un grupo de riesgo importante. Es preciso resaltar el papel del cónyuge y de los hijos como núcleo fundamental de ayuda.

En todos los casos se preguntó a los sujetos entrevistados: “¿Con quién vive habitualmente, la mayor parte del tiempo?”, recogándose 7 posibles respuestas:

1. Vive con la familia: vive con su pareja e hijos, vive con hermanos, vive con sobrinos, etc.

2. Vive con la pareja: vive el matrimonio sólo, sin hijos o con éstos fuera del domicilio paterno.
3. Vive solo y tiene hijos que viven próximos a su domicilio.
4. Vive solo y carece de hijos que vivan en las proximidades, o bien sus hijos viven lejos.
5. Está institucionalizado.
6. Vive con cuidadores.
7. Otros: viven en una pensión, residen en el domicilio de trabajo, viven en la calle, en centros de acogida o albergues, etc.

Para el estudio de la variable “relación de convivencia” se agruparon las posibles respuestas en dos categorías:

- por un lado, los que vivían con la familia o cónyuge (respuestas 1 y 2)
- y, por otro lado, los que vivían solos, con cuidadores, institucionalizados, o en otras situaciones (respuestas 3-7).

RELACIONES Y CONTACTOS SOCIALES:

En este apartado se destacaba la existencia de un amigo o confidente para el buen apoyo social. En el caso de los ancianos, la pertenecía a asociaciones, la asistencia a la iglesia, hogares del pensionista, plaza o lugar céntrico del barrio se utilizan como componentes de la red social.

A los sujetos encuestados se les formuló la siguiente pregunta: “Fuera de la rutina habitual de la familia o del trabajo ¿tiene contacto frecuente con otras personas?”, recogándose 5 posibles respuestas:

1. Tienen relaciones sociales fuera del domicilio: sale a pasear, va al hogar del pensionista.
2. Se relaciona con la familia y vecinos, sale de casa.
3. No sale de su domicilio, recibe visitas (más de una vez por semana).
4. No sale de su domicilio y no recibe visita ninguna o recibe menos de una visita por semana.
5. Sale a la calle, pero no se relaciona con nadie.

Para el análisis de las relaciones sociales, y con el fin de facilitar éste, se creó una variable dicotómica que agrupaba estas cinco respuestas en dos categorías:

- sujetos que se relacionaban socialmente, que mantenían relaciones sociales fuera del domicilio y familia (respuesta 1),
- y sujetos aislados socialmente o aquéllos que sus relaciones se limitaban al entorno familiar o que carecían de cualquier tipo de contacto social (respuestas 2-5).

APOYO DE LA RED SOCIAL

Esta información se recogió en personas mayores de 65 que vivían solos o que vivía el matrimonio sólo. Se preguntó sobre la existencia de ayuda a través de la familia, vecinos, etc. O bien otra ayuda formal a domicilio, siempre que fuera para labores de aseo, limpieza, compras, comida, etc.

Se realizó la siguiente pregunta: "En caso de necesidad ¿puede contar con alguien cercano a usted?", recogándose 6 posibles respuestas:

1. No necesita a nadie, se vale solo.
2. Tiene apoyo de la familia y/o vecinos.
3. Tiene apoyo a domicilio, formal o voluntario.
4. Está pendiente de ingreso en una institución o residencia.
5. Necesita cuidados permanentes que no son dados.
6. Esta institucionalizado.

Para el estudio del "apoyo de la red social" se creó una variable dicotómica para facilitar el análisis comparativo los casos y controles. De esta forma estas cinco respuestas se agruparon en dos categorías:

- sujetos que no necesitaban de ayuda porque se valían por si mismos (respuesta 1),
- sujetos que necesitaban ayuda externa para las actividades

mantenimiento y cuidado personal (respuestas 2-6).

TEST DE APGAR – FAMILIAR:

La valoración del apoyo familiar está bien estudiada en Atención Primaria^{203,209,215,216}. Los individuos con apoyo familiar acuden menos a la consulta y por problemas agudos, mientras que los que tienen peor apoyo consultan más por problemas psíquicos y mal definidos. El cuestionario más veces empleado en AP es el autocuestionario de Apgar–Familiar^{203,204,216}. Es un test que consta de cinco preguntas. Cada una de ellas se corresponde con un área diferente de la función familiar: apoyo, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive. El paciente selecciona una respuesta que se puntúa de la siguiente forma: “casi siempre” (2 puntos), “algunas veces” (1 punto), o “casi nunca” (0 puntos). La suma de las puntuaciones expresa la percepción del paciente sobre el estado funcional de la familia. Las puntuaciones comprendidas entre 7 y 10 puntos se consideran propias de la función familiar normal, puntuaciones entre cuatro y seis puntos corresponden a disfunción moderada, y de cero a tres puntos, disfunción familiar grave.

Otra forma de puntuación empleada por otros autores²⁰⁴ consistió establecer un punto de corte. Cuando la puntuación obtenida superaba el 70% de la puntuación total, se consideró la familia funcional, y cuando era inferior al 70%, disfuncional.

En este estudio se seleccionaron las tres preguntas que se consideraron más significativas de las cinco que consta habitualmente el test. Con ello se pretendió acortar la entrevista, pues estas cuestiones estaban situadas al final del cuestionario y, en ocasiones, resultaba excesivamente larga. Las tres preguntas seleccionadas fueron:

1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene algún problema?.
2. ¿Siente que su familia le quiere?
3. ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?.

En el presente trabajo, haciendo un extrapolación del porcentaje empleado en el Apgar-F completo, se estableció el punto de corte en el porcentaje más próximo al 70%, correspondiente a 4 puntos, un 66,6% de la puntuación obtenida. Cuando se superaban los 4 puntos, se consideraba a la familia funcional, y menor o igual de 4, la familia se calificaba como disfuncional.

III.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se realizó un estudio descriptivo del conjunto de las variables, utilizando los estadísticos propios de la Estadística Descriptiva: medias, proporciones, razones, percentiles, etc.

Para estudiar la asociación entre las diferentes variables se utilizó la Chi-cuadrado de Pearson con corrección mediante el test de Fisher, la T de Student para comparación de medias y el Coeficiente de regresión de Pearson.

En el análisis bivariante se empleó para la comparación de dos variables la OR, traducida en castellano como "razón de ventajas o razón de posibilidades"²³³.

En las variables de tipo continuo se comprobó la normalidad a través del test de Kolmogorow-Smirnoff.

Para estudiar qué factores se asociaban de manera significativa a la a la utilización del servicio de urgencias, se llevó a cabo un análisis de regresión logística. La regresión logística es un método estadístico que se puede aplicar en los estudios con diferentes modalidades. En éste se utilizó con una finalidad descriptiva o predictiva, puesto que se trata de un estudio analítico realizado para predecir qué variables pueden estar relacionadas con la variable dependiente. Este método utiliza algoritmos estadísticos de inclusión o exclusión de variables, que pueden ser de selección por pasos hacia delante o hacia atrás. Aquí se usó el modelo de selección de las variables por pasos

hacia atrás (*backward step*), bajo el criterio del experto estadístico que realizó el análisis.

La variable dependiente fue la pertenencia al grupo caso o control (caso=1, control=0).

Las variables independientes que se incluyeron en el análisis de regresión logística eran cualitativas y cuantitativas.

Las variables cualitativas se codificaron de la siguiente manera:

- Urgencia: haber acudido al SUH en el año previo a la realización de la encuesta (urgencia=1), no haber acudido al SUH (urgencia=0).
- Ingreso: haber ingresado más de 24 horas en el hospital en los últimos seis meses (ingreso=1), no haber ingresado (ingreso=0).
- Clase social: se cogió como categoría de mayor grado de exposición la clase social baja, la más numerosa, y se relacionó con la clase social media y la clase social alta.
- Relaciones sociales: la existencia de relaciones sociales restringidas al entorno familiar o a las situaciones de aislamiento social (relaciones sociales=1), las relaciones social fuera del entorno familiar (relaciones sociales=0).
- Apoyo social: la necesidad de apoyo social para el autocuidado persona (apoyo social=1), la autonomía en las actividades de autocuidado (apoyo social=0).
- Convivencia: vivir sólo, institucionalizado o con cuidadores (convivencia=1), vivir con la familia o el cónyuge (convivencia=0).

Las variables cuantitativas fueron recogidas en forma de escalas:

- Funcionalidad familiar: la puntuación obtenida en la escala del Apgar-Familiar.
- Ansiedad: la puntuación obtenida en la escala de Ansiedad de Goldberg.
- Depresión: la puntuación obtenida en la escala de Depresión de Goldberg.
- Fármacos: el número total de fármacos consumidos por el encuestado.

El nivel de significación elegido para este estudio fue del 95% ($p < 0,05$) y los intervalos de confianza se calcularon con un nivel de confianza del 95%.

El análisis estadístico fue realizado mediante los programas SPSS (*Statistical Package for Social Sciences for Windows*) versión 10.0 y EPIDAT versión 3.1.

IV. RESULTADOS

IV. RESULTADOS

IV.1. RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN.

El número de sujetos encuestados fue 2.082: 1.041 casos y 1.041 controles.

El porcentaje de los encuestados que autocumplimentaron el cuestionario fue de 81% en los casos y del 96,2% en los controles. El porcentaje de personas que precisaron ayuda para realizar la encuesta, a través de un acompañante o familiar, fue de un 15,8% de los casos y solo un 3,7% de los controles, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (χ^2 de Pearson=119,88; $p<0,001$).

Los resultados de recogida de la información se muestran en la siguiente tabla (tabla XVII).

Tabla XVII: Recogida de la información mediante cuestionario

RECOGIDA DE INFORMACIÓN	CASOS		CONTROLES		TOTALES	
	N	%	N	%	N	%
Autocumplimentado	843	81	1.002	96,3	1.845	88,6
Cumplimentado con la ayuda	164	15,4	39	3,7	203	9,8
Se niega a contestar	15	1,4	0	0	15	0,7
No fue posible realizar la encuesta*	19	1,8	0	0	19	0,9
TOTAL	1.041	100	1.041	100	2.082	100

* No fue posible realizar la encuesta por el sujeto ni por acompañantes

Los datos correspondientes a los 15 casos que se negaron a realizar la encuesta y los 19 casos en los que no fue posible realizar la encuesta, bien porque no estaban acompañados por ningún acompañante o bien porque las

circunstancias hicieron imposible la recogida de más datos, se extrajeron de la historia clínica y el resto de las variables se dejaron sin cumplimentar.

No se incluyeron en el estudio los controles que se negaron a participar, como ya se ha comentado en el capítulo de Sujetos y Métodos. Fueron en total 16 encuestados, 12 mujeres y 4 varones, con un rango de edad entre 20 y 80 años.

Los motivos por los que los encuestados precisaron ayuda para la cumplimentación del cuestionario aparecen en la tabla XVIII. La principal limitación se atribuyó al deterioro de las funciones superiores (40,4% de los casos y un 8,8% de los controles). En el apartado "otros" se recogió retraso mental, psicosis y falta de comprensión del idioma. Las diferencias encontradas entre casos y controles fueron estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson=119,8; $p<0,001$).

Tabla XVIII: Cumplimentación del cuestionario con ayuda: causas.

CUMPLIMENTACIÓN CON AYUDA	CASOS		CONTROLES		TOTALES	
	N	%	N	%	N	%
Deterioro funciones superiores	82	40,4	18	8,8	100	49,3
Hipoacusia	17	8,3	19	9,3	36	17,7
Gravedad clínica	46	22,7	0	0	46	22,7
Otros	20	9,9	1	0,5	21	10,3
TOTAL	165	81,3	38	18,7	203	100

El grupo de encuestados que presentó más dificultades para contestar fue el de las personas mayores de 75 años debido, fundamentalmente, al deterioro de funciones superiores y a problemas auditivos. Las situaciones en las que la gravedad de la patología fue el factor limitante se presentaron en edades más jóvenes. Estos resultados se muestran en la tabla XIX.

Tabla XIX: Cumplimentación del cuestionario con ayuda: causas por grupos de edad.

GRUPOS DE EDAD	CUMPLIMETADO CON AYUDA									
	Deterioro funciones superiores		Hipoacusia		Gravedad		Otros		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
14-24 años	0	0	0	0	1	2,2	1	4,8	2	0,9
25-34 años	0	0	2	5,5	1	2,2	2	9,6	5	2,6
35-44 años	1	1	0	0	1	2,2	2	9,6	4	1,9
45-54 años	1	1	0	0	5	10,8	4	19	10	4,9
55-64 años	1	1	0	0	6	13	4	19	11	5,5
65-74 años	11	11	4	11,2	10	21,8	4	19	29	14,3
> 75 años	86	86	30	83,3	22	47,8	4	19	142	69,9
TOTAL	100	100	36	100	46	100	21	100	203	100

IV.2. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN A ESTUDIO.

A continuación se exponen los resultados más sobresalientes relacionados con la edad, sexo, estado civil y nacionalidad de los encuestados.

IV.2.1. EDAD Y SEXO.

La edad media de los casos entrevistados fue de 60,75 años, con un rango de 14 a 103 años, y de 50,76 años en los controles, con un rango de 15 a 96 años.

La distribución por sexo fue muy similar en varones 50,6% (1.054) que

de mujeres 49,1% (1.028). Se encontró un predominio masculino en las edades medias de la vida (desde los 35 a los 75 años) y femenino a partir de los 75 años. La distribución por grupos de edad y sexo de casos y controles aparecen representados en las tabla XX y XXI.

Tabla XX: Distribución de casos por grupos de edad y sexo.

CASOS	VARÓN		MUJER		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
14-24 años	31	5,9	42	8,2	73	7
25-34 años	45	8,5	47	9,1	92	8,8
35-44 años	54	10,2	40	7,8	94	9
45-54 años	56	10,6	52	10,1	108	10,4
55-64 años	72	13,7	48	9,4	120	11,6
65-74 años	131	24,9	88	17,1	219	21
> de 75 años	138	26,2	197	38,3	335	32,2
TOTAL	527	100	514	100	1.041	100

Tabla XXI: Distribución de controles por grupos de edad y sexo.

CONTROLES	VARÓN		MUJER		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
14-24 años	30	5,7	39	7,6	69	6,6
25-34 años	46	8,7	50	9,7	96	9,2
35-44 años	51	9,7	42	8,2	93	8,9
45-54 años	64	12,1	50	9,7	114	11
55-64 años	67	12,7	48	9,3	115	11
65-74 años	133	25,3	105	20,5	238	22,9
> de 75 años	136	25,8	180	35	316	30,4
TOTAL	527	100	514	100	1.041	100

IV.2.2. ESTADO CIVIL.

La mayoría de los entrevistados estaban casados o tenían pareja, siendo este porcentaje superior en los controles que en los casos. El porcentaje de solteros fue ligeramente mayor en los controles que en los casos, mientras que el de viudos y separados/divorciados fue bastante superior en el grupo de los casos (tabla XXII). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (χ^2 de Pearson=89,24, $p<0,001$).

Tabla XXII: Distribución de los encuestados por estado civil.

ESTADO CIVIL	CASOS		CONTROLES		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Casado/pareja	563	54,1	715	68,7	1.278	61,4
Soltero	190	18,3	206	19,8	396	19
Viudo	243	23,3	95	9,1	338	16,2
Separado/divorciado	45	4,3	25	2,4	70	3,4
TOTAL	1.041	100	1.041	100	2.082	100

IV.2.3. NACIONALIDAD DE LOS ENCUESTADOS.

Un 1,8% de los encuestados eran extranjeros: 2,7% de casos y 0,9% de controles. Las diferencias entre casos y controles fueron estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson=13,307, $p=0,001$), resultando algo más de tres veces superior (OR=3,17; IC 95%=1,488-6,75) la probabilidad de ser extranjero en los casos que en los controles (tabla XXIII).

Tabla XXIII: Distribución de los encuestados por nacionalidad.

NACIONALIDAD	CASOS		CONTROLES		TOTALES	
	N	%	N	%	N	%
Extranjeros	28	2,7	9	0,9	37	1,8
Españoles	1.013	97,3	1.032	99,1	2.045	98,2
TOTAL	1.041	100	1.041	100	2.082	100

La tabla XXIV recoge el perfil migratorio/país de origen de los extranjeros encuestados. La mayoría procedía de países sudamericanos y centroamericanos como: Cuba, Ecuador, Colombia, Argentina, y otros más minoritariamente como: Chile, Venezuela y Bolivia. El periodo medio de estancia en nuestro país más corto correspondió a Ecuador (1,4 años) y el más largo a Reino Unido (25 años).

Tabla XXIV: Distribución de los extranjeros encuestados por país de origen.

PAÍS DE ORIGEN	Caso		Control		Total		Estancia media	(mínimo-máximo)
	N	%	N	%	N	%		
CUBA	2	8	3	25	5	13,5	6,7 años	(2 años-12 años)
ECUADOR	5	20	0	0	5	13,5	1,4 años	(2 meses-4 años)
COLOMBIA	3	12	2	16,7	5	13,5	2,8 años	(1 años- 5 años)
ARGENTINA	3	12	1	8,3	4	10,8	20,5 años	(1 mes-42 años)
MARRUECOS	2	8	1	8,3	3	8,2	11 años	(3 años- 20 años)
RUSIA	1	4	1	8,3	2	5,4	2 años	(2 años-2 años)
CHILE	0	0	2	16,7	2	5,4	5 meses	(4 meses-6 meses)
ITALIA	1	4	1	8,3	2	5,4	21 años	(20 años-22 años)
MOLDAVIA	2	8	0	0	2	5,4	8,5 meses	(5 meses-12 meses)
REINO UNIDO	1	4	0	0	1	2,7	25 años	-
PORTUGAL	1	4	0	0	1	2,7	10 años	-
UCRANIA	1	4	0	0	1	2,7	2 años	-
VENEZUELA	1	4	0	0	1	2,7	7 años	-
BOLIVIA	0	0	1	8,3	1	2,7	6 meses	-
CHINA	1	4	0	0	1	2,7	-	-
FILIPINAS	1	4	0	0	1	2,7	20 años	-
TOTAL	25	100	12	100	37	100		

IV.3. DATOS SANITARIOS DE LA POBLACIÓN A ESTUDIO.

Se presentan a continuación los resultados relacionados con la cobertura sanitaria de los encuestados, así como de su uso del servicio de urgencias hospitalario.

IV.3.1. COBERTURA SANITARIA.

La cobertura sanitaria a través de la SS fue muy alta tanto en los casos como en los controles (99,7% y 98,6% respectivamente). Dentro de esta cobertura se incluyeron las Mutualidades del Estado acogidas a la SS como es, en nuestra Área V, el Instituto Social de la Marina.

La probabilidad de no tener seguro a través de la SS fue 9,13 veces superior en los controles que en los casos (OR= 9,13; IC 95%=2,113-39,456). Estas diferencias encontradas son estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson=12,9; $p<0,001$) y se muestran en la tabla XXV:

Tabla XXV: Cobertura sanitaria de los encuestados.

SEGURIDAD SOCIAL	CASOS		CONTROLES		TOTALES	
	N	%	N	%	N	%
Sí tiene Seguridad Social	1.038	99,8	1.023	98,3	2.061	99
No tiene Seguridad Social	2	0,2	18	1,7	20	1
TOTAL	1.040	100	1.041	100	2.081	100

El 3,8% de los casos tenían otro seguro médico independiente o además de la SS, mientras que en los controles este porcentaje alcanzó el 6%. La probabilidad de tener otro seguro fue 1,58 veces superior (OR=1,58; IC 95%=1,053-2,378) en los controles que en los casos, con diferencias estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson= 4,965; $p=0,025$). Estos

resultados se representan a continuación en la tabla XXVI.

Tabla XXVI: Distribución de los encuestados según la presencia o ausencia de otro seguro médico además de la SS.

OTRO SEGURO MÉDICO	CASOS		CONTROLES		TOTALES	
	N	%	N	%	N	%
No	1.000	96,2	979	94	1.979	95,1
Si	40	3,8	62	6	102	4,9
TOTAL	1.040	100	1.041	100	2.081	100

El tipo de seguro médico independiente o además de la SS corresponde, en la mayoría de las ocasiones (61,8%), a seguros médicos privados concertados individualmente por el paciente. Las Mutualidades del Estado acogidas a seguros privados y los seguros médicos privados concertados a través de la empresa de trabajo fueron las otras dos modalidades encontradas (tabla XXVII).

XXVII: Tipos de seguros médicos independientes de la SS de los encuestados.

SEGURO MÉDICO	CASOS		CONTROL		TOTALES	
	N	%	N	%	N	%
Seguro médico privado concertado individualmente	30	75	33	53,3	63	61,8
Mutualidades del Estado acogidas a seguros privados	2	5	18	29	20	19,6
Seguro médico a través de la empresa	8	20	11	17,7	19	18,6
TOTAL	40	100	62	100	102	100

Los centros de salud a los que pertenecían los entrevistados figuran en

la tabla XXIII, distribuidos por casos y controles. El centro más veces recogido, tanto en los casos como en los controles, fue el Severo Ochoa (13,6%) y los menos enumerados los de Carreño (0,2% de casos y 0,7% de controles) y Natahoyo (1,2% de casos y 2,1% de controles).

En el apartado "otros", se incluyeron aquellos sujetos que tenían como médico de cabecera habitual: el médico de la residencia o institución donde vivían habitualmente, o un médico de la familia.

Tabla XXIII: Distribución de los encuestados por centro de salud.

CENTRO DE SALUD	CASOS		CONTROLES		TOTALES	
	N	%	N	%	N	%
La Calzada	26	2,5	49	4,7	75	3,6
Natahoyo	12	1,2	22	2,1	34	1,6
Centro	94	9	83	8	177	8,5
Severo Ochoa	142	13,6	142	13,6	284	13,6
Pumarín	93	8,9	79	7,6	172	8,3
Contrueces	96	9,2	104	10	200	9,5
El Llano	121	11,6	140	13,4	261	12,5
El Coto	94	9	80	7,7	174	8,4
Zarracina	81	7,8	68	6,5	149	7,2
Parque Somió	84	8,1	91	8,7	175	8,4
Laviada	76	7,3	86	8,3	162	7,8
Carreño	2	0,2	7	0,7	9	0,4
Villaviciosa	55	5,3	44	4,2	99	4,8
Otros	36	3,5	36	3,5	72	3,5
No recuerda	29	2,8	10	1	39	1,9
TOTAL	1.041	100	1.041	100	2.082	100

El conocimiento de su médico habitual, recogido en la entrevista a través del conocimiento/recuerdo del nombre de éste, fue superior en los controles que en

los casos (tabla XXIX). Estas diferencias encontradas son estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson=17,115; $p<0,001$).

Tabla XXIX: Distribución de los encuestados según el conocimiento/recuerdo de su médico habitual.

CONOCIMIENTO/RECUERDO DE SU MÉDICO HABITUAL	CASOS		CONTROLES		TOTALES	
	N	%	N	%	N	%
Conoce a su médico y recuerda su nombre	734	70,5	816	78,4	1.550	74,4
Conoce a su médico pero no recuerda su nombre	171	16,4	129	12,4	300	14,4
No conoce a su médico, no sabe su nombre	136	13,1	96	9,2	232	11,2
TOTAL	1.041	100	1.041	100	2.082	100

IV.3.2. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

El porcentaje de utilización de algún SUH durante el último año fue del 19,3% en los casos y del 21,5% en los controles. La diferencias encontradas no son estadísticamente significativas y los casos tienen una probabilidad 0,87 veces inferior de haber acudido al SUH el año previo que los controles (OR=0,87; IC 95%=0,705-1,080).

El porcentaje de encuestados que habían ingresado en el hospital en los 6 meses previos a la entrevista se recogió como otro indicador de utilización de servicios sanitarios. En los casos este porcentaje fue del 16,5 %, mientras que en los controles fue del 6,9% (tabla XXX). Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson=46,42; $p<0,001$), y la

probabilidad de haber ingresado en los últimos seis meses es 2,66 veces superior en los casos que en los controles (OR=2,663; IC 95%=1,993-3,559).

Tabla XXX: Ingreso en el hospital en los últimos seis meses.

INGRESO HOSPITALARIO EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES	CASOS		CONTROLES		TOTALES	
	N	%	N	%	N	%
Sí	172	16,5	72	6,9	244	11,7
No	869	83,5	969	93,1	1838	88,3
TOTAL	1.041	100	1.041	100	2.082	100

IV.3.3. RAZONES ARGUMENTADAS POR LA POBLACIÓN A ESTUDIO PARA ACUDIR AL SERVICIO DE URGENCIAS.

Los motivos argumentados con más frecuencia por los encuestados para acudir al SUH se recogen en la tabla XXXI como categorías excluyentes entre sí.

Se pudo conocer el motivo más inmediato por el que el encuestado decidió acudir al servicio de urgencias en 1.033 casos (de un total de 1.041) y en 172 controles de los 219 que refirieron haber asistido el año previo al SUH.

El motivo más frecuente es la derivación por consejo médico, bien por un médico de AP o un especialista, aportando un informe de derivación: informe del médico de AP o P-10, informe del SUH o de otro hospital. Este fue el motivo referido por el 28,5% del total de los sujetos que habían utilizado el SUH, siendo el principal motivo de consulta en los casos (29,8%) y el segundo motivo en los controles (21,5%). Dentro de este apartado, lo más frecuente fue acudir con P-10 o parte de derivación de su médico de AP y, en segundo lugar, ser remitido por el 112 o UVI Móvil (3,7% de los casos). El resto de las derivaciones en las que se aportaba un documentó médico representaron un

porcentaje inferior.

Dentro de las derivaciones por consejo médico de “viva voz” se incluyeron como se comentó en capítulo II de Sujetos y Método, aquellos sujetos que habiendo sido remitidos por consejo médico no aportaban ningún documento escrito por haber recibido la orientación de forma verbal, por teléfono o a través de otro familiar. Este apartado representa el 6,8% de todos los motivos (7,6% de los casos y 1,7% de los controles), siendo el más frecuentemente argumentado el consejo de su médico tras la exploración (2,9%).

Las siguientes categorías que se recogieron tienen en común todas ellas que el paciente acudió por iniciativa propia al SUH, es decir, sin ser remitido por consejo de ningún médico.

Dentro de éstas, las situaciones que a juicio del encuestado eran patologías de gravedad representaron el 12,7% del total (2,9% casos y 18,6% controles), siendo la más citada la presencia de síntomas o situaciones que sugerían un peligro inmediato para la vida del paciente.

La rapidez en la atención médica fue mencionada por un 9,4% de los casos y un 7,0% de los controles. En este apartado se incluyeron aquellos sujetos que acudían al SUH por considerar que recibían una asistencia médica más rápida que en otros servicios, o por creer que padecían un trastorno grave cuya asistencia no se podía demorar.

La confianza que al encuestado le merecía el SUH fue referido como argumento por el 9,9% del total de sujetos. Este servicio les merecía más confianza porque había mejores medios técnicos, porque ya habían estado en el hospital en otras ocasiones por el mismo motivo y porque se les había aconsejado que, ante cualquier complicación, acudiesen directamente (44 casos y 4 controles).

La accesibilidad se recogió como motivo fundamental de consulta para los controles (34,9%) y como segundo motivo para los casos (17,8%). Dentro de este apartado, la mayoría de los encuestados afirmaron haber acudido directamente, sin consultar previamente con su médico, “por ser más fácil así”.

La existencia de un familiar dentro del sistema sanitario, o de un conocido entre el personal del hospital que lo acompañó al SUH, fue recogido como motivo de consulta en un 3,1% de los encuestados.

Tabla XXXI: Razones argumentadas por los encuestados para acudir al SUH

RAZONES	CASO		CONTROL		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
CONSEJO MÉDICO	307	29,8	37	21,5	344	28,5
Con P-10 para urgencias	244	23,6	36	20,9	280	23,2
Con P-10 para especialista	6	0,6	1	0,6	7	0,6
Con informe del servicio de urgencias	8	0,8	0	0	8	0,7
Desde consulta de especialista	5	0,5	0	0	5	0,4
1006, UVI-MÓVIL	38	3,7	0	0	38	3,1
Desde otro hospital	6	0,6	0	0	6	0,5
DERIVACIONES MÉDICAS DE "VIVA VOZ"	79	7,6	3	1,7	82	6,8
Por teléfono	22	2,1	0	0	22	1,8
Mediante un familiar	6	0,6	0	0	6	0,5
Post consulta	32	3,1	0	1,7	35	2,9
Condicionado a acudir según evolución	19	1,8	3	0	19	1,6
GRAVEDAD DE LA PATOLOGÍA	113	10,9	41	23,8	154	12,7
Parada, accidente, intoxicaciones.	30	2,9	32	18,6	62	5,1
Síntomas que sugieren gravedad	83	8	9	5,2	92	7,6
RAPIDEZ DE LA ASISTENCIA	97	9,4	12	7	109	9
Urgia asistencia rápida	76	7,4	10	5,8	86	7,1
Miedo a tener algo grave	21	2	2	1,2	23	1,9
CONFIANZA EN EL SUH	109	10,6	10	5,8	119	9,9
Más confianza que en otro servicio	38	3,7	0	0	38	3,2
En otras ocasiones recibió consejo de acudir por el mismo motivo	27	2,6	6	3,5	33	2,7
	44	4,3	4	2,3	48	4
ACCESIBILIDAD A LA PRESTACIÓN	184	17,8	60	34,9	244	20,2
Acceso más fácil, directo	149	14,4	56	32,6	205	17
No sabía donde acudir	6	0,6	0	0	6	0,5
Centro de salud cerrado	17	1,6	0	0	17	1,4
Se encontró mal estando en el hospital por otra causa	12	1,2	4	2,3	16	1,3
FAMILIAR EN EL SISTEMA SANITARIO	36	3,5	1	0,6	37	3,1
EXAMENES COMPLEMENTARIOS	2	0,2	0	0	2	0,2
NO SOLUCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA	51	5	5	2,9	56	4,7
No mejoría con tratamiento	43	4,2	5	2,9	48	4
Necesidad de pruebas o de tratamiento	1	0,1	0	0	1	0,1
Pendiente de pruebas, no se podía esperar	7	0,7	0	0	7	0,6
DEMORA DE AT. ESPECIALIZADA	26	2,4	0	0	26	2,2
REMITIDOS POR:	29	2,8	3	1,8	32	2,6
La policía	9	0,9	1	0,6	10	0,8
Una ambulancia	16	1,5	2	1,2	18	1,5
Un problema social	4	0,4	0	0	4	0,3

La necesidad de realizar determinados exámenes complementarios o

pruebas diagnósticas sólo se recogió en el 0,2% de los encuestados.

Un 4,7% de los entrevistados acudieron al SUH por no haber solucionado su problema con su médico de AP, y de ellos la mayoría no habían mejorado con el tratamiento aplicado o habían empeorado.

La demora de una cita de atención especializada, como justificación para acudir al SUH, se recogió en el 2,2% de los encuestados.

Un 2,6 del total fueron remitidos directamente al hospital sin haber intervenido ningún médico y sin haber manifestado deseo de acudir. Fueron mayoritariamente derivados al hospital en una ambulancia desde la calle o desde su domicilio.

Un mínimo porcentaje fue remitido al SUH por hallarse en situación de abandono o con otra problemática social grave.

IV.3.4. PATOLOGIAS DE LA APOBLACIÓN A ESTUDIO ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS.

El diagnóstico de la patología por la cual fueron atendidos los encuestado en el SUH se recogió en 1.038 de los 1.041 casos y en los 224 controles.

La clasificación de la Wonca en Atención Primaria permitió agrupar los diagnósticos principales (tabla XXXII). Así, el más frecuentemente hallado, tanto en casos como controles, correspondió a las enfermedades del aparato circulatorio (17,2% del total: 18% de los casos y 13,4% de los controles) seguidas de las enfermedades del aparato respiratorio y de las enfermedades del aparato digestivo.

Las diferencias encontradas a favor de los controles en las enfermedades del aparato muscular y esquelético, lesiones y envenenamientos son explicables por la metodología empleada puesto que, como se comentó en el capítulo de Sujetos y Método, en los casos se excluyeron los motivos traumatológicos.

La clasificación empleada no permitió agrupar al 10% de los

diagnósticos, que se incluyeron en el epígrafe de "síntomas y signos mal definidos".

Las diferencias encontradas entre los casos y los controles fueron estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson=62,096 ; $p<0,001$).

Tabla XXXII: Diagnóstico principal del SUH (clasificación de la Wonca para Atención Primaria).

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CASOS		CONTROLES		TOTALES	
	N	%	N	%	N	%
Enfermedades infecciosas	62	6	7	3,1	69	5,4
Enfermedades neoplásicas	9	0,9	0	0	9	0,7
Enfermedades endocrinas	12	1,2	3	1,3	15	1,2
Enfermedades de la sangre	13	1,3	1	0,4	14	1,1
Trastornos mentales	25	2,4	3	1,3	28	2,2
Enfermedades del sistema nervioso	90	8,7	16	7,1	106	8,4
Enfermedades del aparato circulatorio	187	18	30	13,4	217	17,2
Enfermedades del aparato respiratorio	151	14,5	30	13,4	181	14,3
Enfermedades del aparato digestivo	130	12,5	25	11,2	155	12,3
Enfermedades genito-urinarias	82	7,8	21	9,4	103	8,1
Enfermedades de la gestación y parto	3	0,3	4	1,8	7	0,6
Enfermedades de la piel y tej. subcutáneo	25	2,4	5	2,2	30	2,4
Enfermedades músculo-esqueléticas	28	2,7	19	8,5	47	3,7
Anomalías congénitas	1	0,1	0	0	1	0,1
Enfermedades del periodo perinatal	1	0,1	0	0	1	0,1
Síntomas y signos mal definidos	134	12,9	17	7,6	151	12
Lesiones envenenamientos	84	8,1	43	19,2	127	10,1
Otros motivos	1	0,1	0	0	1	0,1
TOTAL	1.038	100	224	100	1.262	100

IV.3.5. DESTINO DE LA POBLACIÓN A ESTUDIO TRAS SER ALTA DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS.

El destino mayoritario de los pacientes tras recibir al alta fue su domicilio (tabla XXXIII), seguido de los que precisaron ingreso hospitalario en planta. En ambas situaciones, el porcentaje fue superior en los controles que en los casos.

Una minoría de los encuestados fue trasladada a otro hospital o fue alta voluntaria.

Las diferencias encontradas entre los casos y los controles son estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson=26,347; $p<0,001$).

Tabla XXXIII: Destino de los pacientes tras ser atendidos en el SUH

DESTINO	CASOS		CONTROLES		TOTALES	
	N	%	N	%	N	%
Alta domicilio	582	56,5	149	66,5	731	58,2
Ingreso en planta	234	22,7	61	27,2	295	23,5
Ingreso boxes (max. 24h.)	198	19,2	13	5,8	211	16,8
Traslado a otro hospital	16	1,5	1	0,5	17	1,4
Alta voluntaria	1	0,1	0	0	1	0,1
TOTAL	1.031	100	224	100	1.255	100

IV. 4. EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN A ESTUDIO.

Para evaluar el estado de salud de los encuestados se utilizaron diversas variables cuyos resultados se muestran a continuación.

IV.4.1 NIVEL SOCIOECONÓMICO.

El nivel socioeconómico se recogió a través de dos variables, como ya se comentó en el capítulo de Sujetos y Método: la situación laboral y la ocupación.

IV.4.1.a. SITUACIÓN LABORAL.

La situación laboral más encontrada fue la jubilación seguida de la actividad laboral, ya fuera a tiempo completo o parcial.

La proporción de parados representó el 3,7% del total de la muestra y fue superior en los controles (5%) que en los casos (2,3%). Los incapacitados a causa de una enfermedad fueron más frecuentes entre los casos que entre los controles.

La tabla XXXIV muestra la situación laboral de los encuestados, siendo las diferencias encontradas entre los dos grupos estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson=28,85; $p<0,001$).

Tabla XXXIV: Distribución de los encuestados por situación laboral.

SITUACIÓN LABORAL	CASOS		CONTROLES		TOTALES	
	N	%	N	%	N	%
Activo	238	22,9	225	21,6	463	22,3
En paro	24	2,3	52	5	76	3,7
Incapacitado	39	3,8	15	1,5	54	2,6
Jubilado	643	61,9	629	60,4	1.272	61,2
Ama de casa	44	4,2	73	7	117	5,6
Estudiantes	51	4,9	47	4,5	98	4,6
TOTAL	1.039	100	1.041	100	2.080	100

IV.4.1.b. OCUPACIÓN LABORAL.

La distribución de los sujetos encuestados según su ocupación principal se muestra en la tabla XXXV. La clase social más frecuente, tanto para casos como para controles, fue la clase IV: trabajadores manuales cualificados y semicualificados de la industria, comercio, servicios y sector primario (55,9%). Y, dentro de ésta, la subclase IVa: trabajadores manuales cualificados.

Las clases sociales menos recogidas fueron la clase I (directivos de administración, altos funcionarios, profesionales liberales y técnicos superiores) y la clase II (otros directivos, técnicos medios, propietarios y agentes de comercios y de servicios personales, artistas, y deportistas).

Las diferencias encontradas entre casos y controles, representadas en la tabla XXXV, fueron estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson=34,906; $p<0,001$).

Tabla XXXV: Clase social

CLASE SOCIAL	CASOS		CONTROLES		TOTALES	
	N	%	N	%	N	%
Clase social tipo I	66	6,3	51	4,9	117	5,6
Clase social tipo II	52	5	65	6,2	117	5,6
Clase social tipo III a	89	8,5	120	11,5	209	10
Clase social tipo III b	84	8,1	56	5,4	140	6,7
Clase social tipo III c	49	4,7	36	3,5	85	4,1
Clase social tipo IV a	466	44,7	542	52,1	1.008	48,5
Clase social tipo IV b	88	8,5	69	6,5	157	7,5
Clase social tipo V	123	11,8	87	8,4	210	10,1
Clase social tipo VI	5	0,5	7	0,7	12	0,6
Ns/Nc*	7	0,7	4	0,4	11	0,5
No tiene ocupación laboral	12	1,2	4	0,4	16	0,8
TOTAL	1.041	100	1.041	100	2.082	100

*No sabe/No contesta

La variable clase social se agrupó en clase social alta, media y baja, como ya se explicó en el capítulo de Sujetos y Método. El porcentaje de individuos correspondiente a la clase social baja fue el más numeroso (67,1% del total, 66,5% de los casos y 67,65 de los controles). El segundo lugar lo ocupó la clase social media (21,15 del total, 21,8% de los casos y 20,4% de los controles) y la menos frecuente fue la clase social alta (11,8% del total, 11,7% de los casos y 12,0% de los controles). Las diferencias encontradas entre casos y controles no fueron estadísticamente significativas.

IV. 4.2. AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD.

Los resultados de la autopercepción del estado de salud de los encuestados aparecen en la tabla XXXVI. La mayoría de los encuestados (43.9% del total, 42.3% de los casos y 45,2% de los controles) respondieron que su salud era buena a la pregunta "¿cómo considera que ha sido su salud este último año?".

El porcentaje de los que contestaron que su salud había sido mala, 11% del total, fue superior en los casos 13,3% que en los controles 9.0%. Y lo mismo sucedió con los que habían contestado que su salud había sido muy mala. Las diferencias encontradas entre casos y controles fueron significativas (χ^2 de Pearson= 15,46; $p=0,04$).

Tabla XXXVI: Distribución según la autopercepción de su salud.

AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD	CASOS		CONTROLES		TOTALES	
	N	%	N	%	N	%
Muy Buena	98	11	147	14,1	245	12,6
Buena	378	42,3	470	45,2	848	43,9
Regular	231	25,9	271	26,1	502	26
Mala	119	13,3	94	9	213	11
Muy mala	67	7,5	58	5,6	125	6,5
TOTAL	893	100	1.040	100	1.933	100

Se recodificó la variable autopercepción de salud para transformarla en una variable dicotómica, agrupando las repuestas en dos categorías: "buena y mala salud". El 56,5% del total de encuestados consideraban su salud buena.

Las diferencias entre casos y controles con respecto a su autopercepción de salud (figuras 1 y 2) fueron estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson=7,094; $p=0,008$). La probabilidad de presentar una mala autopercepción de la salud es 1,27 mayor en los casos que en los controles (OR=1,27; IC 95%=1,066-1,530).



Figura 1: Autopercepción de la salud en los casos

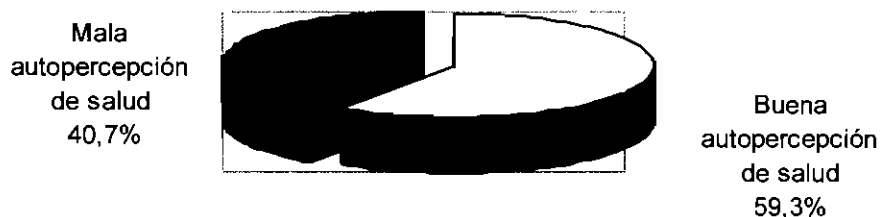


Figura 2: Autopercepción de la salud en los controles

Se observó que la "mala" autopercepción de salud, aumentaba conforme aumentaba la edad tanto de los casos, como de los controles, existiendo una única excepción: el grupo de los casos mayores de 75 años, en los que disminuyó. Las diferencias entre casos y controles fueron estadísticamente significativas ($p<0,001$) y se muestran en la tabla XXXVII.

Tabla XXXVII: Distribución de los encuestados por grupos de edad y autovaloración de su estado de salud.

GRUPOS DE EDAD	BUENA SALUD				MALA SALUD			
	CASOS		CONTROLES		CASOS		CONTROLES	
	N	%	N	%	N	%	N	%
14-24 años	44	65,7	59	85,5	23	34,3	10	14,5
25-34 años	50	59,5	83	86,5	34	40,5	13	13,5
35-44 años	53	60,2	70	75,3	35	39,8	23	24,7
45-54 años	45	46,4	83	72,8	52	53,6	31	27,2
55-64 años	62	54,4	70	60,9	52	45,6	45	39,1
65-74 años	90	44,3	111	46,6	113	55,7	127	53,4
> de 75 años	132	55	141	44,8	108	45	174	55,2
TOTAL	476	53,3	617	59,3	417	46,7	423	40,7

Entre los sujetos con "mala autopercepción de su salud", el porcentaje de mujeres era algo superior al de varones (tabla XXXVIII).

Tabla XXXVIII: "Mala Autopercepción de salud" por sexo.

SEXO	CASOS		CONTROLES		TOTALES	
	N	%	N	%	N	%
Varón	190	45,6	198	46,8	388	46,2
Mujer	227	54,4	225	53,2	452	53,8
TOTAL	417	100	423	100	840	100

IV.4.3. CONSUMO DE MEDICAMENTOS.

Un porcentaje muy elevado de los encuestados (69,7%) consumía medicamentos. Por grupos, el porcentaje era superior en los casos (77%) que en los controles (62,3%).

La media de fármacos consumidos en un día fue muy variable, resultando más alta en los casos que en los controles: la media en los casos fue de 2,6 fármacos/día, con un rango de 0 a 17 fármacos, y en los controles de 1,5 fármacos/día, con un rango de 0 a 15 fármacos.

El hiperconsumo de medicamentos se utiliza habitualmente para el estudio de esta variable como ya se comentó en el capítulo de Sujetos y Método. En este estudio se estableció el punto de corte en 4 o más fármacos/día para clasificar al sujeto como hiperconsumidor. En base a esta clasificación, el 29,3% de los casos y el 11,8% de los controles eran hiperconsumidores. Esta diferencia es estadísticamente significativa (χ^2 de Pearson= 97,419; $p < 0,001$) y la probabilidad de ser hiperconsumidor es 3 veces superior en los casos que en los controles (OR=3,09; IC 95%=2,455-3,895).

Los fármacos más utilizados agrupados por categoría terapéutica se muestran en la tabla XXXIX.

La familia de fármacos cardiovasculares (antihipertensivos, antiarrítmicos, antiagregantes y venodilatadores) fue la más utilizada tanto en los casos como en los controles.

Los hipnóticos fueron el segundo grupo de medicamentos más consumidos, seguidos de los fármacos del sistema endocrino-metabólico (hipolipemiantes, antidiabéticos orales, insulinas, hipouricemiantes, hormonas tiroideas, corticosteroides orales), los del sistema digestivo (laxantes, alcalinos, antihistamínicos H₂) y de los analgésicos (antiinflamatorios, antirreumáticos no esteroides, complejos analgésicos).

Tabla XXXIX: Fármacos consumidos por los encuestados.

FÁRMACOS	CASOS		CONTROLES		TOTALES	
	N	%	N	%	N	%
Cardiovasculares	400	22,2	319	26,5	719	23,9
Hipnóticos	269	14,9	154	12,8	423	14
Sistema endocrino	185	10,3	159	13,2	344	11,5
Aparato digestivo	172	9,6	93	7,8	265	8,8
Analgésicos	141	7,8	110	9,2	251	8,3
Aparato respiratorio	181	10	67	5,6	248	8,2
Sistema nervioso central	134	7,4	82	6,8	216	7,2
Antidepresivos	120	6,7	93	7,7	213	7,1
Nutrientes	61	3,4	44	3,7	105	3,5
Antibióticos	68	3,7	9	0,7	77	2,6
Otros fármacos	69	3,8	71	5,9	140	4,7
TOTAL	1.800	100	1.201	100	3.001	100

En el apartado "otros fármacos" se recogieron medicamentos no pertenecientes a ninguna de las categorías terapéuticas anteriores. Dentro de estos los más frecuentemente mencionados por los encuestados fueron los fármacos para la próstata (22 casos y 27 controles) y los anticonceptivos orales (18 casos y 11 controles), seguidos de los colirios (8 casos y 10 controles) y los fármacos para la menopausia (3 casos y 9 controles).

En este estudio, una de las variables más relacionada con el consumo de fármacos fue la edad del paciente, observándose que a medida que aumentaba ésta existía mayor consumo de fármacos. Estos resultados aparecen en la tabla XL, en la que se agrupó a los pacientes por grupos de edad: pacientes jóvenes (14-44 años), adultos jóvenes (45-64 años) y adultos mayores (mayores de 64 años). El cálculo del coeficiente de regresión de

Pearson del consumo de fármacos con respecto a la edad confirma que a medida que aumenta la edad aumenta el consumo de fármacos ($r=0,461$; $p<0,001$).

Tabla XL: Distribución de los encuestados por grupos de edad y por consumo medio diario de fármacos.

EDAD	CASOS			CONTROLES		
	N	Media	Desv. típ.	N	Media	Desv. típ.
14-44 años	259	0,90	1,27	258	0,38	0,86
45-64 años	228	2,03	1,91	229	1,11	1,46
65 y mas años	554	3,64	2,40	554	2,18	1,85
TOTAL	1.041	2,60	2,37	1.041	1,50	1,75

Por sexo, no se encontraron diferencias importantes en el consumo de fármacos entre hombres y mujeres (tabla XLI). La comparación de medias de ambos grupos a través del test estadístico T de Student no fue estadísticamente significativa:

Tabla XLI: Consumo medio de fármacos por sexo.

SEXO	CASOS			CONTROLES		
	N	Media	Desv. típ.	N	Media	Desv. típ.
Varón	527	2,66	2,49	527	1,45	1,84
Mujer	514	2,54	2,24	514	1,55	1,65
TOTAL	1.041	2,60	2,37	1.041	1,50	1,75

IV.4.4. INCAPACIDAD FÍSICA Y PSÍQUICA.

Se describen a continuación los resultados referentes a la incapacidad o independencia física y psíquica de los encuestados.

IV.4.4.a. INCAPACIDAD FÍSICA.

La tabla XLII muestra los grados de incapacidad física en la población estudiada. Los encuestados que no presentaban incapacidad física (grado I) correspondieron mayoritariamente a controles (84,6%), mientras que en los casos se encontró un porcentaje menor (70,7%) de sujetos sin incapacidad física.

El porcentaje de sujetos que realizaban de forma suficiente los actos de la vida diaria con alguna limitación para la deambulaci3n (grado II) fue tambi3n m3s alto en los controles que en los casos. Esta relaci3n se invirti3 a medida que aument3 la incapacidad, encontr3ndose un mayor n3mero de casos que de controles en los grados III al VI. Estas diferencias encontradas entre los casos y los controles fueron estadísticamente significativa (χ^2 de Pearson= 137,58; $p < 0,001$).

Tabla XLII: Distribuci3n de los encuestados por grado de incapacidad física.

INCAPACIDAD FÍSICA	CASOS		CONTROLES		TOTALES	
	N	%	N	%	N	%
Grado I	736	70,7	881	84,6	1.617	77,7
Grado II	69	6,6	83	8	152	7,3
Grado III	84	8,1	64	6,1	148	7,1
Grado IV	65	6,2	12	1,2	77	3,7
Grado V	52	5	0	0	52	2,5
Grado VI	35	3,4	1	0,1	36	1,7
TOTAL	1.041	100	1.041	100	2.082	100

Las variables que est3n m3s relacionadas con la incapacidad son la

edad y el sexo.

El grado de incapacidad (grados II-VI) aumentó conforme aumentaba la edad del encuestado, y fue superior en el grupo de los casos (tabla XLIII).

Tabla XLIII: Incapacidad física (grados II-VI) por grupos de edad.

GRUPOS DE EDAD	CASOS		CONTROLES		TOTALES	
	N	%	N	%	N	%
14-24 años	1	1,4	1	1,4	2	0,4
25-34 años	2	2,2			2	0,4
35-44 años	9	9,6	2	2,2	11	2,4
45-54 años	10	9,3	3	2,6	13	2,8
55-64 años	12	10	6	5,2	18	3,9
65-74 años	57	26	32	13,4	89	19,1
> de 75 años	214	63,9	116	36,7	330	71
TOTAL	305	29,3	160	15,4	465	22,3

En la distribución por sexos se encontró una mayoría de mujeres, tanto en los casos como en los controles (tabla XLIV), con diferencias estadísticamente significativas ($p=0,004$).

Tabla XLIV: Incapacidad física (grado II-VI) por sexo de los encuestados.

SEXO	CASOS		CONTROLES		TOTALES	
	N	%	N	%	N	%
Varón	142	46,6	74	46,3	216	46,5
Mujer	163	53,4	86	53,7	249	53,5
TOTAL	305	100	160	100	465	100

IV.4.4.b. INCAPACIDAD PSÍQUICA.

La distribución de los encuestados, casos y controles, según su grado de incapacidad psíquica se muestra en la tabla XLV. El mayor porcentaje de sujetos se encontraba en el grado I, es decir, no presentaba limitación psíquica alguna (86% de los controles y 78,2% de los casos).

El 10,7% de la población estudiada sufría ligeros trastornos de desorientación en el tiempo pero se podía hablar con ellos "cuerdamente" (grado II).

En el grado III (desorientados en el tiempo, con olvidos frecuentes y trastornos del carácter, con los que se podía mantener una conversación, aunque no perfecta) se situaba el 3,7% de los sujetos.

Tabla XLV: Distribución de los encuestados según el grado de incapacidad psíquica.

INCAPACIDAD PSÍQUICA	CASOS		CONTROLES		TOTALES	
	N	%	N	%	N	%
Grado I	814	78,2	898	86,3	1.712	82,2
Grado II	101	9,7	122	11,7	223	10,7
Grado III	59	5,7	18	1,7	77	3,7
Grado IV	25	2,4	1	0,1	26	1,3
Grado V	26	2,5	2	0,2	28	1,3
Grado VI	16	1,5	0	0	16	0,8
TOTAL	1.041	100	1.041	100	2.082	100

El resto de los individuos, ya en mucha menor proporción, se encuadraban en los grados IV (desorientados, con comportamiento inexplicable y con los que no era imposible mantener una conversación lógica) y V (claras alteraciones mentales que ya habían sido etiquetadas de demencia). Sólo 16

casos estaban diagnosticados de demencia total, con un completo desconocimiento de personas y objetos o, incluso, en situación de vida vegetativa (grado VI).

Las diferencias encontradas entre los casos y controles fueron estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson=86,65; $p<0,001$).

Al igual que se hizo al estudiar la incapacidad física, se analizaron los resultados de la incapacidad psíquica por edad y sexo (tablas XLVI y XLVII).

Tabla XLVI: Distribución de los encuestados por grupos de edad e incapacidad psíquica.

GRUPOS DE EDAD	CASOS		CONTROLES		TOTALES	
	N	%	N	%	N	%
14-24 años	1	1,4	1	1,4	2	1,4
25-34 años	2	2,2	0	0	2	1,1
35-44 años	4	4,3	0	0	4	2,1
45-54 años	4	3,7	1	0,9	5	2,3
55-64 años	4	3,3	1	0,9	5	2,1
65-74 años	42	19,2	26	10,9	68	14,9
> de 75 años	170	50,7	114	36,1	284	43,6
TOTAL	227	21,8	143	13,7	370	17,8

% corresponde al porcentaje dentro de cada grupo de edad

Tabla XLVII: Distribución de los encuestados por sexo y por incapacidad psíquica.

SEXO	CASOS		CONTROLES		TOTALES	
	N	%	N	%	N	%
Varón	101	44,5	70	49	171	46,2
Mujer	126	55,5	73	51	199	53,8
TOTAL	227	100	143	100	370	100

El grado de incapacidad aumentaba con la edad, y siempre con porcentajes superiores en el grupo de los casos que en el de los controles. Por sexo, se observó que el grado de incapacidad psíquica era superior en las mujeres que en los varones, si bien las diferencias encontradas no fueron estadísticamente significativas.

IV.4.5. SALUD MENTAL.

El estado de salud mental se valoró a través del cuestionario de Goldberg o EADG a través de dos escalas independientes, una de ansiedad y otra de depresión. Como se comentó en el Capítulo de Sujetos y Método, se estableció el punto de corte en 4 para la escala de ansiedad (puntuación por debajo de 4: test negativo, y puntuación igual o superior a 4: test positivo) y en 2 para la escala de depresión (puntuación por debajo de 2: test negativo, y puntuación igual o superior a 2: test positivo). Los resultados aparecen en las tablas XLVIII y XLIX.

Tabla XLIII: *Screening* de ansiedad (cuestionario de Goldberg) en la población a estudio.

TEST DE ANSIEDAD	CASOS		CONTROLES		TOTALES	
	N	%	N	%	N	%
Positivo	182	21,5	200	19,6	382	20,4
Negativo	666	78,5	821	80,4	1.487	79,6
TOTAL	848	100	1.021	100	1.869	100

La probabilidad de presentar positivo en el test de ansiedad es 1,2 veces superior en los casos, si bien las diferencias encontradas no fueron estadísticamente significativas (OR=1,121; IC 95%=0,895-1,405).

La probabilidad de dar positivo en el test de depresión es 2,24 veces superior en los casos (OR=2,248; IC 95%=1,837-2,75) siendo las diferencias encontradas en la población a estudio (cuestionario de Goldberg para la depresión) estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson= 63,09; $p < 0,001$).

Tabla XLIX: *Screening* de depresión (cuestionario de Goldberg) en la población a estudio.

TEST DE DEPRESIÓN	CASOS		CONTROLES		TOTALES	
	N	%	N	%	N	%
Positivo	332	39,3	228	22,4	560	30
Negativo	513	60,7	792	77,6	1.305	70
TOTAL	845	100	1.020	100	1.865	100

La situación anímica o el estrés vivido por los acompañantes de los pacientes ingresados (controles) podrían estar influyendo las respuestas de estos cuestionarios en el apartado de Salud Mental. Recordemos que el grupo control se extrajo de la población de acompañantes de los pacientes ingresados. Para estudiar esta posibilidad, y tal como se explicó en el capítulo de Sujetos y Método, se añadió una pregunta al cuestionario de los controles que recogía el grado de parentesco con el paciente. Así:

-los familiares de primer grado (cónyuge, padres, hermanos o hijos) se clasificaron como parentesco 1;

-el resto de los familiares (primos, abuelos, etc.) como parentesco 2;

-los amigos, vecinos, compañeros de trabajo, como parentesco 3.

La variable que informaba sobre el grado de parentesco del acompañante se recogió en 656 de los controles. La tabla L presenta la distribución de los controles que dieron positivo en el test de ansiedad (126 controles) y en el depresión (143 controles), según el grado de parentesco con el paciente.

Tabla L: Distribución de los controles con test positivo para el cuestionario de Golberg según el grado de parentesco con el paciente.

	Parentesco 1		Parentesco 2		Parentesco 3	
	N	%	N	%	N	%
Test de ansiedad positivo	102	81	15	11,9	9	7,1
Test de depresión positivo	106	74,1	22	15,4	15	10,5

IV.4.5. a. ESCALA DE ANSIEDAD.

El test de ansiedad se realizó a 848 casos y 1.021 controles. La tabla LI presenta las puntuaciones totales que se obtuvieron sumando el número de respuestas afirmativas a las preguntas efectuadas.

El porcentaje de casos que no presentaban ningún síntoma de ansiedad fue del 46,2%, superior al de los controles que fue del 37%. Como se comentó anteriormente, el punto de corte para la positividad del test se colocó en 4 o más puntos.

En la tabla LII se muestra el número de respuestas afirmativas en las diferentes preguntas del test de ansiedad de Goldberg. Las primeras 4 preguntas fueron preguntas de despistaje para determinar si era o no probable la presencia de un trastorno mental. El mayor número de respuestas afirmativas correspondió a la pregunta "¿se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?". Fue la más frecuentemente contestada de forma afirmativa por los casos (36,8%), mientras que la pregunta "¿ha estado muy preocupado por algo?", fue la más afirmada por los controles (54,8%).

En el segundo bloque de preguntas, que se formulaba si se obtenían respuestas positivas a las preguntas de despistaje, la que obtuvo mayor número de respuestas positivas fue la pregunta "¿ha dormido mal, o ha tenido

dificultades para dormir?", tanto en los casos como en los controles (60,4% de los casos y 48,7% de los controles).

Tabla LI: Distribución de los encuestados según su puntuación en el test de ansiedad de Goldberg.

TEST ANSIEDAD (n° de puntos)	CASOS		CONTROLES		TOTALES	
	N	%	N	%	N	%
0	392	46,2	378	37	770	41,2
1	208	24,5	272	26,6	480	25,7
2	30	3,5	103	10,1	133	7,1
3	36	4,2	68	6,7	104	5,6
4	34	4	62	6,1	96	5,1
5	40	4,7	44	4,3	84	4,5
6	51	6	47	4,6	98	5,2
7	29	3,4	25	2,4	54	2,9
8	18	2,2	14	1,4	32	1,7
9	10	1,2	8	0,8	18	1
TOTAL	848	100	1.021	100	1.869	100

Los trastornos de ansiedad parecen claramente relacionados con el sexo del entrevistado. Esta asociación podemos verla reflejada en la siguiente tabla (tabla LIII): el porcentaje de las mujeres casi duplica al de los hombres.

Tabla LII: Test de Goldberg de ansiedad: repuestas afirmativas de los encuestados.

CUESTIONARIO	RESPUESTA AFIRMATIVA				
	CASOS		CONTROLES		χ^2 de Pearson
	N	%	N	%	P
¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	316	37,4	376	36,8	n.s.
¿Ha estado muy preocupado por algo?	273	32,3	560	54,8	<0,001
¿Se ha sentido muy irritable?	116	13,7	148	14,5	n.s.
¿Ha tenido dificultad para relajarse?	172	20,5	163	16,1	0,016
¿Ha dormido mal?	154	60,4	182	48,7	0,004
¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	104	42,1	98	26,8	<0,001
¿Ha tenido temblores, hormigueos, mareos?	94	38,1	80	21,9	<0,001
¿Ha estado preocupado por su salud?	127	51,4	74	20,2	<0,001
¿Ha tenido dificultad para conciliar el sueño?	110	44,2	118	32,1	0,002

Tabla LIII: Distribución por sexo de los sujetos con test positivo para la ansiedad.

SEXO	CASOS		CONTROLES		TOTALES	
	N	%	N	%	N	%
Varón	64	35,2	64	32	128	33,5
Mujer	118	64,8	136	68	254	66,5
TOTAL	182	100	200	100	382	100

IV.4.5. b. ESCALA DE DEPRESIÓN.

El test de depresión se realizó a 845 casos y a 1.020 controles. Las puntuaciones totales se obtuvieron sumando el número de respuestas afirmativas a las preguntas efectuadas, del mismo modo que se hizo en la escala de ansiedad. El punto de corte para la positividad del test se situó en 2 o más puntos, como ya se explicó previamente.

Las puntuaciones obtenidas en este test pueden verse en la tabla LIV. El porcentaje de casos que no presentaba ninguno de los síntomas (puntuación 0) fue del 50,8%, inferior al de los controles que fue el 71,6%.

Tabla LIV: Distribución de los encuestados según su puntuación en el test de depresión de Goldberg.

TEST DEPRESIÓN (nº de puntos)	CASOS		CONTROLES		TOTALES	
	N	%	N	%	N	%
0	429	50,8	730	71,6	1.159	62,1
1	84	9,9	62	6,1	146	7,8
2	87	10,3	83	8,1	170	9,1
3	72	8,5	50	4,9	122	6,5
4	58	6,9	37	3,6	95	5,1
5	47	5,6	23	2,3	70	3,8
6	32	3,8	16	1,5	48	2,6
7	22	2,5	11	1,1	33	1,8
8	7	0,8	4	0,4	11	0,6
9	7	0,7	4	0,4	11	0,6
TOTAL	845	100	1.020	100	1.865	100

En la tabla LV aparece el número de respuestas afirmativas de la población estudiada a las distintas preguntas del test de Goldberg. El mayor porcentaje de respuestas positivas, en casos y controles, fue para la primera de las preguntas de despistaje: “¿se ha sentido con poca energía?”(42,7% de casos y 22,2% de controles). Las diferencias entre ambos grupos fueron estadísticamente significativas para todas las preguntas de este bloque de despistaje.

En el segundo bloque de preguntas, la pregunta con mayor proporción de respuestas afirmativas, tanto en los casos como en los controles, fue “¿ha perdido peso?” y es la única de este bloque con diferencia estadísticamente significativa entre los grupos.

En el resto de las preguntas de este segundo bloque, el porcentaje de respuestas afirmativas fue superior en los casos, si bien las diferencias encontradas no fueron estadísticamente significativas.

Tabla LV: Test de Goldberg de depresión: repuestas afirmativas de los encuestados.

CUESTIONARIO	RESPUESTA AFIRMATIVA				
	CASOS		CONTROLES		χ^2 de Pearson
	N	%	N	%	p
¿Se ha sentido con poca energía?	359	42,7	226	22,2	<0,001
¿Ha perdido usted el interés por las cosas?	236	28,1	182	17,8	<0,001
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	121	14,4	59	5,8	<0,001
¿Se ha sentido sin esperanzas?	151	18,0	87	8,5	<0,001
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	89	21,9	63	22,9	n.s.
¿Ha perdido peso?	166	41,2	71	27,1	<0,001
¿Se despierta demasiado temprano?	72	17,9	50	19,1	n.s.
¿Se ha sentido Vd. enlentecido?	106	26,3	56	21,4	n.s.
¿Se encuentra peor por las mañanas?	106	26,4	70	26,8	n.s.

Los trastornos depresivos también tienen una clara relación con el sexo del entrevistado. En la tabla LVI se puede observar que el porcentaje de mujeres supera a los varones, tanto en los casos como en los controles.

Tabla LVI: Distribución por sexo de los sujetos con test positivo para la depresión.

SEXO	CASOS		CONTROLES		TOTALES	
	N	%	N	%	N	%
Varón	145	43,7	74	32,5	219	39,1
Mujer	187	56,3	154	67,5	341	60,9
TOTAL	332	100	228	100	560	100

IV.4.6. SITUACIÓN SOCIAL Y FAMILIAR.

Se comentan a continuación los resultados más sobresalientes de este apartado.

IV.4.6.a. RELACIÓN DE CONVIVENCIA.

El tipo de convivencia es un elemento fundamental en la medición del soporte social del anciano. La tabla LVII presenta la distribución de los encuestados según su situación de convivencia. El núcleo familiar formado por la pareja y los hijos o, en ausencia de éstos, por los hermanos fue la situación más frecuentemente recogida: 53,2% del total.

El segundo lugar lo ocuparon los sujetos que viven sólo con su cónyuge o pareja, ya fuese sin hijos o con éstos fuera del domicilio paterno. En este

caso, el porcentaje de controles fue bastante superior al de casos.

El apartado “otros” engloba a aquellos sujetos que vivían en un establecimiento hostelero (generalmente una pensión), en el domicilio de trabajo, y en la calle o en centros de acogida.

Las diferencias encontradas entre casos y controles fueron estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson= 111,67; $p<0,001$).

Tabla LVII: Distribución de los encuestados por tipo de convivencia.

CONVIVENCIA	CASOS		CONTROLES		TOTALES	
	N	%	N	%	N	%
Vive con la familia	581	55,8	526	50,5	1.107	53,2
Vive con la pareja	271	26	423	40,6	694	33,3
Vive solo y con hijos próximos	79	7,6	78	7,5	157	7,5
Vive solo y sin hijos próximos	25	2,4	6	0,6	31	1,5
Institucionalizado	57	5,5	5	0,5	62	3
Vive con cuidadores	5	0,5	0	0	5	0,2
Otros	23	2,2	3	0,3	26	1,2
TOTAL	1.041	100	1.041	100	2.082	100

La tabla LVIII presenta las situaciones de convivencia agrupadas en dos categorías, como ya se explicó en el capítulo de Sujetos y Método: por un lado, los que convivían con la familia o en pareja, y por otro, los que vivían solos o con cuidadores o institucionalizados y otras situaciones de aislamiento familiar. Las diferencias encontradas entre los 2 grupos fueron estadísticamente significativas y la probabilidad de convivencia más desfavorable era 2,2 veces superior en los casos que en los controles (OR=2,288; IC 95% =1,754-2,984).

Tabla LVIII: Distribución de la variable dicotómica convivencia en los encuestados.

CONVIVENCIA	CASOS		CONTROLES		TOTALES	
	N	%	N	%	N	%
Familia-pareja	852	81,8	949	91,2	1.801	86,5
Sólos e institucionalizados	189	18,2	92	8,8	281	13,5
TOTAL	1.041	100	1.041	100	2.082	100

IV.4.6.b. RELACIONES Y LOS CONTACTOS SOCIALES.

Así mismo se analizaron las relaciones sociales que presentaban los sujetos estudiados (tabla LIX). La mayoría de los encuestados (76,5%) tenía relaciones sociales fuera del entorno del domicilio familiar a través del contacto frecuente con amigos o con vecinos, la pertenecía a asociaciones, la asistencia a la iglesia, al hogar del pensionista, a la plaza o lugar céntrico del barrio, etc.

En un 16,6% de los encuestados las relaciones se limitaban a familiares y vecinos, aún saliendo diariamente de casa.

Las diferencias encontradas entre casos y controles son estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson=112,77; $p<0,001$).

Para facilitar el análisis de las relaciones sociales, como ya se explicó en el capítulo de Sujetos y Método, se agruparon las cinco categorías recogidas en dos: sujetos que se relacionaban socialmente (sujetos que mantenían relaciones sociales fuera del domicilio y familia) y sujetos aislados socialmente (aquellos que cuyas relaciones se limitaban al entorno familiar o bien carecían de cualquier tipo de contacto social).

Tabla LIX: Distribución de los encuestados según sus relaciones sociales.

RELACIONES SOCIALES	CASOS		CONTROLES		TOTALES	
	N	%	N	%	N	%
Fuera del domicilio	744	72,4	837	80,5	1.581	76,5
Con familia y vecinos, sale de casa	152	14,8	192	18,5	344	16,6
No sale de casa, más de 1 visita/semana	119	11,6	11	1,1	130	6,3
No sale de casa, menos de 1 visita/semana	10	1	0	0	10	0,5
No sale de casa, no se relaciona con nadie	3	0,3	0	0	3	0,1
TOTAL	1.028	100	1.040	100	2.068	100

Las diferencias entre casos y controles aparecen en la tabla LX, siendo éstas estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson=18,87; $p<0,001$), y la probabilidad de estar socialmente aislado es 1,57 veces superior en los casos que en los controles (OR=1,573; IC 95%=1,281-1,932).

Tabla LX: Distribución de la variable dicotómica "relaciones sociales" en los encuestados.

RELACIONES SOCIALES	CASOS		CONTROLES		TOTALES	
	N	%	N	%	%	N
Relacionados socialmente	744	72,4	837	80,5	1.581	76,5
Aislados socialmente	284	27,6	203	19,5	487	23,5
TOTAL	1.028	100	1.040	100	2.068	100

IV.4.6.c. APOYO DE LA RED SOCIAL.

La red social está constituida por el conjunto de los contactos sociales íntimos, amistosos o formales que el individuo dispone para las tareas cotidianas. En este apartado se estudiaron fundamentalmente las que constituían el primer nivel de funcionamiento de la persona, que son las actividades relacionadas con el mantenimiento y el cuidado personal, y que previamente, en el capítulo de Introducción denominamos actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

La distribución de los encuestados en función del apoyo que reciben de la red social se muestra en la tabla LXI.

La máxima independencia de la red social la presentan aquellos individuos que no precisaban de ningún tipo de ayuda pues se valían por sí solos para todas las ABVD. El 80,7% de este grupo fueron controles mientras que en los casos esta proporción fue menor, del 67,8%.

La existencia de ayuda a través de la familia o de los vecinos, fundamentalmente para las labores de aseo personal, limpieza del hogar, compras, comida etc., se encontró en el 14,8% de los sujetos.

Además del apoyo familiar o independientemente de él, se investigó si existía el apoyo formal a través de una trabajadora social o de algún otro tipo de asistencia privada domiciliaria. Se encontró que el 8,7% de los controles y el 5,6% de los casos disponía de este tipo de apoyo.

La mayoría de los mayores institucionalizados se encuentran en esta situación porque precisan de ayuda externa que no puede administrar la familia (5,5% de los casos y el 0,5% de los controles).

Las diferencias encontradas entre casos y controles son estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson=99,372; $p<0,001$).

Tabla LXI: Distribución de los encuestados según el apoyo que reciben de la red social.

APOYO SOCIAL	CASOS		CONTROLES		TOTALES	
	N	%	N	%	N	%
No necesita	696	67,8	839	80,8	1.535	74,3
Apoyo de familia, vecinos	208	20,2	98	9,5	306	14,8
Apoyo a domicilio, formal/ voluntario	57	5,6	90	8,7	147	7,1
Institucionalizado	56	5,5	5	0,5	61	3
Pendiente ingreso en una institución	4	0,4	2	0,2	6	0,3
Necesita cuidados que no son dados	6	0,5	4	0,3	10	0,5
TOTAL	1.027	100	1.038	100	2.065	100

También en este caso se agruparon las distintas categorías de la variable "apoyo social" en dos para facilitar el análisis de la misma, como ya se comentó en el capítulo de Sujetos y Método. La variable dicotómica resultante dividió a los encuestados en dos grupos: los que no precisaban de ayuda o se valían por si mismos, y los que necesitaban ayuda externa (tabla LXII). La necesidad de ayuda aparecía en el 32,2% de los casos y en el 19,2% de los controles. Las diferencias encontradas entre ambos grupos son estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson=45,009; $p<0,001$) y la probabilidad de necesitar ayuda para los cuidados básicos de la vida diaria es 2,05 veces superior en los casos que en los controles (OR=2,05; IC 95% =1,637-2,455).

Tabla LXII: Distribución de la variable dicotómica “apoyo social” en los encuestados.

APOYO DE LA RED SOCIAL	CASOS		CONTROLES		TOTALES	
	N	%	N	%	N	%
No necesitan ayuda	696	67,8	839	80,8	1.535	74,3
Sí necesitan ayuda	331	32,2	199	19,2	530	25,7
TOTAL	1.027	100	1.038	100	2.065	100

IV.4.6.d. APOYO FAMILIAR.

Como ya se comentó en el capítulo de Sujetos y Método, el Apgar-F puede utilizarse como un método de *screening* para detectar disfunciones familiares y pudiendo determinar el grado de satisfacción que el encuestado percibe en su entorno familiar. En este estudio se seleccionaron tres de las cinco preguntas de que consta habitualmente este cuestionario, las que se consideraron más significativas, realizándose el análisis independiente de cada una de ellas (tablas LXIII-LXV).

Con relación a la primera de las preguntas (tabla LXIII) es destacable que el 87,6% de los entrevistados “siempre” se sentía satisfecho con la ayuda de su familia cuando había algún problema, y sólo el 4,4% de los sujetos estudiados “casi nunca o nunca” se sentían satisfechos con la ayuda familiar recibida.

Las diferencias encontradas entre casos y controles fueron estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson=21,17; $p<0,001$)

Tabla LXIII: Test Apgar Familiar: pregunta 1.

"Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo un problema"	CASOS		CONTROLES		TOTALES	
	N	%	N	%	N	%
Siempre	746	85,5	920	89,4	1.666	87,6
Casi siempre	20	2,3	36	3,5	56	2,9
A veces	50	5,7	45	4,4	95	5
Casi nunca	9	1	7	0,7	16	0,9
Nunca	48	5,5	21	2	69	3,6
TOTAL	873	100	1.029	100	1.902	100

También es de valorar el altísimo porcentaje de sujetos que siempre se sienten queridos por su familia (tabla LXIV): sólo el 3,1%, contestaron "casi nunca" o "nunca" a esta pregunta. Las diferencias encontradas entre casos y controles fueron estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson=17,37; $p<0,001$).

La tercera pregunta del test Apgar Familiar (tabla LXV) recibió un menor porcentaje de respuestas afirmativas que las anteriores. Aún así, el grado de satisfacción de casos y controles fue muy alto (81,9% y 86,3% respectivamente). El porcentaje que "nunca" se sentían satisfechos fue del 5,7% en los casos y del 2,0% en los controles. Las diferencias encontradas entre casos y controles fueron estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson=24,05; $p<0,001$).

Tabla LXIV: Test Apgar Familiar: pregunta 2.

"Siento que mi familia me quiere"	CASOS		CONTROLES		TOTALES	
	N	%	N	%	N	%
Siempre	774	88,7	959	93,2	1.733	91,1
Casi siempre	25	2,9	25	2,4	50	2,6
A veces	35	4	28	2,7	63	3,3
Casi nunca	12	1,4	3	0,3	15	0,8
Nunca	27	3,1	14	1,4	41	2,2
TOTAL	873	100	1.029	100	1.902	100

Tabla LXV: Test Apgar Familiar: pregunta 3.

"Estoy satisfecho con el tiempo que mi familia y yo pasamos juntos"	CASOS		CONTROLES		TOTALES	
	N	%	N	%	N	%
Siempre	715	81,9	888	86,3	1.603	84,3
Casi siempre	48	5,5	70	6,8	118	6,2
A veces	44	5	41	4	85	4,5
Casi nunca	16	1,8	9	0,9	25	1,3
Nunca	50	5,7	21	2	71	3,7
TOTAL	873	100	1.029	100	1.902	100

Se estableció un corte en 4 puntos con la puntuación obtenida en la escala del Apgar Familiar calculada, según se explicó en el capítulo de Sujetos y Método: las puntuaciones superiores correspondían a familias funcionales y las inferiores o iguales a 4 a familias disfuncionales. La distribución de la variable dicotómica así obtenida se muestra en la tabla LXVI.

Tabla LXVI: Distribución de la funcionalidad familiar en los encuestados.

APGAR-FAMILIAR	CASOS		CONTROLES		TOTALES	
	N	%	N	%	N	%
Familia funcional	774	88,7	966	93,9	1.740	91,5
Familia disfuncional	99	11,3	63	6,1	162	8,5
TOTAL	873	100	1.029	100	1.902	100

El 11,3% de los casos el 6,1% de los controles pertenecían a familias disfuncionales. La probabilidad de pertenecer a una familia disfuncional era 1,96 veces superior en los casos que en los controles (OR=1,961; IC95%=1,41-2,727) y las diferencias encontradas entre ambos grupos fueron estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson=16,502; $p<0,001$).

IV.5. RESULTADOS DEL ANALISIS MULTIVARIANTE

Se realizó un análisis multivariante tipo regresión logística, por el método “backward” o por pasos hacia atrás, para conocer el perfil del sujeto caso.

Las variables independientes seleccionadas por el modelo, explicadas en el capítulo de Sujetos y Métodos, se exponen a continuación:

- Variables cualitativas:

- Haber acudido al SUH en el año previo a la encuesta: sí=1, no=0.
 - Haber ingresado en el hospital durante más de 24 horas en los últimos 6 meses previos a la encuesta: sí=1, no =0.
 - Clase social: en esta variable se realizó el ajuste con la clase social baja, la más numerosa. La “clase alta (1)” ajustaba la clase social alta respecto a la baja, y la “clase media (2)” ajustaba clase media con respecto a la baja.
 - Estar relacionado socialmente: relaciones sociales fuera del entorno familia y vecinal=0, relaciones sociales sólo en el entorno familiar-vecinal o aislado socialmente=1.
 - Necesitar apoyo de la red social para la actividades de automantenimiento o cuidado personal: no=0, sí=1.
 - Relación de convivencia: vivir en pareja o con familia=0, vivir sólo, con cuidadores o institucionalizado=1..
- Variables cuantitativas, las recogidas en forma de escala:
- Disfunción familiar (puntuación obtenida en el Apgar-F).
 - Ansiedad (puntuación obtenida en al escala de ansiedad de Goldberg).
 - Depresión (puntuación obtenida en al escala de depresión de Goldberg).
 - Número de fármacos consumido por el paciente en el momento de la realización de la encuesta.

- Variables cualitativas:

La variable dependiente fue la pertenencia al grupo caso o control (caso=1, control=0).

Los resultados del análisis de regresión logística aparecen en la tabla LXVII.

Acudir previamente al SUH en el último año disminuyó el riesgo de acudir al servicio de urgencias en 0,48 veces.

Tener un ingreso previo en el hospital en los últimos seis meses aumentó el riesgo de acudir al SUH en 1,99 veces.

La diferencia en cuanto a la clase social estaba próxima a ser significativa ($p=0,077$). La “clase media” presentó un riesgo 1,3 veces superior

a acudir al SUH que la clase baja, y la clase alta un riesgo 1,17 superior, aunque no fue estadísticamente significativo.

Estar aislado socialmente aumentó en 4,5 veces el riesgo de acudir al SUH.

La necesidad de apoyo de la red social disminuyó el riesgo de acudir al SUH en 0,624 veces.

Vivir sólo o apartado del entorno familiar aumentó 1,3 veces el riesgo de acudir a urgencias, si bien la diferencia encontrada no es estadísticamente significativa.

La familia funcional disminuyó el riesgo de acudir al SUH en 0,868 veces por cada punto obtenido en la puntuación de la escala.

La ansiedad disminuyó el riesgo de acudir al SUH y la depresión lo aumentó 1,225 veces el riesgo de acudir al SUH.

El consumo de fármacos aumentó el riesgo de acudir al SUH en 1,243 veces por cada fármaco consumido.

Tabla LXVII: Resultados del análisis de regresión logística.

	B	E.T.	Sig.	Exp(B)	I. C.
Acudir SUH en el año previo	-,730	,141	,000	,482	(1,239-0,187)
Ingreso hospitalario en últimos 6 meses	,688	,187	,000	1,991	(98,33-0,04)
Clase Social			,077		
Clase alta (1)	,157	,157	,320	1,170	(2,19-0,624)
Clase media (2)	,269	,122	,028	1,308	(1,382-1,238)
Estar aislado socialmente	1,511	,385	,000	4,532	(9,636-2,13)
Necesidad de apoyo social	-,471	,141	,001	,624	(2,121-0,183)
Vivir solo	,262	,162	,105	1,300	(16,609-0,101)
Familia Funcional (Apgar-F)	-,142	,047	,003	,868	(4,755-0,158)
Test de Ansiedad	-,121	,026	,000	,886	(5,03-0,156)
Test de Depresión	,203	,032	,000	1,225	(13,51-0,111)
Número de fármacos	,217	,030	,000	1,243	(14,2-0,108)
Constante	,179	,291			

En resumen: el sujeto con más probabilidad de que acudir al SUH es aquel que no había acudido al SUH en el último año, tenía un ingreso previo en el hospital en los últimos 6 meses, era de clase social media, estaba aislado socialmente, no necesitaba de ayuda de la red social para las actividades de autocuidados, pertenecía a una familia disfuncional, estaba deprimido y consumía varios medicamentos al día.

V. DISCUSIÓN

V. DISCUSIÓN

Toda persona que trabaja en el sistema sanitario ha podido observar en los últimos años un incremento de la demanda asistencial a todos los niveles. Este incremento se refleja en las cifras de utilización los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) que son la principal puerta de entrada de los hospitales. Estos SUH gozan actualmente de un alto grado de aceptabilidad y prestigio entre la población. Su accesibilidad económica (gratuidad de los servicios), física (bien comunicados), administrativa (ausencia de filtro previo obligatorio) y temporal (abiertos las 24 horas del día) es muy elevada. Así, en nuestro hospital, en la última década, la demanda se ha incrementado un 38% y se ha pasado de 59.342 consultas realizadas al servicio de urgencias en el año 1993²²⁸ a 96.140 atendidas en el año 2003²³⁰. Y esta tendencia continuaba ascendiendo en el momento de cerrar este estudio pues las últimas cifras de asistencia recogen 96.290 consultas al SUH en el año 2005²⁹⁶.

La escalada en la utilización de servicios sanitarios, producida en los países desarrollados en la última década y el incremento asociado del gasto sanitario se han explicado, habitualmente, por el envejecimiento poblacional y la mayor frecuencia de enfermedades en el grupo de personas mayores de 65 años. En esta línea, Evans²³⁴ y Fries²³⁵ presentaron un modelo para explicar la relación entre el envejecimiento poblacional y las posibles tendencias de utilización de servicios sanitarios. Sin embargo, diversos estudios indican que los efectos del envejecimiento poblacional sobre la utilización hospitalaria han sido limitados y suponen un porcentaje pequeño del incremento producido^{48,236}.

Otras hipótesis plantean que los cambios en la oferta sanitaria y las demandas de la población en los países desarrollados, por una sociedad que aspira a una mayor longevidad y calidad de vida, dan como resultado que los ciudadanos cada vez exijan más servicios y con mayor urgencia^{21,243}.

La principal duda que se plantea en este momento es si nos encontramos ante una oferta insuficiente de servicios o una demanda excesiva. Sin entrar en juicios de valor, lo que en muchos estudios denominan “urgencias

inadecuadas” representan un porcentaje variable de las consultas al SUH que, en la bibliografía consultada, puede oscilar entre un 24% y un 79%^{12,25,237,238}. Si bien las evidencias actuales indican que el problema de sobrecarga asistencial que viven los SUH no radica en el número de visitas inadecuadas que reciben sino en una insuficiente oferta, derivada de la deficiente dotación de los SUH y de la dificultad que supone encontrar una cama hospitalaria donde acomodar a los pacientes, una vez decidido el ingreso hospitalario²⁴³.

Intentar conocer las posibles causas de la demanda de una asistencia sanitaria cada vez más inmediata por parte de los pacientes nos ha llevado al planteamiento de este trabajo, en el que se ha analizado los diversos factores relacionados con la utilización de un SUH a través de un estudio de casos y controles.

En el Hospital de Cabueñes, en la última década (1993-2003), se incrementaron un 38% las urgencias atendidas. Un incremento algo inferior pero muy próximo al encontrado en el conjunto de los servicios de urgencias hospitalarios españoles, que llegaron a registrar un incremento medio del 50% para el intervalo de 1991 a 2001¹¹. En la década de los 80 estos incrementos se situaban en torno al 12-15%^{39,239,240} pero, ya en los 90, estos valores se acercaban al 20%^{12,22} hasta llegar a las cifras actuales.

Tomando como referencia el año 2003, que corresponde a la mitad del periodo de este estudio, las urgencias totales atendidas en el Hospital de Cabueñes fueron de 96.140. Al situarlas en relación con la población del área (294.048 habitantes) obtenemos una frecuentación del 32,7% si bien estas son cifras brutas y no contemplan la posibilidad de que una misma persona haya acudido en varias ocasiones al SUH dentro del año. Este porcentaje supera al recogido en la ENS del año 2003¹, que encontró cifras en torno al 28%, pero hay que tener en cuenta que en estos estudios poblacionales no se incluyen a las personas institucionalizadas o transeúntes, que son frequentadores habituales de los SUH.

También los resultados obtenidos en nuestro hospital fueron superiores a los resultados de la Encuesta de Salud para Asturias en el año 2003²⁴¹: según esta encuesta, el 23,5% de la población adulta asturiana mayor de 14

años había recibido atención urgente en el último año y, de ellos, un 30% había sido atendido más de una vez, acudiendo directamente al hospital sin pasar previamente por la Atención Primaria (AP) el 70% de los pacientes.

Otro estudio poblacional nacional encontró que el 27% de los encuestados habían utilizado el SUH²⁹. En éste caso se trataba de un encuesta domiciliaria en la ciudad de Mataró y, al igual que en la Encuesta de Salud para Asturias, no incluían a las personas institucionalizadas o ingresadas en hospitales de crónicos por lo que presentaban la misma limitación que las ENS.

En lo que sí coinciden todos los estudios es en la utilización ascendente de los SUH^{21,22}. En países desarrollados de nuestro entorno observamos la misma tendencia: así, la frecuentación anual del SUH supera el 20-28% en Francia, Italia, EEUU, Bélgica; y en Canadá, el 21% de la población acude a los servicios de urgencias y el 30% de ésta más de una vez²⁰.

V.1. RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN.

El porcentaje de aceptación de la encuesta fue muy elevado en los casos y en los controles, participando en el estudio 2.082 personas. Rehusaron contestar la encuesta 15 casos y 16 controles. A través de la historia clínica se recogieron los datos disponibles y los derivados de la asistencia de estos 15 casos y se incluyeron en el estudio. Los 16 controles no pudieron ser incluidos en el estudio pues no se conocía de ellos más que su edad y sexo.

Aunque se intentó formar dos grupos semejantes mediante el apareamiento entre casos y controles, no fue posible controlar todos los factores. Uno de ellos fue la diferente autonomía para responder al cuestionario entre casos y controles: el 15,8% de los casos precisó ayuda para contestar frente al 3,7% de los controles (tabla XVII). Esta diferencia era reflejo de la menor proporción entre los controles de personas que presentaban

importantes limitaciones físicas o psíquicas o que eran muy ancianos. Así, tras analizar las causas por la que los sujetos precisaron ayuda para contestar la encuesta, se encontró que en las limitaciones leves, como era por ejemplo la sordera, las cifras eran semejantes en ambos grupos mientras que en las limitaciones más severas había diferencias importantes entre los dos: v.g. las secundarias a la existencia de un deterioro cognitivo eran cuatro veces más frecuentes entre los casos que entre los controles.

Por otro lado, las situaciones relacionadas con la gravedad clínica se limitaron a los casos.

El 70% de las encuestas que se hicieron a través de un conviviente correspondieron a personas mayores de 75 años. En éstas no fue posible recoger los datos relacionados con la percepción del apoyo social, la autovaloración de su salud y el estado mental, lo que representó una pérdida importante de información en este grupo de personas mayores. No se puede descartar que esta falta de información haya tenido algún impacto en los resultados relacionados con estos apartados.

El apareamiento de casos y controles en las edades más elevadas planteó otro problema: el infrecuente número de ancianos acompañantes de pacientes ingresados, que ya se presuponía al iniciar el estudio. El porcentaje de casos mayores de 64 años era del 53,2% (tabla XX). Sin embargo, en la población general este porcentaje suponía menos de la mitad, un 23,26% (Anexo I), lo que refleja la dificultad del emparejamiento de los casos de mayor edad. Por éste motivo se recogió en un intervalo único de edad a los controles mayores de 75 años. Este agrupamiento, que en un principio se pensó tendría escasa repercusión sobre los resultados se reflejó, sin embargo, en las medias de edad: la de los casos, fue 10 años mayor que la de los controles.

V.2. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS.

Se comentan, a continuación, los resultados más destacables en relación con las variables demográficas analizadas.

V.2.1. EDAD Y SEXO.

El porcentaje de varones hallado, al igual que sucede en otros estudios, fue sensiblemente superior al de mujeres^{22,25,27,29,39,237,238,242}. Al agrupar por edad, se encontró que en las edades medias de la vida predominaban los varones mientras que a partir de los 75 años el porcentaje de mujeres era más alto (tablas XX y XXI).

Como en otros trabajos^{39,48,243,244}, se halló una relación directa entre la frecuentación y la edad, de manera que a mayor edad, mayor frecuentación del SUH. También se pudo observar, como igualmente lo hacen otros autores^{46,51,238,245,246}, que esta tendencia cobraba mayor relevancia en las mujeres mayores de 75 años: éstas superaban en asistencia al SUH a los varones dentro del mismo rango de edad. Estos resultados se pueden atribuir a la distribución geográfica de la población pues, según los datos poblacionales, las mujeres duplicaban en número a los varones de la misma edad.

En la mayor parte de los estudios generales de los SUH se habla de que un 25-30% de población que acude es mayor de 65 años y un 12-16% mayor de 75 años^{24,39,44,45,234,245,247,248}. En este trabajo el 53,2% del total de los casos tenía más de 65 años y el 32,2% más de 75 años (tabla XX). Esta diferencia con otros estudios respecto a la distribución por grupos de edad puede ser debida, en parte a la exclusión en este trabajo de las urgencias traumatológicas y pediátricas, demandadas por población más joven. Así, mientras que en otras investigaciones^{1,77} se encontró mayor número de visitas

entre los 65 y los 75 años, disminuyendo el porcentaje en los más ancianos, en ésta se observó que la proporción de los casos aumentaba con la edad, siendo el grupo más voluminoso el de los más ancianos (mayores de 75 años). Este hecho quizá sea debido a que Asturias es una de las comunidades autónomas más envejecidas de España, con un alto porcentaje de residentes mayores de 65 años²⁴⁹. O bien, a que esta población más envejecida acudió más al servicio de urgencias que en décadas anteriores.

En relación con este hecho se encontraron dos trabajos más. El primero de ellos se realizó en este mismo hospital en el año 1992. En él un 32% de los pacientes atendidos por el SUH eran mayores de 65 años, si bien Sánchez Corominas⁵¹, a diferencia del presente estudio, incluyó también las urgencias atendidas por el Servicio de Ginecología. Estas urgencias ginecológicas representaban, según un estudio del Hospital de Cabueñes del año 1996⁵⁰, el 4,8% del total de las urgencias atendidas en el área de urgencias generales y ambulatorias. Es decir, si se restase el 4,8% correspondiente a las urgencias ginecológicas, con lo cual se excluirían únicamente las urgencias pediátricas y traumatológicas, el porcentaje resultante sería del 27% aproximadamente. Por tanto, Sánchez Corominas halló un porcentaje que es la mitad del encontrado en el presente estudio. Este hecho se explicaría por un envejecimiento de la población en la última década o por un aumento de la demanda al SUH de esta población más anciana, como ya se apuntaba anteriormente.

El segundo estudio, llevado a cabo por Lorente⁴⁹ en el año 1997, encontró que el 60% de los atendidos por el SUH tenían más de 65 años. En este trabajo se incluyeron únicamente las urgencias generales y se excluyeron las urgencias pediátricas, traumatológicas, ginecológicas y las ambulatorias (patología más banal, con mayor prevalencia en grupos de edad más jóvenes). Este porcentaje se aproxima más a los resultados del presente estudio, si bien se encontraron diferencias metodológicas entre ambos trabajos.

V.2.2. ESTADO CIVIL.

Tanto en el grupo de casos como en el de controles, la mayoría de los encuestados estaban casados o vivían en pareja, si bien el porcentaje de casados era inferior en los casos que en los controles. Las mayores diferencias se encontraron en los viudos y separados (tabla XXII). Estos resultados, como ya apunta algún otro estudio²⁵⁰, podrían indicar el papel que juega la soledad como agravante social incrementando la utilización de los SUH. En estos pacientes, el aislamiento y la indefensión ante determinadas adversidades es condicionaría la decisión de acudir a estos servicios de urgencias.

V.2.3. NACIONALIDAD.

El estudio de la población inmigrante cobra un interés especial en el momento actual. Gracias al desarrollo económico logrado en los últimos años, nuestro país se ha convertido en una sociedad receptora de inmigrantes y dentro de la Unión Europea, el país que ha recibido en los últimos años mayor número de ellos²⁵¹. Los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) hablan de 3.884.573 extranjeros con tarjeta o autorización de residencia residentes en España, un 8,7% del conjunto de la población española. A éstos se suman los llamados inmigrantes irregulares, es decir, los que no disponen de permiso de residencia en regla, colectivo que según las estimaciones oficiales podía estar entre un mínimo de 1.145.641 y un máximo de 1.638.593 en todo el estado Español²⁵².

Se considera de gran interés para la planificación y gestión del sistema sanitario en nuestro país conocer cómo la población inmigrante utiliza estos SUH que prestan una atención gratuita y universal. Así, se ha descrito que la inmigración junto con la pobreza, el desempleo, las tensiones entre grupos

étnicos, la marginación, la soledad y la ruptura de redes sociales constituyen factores de riesgo para la salud de esta población, y que los problemas de salud son muchas veces la expresión de un sufrimiento psicológico en ocasiones no reconocido⁶⁰. También es sabido que el primer contacto de muchos de los inmigrantes con el sistema sanitario, debido a la facilidad de acceso, es a través de los servicios de urgencias y casi siempre por motivos no urgentes⁵⁶.

Existen pocos estudios que analicen el perfil de utilización de los SUH por esta población. En épocas anteriores, la asistencia sanitaria pública era solo accesible a la población inmigrante regularizada que cotizaba a la seguridad social. El resto de los inmigrantes recibían la asistencia a través de organizaciones voluntarias, servicios municipales o de los de urgencias. En estas situaciones de irregularidad, el primer contacto se hacía a través de los servicios de urgencias^{56,59,61}.

En la actualidad para la mayor parte de los inmigrantes no existe ningún problema legal de acceso a los servicios sanitarios. Y sólo en aquellos casos que no pueden acreditar el lugar de residencia (equivalente a los transeúntes) o que no están registrados en ningún lugar, son los SUH la única fuente de atención sanitaria⁶⁰.

Sin embargo, en la práctica y aunque no tengan ninguna limitación de acceso a los servicios sanitarios, la mayoría de los inmigrantes sólo reclaman atención cuando están imposibilitados para trabajar y, en estos casos, muchas veces el primer contacto es a través de los SUH^{60,251,253}.

Los resultados de este trabajo muestran una diferencia muy importante y estadísticamente significativa entre casos y controles: la probabilidad de encontrar población inmigrante entre los casos fue tres veces superior a los controles, sin poder evidenciar en el análisis multivariante diferencias en cuanto a la utilización del SUH. El porcentaje de extranjeros encontrado en los casos (2,7%) es muy inferior al porcentaje encontrado en el estudio realizado en el Hospital Clínico de Barcelona, donde observaron que un 6,5% de la población atendida en el SUH era inmigrante²⁵⁴. Este porcentaje

prácticamente coincide con el 2,5% de población extranjera registrada en el Padrón Municipal de Asturias²⁴⁹, que muestra una de las tasas de extranjeros más bajas por comunidades autónomas dentro del territorio nacional (recordamos que se habla de un 8,7%)²⁵², y está muy por debajo de otras poblaciones como puede ser la ciudad de Barcelona.

La creencia actual es que el uso del servicio de urgencias por la población inmigrante parece tener un papel limitado en la provisión regular de servicios²⁵⁵. Así, en un estudio realizado en Murcia en el año 2005, se recogió que el 83,9% de los inmigrantes acudían a los servicios de Atención Primaria mientras que el 11% acudían directamente al SUH²⁵⁶. Sin embargo, también es conocido que los SUH son la vía de hospitalización utilizada mayoritariamente por los inmigrantes en porcentajes muy superiores a la población general⁵⁹.

En otros países europeos, donde el acceso a la atención especializada se realiza a través del médico de cabecera al igual que en nuestro país como es el caso de Dinamarca, se encontraron tasas de utilización de los servicios de urgencias más elevadas en grupos de inmigrantes con situaciones socioeconómicas desfavorecidas que en los propios daneses, mientras que no se observaron diferencias entre éstos y los inmigrantes procedentes de otros países nórdicos, con situación socioeconómica más parecida a la de los daneses nativos⁶³. Un estudio realizado en Suiza también encontró mayores tasas de utilización en los inmigrantes, en este caso relacionándolo con un menor grado de satisfacción en la salud autopercebida²⁵⁷. Sin embargo, en ninguno de los dos casos esta mayor utilización de los SUH pudo evidenciar una desigualdad en el acceso.

La mayoría de los estudios internacionales proceden de EEUU, donde el estudio de la población inmigrante cobra un interés diferente debido a que los gastos estatales en asistencia sanitaria regular para los inmigrantes son bajos, mientras que los gastos en la atención urgente de este colectivo son altos²⁵⁸. En estos trabajos, las diferencias en el uso de los SUH se relacionan con el nivel socioeconómico²⁵⁹ y con la cobertura sanitaria^{62,65}. La dificultad en el acceso al servicio regular médico se asocia con mayores tasas de utilización de los servicios de urgencias por patologías no urgentes^{66,260}. Incluso se afirma

que, aún controlando factores económicos, la raza puede dar lugar a diferencias en la utilización y mortalidad de servicios porque, a pesar de disponer de una cobertura sanitaria adecuada, los inmigrantes tienen mayor predisposición a utilizar los servicios de urgencias acudiendo más tarde a consultar, cuando la enfermedad presenta un mayor grado de complicación^{62,64}.

En el presente trabajo y en relación a la procedencia de los inmigrantes, el mayor porcentaje correspondió a países latinoamericanos aunque también, más recientemente, aparecen otros países como los del este de Europa y Marruecos. Los lugares de procedencia son similares a los hallados en otros estudios semejantes. Así, en un trabajo realizado en Mallorca en el año 2003, se encontraron en primer lugar latinoamericanos, seguidos de magrebíes y de europeos del este²⁵³. En el ya citado estudio del Hospital Clínico de Barcelona en 2004, la población inmigrante sobre todo era: sudamericanos (52%), africanos del norte (15%), asiáticos (10%) y europeos del este (8%)²⁵⁴. Según el INE, el mayor flujo de inmigrantes procede de Marruecos (535.009) seguido de países latinoamericanos, ecuatorianos (399.955) y colombianos (238.582), y de países del Este, fundamentalmente rumanos (381.955)²⁵².

En cuanto al tiempo de residencia en España, a pesar de haber pocos casos por cada país, se pudo apreciar que los inmigrantes procedentes de países europeos integrados en la Unión Europea como Inglaterra, Portugal e Italia, tenían tiempos de residencia en España mucho más largos (más de 10 años) que los procedentes de países latinoamericanos. Estos últimos presentaban dos modalidades distintas de asentamiento en nuestro país: los afincados desde hace muchos años en España, procedentes de oleadas de inmigración de décadas anteriores como cubanos y argentinos, y los recién llegados, con estancias en España de pocos años o incluso tan sólo meses, procedentes de Ecuador, Colombia y Bolivia.

V.3. DATOS SANITARIOS.

Se discuten seguidamente los resultados más destacados obtenidos tras el análisis de las variables relacionadas con la cobertura y utilización de los servicios sanitarios.

V.3.1. COBERTURA SANITARIA

En la población estudiada, la cobertura sanitaria a través de la Seguridad Social (SS) tiende a la universalización. Hace tan sólo una década el porcentaje de afiliados a la SS, según la ENS 1993¹⁸, era del 94,7%. En este trabajo se halló una filiación a la SS del 99%.

Se encontraron diferencias entre casos y controles con respecto al doble aseguramiento sanitario a través de seguros públicos y privados. Éste era mayor en los controles (6%, frente al 3,8% de los casos) y superaba el 5,2% reflejado en la ENS del año 1993^{18,92}. Este doble aseguramiento podría estar relacionado con una menor probabilidad de acudir al SUH, al existir otra alternativa a la vía sanitaria pública. Sin embargo los resultados de este estudio encuentran que los controles acuden más al SUH a pesar de tener doble cobertura sanitaria. Este hecho, podría corresponderse con que estos servicios públicos tengan mayor accesibilidad y den más confianza que el sistema privado. Si bien debemos tomar con prudencia esta aseveración porque, como se mencionará más adelante, estos resultados podrían ser debidos a un sesgo de memoria o a un defecto en la recogida de los datos pues no se empleó la misma fuente de información en los casos y en los controles.

Entre los controles, la mayor parte de estos seguros independientes de la SS eran concertados de forma privada por el asegurado, mientras que el

coaseguramiento por parte de la empresa (ésta es la que paga el seguro) halló un porcentaje semejante en casos y controles.

En relación a las distintas Zonas Básicas dentro del área V, la frecuentación del SUH tuvo un comportamiento similar entre los casos y los controles. Las únicas diferencias encontradas fueron las atribuibles a las zonas de influencia del Hospital de Jove: Carreño, La Calzada y Natahoyo. En éstas la proporción de casos encontrada fue inferior a la de los controles. Ello es debido a que estas Zonas Básicas utilizan como centro de referencia, tanto para las consultas urgentes como para la hospitalización, dicho centro sanitario.

No se encontraron diferencias importantes en las Zonas Básicas de Salud incluidas en el cinturón urbano de la ciudad Gijón. Esto probablemente se deba a que el hospital de Cabueñes está situado fuera del área urbana y todos los usuarios del mismo deben desplazarse a él de forma obligada.

En cuanto a las zonas más alejadas del área urbana, que son las áreas de influencia del Hospital de Jove las ya citadas (Carreño, La Calzada y Natahoyo) presentaron cifras más bajas de utilización del SUH, como se mencionó anteriormente. Otra zona que se encuentra fuera del área urbana es la zona rural del concejo de Villaviciosa, situada a 25 Km. del hospital. En ésta, a pesar de distancia geográfica, no se observó una menor utilización del SUH, presumiblemente debido a que el hospital se encuentra tan cercano a ellos como su centro de Atención Primaria.

El conocimiento que los pacientes tienen de su médico de cabecera se utiliza como indicador indirecto de uso de los servicios de la Atención Primaria, como ya se explicó previamente. En este trabajo, el grado de conocimiento era mayor en los controles: estos afirmaban conocer más a su médico y recordaban mejor su nombre. En los casos el conocimiento era parcial, lo que hace suponer que este mayor desconocimiento haría que acudieran con más frecuencia al SUH ante cualquier evento, sin consultar previamente con su médico de AP. Hemos de señalar que no se valoraron otros condicionantes como la edad y la existencia de deterioro cognitivo de los encuestados. Así, en

situaciones de deterioro leve, como trastornos de memoria, los entrevistados contestaban el resto de los apartados de la encuesta y podían haberse olvidado del nombre de su médico.

V.3.2. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS.

Es sabido que la utilización futura de un servicio se puede predecir a partir de la utilización previa de éste o de otros de menor nivel¹³. Algunos estudios detectan mayor número de visitas de los pacientes a Atención Primaria en el año previo a acudir al SUH^{250,261,263}. Otros trabajos encuentran que el haber estado previamente el SUH y, sobre todo en el último año, es un factor de reutilización del mismo^{16,17,27,68}. Y en otros se observa que la mayor parte de los pacientes utilizan los dos servicios indistintamente²⁵⁰.

En el capítulo de Introducción se ha explicado por qué el conocimiento previo de un servicio actúa como un factor psicológico importante para acudir de nuevo a él. Así, en el análisis que se realizó de la utilización del SUH, medido como “haber acudido al servicio al menos una vez en el año previo a la entrevista”, se encontró que los casos tenían menor probabilidad de haber acudido al SUH el año previo, si bien las diferencias encontradas no fueron estadísticamente significativas. El análisis multivariante confirmó de nuevo este resultado: en los casos el riesgo de haber acudido al SUH el año previo a la entrevista era 0,48 veces menor que en los controles. Es decir, el haber acudido el año previo al SUH actúa como un factor de protección para volver de nuevo al mismo (OR=0,48).

Estos resultados son contrarios a los hallados por otros autores^{16,17,27,68} de que el conocimiento previo del SUH implicaría una mayor utilización del mismo. Intentando buscar una explicación a este hecho se analizó de forma independiente la utilización del servicio en las diferentes Zonas Básicas de Salud, con el fin de conocer la utilización del SUH de cada una de ellas, y se excluyeron los sujetos procedentes de las Zonas Básicas pertenecientes al

área de influencia del Hospital de Jove, puesto que éstos supuestamente utilizarían el SUH más próximo. Sin embargo se hallaron los mismos resultados: los casos procedentes de las Zonas Básicas alejadas del área de Jove también habían utilizado menos veces el SUH el año previo que los controles. Una posible explicación a este hecho es que existiese un sesgo en la recogida de la información de este apartado. El método empleado no fue el mismo en casos y controles. En los casos, el dato era extraído directamente de la historia clínica mientras en los controles se obtenía de la entrevista. A la vista de los resultados, los controles pudieron haber recordado su estancia en el SUH como un suceso más próximo en el tiempo, o más frecuente, de lo que en realidad fue.

Otro de los factores que está relacionado con la utilización del SUH es el ingreso previo reciente en el hospital, por doble motivo: por el conocimiento del servicio y porque el ingreso implica peor salud y, por tanto, mayor posibilidad de consultar de nuevo^{17,250}. Los resultados del presente estudio confirman esta teoría. Así, en el análisis bivariante se encontró una probabilidad 2,6 veces superior de ingreso previo en los casos que en los controles. El análisis multivariante identificó una *odds* 1,91 veces superior de acudir al SUH si había habido un ingreso previo en los 6 últimos meses.

V.3.3. RAZONES ARGUMENTADAS POR LA POBLACIÓN A ESTUDIO PARA ACUDIR AL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO.

El estudio de las razones argumentadas por los encuestados para acudir al SUH mostró diferencias en la recogida de esta variable entre casos y controles: el motivo de consulta se obtuvo en 1.033 casos y en 172 de los 219 controles que habían acudido al SUH. Es decir, se obtuvo la información del 100% de los casos y del 78,54% de los controles que habían acudido al SUH y no se puede descartar que esta diferencia en los porcentajes haya tenido

repercusión en los resultados obtenidos.

Del análisis de los datos podemos deducir que, como en otras investigaciones, la mayor parte de los pacientes acudieron de forma voluntaria al servicio de urgencias: esto sucedió en el 65% de las consultas. Estas denominadas “urgencias voluntarias” son las urgencias en las que el paciente acude a consultar sin aportar ningún documento de remisión, porque bien él o bien su familia fueron los que determinaron la necesidad de la consulta. Las “urgencias voluntarias” son las urgencias más frecuentemente recogidas en la bibliografía, oscilando entre un 50% y un 90% del total de consultas en los SUH^{22-25,27,29,237,264}.

Dentro de estas consultas voluntarias destacan por su cuantía las clasificadas en el apartado de “accesibilidad”. En estos casos el paciente eligió el dispositivo de acceso al sistema sanitario más cómodo, sin valorar las consecuencias de su acción inadecuada al acudir a un servicio como el SUH, más especializado, que debería reservarse para situaciones más justificadas. Así, el 34,9% de los controles acudieron al SUH por encontrarlo más fácil mientras que en los casos el porcentaje fue la mitad, el 17,8%. En la bibliografía consultada, entre un 20-30% de los pacientes acuden al SUH por este motivo^{23,25,27,29,260} y, a pesar de considerar su enfermedad leve o poco grave, hasta un 75% volvería al SUH si presentara la misma patología^{25,26,239}. En un trabajo reciente realizado en el Hospital Universitario de Alicante, se encontró que el 82,5% de los pacientes acudía por iniciativa propia y de éstos, el 55% prefería ir directamente al hospital que al centro de salud o al servicio de urgencias extrahospitalario²⁶⁵.

Las situaciones de gravedad de la patología consultada supusieron un porcentaje bajo con respecto al resto de las causas. Sólo en el 10,9% de los casos se consideró esta condición clínica mientras que, en los controles, la gravedad fue argumentada en una proporción más elevada (23,8%). Esta diferencia puede ser atribuida a la distinta forma en que se recogió la información de esta variable. En los casos, fue el entrevistador el que, según su juicio clínico y ante situaciones como una parada cardiorrespiratoria, accidentes graves etc, consideró la condición de gravedad. Sin embargo, en

los controles este apartado se recogió como la percepción subjetiva que el entrevistado tenía del motivo de acudir al SUH.

Para un 10,6% de los casos y un 5,8% de los controles la confianza en el servicio estaba claramente relacionada con el conocimiento previo del mismo, bien porque habían acudido anteriormente o bien porque desde los SUH se les había indicado que acudiesen si de nuevo presentaban la misma sintomatología o persistían los síntomas o acontecía alguna complicación, lo que se conoce como "urgencias generadas por el propio servicio de urgencias". Los porcentajes observados en este trabajo son similares a los observados en otros estudios^{242,260}, con cifras en torno al 7-10% de derivaciones procedentes del mismo SUH.

Las situaciones de "familiaridad" (tener un familiar o conocido trabajando en el hospital) no representaron un porcentaje muy elevado (sólo un 3,5% de los casos), si bien suponen una carga adicional más a la que habitualmente se ven sometidos los SUH y que, según algún estudio²⁶⁰ puede llegar al 11%.

La mayor parte de las investigaciones se centran en el estudio de las consultas "inducidas", es decir, las que se generan por la demanda de otros médicos, fundamentalmente de Atención Primaria, como primer filtro de esta atención urgente^{27,39}.

En este estudio se encontró una proporción importante de pacientes remitidos con informe médico, en torno a una cuarta parte de los casos y una quinta de los controles (tabla XXXI). Este porcentaje es superior a la descrita por otros autores que se sitúa en torno al 12-17%^{25,28,29,46,237}. Esta diferencia probablemente sea debida a la metodología de este trabajo: como ya se ha explicado en el capítulo de Sujetos y Método no se incluyeron aquí ni las urgencias pediátricas ni las traumatológicas que, tradicionalmente, son generadas de forma voluntaria. No podemos descartar por ello que éste porcentaje de pacientes con informe médico sea reflejo de un mejor uso del SUH. En la bibliografía consultada también se encontraron porcentajes de pacientes remitidos con informe médico superiores a los del presente trabajo, si bien estos estudios no emplearon la misma metodología: la diferencia

fundamental es que se analizaron hospitales integrados en el ámbito rural, encontrando cifras de derivación con informe médico del 48,9%²² y 53,3%²⁶⁶.

Dentro de las derivaciones inducidas por consejo médico se incluyeron las derivaciones de “viva voz” o derivaciones “no formales”: un médico había indicado verbalmente la necesidad de acudir al SUH, por lo que el paciente no aportaba ningún documento. Esta forma de derivación es aún novedosa en la bibliografía pero, en el estudio piloto que realizamos previamente a la encuesta, ya apareció recogida como una de las causas argumentadas por aquellos pacientes que acudían sin documento de derivación. Así, en este trabajo, se encontró un 7,6% de consultas por este motivo en los casos y sólo un 1,7% en los controles. En la bibliografía revisada se encontraron dos investigaciones que estudiaban este modo de derivación. En la primera de ellas²³¹, el 6,7% de los pacientes, a los que se preguntó acerca de su asistencia a la consulta de Atención Primaria o a otro dispositivo extrahospitalario antes de acudir al SUH, habían contactado con AP y la mayoría habían sido vistos por el médico, quien les había recomendado acudir al SUH (28,36% del total) aunque no les había provisto de documento de derivación. Este porcentaje es comparable con el 22,7% del presente trabajo (tabla XXXI). El otro estudio²⁴² encontró un 5,4% de derivaciones de “viva voz”. Éstas, al igual que en el caso anterior, procedían mayoritariamente de la Atención Primaria y, en este caso, se objetivó que se producían en horario de mañana, coincidiendo con el horario de consulta médica habitual.

V.3.4. PATOLOGÍAS DE LA POBLACIÓN A ESTUDIO ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO.

Las patologías atendidas más frecuentemente correspondieron a las enfermedades cardiovasculares, tanto en los casos como en los controles, seguidas de las enfermedades respiratorias y de las enfermedades del aparato

músculo-esquelético, incluidas las lesiones y los traumatismos. Estas últimas ocuparon el tercer lugar en importancia, con un porcentaje muy superior en los controles porque, como ya se explicó previamente, en éstos se recogieron todos los motivos de consulta, incluidas las urgencias traumatológicas, que fueron excluidas en los casos.

La mayor parte de la bibliografía menciona como diagnóstico principal de consulta las causas traumatológicas. Así, en un estudio realizado en la ciudad de Mataró²⁹, se encontró que el 40% de los motivos de consulta al SUH eran debidos a causas traumatológicas, seguidos de las enfermedades respiratorias. Este trabajo comprendía todas las urgencias atendidas incluidas las del área pediátrica. En otro estudio realizado en Hospital del Valle Nalón²², también se encontró como primer motivo de consulta las causas traumatológicas (25,1%), seguidas de las enfermedades respiratorias. Y en el realizado en el Hospital Central de Asturias³⁹, donde se excluyeron las urgencias pediátricas y las ginecológicas, se encontró como principal motivo de consulta las causas traumatológicas (48,3%) seguidas de las causas cardiovasculares (9,5%). Otros trabajos^{27,264} hallaron como diagnóstico principal las lesiones y enfermedades del aparato músculo-esquelético (23,1%). Únicamente en los trabajos que analizaban la utilización de SUH por las personas mayores observaron que las causas cardiovasculares superaban a los traumatismos^{245,267,268}.

Los síntomas mal definidos supusieron un 12% del total de los diagnósticos, un porcentaje semejante al encontrado en el Hospital Central de Asturias que refería un 9,5% de signos y síntomas mal definidos³⁹.

V.3.5. DESTINO DE LA POBLACIÓN A ESTUDIO TRAS SER ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO.

El destino más frecuente de los pacientes, tras ser atendidos en el SUH,

fue el alta a su domicilio. La proporción de pacientes que quedaron ingresados se situó entorno al 23%, si bien en los controles este porcentaje superaba a los casos. Estas diferencias encontradas podrían ser atribuirles a la diferencia en la recogida de los datos que, como ya se explicó anteriormente, fue a través de la historia clínica en los casos y directamente del entrevistado en los controles: éstos debían recordar sobre hechos que habían ocurrido en el último año. Así, al analizar el conjunto de ingresos en el hospital, se halló que el 19,2% de los casos habían ingresado en *boxes* (ingreso máximo de 24 horas) frente al 5,8% de los controles. Esta relación se invertía cuando se estudiaban los ingresos en planta, superando en esta ocasión los controles a los casos. Los controles quizás pudieran estar considerando como ingreso hospitalario su estancia en *boxes*, hecho que no se pudo contrastar al tratarse de una encuesta anónima y no disponer de la historia clínica en los controles.

V.4. EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

Se analizan a continuación las variables que clásicamente se relacionan con el estado de salud.

V.4.1. NIVEL SOCIOECONÓMICO.

Dentro del estudio habitual de las variables relacionadas con la salud, una de las más importantes es la medición del nivel socioeconómico (NSE). Para ello, muchos estudios analizan la situación y ocupación laboral de los usuarios de los servicios sanitarios.

V.4.1.a. SITUACIÓN LABORAL.

La situación laboral de los consumidores habituales de los servicios de salud es analizada puesto que la utilización de los SUH se ve condicionada por las necesidades de salud, por la accesibilidad de los servicios y por la disponibilidad del usuario para acudir a los servicios sanitarios. Así, la mayor parte de las consultas de Atención Primaria y de urgencias son generadas por sectores no productivos de las población^{22,92}.

En este estudio se encontró una proporción de personas jubiladas muy alta, tanto en el grupo de los casos como en el de los controles (61,9% en los casos y 60,4% en los controles), en comparación con otros estudios de SUH. Estas cifras casi triplicaban a las de las personas activas laboralmente, que representan menos de una cuarta parte de los encuestados, y eran muy similares en los dos grupos (tabla XXII). En otros estudios, como el realizado en el Valle Nalón²², también se encontró que la proporción de jubilados (33,8%) y de las amas de casa (33%) superaba a la población activa (20%), aunque no con una cifra tan elevada de jubilados. En este último trabajo se concluyó que eran los sectores no productivos de la población los que más utilizaban el SUH.

En otros estudios, como el realizado en Badalona²³, encontraron que el 39,4% de los sujetos que consultaban al SUH estaban en activo, el 26,8% eran jubilados y el 16,5% ejercían labores del hogar. En este caso se apuntaba a que la accesibilidad horaria favorecía el uso de los SUH por la población trabajadora, que utilizaba el hospital como un centro de AP. Similar a este último, el estudio realizado en el hospital Virgen de las Nieves en Granada²⁴² hallaba que el 28% de los que acudían al SUH eran jubilados, el 21,8% amas de casa y el 22% trabajadores activos. En este caso las diferencias entre los grupos no fueron tan importantes.

El argumento que se plantea el presente trabajo es que el porcentaje de jubilados tan elevado entre los casos podría explicarse en parte por la exclusión de las urgencias traumatológicas, accidentes y otras lesiones propias

de personas jóvenes y activas laboralmente. En los controles, por la disponibilidad horaria, se habría favorecido la condición de estar de acompañante de los pacientes ingresados. Tampoco podemos descartar que el envejecimiento poblacional de ésta área, en comparación con otras poblaciones más jóvenes o con poblaciones con más personas en edad activa, sean las causantes del elevado porcentaje de jubilados de este trabajo. Así según una nota aparecida en prensa recientemente, Asturias es hoy la región con menor tasa de población activa de España, es decir, con menor porcentaje de habitantes en edad y disposición de trabajar²⁶⁹.

La proporción de amas de casa y de desempleados en el grupo de los controles fue mayor que en el de los casos. Es de suponer que estos dos grupos acompañen a enfermos hospitalizados con mayor frecuencia al disponer de más tiempo libre. El porcentaje de desempleados resultó ser muy bajo en el grupo de los casos (2,3%) si se comparan con otros estudios que hablan de un 5-9% de éstos sujetos en los SUH^{77,264}. Esta diferencia, al igual que el caso de los jubilados, estaría relacionada con la exclusión de las urgencias traumatológicas, más frecuentes en población joven y activa y, por tanto, susceptible de encontrarse en situación de desempleo.

En los casos había una mayor frecuencia de incapacidad laboral. Esto puede hacer suponer que a su condición de incapacitación física para trabajar se le suman, como ya apuntan otros estudios, más problemas de salud⁹⁴.

V.4.1.b. OCUPACIÓN LABORAL.

La ocupación es el indicador más frecuentemente utilizado para medir el nivel socioeconómico. Éste es un determinante clave del estado de salud que está ampliamente documentado, unas veces asociado directamente a la enfermedad y otras veces como determinante de la historia natural de la enfermedad que condiciona su pronóstico^{77,78,82}. Las personas que pertenecen

a clases sociales más bajas padecen más enfermedades, inician la enfermedad y la invalidez más temprano y fallecen antes que las clases sociales más altas⁸³⁻⁸⁵.

La mayor parte de los estudios nacionales y extranjeros estudian la distribución de la enfermedad y su relación con el nivel socioeconómico a través de los ingresos, la ocupación, la educación, etc. EEUU y el Reino Unido son países con una larga tradición en estos estudios y en ellos la cuestión racial siempre ha cobrado un interés especial en la distribución de la enfermedad.

Uno de los estudios recopilatorios más amplio encontrado en la bibliografía es el realizado por Pickett y Pearl⁸⁵. Estos autores recogieron 25 artículos publicados antes del 1998 y evidenciaron la relación existente entre el nivel de salud y el NSE: diversos trabajos encontraron correspondencia entre las causas de muerte y la ocupación laboral, hallando mayor riesgo en mujeres que en varones^{73,95}; también varias investigaciones observaron mayor mortalidad en los sujetos con menores ingresos económicos^{96,104,270}, o con mayor tasa de desempleo y menor nivel de educación^{101,102}, o con clase social baja basada en la ocupación¹⁰³; así mismo se observó asociación entre todos los factores de riesgo cardiovascular, excepto en la hipertensión, y bajos ingresos económicos y nivel de educación⁹⁷; y, finalmente, también se encontró relación entre bajo NSE y bajo peso en el momento del nacimiento^{98,99} y mayor prevalencia de enfermedades crónicas^{100,105,106}.

Destaca por el tamaño de la población estudiada el trabajo realizado por Eachus et al⁸¹, en 1994, en las consultas de primaria en zonas rurales y zonas alejadas del ámbito urbano que mostró mayor prevalencia de enfermedad, incapacidad y dependencia en sujetos con menor NSE.

También es digno de mención el estudio realizado por Mackenbach et al⁸⁰ en 1999, que comparó las distintas causas de mortalidad específica en diversos países (EEUU, Finlandia, Noruega, Italia, República Checa, Hungría y Estonia). Los resultados señalan que a excepción de las muertes por cáncer, las causas de mortalidad específica estaban relacionadas de manera inversa

con el NSE.

El estudio de las desigualdades en salud en nuestro país es un tema de gran interés para la Salud Pública y existe un importante número de publicaciones a este respecto. Una de las primeras fue la realizada por la comisión creada en 1993 por el Gobierno para estudiar las desigualdades en salud. Este trabajo, conocido como “el Informe Navarro”^{86,87} es hasta la fecha el estudio más amplio sobre desigualdades sociales en las diferentes Comunidades Autónomas de España. En este informe se manifiesta una clara desigualdad en mortalidad en el periodo 1980-1992. El informe también demostró que, por término medio, un individuo perteneciente a una clase social baja tenía la misma frecuencia de uso de servicios de salud que uno de clase social alta. Sin embargo el uso de servicios privados, como los odontológicos, no era igual siendo mayor en la clase alta. En general, a igualdad en la “vía de entrada”, las clases altas seguían teniendo mejores indicadores de salud, existiendo desigualdades en relación con la esfera social. Con todo ello, los autores del informe no podían concluir que hubiera peor estado de salud en las regiones más pobres pero sí que en éstas existían mayores desigualdades sociales.

Otro trabajo realizado en nuestro país analizó las desigualdades sociales en barrios de las ciudades de Barcelona y Valencia⁹⁴. En él se estudiaron las condiciones materiales de vida y de pobreza en relación con la mortalidad prematura, la enfermedad y la discapacidad, encontrándose peor estado de salud en relación directa al nivel de pobreza material. Más recientemente, en el año 2003, Martínez⁹¹ estudió pacientes con insuficiencia cardiaca crónica de distintas áreas de salud de la ciudad de Santander y observó mayor número de consultas y de reingresos en aquéllos que tenían peor NSE.

En el año 2000, Puigpinos et al⁸³ publicaron un estudio sobre desigualdades sociales en la ciudad de Barcelona que relacionaba la mortalidad obtenida a través de los certificados de defunción y la clase social. Estos autores encontraron que por debajo de los 45 años las causas de mortalidad sí estaban en relación con la clase social, detectando más

mortalidad en trabajadores manuales. Sin embargo en los mayores de 45 años no había diferencias de mortalidad por clase social. En esta misma línea Ruiz Ramos et al⁸⁴, utilizando como factor de privación económica el desempleo, hallaron en varias zonas básicas de la ciudad de Sevilla en el año 2004 desigualdades, tanto en hombres como en mujeres, observando que la mortalidad general aumentaba a medida que se incrementaban los porcentajes de desempleo.

En el presente estudio se planteó la hipótesis de si la utilización del SUH y el NSE podrían estar interrelacionados. Para ello se comparó el NSE de los casos y de los controles. El mayor porcentaje de los entrevistados, tanto en los casos como en los controles pertenecía, a la clase social baja. El segundo lugar lo ocupaba la clase social media y el porcentaje menos frecuente correspondió a la clase social alta. El análisis de las clases sociales, realizado a partir de la ocupación, no encontró diferencias importantes entre casos y controles para las nueve categorías ocupacionales (tabla XXXV) a excepción del grupo que no tenían ninguna ocupación. Éste representó menos del 1% de la población a estudio y fue 3 veces superior en los casos que en los controles. Esta diferencia hallada se debe, probablemente, a la diferente composición de este grupo en los casos y controles. El grupo de los casos estaba formado por sujetos que no trabajaban (transeúntes o residentes de casas de acogida o albergues y disminuidos psíquicos) mientras que el de controles incluía sujetos de clases altas, fundamentalmente rentistas.

El análisis bivalente de las clases sociales agrupadas (clase alta, media, y baja) no muestra diferencias estadísticamente significativas entre casos y controles y la probabilidad de acudir al SUH, estratificando por clase social, es semejante en ambos grupos. Sin embargo, el análisis multivariante encontró asociación, aunque no estadísticamente significativa en conjunto ($p=0,077$) pero sí por categorías, entre acudir al SUH y pertenecer a la clase social media ($OR=1,308$) frente a la categoría de referencia formada por la clase social baja (tabla XLVII). En cambio, no se observó ninguna asociación con la pertenencia a la clase social alta. Este resultado abunda en la existencia de un diferente uso de los dispositivos asistenciales en situaciones de urgencia

en relación con el NSE puesto que, a pesar de existir la misma oportunidad de consulta, existe mayor utilización del SUH por la clase social media. Probablemente, la menor accesibilidad de determinados grupos marginales pertenecientes a la clase social baja sea la causa de que este estrato social acuda menos a los SUH. En la clase social alta el mayor conocimiento e información de los servicios asistenciales y la posibilidad de acudir a servicios privados en situaciones de urgencia pudieran justificar que utilicen menos los SUH, ante cualquier situación de urgencia, que la clase social media.

Otros estudios corroboran nuestros resultados encontrando mayor frecuentación, aunque en estos casos en la consulta Atención Primaria, entre clases sociales bajas^{82,92}. Fernández de la Hoz⁸⁹ observó que las clases sociales bajas (clase IV y V) presentaban un porcentaje más alto de consultas al médico que las altas (I y II). Sin embargo, al tener en cuenta la autopercepción de la salud del encuestado, se advirtió que los individuos con mala y muy mala autopercepción de su salud consultaban más al médico por cualquier motivo, cuanto mayor era su nivel socioeconómico. Esto parecía indicar que los individuos con nivel socioeconómico alto pero, a su vez, con peor autopercepción de su salud se diagnosticaban primero de su enfermedad, detectaban los síntomas antes y aumentaban el número de consultas médicas. En conclusión, al introducir el factor autopercepción de la salud, se observó que los individuos que más consultas realizaban eran los que presentaban un NSE más alto.

En la bibliografía consultada existen estudios que no hallaron asociación entre clase social y el NSE, a pesar de encontrar mayor utilización por clases sociales bajas. Regidor et al⁹³ advirtieron que los individuos con menor nivel de estudios consultaban más al médico e ingresaban más en los hospitales que los de estudios más elevados. Sin embargo estas diferencias desaparecían cuando se tenían en cuenta diversas variables predictoras del uso de servicios sanitarios tales como la edad, el sexo, tipo de cobertura sanitaria y diferentes medidas de necesidades. Los mismos resultados encontraron Casanova et al²⁷¹ en un estudio realizado en Barcelona que tampoco observó diferencias socioeconómicas en la utilización de estos servicios.

En otros países con cobertura universal de la asistencia sanitaria tampoco hallaron diferencias socioeconómicas en la utilización de estos servicios de atención primaria^{272,273}. Muy probablemente algunos de los fenómenos que han ido configurando el SNS en estos años, como la completa universalización de la asistencia sanitaria, pueden ser responsables de la desaparición de las diferencias socioeconómicas en el uso de estos servicios.

Aunque son pocos los estudios encontrados en la literatura con carácter general sobre el uso de los SUH, también se observa una mayor utilización del SUH por personas con nivel socioeconómico más bajo^{77,250}. En un reciente trabajo realizado por Braun et al⁹⁰ se identificaron áreas geográficas en el municipio de Santander de características sociodemográficas similares y se analizó si existía un uso diferencial de los recursos sanitarios, encontrando que la demanda asistencial en el SUH era inversamente proporcional al nivel social e identificándose mayor uso del mismo entre los grupos de más bajo nivel socioeconómico.

Un estudio realizado en Canadá²⁰, país con un sistema sanitario muy semejante al de nuestro, encontró que los adultos con bajos ingresos utilizaban más los SUH debido probablemente, en opinión de los autores, a que los servicios de urgencias presentaban un acceso directo sustitutivo del médico de familia para los más pobres que retrasaban la visita al médico hasta que se hacía inevitable acudir al SUH.

V.4.2. AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD.

La autovaloración de la salud es uno de los indicadores sanitarios de salud más utilizados en las encuestas de salud poblacionales. Ésta es el reflejo de la percepción que el individuo tiene sobre su salud, tanto desde el punto de vista físico como psicológico o sociocultural y es, además un buen predictor de la esperanza de vida, de la mortalidad y de la utilización de servicios

sanitarios⁸⁶.

La autopercepción, incluida en casi todas las encuestas de salud, considera que es el propio individuo quien detecta mejor los cambios biológicos y fisiológicos que se producen en su organismo. En la Encuesta Nacional de Salud de nuestro país del año 1987¹⁸, el 68,3% de los encuestados consideraban su salud como buena. En el año 1993¹⁸ fue el 73% y en la última encuesta de ámbito nacional, recogida en el año 2003¹, este porcentaje era del 70,9% de los encuestados.

Otras investigaciones encontraron porcentajes más altos de buena salud autopercebida como el 71% de usuarios de los servicios de Atención Primaria de la ciudad de Mataró²⁹ y el 77,2% de los usuarios del SUH del Hospital de Elda, Alicante²⁶⁴. En otro estudio realizado de la población de Córdoba, el 67,9% de las personas encuestadas calificaron su salud como buena frente al 32,1% que la calificó como mala. Este trabajo analizó también la situación laboral y encontró que los que declaraban estar estudiando, los que trabajaban o los que estaban en el paro, referían mejor estado de salud que los jubilados y las amas de casa¹¹³.

En este contexto merece la pena mencionar el estudio realizado en mayores de 19 años, cuya condición de inclusión era la de "no ser frequentadores de su Centro de Salud" en Parla (Madrid), es decir, que no tuviesen visitas registradas en los últimos cuatro años. El 85,7% de los encuestados manifestaban un estado salud bueno o muy bueno en el último año. Es el porcentaje más elevado de la bibliografía consultada¹¹⁸.

Los resultados del presente trabajo son peores de los de cualquiera de las encuestas consultadas, con un porcentaje de sujetos que consideraban su salud como buena del 59,3% en los casos y del 53,5% de los controles. En el análisis bivalente, el riesgo de tener mala autopercepción de su salud era 1,27 veces superior en los casos que en los controles. Sin embargo en el análisis multivariante, esta variable perdía valor en el contexto del resto de las variables.

Estos resultados hacen pensar que la condición de enfermedad aguda

empeora la autopercepción de la salud. O bien, como se argumenta en otros estudios, que cuanto más satisfecho está un individuo con su salud, menor es la utilización de estos servicios sanitarios y menor el número de visitas al médico²⁶².

Es preciso mencionar la pérdida de información sobre esta variable acaecida fundamentalmente en el grupo de casos. Como ya se explicó previamente, no se recogieron las respuestas de aquellos sujetos cuya información se obtenía a través de los cuidadores o acompañantes por considerar que esta respuesta sólo podía recoger la opinión del entrevistado y no la apreciación subjetiva del acompañante. Es de suponer que éstos no presentarían una buena autovaloración de su salud, al tratarse de individuos más vulnerables y con peor estado de salud.

En lo que sí coinciden la mayoría de los estudios es en que la autopercepción de la salud empeora con la edad^{86,113,114,119}. En la encuesta de población de Gran Canaria se encontró que el 50% de la muestra consideraban su salud excelente o buena, siendo los mayores de 65 años los que en menor proporción consideraban su salud como buena¹¹⁶.

Este hecho también se confirma en los resultados de este estudio. La mala autovaloración de la salud aumentaba con la edad y era significativamente mayor en los casos, si bien se encontró una excepción: el grupo de los más ancianos (casos mayores de 75 años). En éstos se observó una disminución de la mala percepción de su salud comparativamente con los de menor edad (casos de 55 a 74 años). Este repunte ya ha sido señalado por otros autores y pudiera explicarse porque en los estudios transversales, al comparar por grupos de edad, se podría estar introduciendo un sesgo de supervivencia: entre las personas de mayor edad están los más seleccionados en términos de salud y, en cambio, en los grupos más jóvenes se incluyen los individuos que sobrevivirán pero también los que morirán pronto y los que tienen más problemas de salud. Así, podríamos decir que los ancianos aceptan ciertos síntomas limitantes y condiciones crónicas como propias del envejecimiento normal, no considerándolas como procesos mórbidos y percibiendo su estado de salud mejor de lo que cabría esperar para la

morbilidad objetiva que presentan^{69,76,119}.

También se encontraron importantes diferencias por sexos. Las mujeres, tanto en el grupo de casos como en el de controles, consideraban su salud de forma menos favorable que los varones y siempre peor en el grupo de los casos. Entre las hipótesis que se plantean para explicar este fenómeno están la elevada prevalencia de patología crónica y el mayor grado de restricción de la actividad de las mujeres en comparación con los varones²⁶². Estos datos coinciden con los de la mayoría de los estudios consultados, incluso ajustando por otras variables como la clase social, la edad y la discapacidad^{69,76,86,113,116,117,119,262}. Cabría aventurar que, en el futuro, a medida que se homogenice la situación social y laboral de la mujer, el acceso a la educación, su incorporación al trabajo remunerado y exista un mayor apoyo social con factores estructurales, cuya influencia positiva en el estado de salud ha sido ampliamente reconocida, esta diferencia se haga menor²⁷⁴⁻²⁷⁶.

V.4.3. CONSUMO DE MEDICAMENTOS.

La estrecha relación existente entre el consumo elevado de fármacos y la presencia de enfermedades agudas y crónicas fue el motivo de utilizar en este estudio, al igual que en otros semejantes, el empleo de medicamentos como un indicador del estado de salud^{122,127}. Aunque existen diferencias metodológicas con otras investigaciones, como la distinta edad de inclusión de los sujetos o el diferente modo de recogida de la información, los resultados de este trabajo revelan un consumo de fármacos muy elevado por parte de la población entrevistada en comparación con las cifras procedentes de otras investigaciones: el 77% de los casos y el 62,3% de los controles había consumido algún medicamento el mismo día de la entrevista.

Metodológicamente los resultados de este estudio pueden compararse con los de las Encuestas Nacionales de Salud. Éstas son las que mejor

recogen este apartado porque en ellas se estudia población y no sólo pacientes. Así tenemos que, en 1987, el 42% de los encuestados había consumido medicamentos en las dos últimas semanas previas a la entrevista; en 1993, fue el 46%; y, en los últimos datos recogidos del 2003 era el 54,4%^{1,18}. A la vista de estos resultados se puede decir que el consumo de medicamentos en el presente estudio era muy elevado, tanto en los casos como en los controles. Posiblemente ello sea debido, como ya se comentó previamente, a que la población estudiada está más envejecida de lo que lo está la media nacional.

Otros autores investigaron el consumo de medicamentos por parte de la población anciana: como cabía esperar el consumo de fármacos es muy superior al obtenido en las encuestas poblacionales generales. Así, Gómez Peligros et al²⁶² encontraron un 71,6% de consumo de medicamentos por la población anciana en las dos últimas semanas, Fernández Merino et al¹²⁴ hallaron un 73%, López-Torres et al¹²⁸ observaron un 75,6%, Valderrama et al¹³⁰ un 81,3% y Tomás et al¹²⁶ el 81,4%. El porcentaje más elevado lo encontraron Pedrera Zamorano et al¹²⁷ con un consumo del 91,62% en los mayores de 65 años.

Es sabido que el consumo de fármacos aumenta con la edad, y existen dos hipótesis no excluyentes entre sí que explican por qué el consumo de medicamentos es superior en los ancianos. Por un lado, el mayor número de patologías padecidas por el anciano originarían un mayor consumo de medicamentos y, por otro lado, factores como la marginación y la soledad le llevarían a utilizar las medicinas como un medio para solicitar la atención de su entorno^{127,262}.

Precisamente en los ancianos el estudio de la polifarmacia (se considera polifarmacia el consumo de 4 o más medicamentos simultáneamente) cobra un interés especial como factor de morbilidad asociado debido a que se considera que el 40-50% de los ancianos no consumen los medicamentos como se les había indicado¹³⁰.

En este trabajo se encontró que el número de fármacos consumidos al

día era de 2,6. El consumo de fármacos aumentaba con la edad y siempre era superior en los casos (tabla XL).

Las medias de consumo de fármacos halladas en este trabajo eran algo superiores a las encontradas por otros autores. Así, en un estudio realizado en el SUH del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada se entrevistó a 2.556 pacientes durante un año con el fin de cuantificar la aparición de problemas relacionados con los medicamentos (PRM), conocer los problemas de salud que originaron la consulta al SUH y cuántos de ellos estaban relacionados con los PRM. La media diaria de medicamentos que utilizaban los encuestados fue de 1,7²⁷⁷.

En otras investigaciones relativas a población anciana se encontraron cifras más cercanas a las observadas en el presente estudio. En un trabajo realizado a través de encuesta domiciliaria en mayores de 64 años no institucionalizados, inscritos en el Centro de Salud de Sant Llútz (Sabadell), se encontró que el 81,4% tomaba habitualmente alguna medicación con una media de 3,1 fármacos/día¹²⁶. En otro trabajo similar, en el que se hizo una entrevista a domicilio también a mayores de 65 años no institucionalizados de la Comunidad Autónoma de Extremadura, se observó que un 91,62% de los entrevistados consumía algún medicamento, con una media de 2,25 fármacos/día¹²⁷. El alto porcentaje de población anciana de nuestro estudio se presupone como el causante de que los resultados sean más próximos a los obtenidos en trabajos relativos a población anciana que a trabajos realizados en la población general.

La mayoría de los estudios coinciden en que las mujeres consumen medicamentos en mayor proporción que los hombres^{127,130,262}. Estos trabajos afirman que este mayor consumo podría ser debido a que la mujer presenta más enfermedades y refiere peor estado de salud que el varón. Sin embargo, en el presente estudio no se encontraron diferencias en cuanto al consumo de fármacos por sexo.

Trabajos recientes han asociado malos resultados en salud con polimedicación²⁷⁸. Otros autores los relacionan con un mayor uso de servicios

sanitarios y de los servicios de urgencias²⁵⁰. En nuestro estudio se encontró una relación clara entre polimedicación y el uso del SUH de forma que, en el análisis bivariante, la probabilidad de ser hiperconsumidor de fármacos era tres veces superior en los casos. El análisis multivariante mostró que por cada fármaco más consumido se incrementaba 1,24 veces el riesgo de acudir al SUH.

La distribución por grupos terapéuticos que se realizó en el este trabajo fue semejante a otros estudios. En ellos son los antihipertensivos los fármacos más referidos^{120,126-128,130}. En nuestro trabajo también se observa un mayor consumo de fármacos cardiovasculares, tanto en los casos como en los controles.

En relación con los fármacos del Sistema Nervioso Central (utilizados por 7,4% de los casos y el 6,8% de los controles) hay que hacer referencia al alto consumo de vasodilatadores cerebrales que son los principales fármacos dentro de este grupo. Estos fármacos ya han sido señalados por otros estudios como de dudosa eficacia terapéutica y su prescripción puede explicarse por la alta prevalencia de queja subjetiva de pérdida de memoria, sobre todo, en mujeres¹²⁸.

El consumo de hipnóticos quizás sea el dato de mayor relevancia por su frecuencia: es el segundo grupo terapéutico más consumido tanto en casos como en controles. La utilización tan elevada de estos fármacos da idea de la importancia de los problemas relacionados con los trastornos del sueño y de la dependencia farmacológica que estos fármacos producen. Estudios recientes han señalado un aumento en el consumo de hipnóticos, así como un uso inadecuado, en países occidentales. Uno de ellos, realizado con datos del Ministerio de Sanidad y Consumo en España, señaló que el consumo de ansiolíticos e hipnóticos experimentó un crecimiento de un 56% desde 1995 a 2003, y que el valor de consumo global encontrado en el último año del estudio duplicaba el valor propuesto como estándar, lo que reflejaba el considerable exceso de utilización²⁷⁹.

Aunque el consumo de estos fármacos en España ha sido inferior al

observado en otros países de nuestro entorno (Holanda, Finlandia, Italia, Noruega, etc.), el aumento experimentado en la última década ha disminuido las diferencias^{280,281}. Se habla de que el alto consumo de sustancias empleadas para el tratamiento de trastornos como el insomnio y la ansiedad, que tiene lugar fundamentalmente entre los pensionistas, podría estar más relacionado con carencias afectivas o cambios de estilo de vida que con la existencia de enfermedad.

V.2.4. INCAPACIDAD FÍSICA Y PSÍQUICA.

Se discuten seguidamente los resultados obtenidos al evaluar la incapacidad física y psíquica de los encuestados.

V.2.4.a. INCAPACIDAD FÍSICA.

La valoración funcional es uno de los mejores indicadores del estado de salud y de la calidad de vida. Es un buen predictor de morbilidad y de consumo de recursos asistenciales puesto que la edad resulta insuficiente como criterio aislado para evaluar y definir las necesidades de una persona mayor enferma.

Actualmente en nuestro país, con la reciente aprobación de la Ley de Dependencia²⁸², este tema ha cobrado especial relevancia. Los derechos de las personas en situación de dependencia ocupan hoy en día un puesto de preferencia dado el incremento de las personas mayores de 65 años, que en los últimos 30 años se ha duplicado, y que el 32% de ellas tienen algún tipo de discapacidad. Esta ley recoge el reconocimiento de los derechos de las personas en situación de dependencia y trata de configurar un nuevo desarrollo de los servicios sociales del país que amplíe y cumpla la acción

protectora del sistema social. La ley establece un mínimo de protección y atenderá de forma equitativa a todos los ciudadanos, promocionando la autonomía personal y prestando atención a las personas en situación de dependencia.

La mayor parte de los estudios que hablan de incapacidad se refieren a la incapacidad funcional o limitación física. La valoración de la capacidad del paciente para desarrollar las actividades de la vida diaria quizás sea la prueba más simple y rápida. La escala de la Cruz Roja¹³⁹ es una escala bidimensional que evalúa la incapacidad física o funcional y la incapacidad psíquica para las actividades básicas de la vida diaria.

En este trabajo la incapacidad física afecta en doble proporción a los casos (29,3%) que a los controles (15,4%), y ambos porcentajes son muy elevados en comparación con otros estudios. Alguno de éstos, como el proyecto de investigación titulado “Envejecer en Leganés”, dirigido a la evaluación de las incapacidades funcionales en los ancianos, observó que el 15% de la población anciana tenía dificultades para las actividades diarias de cuidado personal^{76,283}. En el estudio realizado en el año 1991 por Otero et al¹⁵⁸ sobre la cohorte de la población de Leganés, un 10,2% de varones y un 16,8% de mujeres presentaban dependencia y, diez años después, la padecían el 9% y el 14,3% respectivamente. Estas cifras parecen indicar que la dependencia aparecía en edades más tardías en sucesivas cohortes y, por lo tanto, había una mayor esperanza de vida libre de discapacidad. Otros autores, tanto nacionales como extranjeros, calculan que entre el 15 y el 20% de las personas mayores son dependientes^{158,284}.

La ENS del año 1993¹⁸ encontró un 10% de entrevistados con alguna incapacidad y, en 2003¹, un 7% presentaron alguna dificultad para realizar actividades de la vida diaria debido a un problema de salud. En esta última encuesta se observó que las dificultades para las actividades de la vida diaria aumentaban con la edad y aparecían en el 59,8% de los mayores de 80 años. La comparación de los resultados del presente estudio con los obtenidos en las encuestas de población tienen la limitación de que en éstas, como ya se ha mencionado en otras ocasiones, no se incluyen los pacientes

institucionalizados, cuya condición de incapacidad o dependencia es inherente al carácter de internamiento. Sin embargo éstas encuestas sí serían comparables a los resultados del grupo control (15,4%).

Todos los estudios consultados coinciden en que a mayor edad, mayor grado de incapacidad física^{131,132,154,285}. Entre las causas atribuibles a la edad figura la mayor morbilidad que con frecuencia se acompaña de deterioro cognitivo, lo que hace más difícil la rehabilitación¹⁵⁸.

En nuestra población también se pone de manifiesto esta tendencia (tabla XLIII): un 71% de los mayores de 75 años presentaban algún tipo de incapacidad física, siendo la proporción de casos con incapacidad el 63,9%. Esta proporción prácticamente duplica a la de los controles (36,7%), lo cual era de esperar dado que acompañar a un paciente ingresado implica estar en buena condición física. Las incapacidades graves aparecen en un porcentaje bajo en los sujetos estudiados (3,4% de casos y 0,1% de controles) y están dentro de los límites descritos en algún otro trabajo: entre el 2-8% de los ancianos¹⁵⁴.

Otras investigaciones hallaron cifras de incapacidad en ancianos muy inferiores a las del presente estudio. Así Gutiérrez et al¹⁵⁰ detectaron una incidencia de deterioro funcional, en el momento de la consulta urgente, del 20,8% en los mayores de 75 años en el SUH del Hospital Central de Asturias. Sánchez Corominas⁵¹, en el estudio realizado en el SUH de Cabueñes en 2003, encontró que sólo un 16% de los mayores de 65 años presentaban alguna incapacidad.

El estudio de Espejo et al¹⁴⁹ es un estudio poblacional en la ciudad de Córdoba, en población no institucionalizada mayor de 65 años. En él se encontró que un 27,6% declaró precisar ayuda para realizar al menos una de las actividades de automantenimiento (usar el teléfono, utilizar transportes públicos, comprar, preparar la comida, hacer las cosas de la casa, tomar la medicación, etc.), y un 10,2% dijo ser incapaz de realizar al menos una de las actividades básicas de la vida diaria (lavarse, vestirse, ir al baño sólo, etc.).

Los resultados del presente estudio, más desfavorables que los citados,

no parecen sólo atribuibles a la peor situación funcional de nuestros pacientes, y a que esta condición haya empeorado en un intervalo corto de tiempo. Pensamos que, más bien, puedan ser debidos a la exhaustividad de la escala de incapacidad empleada, pues no existe en la bibliografía consultada una metodología común a la hora de medir el grado incapacidad.

Por otro lado, la incapacidad funcional está fuertemente ligada al sexo femenino. El predominio de las mujeres, tanto en casos como en controles, concuerda con los resultados encontrados por otros autores^{1,37,131,149,285}. El estilo de vida de las mujeres, con frecuencia restringido a la esfera doméstica, conlleva mayor sedentarismo, aislamiento y depresión. Además, las mujeres tienen mayor riesgo biológico de padecer enfermedades crónicas que producen limitaciones de movilidad y aumentan el riesgo de dependencia¹⁵⁸.

La relación entre la incapacidad física y la utilización de servicios sanitarios está ampliamente demostrada¹⁴⁹. Se sabe que cuanto peor es la condición física de las personas, más acuden a los servicios sanitarios y concretamente, a los servicios de urgencias^{13,150,250}. Estos hallazgos coinciden con los de este estudio. Así, el porcentaje de incapacidad en los casos mayores de 75 años era el doble que en los controles. Sin embargo el análisis multivariante, al incluir el resto de los factores a estudio, no encontró asociación entre la incapacidad y acudir al SUH.

Son escasos los estudios dirigidos a analizar el impacto que la enfermedad aguda puede tener sobre la situación funcional de los ancianos, aunque se considera que ésta constituye uno de los mayores riesgos para el desarrollo de incapacidad funcional en ellos. Algunos investigadores señalan que, tras el proceso asistencial urgente, pudiera establecerse un deterioro funcional que condicionara un incremento de las complicaciones, la reutilización del servicio, la institucionalización y el consumo de otros recursos sanitarios y sociales. Así Gutiérrez et al¹⁵⁰ detectaron una fuerte asociación entre el deterioro funcional en el momento de la consulta urgente y la probabilidad de realizar nuevas visitas a urgencias durante un mes de seguimiento: aquellos pacientes que presentaban deterioro funcional tenían mayor riesgo de reutilizar el servicio que aquellos que no la presentaban. Por

esta razón los autores proponían una mejora de la atención sanitaria dirigida a la utilización de instrumentos de valoración funcional que permitiera una detección de grupos de ancianos en riesgo, con el fin de evitar y/o recuperar la pérdida funcional y así disminuir la posterior reutilización de los SUH.

V.4.4.b. INCAPACIDAD PSÍQUICA.

La incapacidad psíquica se estudia habitualmente junto con la incapacidad funcional y en pocas ocasiones se analiza ésta de forma independiente, como lo hace la ENS de 2003. Esta encuesta, al mencionarlas, diferencia entre las incapacidades físicas, que afectan al 76,9%, y las incapacidades mentales que afectan al 12,2%¹. Así, la mayor parte de los estudios cuando hablan de incapacidad se refieren también al deterioro psíquico, reservando el término “deterioro cognitivo” fundamentalmente para el estudio de la demencia.

La interacción entre las incapacidades físicas y las mentales es bien conocida en los ancianos. El déficit cognitivo, que influye en algunas actividades que presentan mayor complejidad, está asociado a la pérdida de capacidad funcional para las actividades de autocuidado.

En esta investigación se halló un predominio de incapacidad psíquica en los casos (21,8%) que duplica al encontrado en los controles (13,7%). Ésta afecta principalmente a los mayores de 65 años y, especialmente, en el grupo de más de 75 años (tabla XLVI).

Las diferencias encontradas por sexo son mínimas y no estadísticamente significativas, si bien existe un predominio del sexo femenino en ambos grupos (casos y controles). Este predominio de las mujeres ya ha sido apuntado por otros autores, que relacionan mayor deterioro cognitivo con la edad avanzada y el sexo femenino^{76,115}.

El deterioro cognitivo también está relacionado con una mayor utilización de recursos sanitarios, una mayor utilización de los SUH y una menor probabilidad de alta hospitalaria y mayor de reingresos a través de los SUH¹⁵⁻¹⁷. Varios estudios corroboran esta hipótesis: Walls et al⁶⁸ y Sun et al²⁵⁰ condicionan una mayor utilización de los SUH a la peor condición física y mental. Otros trabajos usan una escala predictora de malos resultados de salud tras el alta del SUH (ISAR), encontrando relación entre el deterioro cognitivo y funcional y la probabilidad de reingreso¹⁵⁻¹⁷. Fogel²⁸⁶ analizó el deterioro de la función física y cognitiva como pronosticador de malos resultados tras la admisión por el SUH y observó la existencia de ingresos más prolongados o mayor tendencia de ingresos, en los pacientes con mayor deterioro funcional y cognitivo en hospitales de enfermos crónicos. Cornette²⁸⁷ en un estudio reciente realizado en mayores de 70 años, encontró que a los tres meses del alta del SUH el 31,5% de los pacientes presentaban deterioro de la función física y mental con respecto a su situación previa.

Partiendo de la premisa de que la hospitalización y la enfermedad provocan a menudo un declive funcional, en EEUU se han planteado varios trabajos que contemplaban la hospitalización domiciliaria como alternativa a la hospitalización tradicional. Así Tinetti²⁸⁸ estudió a personas mayores de 65 años atendidas en su domicilio durante al menos 7 días y encontró que, excluyendo los pacientes que presentaban un deterioro cognitivo severo, terminales o con gran deterioro funcional, los hospitalizados en casa presentaban menor tasa de ingresos a través de los SUH, y mejores resultados en las capacidades de autocuidados y de la movilidad, que los sujetos que eran ingresados convencionalmente en el hospital. En la misma línea, una investigación llevada a cabo por Caplan²⁸⁹ halló mejor puntuación en capacidad funcional y deterioro cognitivo entre los ancianos hospitalizados en casa que entre los ingresados en un centro sanitario, concluyendo que la asistencia en el domicilio ofrecía una opción segura al tratamiento de pacientes mayores, pues presentaba ventajas funcionales y cognitivas con respecto a los cuidados en el hospital.

V.4.5. SALUD MENTAL.

La salud mental es otro de los determinantes claves de la salud de un individuo y se ha estudiado fundamentalmente en población anciana.

Las alteraciones afectivas o del estado de ánimo son trastornos muy frecuentes en los ancianos. La hipotimia, el pesimismo, el aburrimiento, etc, son situaciones cotidianas que, en general, expresan estados de infelicidad desarrollados ante la realidad de que no pueden cambiar el proceso del envejecimiento¹³⁹. Estos síntomas depresivos, aunque no cumplan los criterios diagnósticos rigurosos de depresión, son altamente prevalentes en las personas mayores y sus consecuencias similares a las del trastorno depresivo mayor.

La prevalencia de sintomatología depresiva aumenta con la edad. Son varias las teorías que intentan explicar esta alta prevalencia de depresión en el anciano¹⁷⁸. Una de ellas es la relación existente entre la depresión y el deterioro cognitivo que es, desde hace años, motivo de estudio, interés y controversia. Se discute sobre el significado de la depresión como síntoma inicial de la demencia, la frecuencia con que la depresión se presenta en los distintos tipos de ésta e, incluso, sobre el papel que la depresión juega como factor de riesgo de demencia. Sánchez Ayala¹³⁴ encontró que, tras años de seguimiento, los ancianos con deterioro cognitivo y deprimidos tenían cinco veces más probabilidades de desarrollar demencia que otro grupo de ancianos deprimidos pero sin deterioro cognitivo. Y Zunzunegui¹³³ apuntaba que la depresión precedía en un periodo de tiempo de dos años a la aparición de deterioro cognitivo en algunos individuos, configurándose como un factor de riesgo para el mismo.

Otra de las teorías manejadas es la importancia de la dinámica familiar en la prevalencia de la depresión. La familia puede ejercer un papel en el desarrollo de la depresión del anciano de maneras diversas: herencia, biología

o cargas soportadas por el individuo (como presencia de alguna enfermedad). La dinámica familiar, con implicaciones culturales y formas de vida diferentes, explica hasta el 13% de la variación de depresión¹⁷⁸. La influencia del tipo de convivencia y la permanencia del anciano dentro del entorno familiar marcan la diferencia: existe el doble de prevalencia de depresión en ancianos institucionalizados¹⁹³.

La discapacidad también se asocia a depresión en ancianos²⁹⁰. En el estudio de Planelles¹⁶², la discapacidad y las enfermedades crónicas se relacionaban con depresión en las personas mayores. En éstas, la depresión asociada a la enfermedad crónica era causa amplificadora de la discapacidad funcional y de una reducción del autocuidado, de manera que los cambios, bien el aumento o bien la disminución de los síntomas depresivos, podían producir un efecto paralelo sobre la discapacidad. En el estudio de Béland y Zunzunegui¹⁵⁶, las personas que presentaban depresión con mayor frecuencia eran aquéllas con múltiples enfermedades o condiciones crónicas y las que tenían incapacidad funcional.

El cuestionario utilizado en el presente estudio seleccionó a pacientes con mayor probabilidad de presentar psicopatología. El porcentaje de sujetos que respondieron a las escalas de ansiedad y depresión presentó diferencias entre casos y controles, siendo superior el porcentaje en los controles. La mayor prevalencia de incapacidad mental en los casos se puede atribuir a la pérdida de datos en este grupo. Existió además otro factor añadido: si bien el porcentaje de los entrevistados que rehusaron contestar fue bajo, la encuesta de salud mental se realizó al final de la entrevista y ello pudo suponer un esfuerzo mental importante, porque algunos encuestados claudicaban al final de la entrevista.

Sin embargo, con respecto a los controles, la alta predisposición a contestar podría estar en concordancia con la implicación en la problemática de su familiar, como lo prueba el hecho de que a mayor grado de parentesco con el paciente, mayor prevalencia de psicopatología en los controles. Esta relación se demuestra en el elevado porcentaje de respuestas afirmativas, un 54,8%, a la pregunta "¿ha estado muy preocupado por algo?". Este alto

porcentaje de respuestas concuerda con los resultados del estudio de Goldberg et al¹⁷⁵, que también observaron que esta pregunta era la que más respuestas positivas generaba.

En este trabajo, los porcentajes de ansiedad y depresión encontrados están dentro de los límites publicados en otros estudios, siendo siempre superiores en los casos que en los controles, con unas cifras en torno al 20% para los trastornos de ansiedad y el 30% para los de depresión. En estudios nacionales y extranjeros, esta prevalencia puede llegar hasta el 50% de la población atendida en una consulta de Atención Primaria^{161,163,164,166-169}. Esta amplia horquilla de variación puede justificarse por las diferencias metodológicas entre los estudios, pues no se emplearon las mismas escalas de medición ni los mismos intervalos de edad. El porcentaje más bajo correspondió a un estudio realizado en el medio rural que aplicó la escala de Goldberg y encontró un 16,5% de ansiedad y un 17,6% de depresión en mayores de 64 años²⁹¹. Y el más alto, un 51%, a un estudio que recogió una mayor prevalencia de malestar psíquico en ancianos que vivían solos o en residencias¹⁶⁶. Este último trabajo destaca la influencia del tipo de convivencia y el entorno familiar para la conservación del bienestar psíquico del anciano, y la necesidad de evitar situaciones de desarraigo y soledad.

El porcentaje de psicopatología en los estudios poblacionales siempre es más bajo que el encontrado en las consultas médicas¹⁷⁰. Este hecho concuerda con los resultados de esta investigación, pues en los controles los porcentajes de ansiedad y depresión son más bajos que en los casos.

La mayor prevalencia de psicopatología en las mujeres está documentada en la bibliografía, medida tanto con la escala de Goldberg como con otras escalas^{161,163,165,167,190,192}. En el presente trabajo también se encontró predominio del sexo femenino en las dos escalas, ansiedad y depresión, con porcentajes en las mujeres que casi duplicaban al de los varones. Los trabajos de Zunzunegui et al⁷⁶ y de Kroenke et al¹⁹¹ hallan en las mujeres riesgos relativos de 2,2 de presentar desórdenes mentales.

En relación a esta mayor afectación del sexo femenino se apunta que,

quizás, las mujeres sean más sensibles que los varones a las medidas de depresión utilizadas y que acuden con mayor frecuencia a las consultas de Atención Primaria que los hombres, por lo que se detectan más situaciones de dependencia en ellas¹⁶⁷. Otros estudios diferencian entre depresión mayor, más frecuente en los hombres, y depresión menor o distimia más frecuente en mujeres^{167,170,192}.

La asociación entre trastornos psiquiátricos y utilización de servicios de salud está ampliamente documentada^{162,167,178}. Marchesi et al²⁹² afirman que los pacientes con trastornos psiquiátricos de pánico y depresión buscan los servicios de urgencias para consultar y son dados de alta, en el 23% de las ocasiones, con diagnóstico de síntomas morbosos mal definidos y solamente en un 4% con diagnóstico de alteración del estado mental. En el estudio de Ford et al²⁹³ se relacionó la depresión con un mayor uso de la atención especializada, la adicción a drogas con mayor utilización de los SUH y los trastornos de ansiedad con mayor utilización de la Atención Primaria.

En el presente trabajo se observó asociación entre la depresión y la utilización del SUH. Los resultados del análisis bivariante muestran que la probabilidad de presentar depresión en los casos era 2,44 veces superior a la de los controles. Estos resultados también fueron confirmados en el análisis multivariante, que mostró asociación positiva para acudir al SUH: por cada punto obtenido en la escala de valoración de depresión se encontró una *odds* de 1,28.

Los porcentajes de depresión detectados en el grupo de los casos (39,3%) fueron elevados en comparación con el estudio de Marchesi et al²⁹². Estos autores encontraron un 21% de trastornos depresivos en pacientes atendidos en un SUH con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años, si bien no incluyeron a los pacientes más ancianos. Nuestros resultados se aproximan más a los de Kumar et al²⁹⁴ que encontraron un 30% de prevalencia de depresión en los adultos mayores de 18 años atendidos en el SUH. Himelhoch et al²⁹⁵ observaron que el anciano mayor de 65 años con depresión presentaba el doble de posibilidad de usar el SUH si padecía al menos una enfermedad crónica.

La depresión también se asoció con una mayor reutilización o retorno al SUH^{17,250}. En este sentido, Santos Martín et al¹⁸⁹ estudiaron el uso reiterado de los SUH en relación con el componente funcional del paciente, utilizando la entrevista realizada por un psiquiatra. Encontraron un 35% de trastornos de ansiedad-depresión y un 30% de trastornos de personalidad en pacientes que reutilizaban el SUH del Hospital Severo Ochoa. Parece por tanto, necesario buscar estrategias para diagnosticar, tratar, y así disminuir, la polifrecuentación de los SUH en relación con esta psicopatología.

Llama la atención que en el análisis multivariante la ansiedad tenga un efecto contrario al de la depresión, apareciendo como factor de protección para la utilización del SUH, aunque con una *odds* próxima a la unidad (0,886). Tal vez en los controles, el riesgo más elevado de exposición podría explicarse por el estrés que producía la enfermedad de un familiar cercano ingresado y su repercusión sobre el estado de ánimo sufrido por esta situación.

V.4.6. SITUACION SOCIAL Y FAMILIAR.

Se analizan en este apartado los resultados obtenidos tras el estudio de las variables relacionadas con la situación social y familiar de los encuestados.

V.4.6.a. CONVIVENCIA.

La valoración social se considera otro factor importante para medir el nivel de salud del individuo. La mayoría de los estudios hacen referencia a la valoración social del anciano y utilizan escalas aplicadas a la población mayor

de 65 o 75 años, que son la población de mayor riesgo.

Un aspecto fundamental en la valoración social del paciente anciano es el análisis del tipo de convivencia. Diversos estudios epidemiológicos en personas que viven acompañadas han reseñado que, a medida que aumenta el tamaño familiar, disminuye la utilización de servicios sociales formales y sanitarios, y que la soledad y la falta de convivencia son factores pronósticos de utilización de servicios de salud y de institucionalización en centros de larga estancia^{43,91,199,201}.

El número de convivientes está asociado de forma inversa a la utilización de sistemas de salud: a medida que aumenta el tamaño de la familia, disminuye la utilización de los servicios sanitarios. En general, las personas que viven acompañadas tienden a utilizar menos los servicios médicos, y los familiares y amigos que viven a mayor distancia tienden a aconsejar con mayor frecuencia la visita al médico que los convivientes¹².

En este trabajo se encontró que el 18,2% de casos vivían solos estaban institucionalizados o al cuidado de personas ajenas a la familia. En los controles este porcentaje fue la mitad (9%).

En otros estudios publicados, la proporción de personas que vivían fuera del entorno de la familia y de la pareja oscilaba entre un 10% y un 15%. En el estudio de Espejo et al¹²⁵, realizado mediante una encuesta domiciliaria a población mayor de 60 años, se encontró que el 14,1% de los encuestados vivían solos con una proporción de las mujeres que cuadruplicaba a la de los varones. Beland y Zunzunegui²²¹, haciendo referencia a un estudio sobre "Los modos de vida de las personas mayores en España" publicado por el Ministerio de Asuntos Sociales, hablaba de un porcentaje de personas mayores que vivían solos del 15%, mientras que en su propio estudio, en Leganés, encontró un 11,2%. Nebot et al²⁰⁷ hallaron, en una entrevista telefónica en la ciudad de Barcelona realizada a mayores de 60 años, que el 24,2% vivían solos siendo el porcentaje tres veces superior en las mujeres. Sánchez Corominas⁵¹ observó que el 15,3% de los pacientes mayores de 65 años atendidos en el SUH del Hospital de Cabueñes también se encontraba en esta situación, y un 8% de los

pacientes estaba institucionalizado.

En trabajos norteamericanos se habla de porcentajes inferiores de personas, fundamentalmente ancianas, que viven solas: éstas no superaban el 3-5%. Esta diferencia de proporción es atribuida a factores socio-culturales. En culturas diferentes a la nuestra existe una mayor proporción de personas institucionalizadas ante situaciones de aislamiento social¹²⁵.

En los resultados de este estudio se encontró que la relación de convivencia influía en la utilización del SUH. El análisis bivariante, tras agrupar las categorías de convivencia, mostraba el doble de probabilidad de vivir solo en los casos que en los controles. El análisis multivariante halló una asociación positiva entre la condición de vivir en soledad y mayor odds de acudir al SUH (OR=1,3), aunque sin significación estadística. Estos hallazgos refuerzan la hipótesis, planteada por otros estudios de que el sentimiento de soledad y de abandono, en grupos con menor cohesión social, podrían aumentar la tendencia de acudir a los SUH^{20,91} e, incluso, presentar mayor posibilidad de retorno a estos SUH si los sujetos vivían solos o estaban institucionalizados^{16,17,68}.

V.4.6.b. RELACIONES Y CONTACTOS SOCIALES.

La mayor parte de la población de este estudio disfrutaba del contacto con familiares y amigos, salía a pasear o acudía a lugares de relación social como el "hogar del pensionista", superando los controles (80%) a los casos (72%). Los resultados relativos a población total son superiores a los obtenidos por Díaz Palacios²¹⁷, que aplicó la misma escala de valoración socio-familiar a mayores de 75 años de un centro de salud del área V de Asturias. Este autor encontró que el 57,6% de los encuestados mantenían relaciones sociales fuera del domicilio. Las diferencias podrían ser debidas a que nuestro trabajo incluye a la población mayor de 14 años mientras que Díaz Palacios solo estudió a

mayores de 75 años.

Las personas con deterioro grave o absoluto en el área social y que sólo mantenían algún contacto de vez en cuando fueron fundamentalmente casos (13%). Estos resultados son similares a los de Díaz Palacios²¹⁷ que observó que el 12,94% de ancianos no salían de su domicilio, y a los de Espejo¹²⁵ que encontró en esta situación a un 9,3%.

En nuestro estudio se encontró que la probabilidad de estar socialmente aislado era 1,57 veces superior en los casos que en los controles. El análisis multivariante halló una asociación muy elevada entre estar aislado socialmente y acudir al SUH (OR=4,532). Este grupo de sujetos aislados estaba constituido fundamentalmente por personas que por su enfermedad, ancianidad o incapacidad no salían de casa y sólo recibían visitas de familiares de forma puntual; y también por personas pertenecientes a grupos marginales, como indigentes y transeúntes, que carecían de cualquier tipo de lazo o relación social. Así, los resultados de nuestro trabajo refuerzan la teoría de autores como Murberg²⁰⁸ que mantienen que las situaciones de aislamiento social se relacionan con peores resultados en salud.

V.4.6.c. APOYO DE LA RED SOCIAL.

La red social se define como el número de personas disponibles en el entorno de un sujeto que, en caso de necesidad, le ayuden al cuidado personal y a las actividades cotidianas. Cuando se trata de la autonomía de una persona mayor, tan importante es la capacidad de limpiar la casa y la preparación de la comida como la capacidad de vestirse.

El apoyo social representa la interacción que establece el individuo con su red de contactos sociales. Así, el apoyo social incluiría aspectos como el apoyo emocional y el apoyo material.

En el presente estudio, el porcentaje de los sujetos que precisaban ayuda externa era el 32,2% de los casos y el 19,2% de los controles. Estas cifras resultan difícilmente comparables con otros estudios debido a que éstos, habitualmente, se centraron en población mayor de 65 y además presentaron diferencias metodológicas importantes. Así Ferrando et al¹⁹⁴, en un trabajo en población no institucionalizada de Barcelona, encontraron que el 43% de los encuestados disponía de apoyo social externo al que podían recurrir en caso de necesidad. Sin embargo, Espejo et al¹⁴⁹ hallaron un 27,6% en la población mayor de 65 años de la ciudad de Córdoba.

La mayor parte de la ayuda, tanto en los casos como en los controles, se centraba en el círculo más próximo que era la familia y, en ocasiones, los vecinos que hacían las veces de familia en ausencia de ella (20,3% de los casos y 9,5% de los controles). En esto sí coinciden la mayor parte de los estudios^{210,211,283}: el cónyuge y los hijos constituyen la fuente principal de ayuda de nuestros mayores. En los casados, el cónyuge, mientras que en los viudos y separados, los hijos. Béland y Zunzunegui²²¹, en el estudio de la ayuda recibida por las personas mayores en Leganés, encontraron que los nietos prestaban una ayuda tan frecuente como la de los hijos. En el caso de no tener hijos solían asumir los cuidados otros familiares principalmente los hermanos y, en segundo lugar, los vecinos o amigos^{125,221}.

La proporción de las personas que recibieron ayuda en su domicilio, formal o voluntario es baja. A pesar de la disminución del tamaño de las familias, que es un condicionante de suma importancia y que aumentará en el futuro, solamente un porcentaje pequeño son usuarios de ayuda domiciliaria (5,6% de casos y 8,7% de controles). Este dato es merecedor de una reflexión debido a que, en este apartado, no se hizo distinción entre la ayuda formal a través de los servicios sociales y la ayuda contratada, a través de cuidadores, asistencia del hogar, etc. Así, el porcentaje de los controles que disponían de ayuda externa se disparaba a expensas de la ayuda contratada por las familias para el cuidado de las personas mayores y para la realización de las labores del hogar. Este factor también estaba presente en los casos aunque en menor proporción. Por tanto, se podría decir que en los casos la ayuda procedía

fundamentalmente de la familia (20,5%) y en los controles, el apoyo formal contratado sustituía al apoyo familiar (8,7%).

Al haber agrupado en un mismo apartado la ayuda formal prestada por los servicios sociales y la ayuda informal prestada de forma privada, no se pudo diferenciar entre la ayuda de la que disponía el entrevistado y sus necesidades reales. Esto ha dado lugar a una pérdida importante de información que debe asumirse.

Con respecto a la ayuda externa a la familia, otro estudio español²¹⁷ que utilizó la misma escala de valoración socio-familiar que este trabajo, encontró resultados semejantes en una entrevista realizada en la consulta de Atención Primaria: el 82,3% de los sujetos no precisaban apoyo de la red formal, el 10,5% sí necesitaban y tenían ayuda domiciliaria, y el 7,05% requería cuidados permanentes como residencia de tercera edad o centro de día. Sin embargo en otros países, como los escandinavos, la atención formal a domicilio alcanzaba al 20% de la población anciana²²¹, lo que indica que, hoy en día y en nuestra cultura, los cuidados son fundamentalmente asumidos por la familia.

En nuestra sociedad, el internamiento en instituciones para mayores se interpreta como aislamiento social y sólo se recurre a él en situaciones de desarraigo o falta de capacidad por la familia para asumir los cuidados. En esta investigación, el porcentaje de sujetos institucionalizados fue bajo, encontrándose una importante diferencia entre casos (5,5%) y controles (0,5%) que puede ser claramente atribuible al ámbito del estudio, pues los individuos institucionalizados excepcionalmente pueden ejercer de acompañantes de pacientes ingresados.

El porcentaje de entrevistados que reconocieron necesitar cuidados que no les eran dados por la familia o por los servicios sociales fue muy bajo en ambos grupos (0,5% de casos y 0,3% de controles). Estas personas que viven solas deberían constituir una prioridad para las instituciones de servicios sociosanitarios dedicadas a las personas mayores y, probablemente, una proporción de ellas debería estar institucionalizada.

La necesidad de apoyo social se relaciona en algunos estudios con

mayor probabilidad de consultas médicas en personas mayores de 65 años^{17,199,201}. En el análisis bivalente realizado en este estudio encontró que la probabilidad de que los sujetos precisasen ayuda de la red social era 2,05 veces superior en los casos. Sin embargo, en el análisis multivalente esta variable tenía un efecto contrario: actuaba como protectora para acudir al SUH, siendo la asociación negativa entre la necesidad de ayuda de la red social y el acudir al SUH (*odds* 0,624). Este resultado podría estar en relación con la existencia de algún factor de confusión pues no es posible distinguir entre la ayuda prestada por los servicios sociales, en personas con necesidades sociales y con bajos recursos económicos, y la ayuda contratada por personas pertenecientes a clases sociales más altas que no necesariamente estaban en situación de riesgo social. La variable de confusión produciría protección para acudir al SUH, más bien relacionada con la situación económica que con la situación social. Otra posible explicación sería que disponer de apoyo social actuaría como un filtro para acudir a los SUH. Los pacientes que no precisaban o no tenían apoyo puede que tomaran la decisión de acudir a los SUH con más frecuencia, bien por su condición de independencia o bien por su soledad.

V.4.6.d. APOYO FAMILIAR.

Las disfunciones familiares son capaces de generar problemas en algunos miembros de la familia. Esto les obliga a demandar atención y a acudir al médico en busca del apoyo extrafamiliar que necesitan pero sin exponer, salvo raras ocasiones, los problemas que han afectado a la dinámica familiar. Los individuos de familias normofuncionales consultan fundamentalmente por procesos agudos que justifican la demanda mientras que los pacientes procedentes de familias disfuncionales consultan, en mayor proporción, por síntomas y signos mal definidos o por problemas de salud mental^{203,215}.

En este estudio el porcentaje de familias disfuncionales en los casos fue

del 11,3% y del 6,1% en los controles. Otros trabajos, realizados fundamentalmente en el ámbito de la Atención Primaria, encuentran porcentajes entre el 12% y el 22% tras la aplicación de una escala de disfunción familiar^{202,204,209,215,216}. Incluso alguno de estos autores como Revilla et al²¹⁵, atribuyen entre un 30 y un 60% de las consultas de AP a problemas psicosociales que tienen su origen en crisis y disfunciones familiares.

También estos estudios relacionan la hiperutilización de servicios de salud con disfunciones familiares. Este es el caso del trabajo de Rubio Montañés et al²⁰⁵ que realizaron un estudio comparativo de casos y controles, estableciendo como caso al hiperfrecuentador y como control al normofrecuentador. Encontraron peor resultado del “apgar familiar” en los casos (11% de disfunción en hiperutilizadores) que en los controles (9% en normoutilizadores). En este mismo sentido, Revilla et al²⁰³ observaron relación entre función familiar y utilización, de forma que el hiperutilizador tenía una probabilidad 6,5 veces superior de presentar disfunción familiar.

Es, pues, lógico pensar que la disfunción familiar se expresa como demanda de atención de servicios de salud en la Atención Primaria, pero no únicamente en ese ámbito sino también en el de los SUH. En esta investigación, el análisis bivalente mostró 1,96 veces más probabilidad de tener una familia disfuncional en los casos que en los controles. Estos resultados fueron confirmados por el análisis multivariante que encontró asociación negativa entre la funcionalidad familiar (medida en una escala cuantitativa) y el acudir al SUH (OR=0,868): cuanto más funcional era una familia, menor riesgo existía de acudir al SUH.

V.5. POSIBLES LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

Para finalizar este capítulo haremos referencia a las principales limitaciones que puede presentar esta investigación, que ya han sido

comentadas en los diferentes apartados del mismo pero que es necesario tener en cuenta para la correcta interpretación de los resultados:

- La dificultad para encontrar entre los controles (acompañantes de pacientes ingresados en el hospital) sujetos que representasen a los casos con limitaciones físicas o psíquicas importantes, institucionalizados o encamados y a los más ancianos. Parte de esta población no pudo ser representada en los controles.

- En las personas mayores de 70 años, el porcentaje de encuestas que se realizaron a través de un acompañante se elevó al 70%. Ello dio lugar a una disminución de la información obtenida que se concentró en este grupo de edad y, fundamentalmente, en los casos. En éstos se perdió un volumen importante de datos en relación con la autovaloración de su salud, la percepción del apoyo social y el estado mental de los encuestados.

- La dificultad en el emparejamiento de casos y controles en las personas de mayor de edad obligó a establecer un intervalo único de edad para los mayores de 75 años. La diferencia de 10 años de edad observada al comparar las edades medias de los casos y de los controles es una consecuencia de ello. Si bien presuponemos que las características sociales y familiares no variarían en estos 10 años, sí lo podrían hacer las relacionadas con el estado físico y mental del anciano.

- El método empleado para recoger la información sobre la utilización previa del SUH fue distinto en los casos que en los controles. En los casos se recogió la información a través de la historia clínica, mientras que en los controles se interrogó directamente al sujeto, recabándose información sobre la fecha de asistencia, la razón argumentada para acudir al SUH y el diagnóstico de la enfermedad. Por tanto, se debe asumir la posible existencia de un sesgo de memoria en todas estas situaciones. En este sentido, el encuestado pudo haber recordado los acontecimientos que le obligaron a acudir al SUH como más graves y más próximos en el tiempo de lo que en realidad fueron. Esta hipótesis justificaría la mayor asistencia de los controles en el año previo a la entrevista.

- Al crear la variable “clase social agrupada” se incluyeron dentro del grupo de clase social baja a los individuos no clasificables por no trabajar como eran: los indigentes, transeúntes etc. Esta agrupación, que se realizó con el fin

de no perder la información correspondiente a estos individuos, no está libre de objeciones puesto que al hacerlo también se incluyeron en esta misma clase social a los trabajadores menos cualificados (clase V) pero también a trabajadores cualificados y semicualificados (clase IV), sujetos con pocas características comunes sociales o económicas a los grupos marginales, como los indigentes.

- Para investigar la ayuda social se interrogó sobre el tipo de ayuda que disponía el entrevistado, recogándose del mismo modo la ayuda formal prestada por los servicios sociales en situaciones de riesgo social, y la informal contratada por las familias que económicamente tenían recursos para ello, sin pertenecer a grupos de riesgo social. No fue posible, por consiguiente, hacer diferenciación entre la ayuda disponible y las necesidades reales de ayuda de los entrevistados, estando esta ayuda más relacionada con la situación económica del encuestado que con la situación social.

VI .CONCLUSIONES

VI. CONCLUSIONES

El análisis de los resultados nos permite llegar a las siguientes conclusiones:

PRIMERA: Hemos observado que continúa incrementándose la frecuentación del Servicio de Urgencias Hospitalario, lo que a la vista de los resultados podría parecer como un fenómeno irreversible y generalizado, común a todos los Hospitales. Sería, por tanto imprescindible adecuar estos servicios dotándolos de mas infraestructura y personal, y buscando nuevas estrategias que mejoren la capacidad de atención de un mayor volumen de pacientes, para seguir dando una respuesta rápida y de calidad a la población demandante.

SEGUNDA: Más de la mitad de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias Hospitalario eran mayores de 65 años. Esta población tan envejecida, cada vez acude con mayor frecuencia a los Servicios de Urgencias como sustitutos de su médico de atención primaria. Es preciso dotar a éstos del adecuado soporte de asistencia social, que de solución a los agravantes sociales derivados de la longevidad de la población, que directamente influyen en su estado de salud.

TERCERA: Las personas viudas y separadas presentan mayor riesgo de acudir a los Servicios de Urgencias Hospitalarios. La condición de soledad se consolida como factor agravante de la utilización incrementándose ésta ante determinadas adversidades.

CUARTA: La población inmigrante presenta mayor probabilidad de acudir al Servicio de Urgencias Hospitalario, destacando dentro de esta población el perfil del emigrante joven, con poco tiempo de residencia en España, y procedente de países latinoamericanos. Para garantizar la equidad, con el fin de reducir las desigualdades en salud entre las personas inmigradas y autóctonas, se deberían desarrollar programas de educación para la salud

con el fin de conseguir una correcta utilización de los recursos sanitarios, con el fin de evitar los riesgos derivados de la demanda sanitaria sólo en situaciones extremas y cuando están imposibilitados para trabajar como parece observarse a la vista de los resultados de otros autores, y acompañarse de medidas de mejora de condiciones laborales y sociales.

QUINTA: El perfil sanitario del usuario del Servicio de Urgencias Hospitalario es el de un paciente con cobertura única a través de la Seguridad Social, que tiene un escaso conocimiento de su médico de cabecera y, que además, estuvo ingresado en los últimos 6 meses anteriores a la entrevista. La mayoría de los sujetos que acuden al Servicio de Urgencias Hospitalario lo hacen por iniciativa propia, manifestando su preferencia de acudir al hospital en lugar de a su centro de salud. Se observa a través de este cambio en el patrón de consumo de recursos sanitarios, que se puede comprometer la organización sanitaria, dado que los actuales Servicios de Urgencias no han sido diseñados para cubrir esta demanda. Ello obligará a buscar fórmulas imaginativas y a una mejor oferta y coordinación de recursos adecuada a las necesidades reales de éstos servicios.

SEXTA: Se encuentra un diferente uso de los Servicios de Urgencias Hospitalarios entre las diferentes clases sociales, siendo la clase social media la que mayor riesgo presenta de acudir a ellos. Este mayor riesgo probablemente no sea debido a un peor estado de salud sino a un mayor conocimiento y/o accesibilidad a los recursos sanitarios de los mismos que las clases más bajas, y a unos menores ingresos económicos que quizás no permitan el uso de servicios privados como en las clases altas. Sería necesario nuevas investigaciones que confirmen este supuesto.

SEPTIMA: Los usuarios de los Servicios de Urgencias Hospitalarios tienen una peor autovaloración de su salud que la población general y un grado mayor de incapacidad física y psíquica. Y en ambos casos, son las mujeres las que salen más desfavorecidas. Las mejoras en la situación social y laboral de la mujer, con igualdad en el acceso a la educación, y a la incorporación a un trabajo remunerado, generará una influencia positiva en el estado de salud.

OCTAVA: La polifarmacia hallada en este estudio, fundamentalmente, entre las personas mayores, parece desproporcionada, y requeriría un control más estricto del consumo de fármacos pues está directamente relacionada con el riesgo de uso de Servicio de Urgencias Hospitalario. Se advierte así mismo, una elevada utilización de psicofármacos, que probablemente esté más relacionada con carencias afectivas y soledad, que con la existencia de enfermedad. Sería deseable la instauración de programas y guías de actuación ante estos síndromes afectivos así como un cambio en los hábitos de prescripción y utilización de estas sustancias entre los pensionistas.

NOVENA: Las alteraciones afectivas o de la salud mental aumentan la probabilidad de acudir al Servicio de Urgencias Hospitalario y, de ellas, la depresión es la que se asocia con un mayor riesgo. Parece, por tanto, importante buscar estrategias para diagnosticar y tratar las psicopatologías que condicionan el uso reiterado de los dispositivos asistenciales con el fin de disminuir la polifrecuentación de los Servicios de Urgencias Hospitalarios por esta causa.

DECIMA: La convivencia en familia o dentro del entorno familiar, la existencia de un buen soporte social, entendido como el conjunto de personas que hay alrededor de un individuo, y la funcionalidad familiar disminuyen el riesgo de acudir al Servicio de Urgencias Hospitalarias. Es, pues, necesario potenciar el bienestar social de la familia, facilitando la permanencia del anciano en ella. Para ello, es preciso proporcionar el soporte y la ayuda social adecuada para el cuidado en su domicilio y potenciar la cohesión familiar.

VII. BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información. Datos provisionales abril-septiembre 2003 [citado 29 Jul 2004];[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.msc.es/sns/sistemasInformacion/encuesta/encuesta-2003/cont-informe.htm>
2. Núñez Sánchez C, Catalá Barceló T, Balaguer Martínez JV, Brasó Aznar JV El problema social en los servicios de urgencia hospitalarios. *An Med Interna* 1999;16(4):211-212.
3. Azpiazu JL. Los frecuentadores de los servicios de urgencias. *Med Clin (Bar)* 1997;108:737-738.
4. Pérez Civantos D, Alvarez Fernández JA, Jiménez de Diego L, Juárez Alonso S, López Díaz M, Loste Paño A, Luís Yagüe JR, Pérez Torre I. Medicina de Emergencia en España: documento base. *Emergencias* 1995;7(1):5-11.
5. Mateos Hernández MA. Los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias* 2001;12:224-225.
6. Aramburu Vilariño FJ. Los servicios de urgencias y la Medicina General. Siglo XXI. *Emergencias* 2001;13:4-7.
7. Montero Pérez FJ, Calderón de la Barca Gázquez JM, Jiménez Murillo L, Berlango Jiménez A, Pérula de Torres L. Situación actual de los servicios de urgencias hospitalarios en España (I):

- descripción general y análisis de la estructura física y funcional. *Emergencias* 2000;12(4):226-236.
8. Montero Pérez FJ, Calderón de la Barca Gázquez JM, Jiménez Murillo L, Berlango Jiménez A, Pérez Torres I, Pérula de Torres L. Situación actual de los servicios de urgencias hospitalarios en España (II): actividad asistencial, docente e investigadora. *Emergencias* 2000;12(4):237-247.
 9. Montero Pérez FJ, Calderón de la Barca Gázquez JM, Jiménez Murillo L, Berlango Jiménez A, Pérez Torres I, Pérula de Torres L. Situación actual de los servicios de urgencias hospitalarios en España (III): recursos materiales y humanos. Perfil profesional del médico de urgencias. *Emergencias* 2000;12(4):248-258.
 10. Montero Pérez FJ, Calderón de la Barca Gázquez JM, Jiménez Murillo L, Berlango Jiménez A, Pérez Torres I, Pérula de Torres L. Situación actual de los servicios de urgencias hospitalarios en España (y IV); Áreas de Observación. *Emergencias* 2000;12(4):259-268.
 11. Urgencias Sanitarias en España: situación actual y propuestas de mejora. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada; 2003.
 12. François Béland, Zunzunegui MV. La utilización de los servicios médicos y sociales por las personas mayores de Leganés. *Rev Gerontol* 1995;5:309-324.

13. Wolinsky FD, Culler SD, Callahan CM, Jonson RJ. Hospital resource consumption among older adults. A prospective analysis of episodes, lengths of stay and changes over seven year period. *J Gerontol* 1994;49(5):240-252.
14. Eve SB. A longitudinal study of use of health care services among older women. *J Gerontol* 1988;43(2):31-39.
15. McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Belzile E, Verdon J. Prediction of hospital utilization among elderly patients the 6 months after an emergency department visit. *Ann Emerg Med* 2000;36(5):438-445.
16. McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Trépanier S, Verdon J, Ardman O. Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: the ISAR Screening Tool. *J Am Geriatr Soc* 1999;47(10):1229-1237.
17. McCusker J, Cardin S, Bellavance F, Belzile E. Return to the emergency department among elders: patterns and predictors. *Acad Emerg Med* 2000;7(3):249-259.
18. Subdirección General de Información y Estadísticas Sanitarias. Colaboración Especial. Encuesta Nacional de salud 1993. *Rev San Hig Pública* 1994;68(1):121-178.

19. Núñez Díaz S, Burillo Putze G. Urgencias, la medicina basada en la paciencia. *Emergencias* 2004;16(3):109-110.
20. Brown EM, Goel V. Factors related to emergency department use: results from Ontario Health Survey 1990. *Ann Emerg Med* 1994;24:1083-1091.
21. Moreno Millán E. Atención sanitaria urgente y demanda social: reflexiones sobre la elección de un modelo de respuesta. *Emergencias* 1995;7(3):108-114.
22. Llorente Álvarez S, Alonso Fernández M, Buznego Álvarez B. Papel de la atención primaria en la frecuentación al servicio de urgencias de un hospital comarcal. *Aten Primaria* 1996;18(5):243-247.
23. Escobedo F, González Gil L, Salarichs M, Manzano A, López I, Martín JA, Albadalejo C. Evaluación de las urgencias hospitalarias desde un área básica de salud (ABS). *Aten Primaria* 1997;19(4):169-175.
24. Torné Vilagrasa E, Guarga Rojas A, Torras Boatella MG, Pozuelo García A, Pasarin Rúa M, Borrel Thió C. Análisis de la demanda en los servicios de urgencias de Barcelona. *Aten Primaria* 2003;32(7):423-424.
25. Ochoa Gómez J, Ramalle-Gómara E, Villar Arias A, Ruiz Aspiazu JI, Bragado Blas L, Gimeno Villa C. Visitas inapropiadas al

- servicio de urgencias de un hospital general. *Med Clín (Bar)* 2000;115(10):377-378.
26. Oterino D, Peiró S, Calvo R, Sutil P, Fernando O, Pérez G. Utilización de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. *Gac Sanit* 1999; 83: 361-370.
27. Martínez Sánchez J, Portella Argelaguet E, de Pascual Mettler M. Razones del usuario en la utilización de un servicio de urgencias hospitalario. *Rev Clín Esp* 1992;191(9):488-493.
28. Vázquez Quiroga B, Pardo Moreno G, Fernández Cantalejo G, Canals Aracil M, Delgado Nicolás MA, Navas Alonso M. ¿Por qué acuden nuestros pacientes a urgencias del hospital?. *Aten Primaria* 2000;25(3):172-175.
29. Bolívar I, Balanzó X, Armada A, Fernández JLL, Foz G, Sanz E, de la Torre M. El impacto de la reforma de la atención primaria en la utilización de servicios de urgencia hospitalarios. *Med Clin (Bar)* 1996;107(8):289-285.
30. Morales Asencio JM. Reorientación de los servicios de urgencia hacia el paciente. *Emergencias* 2001;13(1):1-3.
31. Domínguez Alcón C. Consecuencias sociales del envejecimiento. *JANO* 26 ABRIL-2 MAYO 1991;XL(949):89-95.

32. Suárez García F, Oterino de la Fuente D, Peiró Moreno S, García García F, Librero J, Pérez Martín A, Martín Correa E. Estado de salud de las personas mayores ancianas y hospitalización en servicios geriátricos, médicos y quirúrgicos. Estudio poblacional en Toledo. Rev Esp Salud Pública 2000;74(2):146-161.
33. Marín Gámez N, Kessel Sardiñas H, López Martínez G, Barnosi Marín A, Montoya Vergel J, Navarro Corral A, Delgado Rodríguez M. Viejos, pobres, solitarios y marginados: vulnerabilidad geriátrica en un servicio de urgencias. An Med Interna 1998;15(7):349-352.
34. Alegre Madrid. Envejecimiento Poblacional. Envejecimiento de la población española. Hoydigit@l 3/1/02 [serie en Internet] [citado 16 Oct 2004];[aprox. 2 p.]. Disponible en:
<http://www.aidex.es/obsevatorio/3provincia/emig-inmig/enveje-población.htm>
35. INE. Padrón Municipal de Habitantes 2003. Sociedad Asturiana de estudios económicos e industriales. SADEI 2003. Disponible en:
<http://www.sadei.es/>
36. INSERSO. Plan Gerontológico. Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales. 1991. Disponible en:
www.seg-social.es/imserso/dependencia/lbbiblio.pdf

37. Rodríguez Cabrero. Dependencia y atención sociosanitaria. Boletín sobre el envejecimiento: perfiles y tendencias nº 2. IMSERSO; Junio 2000.p. 6.
38. González-Montalvo JI, Baztán JJ, Rodríguez-Mañas L, San Cristóbal E, Gato A, Ballesteros P, Salgado A. Ingreso hospitalario urgente en servicios médicos: causas, justificación, factores sociales y sus diferencias en función de la edad. Med Clin (Bar) 1994;103(12):441-444.
39. Alonso Fernández M, Hernández Mejía R, del Busto Prado F, Cueto Espinar A. Utilización de un servicio de urgencias hospitalarias. Rev San Hig Publica 1993;67(1):39-45.
40. Guerrero M, Alonso JL, Sanchís B, Prado del Baño MJ. ¿Utilización hospitalaria y ancianidad creciente en el usuario atendido? Gac Sanit 1992;6:62-66.
41. Strange GR, Edwin EH. Use of emergency departments by elder patients: a five-year follow-up study. Acad Emerg Med 1998;5(12):1157-1162.
42. Pallardo Rodil B, Santa Olalla Peralta P, Ribera Casado JM. Importancia de la asistencia urgente en el paciente anciano. An Med Interna 2001;18:5-8.
43. Aguinaga JR, Ventura I, Argaia J, Álvarez de Arcaya M. Análisis de las urgencias de los mayores de 65 años atendidos en el

- servicio de urgencias del Hospital de Guipúzcoa. *Emergencias* 1996;8:81-88.
44. Ortiz Alonso J. Ancianos vulnerables en los servicios de urgencias. *An Med Interna* 1998;15(7):347-348.
45. Sanders AB. Older persons in the emergency medical care system. *J Am Geriatric Soc* 2001;49(19):1390-1392.
46. Rodríguez Maroto O, Antuña Egocheaga A, Alonso Alonso P, Álvarez Álvarez B, de la Riva Miranda G, Menéndez Somoano P. Atención al anciano en el servicio de urgencias del hospital de Cabueñes. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1995;30(1):23-26.
47. Pérez A, Fernández J, López C, Fernández R. Estudio comparativo de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un hospital general en función de su procedencia. *Aten Primaria* 1990;7:774-776.
48. Gonemann I, Zunzunegui MV. Incremento en la utilización de servicios hospitalarios por las personas mayores de 55 años: envejecimiento poblacional y respuesta del sistema de servicios de salud. *Gac Sanit* 2002;16(2):156-159.
49. Llorente Alvarez S. Determinantes de los tiempos de asistencia en un servicio de urgencias hospitalario. Tesis. Departamento de Medicina: Universidad de Oviedo;1997.

50. Álvarez Álvarez B. Estudio de los tiempos de espera en un servicio de urgencias hospitalario. Seminario de investigación. Departamento de Medicina. Universidad de Oviedo; 1997.
51. Sánchez Corominas M. Estudio de la población mayor de 65 años que acude al servicio de urgencias del hospital de Cabueñes. Seminario de Investigación. Departamento de Medicina. Universidad de Oviedo; 2004.
52. López Abuín JM. La inmigración en España. El proyecto nacional de atención al inmigrante de SEMERGEN. SEMERGEN 2002;28(Sup.2):7-17.
53. LEY ORGANICA 4/2000 de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. BOE 10 del miércoles 12 de enero 2000:1139-1150.
54. Nogueira CH. España acoge ya a 2,5 millones de inmigrantes. El País. 2003 dic 3; Sec Sociedad.
55. LLácer A, del Amo J, Castillo S, Belza MJ. Salud e inmigración; a propósito del sida. Gac Sanit 2001;15 (03):197-199.
56. Vázquez-Villegas J. Asistencia al inmigrante desde el equipo de atención primaria (aspectos organizativos, formativos y de planificación). Cuad Gest Prof Aten Prim 2002;8(2):16-22.

57. LEY ORGANICA 8/2000 de 22 de diciembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. BOE 307 del sábado 23 de diciembre 2000;45598-455522.
58. Ley Orgánica 14/2003, de 20 de noviembre, de Reforma de la Ley Orgánica 4/2000 de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. BOE 279 del viernes 21 de noviembre 2003;41193-41205.
59. Sanz B, Torres AM, Schumacher R. Características sociodemográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid. Aten Primaria 2000;26(5):314-318.
60. Jansá JM, Villalbí JR. La salud de los inmigrantes y la atención primaria. Aten Primaria 1995;15(5):320-327.
61. Roca Saumell C, Balanzó Fernández X, Fernández Roure JL, Pujol Ribera E, Corachán Cuyás M. Caracterización demográfica, motivos de consulta y morbilidad prevalente en la comunidad de inmigrantes africanos de la comarca del Mareense. Med Clin (Bar)1999;111:215-217.
62. Blanchard JC, Haywood JC, Scott C. Racial and ethnic Disparities in health: an emergency medicine prespective. Acad Emerg Med 2003;10(11):1289-1293.

63. Norredan M, Krasnik A, Sorensen TM, Keiding N, Michaelsen JJ, Nielsen AS. Emergency room utilization in Copenhagen: a comparison of immigrant groups and Danish-born residents. *Scand J Public Health* 2004;32:53-59.
64. Richardson LD, Irvin ChB, Tamayo-Sarver JH. Racial and ethnic disparities in the clinical practice of emergency medicine. *Acad Emerg Med* 2003;10(11):1184-1188.
65. Thamer M, Richard Ch, Casebeer AW, Ray NF. Health insurance coverage among foreign-born US residents: the impact of race, ethnicity, and length of residence. *Am J Public Health* 1997;87(1):96-102.
66. Cunningham PJ, Clancy CM, Cohen JW, Wilets M. The use of emergency departments for non-urgent health problems: a national perspective. *Med Care Res Rev* 1995;52(4):453-474.
67. Petersen LA, Burstin HR, O'Neil AC, Orav E, Brennam TA. Non-urgent emergency department visits: the effect of having a regular doctor. *Med Care* 1998;36(8):1249-1255.
68. Walls CA, Rhodes KV, Kennedy JJ. The emergency department as usual source of medical care: estimates from the 1998 National Health Interview Survey. *Acad Emerg Med* 2002;9(11):1140-1145.

69. Aspiazu Garrido M, Cruz Jentoft A, Villagrasa Ferrer JR, Abanades Herranz JC, García Marín N, Álvarez de Mon Rego C. Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid. *Aten Primaria* 2003;31(5):285-294.
70. Sanz Ortiz J. Valor y cuantificación de la calidad de vida en medicina. *Med Clin (Bar)* 1991;96(2):66-69.
71. Lizán Tudela L. Enfoque genérico de la calidad de vida desde el punto de vista de la psicología y de la medicina de familia. Concepto de calidad de vida y sus dimensiones. *Aten Primaria* 1995;16(Supl1):131-132.
72. Casado JM, González N, Moraleda S, Orueta R, Carmona J, Gómez-Calcerrada RM. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria. *Aten Primaria* 2001;28(3):167-173.
73. Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria* 2001;28(6):425-429.
74. Fernández-López JA, Hernández-Mejía R, Siegrist J. El perfil de calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC): un método para evaluar bienestar y funcionalismo en la práctica clínica. *Aten Primaria* 2001;28(10):680-689.

75. Fernández-López JA, Siegrist J, Hernández-Mejía R, Broer M, Cueto Espinar A. Evaluación de la equivalencia transcultural de la versión española del perfil de calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC). *Med Clin (Bar)* 1997;109(7):245-250.
76. Zunzunegui MV, Béland F. La salud de las personas mayores de Leganés. *Rev Gerontol* 1995;5:245-258.
77. Marín N, Caba A, Ortiz B, Pérez-Tornero E, Martínez L, López M, Fornieles H, Delgado-Rodríguez M. Determinantes socioeconómicos y utilización de los servicios hospitalarios de urgencias. *Med Clín (Bar)* 1999;108(19):726-729.
78. Latour Pérez J, Álvarez-Dardet Díaz C. La medición del nivel socioeconómico. *Med Clín (Bar)* 1989;91(12):470-474.
79. Grant EN, Lyttle ChS, Weiss KB. The relation of socioeconomic factors and racial/ethnic differences in US asthma mortality. *Am J Public Health* 2000;90(12):1923-1925.
80. Mackenbach JP, Kunst AE, Groenhouf F, Borgan JK, Costa G, Faggiano F, Józán P, Leinsalu M, Martikainen P, Rychtarikova J, Valkonen T. Socioeconomic inequalities in mortality among women and among men: and international study. *Am J Public Health* 1999;89(12):1800-1806.
81. Eachus J, Chan P, Pearson N, Propper C, Smith GD. An additional dimension to health inequalities: disease severity and

- socioeconomic position. *Epidemiol Community Health* 1999;53:603-611.
82. Guarga A, Gil M, Pasarín M, Manzanera R, Armengol R, Sintés J. Comparación de equipos de atención primaria de Barcelona según fórmulas de gestión. *Aten Primaria* 2000;26(9):600-606.
83. Puigpinós R, Borrell C, Pasarín MI, Montellá N, Pérez G, Plasència A, Rué M. Inequalities in mortality by social class in men in Barcelona, Spain. *Eur J Epidemiol* 2000;16:751-756.
84. Ruiz-Ramos M, Sánchez J, Garrucho G, Viciana F. Desigualdades en mortalidad en la ciudad de Sevilla. *Gac Sanit* 2004;18(1):16-23.
85. Pickett KE, Pearl M. Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. *J Epidemiol Comm Health* 2001;55:111-122.
86. Navarro López V, Benach de Rovira J. Desigualdades sociales de salud en España. Informe de la Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales de Salud en España. *Rev Esp Salud Publica* 1996;70(5-6):505-636.
87. Navarro López V. The Black Report of Spain-the commission on social inequalities in health. *Am J Public Health* 1997;87(3):344-345.

88. WHO. Targets for Health for All. The health policy for Europe. Copenhagen:WHO;1992 European Health for All Series, nº4.

89. Fernández de la Hoz K, León D. Self-perceived health status and inequalities in use of health services in Spain. *Int J Epidemiol* 1996;5(3):593-603.

90. Braun T, García Castillo-Riesgo L, Krafft T, Díaz-Regañón Vilches G. Frecuentación del servicio de urgencias y factores sociodemográficos. *Gac Sanit* 2002;16(2):139-144.

91. Martínez A, Villaverde FJ, Roncoszek D, García-Castrillo L. Factores sociodemográficos en el uso de los servicios de urgencias por los pacientes con insuficiencia cardiaca crónica. *Emergencias* 2003;15:88-92.

92. Gómez Rodríguez E, Moreno Raymundo P, Hernández Monsalve M, Gérvas J. Socio-economic status, chronic morbidity and health services utilization by families. *Fam Practice* 1996;13(4):382-385.

93. Regidor E, de Mateo S, Gutiérrez-Fisac JL, Fernández de la Hoz K, Rodríguez C. Diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España. *Med Clin (Barc)* 1996;107(8):285-288.

94. Arias A, Rebagliato M, Palumbo MA, Bellver R, Ashton J, Colomer C, Costa J, Flynn P, Álvarez-Dardet C. Desigualdades en salud en Barcelona y Valencia. *Med Clin (Bar)* 1993;100(8):281-287.

95. Sloggett A, Joshi H. Higher mortality in deprived areas: community of personal disadvantage?. *Br Med J* 1994;309:1470-1474.
96. Anderson R, Sorlie P, Backlund E, Johnson N, Kaplan GA. Mortality effects of community economic status. *Epidemiology* 1977;8(1):42-47.
97. Smith GD, Hart C, Blane D, Gillis Ch, Hawthorne V. Lifetime socioeconomic position and mortality: prospective observational study. *Br Med J* 1997;314:547-352.
98. O'Campo P, Xue X, Wang MCh, O'Brien Caughy M. Neighborhood risk factors for low birthweight in Baltimore: a multilevel analysis. *Am J Public Health* 1997;87(7):1113-1118.
99. Roberts EM. Neighborhood social environments and the distribution of low birthweight in Chicago. *Am J Public Health* 1997;87(4):597-603.
100. Diez-Roux AV, Nieto FJ, Muntaner C, Tyroler HA, Comstock GW, Shahar E, Cooper LS, Watson RL, Szklo M. Neighborhood environments and coronary hearth disease: a multilevel analysis. *Am J Epidemiol* 1997;146(1):48-63.
101. Smith GD, Hart C, Watt G, Hole D, Hawthorne V. Individual social class, area-based deprivation, cardiovascular disease risk factors,

- and mortality: the renfrew and paisley study. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:399-405.
102. Leclere FB, Rogers RG, Peters K. Neighborhood social context and racial differences in women's heart disease mortality. *J Health Soc Behav* 1998;39:91-107.
103. Sloggett A, Joshi H. Deprivation indicators as predictors of life events 1981-1992 based on the UK ONS Longitudinal Study. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:228-233.
104. Waitzman NJ, Smith KR. Phantom of the area: poverty-area residence and mortality in the United States. *Am J Public Health* 1998;88(6):973-976.
105. Reijneveld SA. The impact of individual and area characteristics on urban socioeconomic differences in health and smoking. *Int J Epidemiol* 1998;27:33-40.
106. Robert SA. Community-level socioeconomic status effects on adult health. *J Health Soc Behav* 1998;39:18-37.
107. Domínguez-Berjón M F, Borrel C, Pastor V. Indicadores socioeconómicos de área pequeña en el estudio de las desigualdades en salud. *Gac Sanit* 2004;18(2):92-100.

108. Alonso J, Pérez P, Sáez M, Murillo C. Validez de la ocupación como indicador de la clase social, según la clasificación del British Registrar General. *Gac Sanit* 1997;11(5):205-213.
109. Fernández E, Alonso RM, Quer A, Borrel C, Benach J, Alonso J, Gómez G. El autopercepción social como indicador de posición socioeconómica. *Gac Sanit* 2000;14(3):218-225.
110. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Una propuesta de medida de la clase social. *Aten Primaria* 2000;25(5):350-363.
111. Instituto Nacional de Estadística. Clasificación Nacional de Ocupaciones 1994 (CNO-94). Madrid: 1994. Disponible en:
www.ine.es/clasifi/cno94.xls
112. Domingo Salvany A, Marcos Alonso J. Propuesta de un indicador de "clase social" basado en la ocupación. *Gac Sanit* 1989;10(3):320-326.
113. Pérula de Torres LA, Martínez de la Iglesia J, Ruiz Moral R, Fonseca del Pozo J. Variables relacionadas con el estado de salud autopercebido: estudio poblacional. *Aten Primaria* 1995;16(6):323-329.
114. Gorroño Iturbe A, Ibáñez Pérez F, Olaskoaga Arrate A. Autopercepción de salud en el anciano: relación con algunas

- variables socioeconómicas y de salud. *Aten Primaria* 1992;10(5):771-776.
115. Bayó J, Fernández-Aramburu MC, Orfila F, Dalfó A, Casajuana J, Vila MA, Plana J, Masseda AM, Vives S, Nebot A. Autopercepción de salud y evaluación integral del paciente anciano en un centro de atención primaria. *Aten Primaria* 1996;17(4):273-279.
116. Hello Luján LM, Suárez Rivero JB, Prieto Ramos F, Serra Majem L. Variables sociales y sanitarias asociadas a la autopercepción del estado de salud en la población adulta de Gran Canaria (Islas Canarias). *Aten Primaria* 1999;24(9):533-536.
117. Azpiazu Garrido M, Cruz Jentoft A, Villagrasa Ferrer JR, Abanades Herranz JC, García Marín N, Alvear Valero de Bernabé F. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Salud Publica* 2002;76(6):683-699.
118. Granados Garrido JA, San Andrés Rebollo FJ, Costa Zamora P, Lobera Argüelles L, Fernández San Martín MI. ¿Quién es el paciente no frecuentador? *Aten Primaria* 1993;12(7):407-410.
119. Séculi E, Fusté J, Brugulat P, Juncá S, Rué M, Guillén M. Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. *Gac Sanit* 2001;15(3):217-223.

120. Sánchez Castiello. Las personas mayores en España. Informe 2000. Observatorio de las Personas Mayores. INSALUD; 2000.
121. Fuertes Goñi MC, Álvarez Tutor E, García de la Noceda Montoya MD, Fernández Velilla Ruiz de la Torre M, Echarte Osacain E, Abad Vicente J. Características del paciente hiperfrecuentador de las consultas de demanda de medicina general. *Aten Primaria* 1994;14(6):809-814.
122. Espinas JA, Riba MD, Borrás JM, Sánchez V. Estado de salud, utilización de servicios sanitarios y morbilidad declarada: aplicación del análisis de correspondencias. *Rev Esp Salud Publica* 1995;69(2):195-205.
123. National Center for Health Statistics 1985. The National health Interview Survey Design 1973-1984. DHHS Publication 85-1320. Washington DC:U.S. Government Printing Office.
124. Fernández Merino MC, Vérez Vivero I, Gude Sanpedro F. Morbilidad crónica y autopercepción de salud en los ancianos de una comunidad rural. *Aten Primaria* 1996;17(2):108-112.
125. Espejo Espejo J, Martínez de la Iglesia J, Rubio Cuadrado V, Dueñas Herrero R, Fernández Fernández MJ, Yun Casalilla A. Recursos sociales en mayores de 60 años. Su relación con factores sociodemográficos y de salud (proyecto ANCO). *Aten Primaria* 1998;21(2):88-95.

126. Tomás MT, Centelles F, Valero C, Alcalá A, Cerón A, Soler J, López M. Prescripción crónica de fármacos en pacientes geriátricos de un centro de salud urbano. *Aten Primaria* 1999;23(3):121-126.
127. Pedrera Zamorano JD, Canal Macías ML, Lavado García JM, Postigo Mota S, Sánchez Belda M, Durán Gómez N. Estudio de salud de las personas mayores en Extremadura: consumo de fármacos y patologías crónicas más frecuentes. *Rev Esp Salud Pública* 1999;73(6):677-686.
128. López-Torres Hidalgo J, Cerdá Díaz R, Fernández Olano C, Requena Gallego M, Fernández Casalderrey C, Otero Puime A. Factores asociados al consumo de medicación crónica en personas ancianas. *Med Clin (Barc)* 1997;108(15):572-576.
129. Gurwitz JH, Avorn J. The ambiguous relation between aging and adverse drug reaction. *Ann Intern Med* 1991;114(11):956-966.
130. Valderrama Gama E, Rodríguez Artalejo F, Palacios Díaz A, Gabarre Orús P, Pérez del Molino Martín J. Consumo de medicamentos en los ancianos: resultados de un estudio poblacional. *Rev Esp Salud Publica* 1998;72(3):209-219.
131. de Alba Romero C, Baena Díez JM, de Hoyos Alonso MC, Gorroñoigoitia Iturbe A, Litago Gil C, Martín Lesende I, Luque Santiago A. Actividades preventiva en los mayores. *Aten Primaria* 2003;32(Supl 2):102-120.

132. Salgado A, Ruiperez I, Sepúlveda D. Valoración geriátrica integral. Conceptos generales. Manual de Geriatria Salgado Alba. 3ª ed. Barcelona: Masson; 2002. p.223-262.
133. Zunzunegui MV, Beland F, Gorneman I, del Ser T. La depresión como factor predictor del deterioro cognitivo en las personas mayores. *Rev Esp Gerontol* 1999;34(3):125-134.
134. Sánchez Ayala I. Depresión, deterioro cognitivo y demencia: unas relaciones polémicas. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999;34(3):123-124.
135. Tolosa E, Alom J, Forcadell F. Criterios diagnósticos y escalas evaluativas en la enfermedad de Alzheimer. *Rev Clín Esp* 1987;181(Sup1):56-59.
136. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1975;23:433-441.
137. Folstein MF, Folstein FE, McHugh PR. Mini Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-198.
138. Lobo A, Ezquerro J. El mini examen cognoscitivo. Un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos. *Act Luso-Españolas Neurol y Psiquiatr* 1997;3:189-202.

139. Caballero García JC. Evaluación diagnóstica en Geriatría. *Med Integral* 1990;16(3):102-106.
140. Morales JM, González-Montalvo JI, Del Ser T, Bermejo F. Validation of the S-IQCODE: the Spanish versión of the informant questionnaire on cognitive decline in the elderly. *Arch Neurobiol (Madr)* 1992;55:262-266.
141. Morales González JM, González-Montalvo JI, Del Ser Quijano T, Bermejo Pareja F. Estudio de validación del S-IQCODE: la versión española del informant questionnaire on cognitive decline in the elderly. *Arch Neurobiol* 1992;55(6):262-266.
142. Peña-Casanova J. Capítulo 13. Exploración neuropsicológica en la demencia: taller. Madrid: Alzheimer 2001;199-222.
143. RuiGómez A, Alonso J, Antó JM. Salud percibida y capacidad funcional de la población anciana no institucionalizada en Barcelona. *Gac Sanit* 1991;24:117-124.
144. Evans DA, Funkenstein HH, Albert NS, Scherr PA, Cook NR, Chown MJ, Hebert LE, Hennekens ChH, Taylor Jo. Prevalence of Alzheimer's disease in a community population of older persons. *J Am Med Assoc* 1989;262(18):2551-2556.

145. Bermejo F, Colmenarejo C. Prevalencia de demencia y déficit cognitivo. Capítulo 5. (p 9) El nivel de salud y déficit cognitivo en los ancianos. Editorial SG Caja de Madrid; 1993.

146. Lobo A, Saz P, Día Sahun JL. Las demencias en la ciudad de Zaragoza: datos preliminares de un estudio epidemiológico R.A.E.N. 1989;9(30):355-361.

147. Benítez Rosario MA, Vázquez Díaz JR. Valoración del grado de autonomía de los ancianos. Aten Primaria 1992;10(7):888-891.

148. Hunt TE. Rehabilitación del paciente anciano. En: Han RJ, Marcy LM, Holtzman JM, Smith MR, eds. Geriátrica en Atención Primaria. Madrid. Insalud, 1990;97-121.

149. Espejo Espejo J, Martínez de la Iglesia J, Aranda Lara JM, Rubio Cuadrado V, Enciso Bergé I, Zunzunegui Pastor MV, Pérula de Torres L, Fonseca del Pozo FJ. Capacidad funcional en mayores de 60 años y factores sociosanitarios (proyecto ANCO). Aten Primaria 1997;20(1):3-11.

150. Gutiérrez Rodríguez J, Varela Suárez C, Alonso Álvarez M, Solano Jaurrieta JJ. Deterioro funcional en actividades básicas de la vida diaria tras la consulta en un servicio de urgencias. An Med Interna (Madrid) 2000;17(5):238-242.

151. Katz SC, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963;185:914-919.
152. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. *Arch Phys Med Rehabil* 1965;14:61-65.
153. Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1993;28:32-40.
154. Álvarez Solar M, de Alaiz Rojo AT, Brun Gurpegui E, Cabañeros Vicente JJ, Calzón Frechoso M, Cosío Rodríguez I, García López P, García-Cañedo Fernández R, Pardo González I, Suárez-González A. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. Fiabilidad del método. *Aten Primaria* 1992;10(6):812-816.
155. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9:179-186.
156. Bèland F, Zunzunegui MV. La salud y las incapacidades funcionales. Elaboración de un modelo causal. *Rev Gerontol* 1998;5:259-273.

157. Ben-Shlomo Y, Kuh D. A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *Int J Epidemiol* 2002;31:285-293.
158. Otero A, Zunzunegui MV, Rodríguez-Laso A, Aguilar MD, Lázaro P. Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española. *Rev Esp Salud Pública* 2004;78(2):201-213.
159. Guralnik JM, Alexih L, Branch LG, Wiener M. Medical and long-term care costs when older persons become more dependent. *Am J Public Health* 2002;92(8):1244-1245.
160. Guralnik JM, Land KC, Blazer D, Fillenbaum GG, Branch LG. Educational status and active life expectancy among older blacks and whites. *N Engl J Med* 1993;329(3):110-116.
161. López-Torres Hidalgo J, Escobar F, Fernández C, González C, Urbistondo L, Requeza M. Trastornos mentales y utilización de las consultas de medicina general. *Aten Primaria* 1992;10(3):665-670.
162. Planelles Fernández I. Factores en el origen y mantenimiento de la discapacidad y el papel de la depresión [monografía en Internet]. Trabajo Master en Psicogeriatría 2001-2003.[citado 26 Oct 2004];[aprox. 16 p.]. Disponible en: <http://www.hospitalarias.org/publynoti/libros/artAculos/176/art15.htm>

163. Martínez Bernardos R, Baylín Larios A, Ortiz Jiménez MF. ¿Podemos detectar trastornos mentales en atención primaria? Utilidad y concordancia de dos instrumentos diagnósticos. *Aten Primaria* 1999;23(5):285-288.
164. Chocrón Bentata L, Villalta Franch J, Legazpi Rodríguez I, Auquer K, Franch L, Ramírez Arrizabalaga R. Diagnóstico de trastornos psiquiátricos por el médico de atención primaria. *Aten Primaria* 1996;18(1):22-26.
165. Mulrow CD, Williams JW, Gerety MB, Ramírez G, Montiel OM, Kerber C. Case-finding instruments for depression in primary care settings. *Ann Intern Med* 1995;122(12):913-921.
166. Sánchez Ibáñez A, Uriel Martínez M, Gonzalo Cisneros A, Suñen Ezquerro P, de las Obras Nasarre S, Videgain Mas C. Estudio del malestar psíquico en la tercera edad. *Aten Primaria* 1990;7(1):44-48.
167. Cortés JA, Peñalver C, Alonso J, Arroyo A, González L. La prevalencia de malestar psíquico en atención primaria y su relación con el grado de frecuentación de las consultas. *Aten Primaria* 1993;11(9):459-463.
168. Montón C, Pérez Echevarría MJ, Campos R, García Campayo J, Lobo A. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria* 1993;12(6):345-349.

169. Barreto Ramón P, Corral Mata ME, Muñoz López J, Boncompte Vilanova MP, Sebastián Gallego R, Solá Gonfaus M. Percepción de malestar psíquico por el médico en un área básica de salud. *Aten Primaria* 1998;22(8):491-496.
170. Chocrón Bentata L, Vilalta Franch J, Legazpi Rodríguez I, Auquer K, Franch L. Prevalencia de psicopatología en un centro de atención primaria. *Aten Primaria* 1995;16(10):586-593.
171. CIE-10. Clasificación de Trastornos Mentales CIE-10. Criterios de la OMS. [citado 5 Nov 2004]. Disponible en :
<http://www.psicoactiva.com/cie10/cie1.htm>
172. DSV-IV. Guía de uso. Barcelona: Masson;1997.
173. Los trastornos psicológicos. Como afrontar los problemas emocionales con terapia cognitiva. Guía de profesionales en psicología. [citado 30 Oct 2004] ;[aprox. 17 p.]. Disponible en :
<http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Sentirse Mejor/sentirse1.htm>
174. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general settings. *Br Med J* 1988;97:897-899.

175. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detección de la ansiedad y la depresión en el marco de la medicina general. *Br Med J (ed. Esp.)* 1989;4(2):49-53.
176. Lobo A, Montón A, Campos R. Detección de morbilidad psíquica en la práctica médica: el nuevo instrumento E. A. D. G. Zaragoza: Luzán; 1993.
177. Ramos Brieva JA, Montejo Iglesias ML, Lafuente López R, Ponce de León Hernández C, Moreno Sarmiento A. Validación de la Escala-Criba Geriátrica para la depresión. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1991;19(3):174-177.
178. García Lozano L, Mérida Quiñónez F, Mestre Reoyo I, Gallego Parrilla MD, Duarte Romero AJ, Rodríguez Escalera C. La depresión del anciano y el papel de la dinámica familiar. *Aten Primaria* 2000;25(4):226-229.
179. Del Burgo Fernández JL, Andrés Mayor MJ, Martínez García S, González Martín Palomino ML. Diagnóstico de trastornos depresivos en atención primaria de salud. Estudio con el CET-DE (Versión Breve). *Rev San Hig Pub* 1991;65(3):223-231.
180. Williams JBW, Gibbon M, First MB, Spitzer RL, Davies M, Borus J, Howes MJ, Kane J, Pope HG, Rounsaville B, Wittchen HU. The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID). *Arch Gen Psychiatry* 1992;49: 630-636.

181. Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV, Hahn SR, Brody D, Johnson JG. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. *JAMA* 1994;272(22):1749-1756.
182. Goldberg DP, Cooper B, Eastwood MR, Kedward HB, Shepherd M. A standardized psychiatric interview for use in community surveys. *Br J Prev Soc Med* 1970;24:18-23.
183. Lobo A, Pérez-Echebarria MJ, Artal J. Validity of scaled version of General Health Questionnaire (GHQ-28) in Spanish population. *Psychol Med* 1986;16:135-140.
184. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Janaus J. The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *Eur Psychiatry* 1997;12:232-241.
185. Lecrubier Y, Sheehan DV, Weiller E, Amorim P. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry* 1997;12:224-231.
186. MINI. Mini International Neuropsychiatric Interview Version CIE-10. [citado 26 Mar 2005];[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.red-farmamedica.com/spo/fobiasocia.htm>

187. Mackinnon A, Christensen H, Jorm AF, Herderson AS, Scott R, Korten AE. A latent trait analysis of an inventory designed to detect symptoms of anxiety and depression using an elderly community sample. *Psychol Med* 1994;24:977-986.
188. Huber P, Mulligan R, Mackinnon A, Nebuloni-French T, Michel JP. Detecting anxiety and depression in hospitalised elderly patients using a brief inventory. *Eur Psychiatry* 1999;14:11-16.
189. Santos Martín MD, Bascuñana Morejón de Girón J, Lumbreras García G, Álvarez Martín E, Martínez Pascual B, Sanz Correcher P, Hernando de Larramendi C, Mancebo Aragoneses L. Valoración del componente funcional que subyace al uso reiterado de un servicio de urgencias hospitalario y de sus repercusiones económicas. *An Med Interna* 2000;17(8):410-415.
190. Linzer M, Spitzer R, Kroenke K, Williams JB, Hahn S, Brody D, deGruy F. Gender, quality of life, and mental disorders in primary care: results the PRIME-MD 1000 study. *Am J Med* 1996;101:526-533.
191. Kroenke K, Spitzer RL. Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosom Med* 1998;60:150-155.
192. Arillo Crespo A, Aguinaga Ontoso I, Guillén Grima F. Prevalencia de enfermedades mentales en mujeres de una zona urbana. *Aten Primaria* 1998;21(5):265-269.

193. García Serrano MJ, Tobías Ferrer J. Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. *Aten Primaria* 2001;27(7):484-488.
194. Ferrando J, Nebot M, Borrell C, Egea L. Apoyo social y estado de salud percibido en población no institucionalizada de más de 60 años. *Gac Sanit* 1996;10:174-182.
195. Bowling A. Social Support and social networks: their relationship in the successful and unsuccessful survival of elderly people in the community. An analysis of concepts and review of the evidence. *Fam Pract* 1991;8(1):68-83.
196. Thoits PA. Conceptual methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *J Health Social Behav* 1982;2:145-159.
197. Lin N, Simeone R, Enzel W. Social support, stressful life events, and illness: a model and an empirical test. *J Health Soc Behav* 1979;20(2):108-109.
198. Barron A. Apoyo social: definición. *JANO* 1990;38:1086-1097.
199. de la Revilla Ahumada L, Fleitas L. El apoyo social y la atención primaria de salud. *Aten Primaria* 1991;8(9):664-666.

200. de la Revilla Ahumada L, Bailón E, de Dios Luna J, Delgado A, Prados MA, Fleitas L. Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria* 1991;8(9):688-692.

201. Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, de Dios Luna del Castillo J, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Aten Primaria* 1996;18(4):153-163.

202. Orueta Sánchez R, Viguera F, Orgaz P, Torres C. Características familiares de los hiperutilizadores de los servicios sanitarios de atención primaria. *Aten Primaria* 1993;12(2):92-93.

203. de la Revilla L, de los Ríos AM. La utilización de servicios de salud y los motivos de consulta como indicadores de disfunción familiar. *Aten Primaria* 1994;13(2):73-76.

204. Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Dios Luna del Castillo J, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria*.1996;18(6):289-296.

205. Rubio Montañés ML, Adalid Villar C, Cordón Granados F, Solanas Saura P, Masó Casadellá D, Fernández Punset D, Ráfols Crestani A, Arroyo Cardona E, Auquer Framis F, Buñuel Alvarez JC. Hiperfrecuentación en atención primaria: estudio de los factores psicosociales. *Aten Primaria* 1998;22(10):627-630.

206. Segovia Martínez A, Pérez Fuentes C, Torío Durántes J, García Tirado MC. Malestar psíquico y características sociodemográficas y familiares del hiperfrecuentador en atención primaria. *Aten Primaria* 1998;22(9):562-569.
207. Nebot M, Lafuente JM, Tomás Z, Borrell C, Ferrando J. Efecto protector del apoyo social en la mortalidad en población anciana: un estudio longitudinal. *Rev Esp Salud Publica* 2002;76(6):673-682.
208. Murberg TA, Bru E. Social relationships and mortality in patients with congestive heart failure. *J Psychosom Res* 2001;51:521-527.
209. de la Revilla L, Aybar R, de los Ríos A, Castro JA. Un método de detección de problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria* 1997;19(3):133-137.
210. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Influencia de la edad y sexo sobre los distintos tipos de utilización en atención primaria. *Gac Sanit* 1995;9:343-353.
211. Stansfeld S, Marmot M. Deriving a survey measure of social support: The reliability and validity of the close persons questionnaire. *Soc Sci Med* 1992;35(8):1027-1035.
212. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. *Manual de Atención Primaria*. Tercera Edición. Doyma; 2000.

213. de la Revilla L. La disfunción familiar. *Aten Primaria* 1992;10(2):582-583.
214. Smilkstein G. Family APGAR Analyzed. *Family Medicine* 1993;25(5):293-294.
215. de la Revilla L, Fleitas L, Cavaille E, Cubillo J. La influencia de las condiciones socioeconómicas y culturales en la función familiar. *Aten Primaria* 1990;7(11):710-712.
216. Rodríguez Fernández E, Gea Serrano A, Gómez Moraga A, García González JM. Estudio de la función familiar a través del cuestionario Apgar. *Aten Primaria* 1996;17(5):338-341.
217. Díaz Palacios ME, Domínguez Puente O, Toyos García G. Resultados de la aplicación de una escala de valoración sociofamiliar en atención primaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1994;29(4):239-245.
218. García González JV, Díaz Palacios E, Salamea García A, Cabrera González D, Menéndez Caicoya A, Fernández Sánchez A, Acebal García V. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Aten Primaria* 1999;23(7):434-440.
219. Alarcón Alarcón T, González Montalvo I. La Escala Socio-Familiar de Gijón, instrumento útil en el hospital general. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998;33(3):178-179.

220. Calvete Zumalde E, Fernández Iriarte C, García Manero I. Apoyo social y síntomas psicológicos en ancianos institucionalizados. Rev Esp Geriatr Gerontol 1994;29(2):73-78.
221. Béland F, Zunzunegui MV. La ayuda recibida por las personas mayores. Rev Gerontol 1995;5:294-308.
222. Colimon KM. Fundamentos de Epidemiología. Ediciones Díaz de Santos S.A; 2002.
223. Padrón Municipal de Habitantes 2003. Población según sexo y edad. Última Actualización 15/04/2004. SADEI 2003. Disponible en:
<http://www.sadei.es/>.
224. Censo Tarjeta Sanitaria Área V. SADEI 1999. Disponible en:
<http://www.sadei.es/>.
225. Álvarez Álvarez B, Gorostidi Pérez J, Rodríguez Maroto O, Antuña Egocheaga A, Alonso Alonso P. Estudio del triage y tiempos de espera en un servicio de urgencias hospitalario. Emergencias 1998;10(2):100-104.
226. MEMORIA 1983. Hospital de Cabueñes.

227. MEMORIA 1988. Hospital de Cabueñes.
228. MEMORIA 1993. Hospital de Cabueñes.
229. MEMORIA 1998. Hospital de Cabueñes.
230. MEMORIA 2001/2003. Hospital de Cabueñes.
231. Sánchez López J, Delgado Martín AE, Peña Sánchez M, Díaz Ricoma N, de la Iglesia López MB, Hermoso Sabio A. Derivaciones de viva voz: una "nueva" modalidad de remisión al SUH. *Rev Calidad Asistencial* 2000;15(7):509.
232. Clasificaciones de la WONCA en Atención Primaria. Barcelona: Masson;1998.
233. Martínez-Gómez MA, Irala-Estévez J, Guillén-Grima F. ¿Qué es una odds ratio?. *Med Clin* 1999;112:416-422.
234. Evans RG, McGrail K, Morgan SG, Barer ML, Hertzman C. Apocalypse no: population aging and the future of health care systems. *Can J Ageing* 2001;20(Supt 1):160-191.
235. Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *N Engl J Med* 1980; 303:130-135.

236. Compañía L, Portella E. Impacto del envejecimiento de la población española en la utilización de servicios hospitalarios. *Todo Hospital* 1994;106:13-17.
237. Aranaz Andrés JM, Martínez Noguera R, Rodrigo Bartual V, Gómez Pajares F, Antón García P. Adecuación de la demanda de atención sanitaria en servicios de urgencias hospitalarios. *Med Clin (Barc)* 2004;123(16):615-618.
238. Riba Torrecillas D, Rodríguez-Rosich A, Gásquez Pons M, Buti Solé M. Pacientes hiperfrecuentadores en los servicios de urgencias. Estudio descriptivo en un hospital de segundo nivel. *Emergencias* 2004;16:178-183.
239. Estany Castellá A. Utilización de las urgencias hospitalarias en Andalucía. *Gac Sanit* 1989;3:313-319.
240. Casas Masjoan X, Casas Galofré M. La atención de las urgencias en la ciudad de Barcelona. *Gac Sanit Barc* 1984;3:16.22.
241. Encuesta de Salud para Asturias 2002. Atención sanitaria urgente. Dirección General de Salud Pública y Planificación. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Serie monográfica sobre la encuesta nº 18. Asturias, 28 de diciembre de 2004.
242. Sánchez López J, Delgado Martín AE, Muñoz Beltrán H, Luna del Castillo JD, Jiménez Moleón JJ, Bueno Cavanillas A. Frecuencia y

- características de la demanda atendida en un servicio de urgencia hospitalario. Circuitos de atención. *Emergencias* 2005;17:52-61.
243. Sánchez M. ¿Urgencias inadecuadas u oferta insuficiente? *Med Clin (Barc)* 2004;123(16):619-620.
244. Wofford JL, Schwartz E, Timerding BL, Folmar S, Ellis SC, Messick CH. Emergency department utilization by the elderly: analysis of the National Hospital Ambulatory Medical Care Survey. *Acad Emerg Med* 1996;3:694-699.
245. Pallardo Rodil B, Santa Olalla Peralta P, Ribera Casado JM. Importancia de la asistencia urgente en el paciente anciano. *An Med Interna* 2001;18(1):17-20.
246. Jiménez Domínguez C, Labrador García C, Brú MS, Espino IM. Demanda por pacientes geriátricos al Servicio de Urgencias. *Emergencias* 1997;9:143-144.
247. Cerdá Paranau J, Serra Renobales J, Vives Vives E, Rovira Coromina J, Roqueta Egea F. Geriatra y Urgencias: casuística y epidemiología. *Emergencias* 1997;9:263.
248. Sinoff G, Clafield AM, Bergman H, Beaudet M. A two-years follow-up of geriatric consults in the emergency department. *J Am Geriatr Soc* 1998;46:716-720.

249. Nota aparecida en prensa. Asturias tendrá 129.000 jubilados más dentro de una década. La Voz de Asturias. 2006 Enero 18.
250. Sun BC, Burstin HR, Brennan TA. Predictors and outcomes of frequent emergency department users. Acad Emerg Med 2003;10(4):320-328.
251. Vázquez Villegas. Inmigración y salud: ¿un nuevo modelo de atención primaria para un nuevo modelo de sociedad?. Aten Primaria 2006;35(5):249-250.
252. Francisco Torres. La inmigración en España. Cifras, imágenes y percepciones. Datos provisionales Julio 2006 publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Página Abierta [citado 26 Oct 2006]. Disponible en:
<http://www.otrocaceres.blogia.com/temas/inmigracion.php>
253. Esteva M, Cabrera S, Remartinez D, Díaz A, March S. Percepción de las dificultades en atención sanitaria al inmigrante económico en medicina de familia. Aten Primaria 2006;37(5):253-257.
254. Junyent N, Núñez S, Miró O. Urgencias médicas del inmigrante adulto. An Sist Sanit Navar 2006;29(sup 1):27-34.
255. Reijneveld SA. Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in The Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position?. J Epidemiol Community Health 1998;52:298-304.

256. Ballesteros Pérez AM, Anaya Reche JA, Cámara López MA, López Caravaca J, Pagan Dato E, Ghelichkhani Latify-Alavijeh. El paciente inmigrante: ¿una realidad diferente?. SEMERGEN 2005; 31(11): 516-520.
257. Hjern A, Haglund B, Person G, Rosen M. Is there equity in access to health services for ethnic minorities in Sweden? Eur J Public Health 2001;11:147-152.
258. Mohanty SA, Woolhandler S, Himmelsstein DU, Pati S, Carrasquillo O, Bor DH. Health care expenditures of immigrants in the United States: a nationally representative analysis. Am J Public Health 2005;95(8):1431-1438.
259. Jacobs DH, Tovar JM, Hung OL, Kim M, Ye P, Chiang WK, Goldfra LR. Behavioral risk factor and preventive health care practice survey of immigrants in the emergency department. Acad Emerg Med 2002;9(6):599-608.
260. Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, Colacone A, Léger R, Unger B, Giguère C. Nonurgent emergency department patient. Characteristics and barriers to primary care. Acad Emerg Med 2004;11(12):1302-1310.
261. Terrell KM, Chisholm CD, McGrath RB, Perkins AJ, Buttar AB, Callahan CM. Health services use by older adults in an urban public health system. Am J Emerg Med 2005;23(2):233-234.

262. Gómez Peligros A, Varona López W, Alonso Atienza MC, García Jimeno, Menéndez Obregón J. Salud percibida, utilización de servicios y consumo de medicamentos en población anciana no institucionalizada. *Aten Primaria* 1993;11(5):233-238.
263. Hangasi H, Olsson M, Sjöberg S. Frequent use of hospital emergency department is indicative of high use of other health care services. *Ann Emerg Med* 2001;37:561-567.
264. Carbonell MA, Aranaz-Andrés JM, Mira-Solves JJ, Pérez-Jover V. ¿Qué población utiliza el servicio de urgencias hospitalario?. *Rev Calidad Asistencial* 2004;19(6):370-373.
265. Aranz Andrés JM, Martines Noguerras R, Gea Velásquez de Castro MT, Rodrigo Bartual V, Antón García P, Gómez Pajares F. ¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarios por iniciativa propia?. *Gac Sanit* 2006; 20(4):311-315.
266. Álvarez Álvarez B. Utilización del servicio de urgencias del Hospital Comarcal de Burela. Seminario de investigación. Master Salud Pública. Área de Medicina preventiva y Salud Pública. Universidad de Oviedo; 1992.
267. Downing A, Wilson R. Older people's use of accident and emergency services. *Age Agein* 2005;34:24-30.

268. Strange GR, Chen EH, Sanders AB. Use of emergency departments by elderly patients: projections from a multicenter data base. *Ann Emerg Med* 1992;21(7):819-824.
269. Nota aparecida en prensa. Madrileños, Catalanes y Valencianos pagan el déficit de las pensiones de los Asturianos. *Diario de La Nueva España*. 2006 Octubre 12. Sec Economía y Laboral.
270. Kaplan GA. People and places: contrasting perspectives on the association between social class and health. In *J Health Serv* 1996;26(3):507-519.
271. Casanova C, Starfield B. Hospitalization of children and access to primary care: a cross-national comparison. *Int J Health Serv* 1995;25:283-294.
272. Haynes R. Inequalities in health and health service use: evidence from the General Household Survey. *Soc Sci Med* 1991;33:361-368.
273. Manga P, Broyles RW, Angus DE. The determinants of hospital utilization under a universal public insurance program in Canada. *Med Care* 1987;25:658-670.
274. Arber S. Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990s. *Soc Sci Med* 1997;44:773-787.

275. Rohlf's I, De Andrés J, Artazcoz L, Ribalta M, Borrell C. Influencia del trabajo remunerado en el estado de salud percibido de las mujeres. *Med Clin (Barc)* 1977;108:566-571.
276. Arber S, Ginn J. Gender and inequalities in health in later life. *Soc Sci Med* 1993;36:33-46.
277. Baena Parejo MI, Faus Dáder MJ, Marín Iglesias R, Zarzuelo Zurita A, Jiménez Martín J, Martínez Olmos J. Problemas de salud relacionados con los medicamentos en un servicio de urgencias hospitalario. *Med Clin (Barc)* 2005;124(7):250-255.
278. Sorensen L, Stokes JA, Purdie DM, Woodward M, Roberts MS. Medication management at home: medication-related risk factors associated with poor health outcomes. *Age Ageing* 2005;34(6):626-632.
279. García del Pozo J, Abajo Iglesias FJ, Carvajal García-Pando A, Montero Corominas D, Madurga Sanz M, García del Pozo V. Utilización de ansiolíticos e hipnóticos en España (1995-2002). *Rev Esp Salud Pública* 2004;78(3):379-387.
280. De las Cuevas C, Sanz EJ, De la Fuente J, Cabrera C, Mateos A. Prescribed daily doses and risk factors associated with the use of benzodiazepines in primary care. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 1999;8:207-216.

281. Barbui C, Campomori A, Mezzalana L, Lopatriello S, Cas RD, Garattini S, Psychotropic drug use in Italy, 1984-99: the impact of change in reimbursement status. *Int Clin Psychopharmacol* 2001;16:227-233.

282. Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE 299 del 15 de diciembre de 2006:44142-44156.

283. Béland F, Zunzunegui MV. Presentación del estudio "Envejecer en Leganés". *Rev Gerontol* 1995;5:207-214.

284. Hedges JR, Singal BM, Rousseau EW, Sanders AB, Bernstein E, McNamara RM, Geriatric patients emergency visits Part II: perceptions of visits by geriatrics and younger patients. *Ann Emerg Med* 1992;21:808-813.

285. Wray LA, Blaum CS. Explaining the Role of Sex on Disability: A Population-Based Study. *Gerontologist* 2001;41(4):499-510.

286. Fogel JF, Hyman RB, Rock B, Wolf-Klein G. Predictors of hospital length of stay and nursing home placement in an elderly medical population. *J Am Med Dir Assoc* 2000;1(5):202-210.

287. Cornette P, Swine C, Malhomme B, Gillet JB, Meert P, O'Hare W. Early evaluation of the risk of functional decline following hospitalization of older patients: development of a predictive tool. *Eur J Public Health* 2006;16(2): 203-208.

288. Tinetti ME, Baker D, Gallo WT, Nanda A, Charpentier P, O'Leary J. Evaluation of restorative care vs usual care for older adults receiving an acute episode of home care. *JAMA* 2002 Apr 24;287(16):2098-2105.
289. Caplan GA, Coconis J, Woods J. Effect of hospital in the home treatment on physical and cognitive function: a randomized controlled trial. *Gerontol A Biol Sci* 2005;60(8):1035-1038.
290. Ormel J, VonKorff M, Ustun TB, Pini S, Korten A, Oldehinkel T. Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO collaborative study on psychological problems in general health care. *JAMA* Dic 14,1994;272(22):1741-1748.
291. Rodríguez Fernández E, Gómez Moraga A. Estudio descriptivo de los trastornos de ánimo en la población mayor de 65 años que acude a consulta en un medio rural. *SEMERGEN* 2004;30(7):320-325.
292. Marchesi F, Brusamonti E, Borghi C, Giannini A, Di Ruvo R, Minneo F, Quarantelli C, Maggini C. Anxiety and depressive disorders in an emergency department ward of a general hospital: a control study. *Emerg Med J* 2004;21:175-179.
293. Ford JD, Trestman RL, Steinberg K, Tennen H, Allen S. Prospective association of anxiety, depressive, and addictive

- disorders with high utilization of primary, specialty and emergency medical care. *Social Science & Medicine* 2004;58:2145-2148.
294. Kumar A, Clark S, Bourdreaux ED, Camargo CA Jr. A multicenter study of depression among emergency department patients. *Acad Emerg Med* 2004;11(12):1284-1289.
295. Himelhoch S, Weller WE, Wu AW, Anderson GA, Cooper LA. Chronic medical illness, depression, and use of acute medical services among Medicare beneficiaries. *Med Care* 2004;42(6):512-521.
296. MEMORIA 2005. Hospital de Cabueñes. Pendiente de publicación.

VIII. ANEXOS

Anexo I

Anexo I Población del Área V por municipios y por grupos de edad. Tabla de elaboración propia a partir de los datos del Padrón Municipal de Habitantes 2003. Última actualización 15/04/2004.SADEI²²³.

	GIJON			VILLAVICIOSA			CARREÑO			TOTALES
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	
0-14 años %	25.413 9,38	13.076 10,16	12.337 8,68	1.221 8,58	644 9,21	577 7,97	955 9,16	498 9,71	475 8,62	27.598 9,33
15-24 años %	30.517 11,27	15.487 12,04	15.030 10,57	1.413 9,93	738 10,56	675 9,32	1.162 11,14	600 11,69	562 10,61	33.092 11,2
25-34 años %	45.175 16,68	22.676 17,62	22.499 15,82	1.868 13,13	983 14,06	885 12,22	1.542 14,78	802 15,63	740 13,96	48.585 16,44
35-44 años %	40.464 14,94	19.835 15,42	20.629 14,51	1.919 13,48	974 13,93	945 13,05	1.495 14,33	754 14,69	741 13,98	43.878 14,85
45-54 años %	41.710 15,4	19.614 15,24	22.096 15,54	1.875 13,17	982 14,05	893 12,33	1.505 14,43	773 15,07	732 13,81	45.090 15,26
55-64 años %	32.124 11,86	15.425 11,99	16.699 11,74	1.692 11,89	851 12,17	841 11,62	1.157 11,09	565 11,01	592 11,17	34.973 11,83
65-74 años %	30.533 11,27	13.735 10,67	16.798 11,81	2.040 14,33	975 13,95	1.065 14,71	1.351 12,95	653 12,73	698 13,17	33.924 11,48
Mayor 75 años %	24.939 9,2	8.824 6,86	16.115 11,33	2.204 15,49	844 12,07	1.360 18,78	1.264 12,12	486 9,47	778 14,68	28.407 9,61
TOTAL	270.875 100	128.672 100	142.203 100	14.232 100	6.991 100	7.241 100	10.431 100	5.131 100	5.300 100	295.538 100

Anexo II

Anexo II: Cuestionario

CASO		Fecha.....
CONTROL.....		
ACEPTA 1. Solo 2. Con ayuda 1. demencia 2. hipoacusia 3. gravedad 4. otros 3. no quiere se niega a contestar n°	Edad..... Sexo 1. Varón 2. mujer Nacionalidad: 1. Español 2. Extranjero:..... Años que reside en España	
Tiene usted 1. Pareja- esta casado 2. soltero 3. viudo 4. separado-divorciado	Con quien vive habitualmente, la mayor parte de las veces: 1. vive con la familia 2. vive con la pareja 3. vive solo y tiene hijos próximos 4. vive solo y carece de hijos o viven lejos 5. institución 6. cuidadores 7. otros.....	
¿Usted como cree que es su salud en el último año, sin contar con el motivo que le trajo a Urgencias? 1. muy buena / 2- buena / 3-regular / 4. mala / 5. muy mala		

Cual es su ocupación, en que trabaja ahora, o en la que ha trabajado la mayor parte de su vida?

- | | |
|---|---|
| 1. Trabajador por cuenta propia sin asalariados
2. Trabajador por cuenta propia con mas de 10 asalariados
3. Trabajador por cuenta propia con menos de 10.....
4. Gerente de una empresa con 10 o más asalariados
5. Gerente de una empresa con menos de 10 asalariados
6. Capataz, supervisor encargado
7. otro asalariado | Actualmente está:
1 trabajando
2. parado – con subsidio - sin subsidio
3. incapacitado
4. jubilado- con pensión - sin pensión
5. ama de casa
6. estudiante
7. otros..... |
|---|---|

Su pareja trabaja o ha trabajado. En qué?.....

¿Cuál es el motivo de acudir a Urgencias?, ¿Consultó con su médico para venir?

CONSEJO Derivaciones con informe médico: 1-con P-10 para urgencias 2-con P-10 para Especialista URG 3-con informe servicio de urgencias 4- desde consulta especial., valoración- ingreso 5- 1006, UVI-MOVIL, Ambulancia 6- desde otro hospital. Derivaciones de viva voz: 7- Telefónicamente le dijo que acudiera. 8- Familiar Acudió al m. le dijo lo trajera. 9- Visto por el médico y le dijo que acudiera. 9- A su domicilio, condicionando acudir al SUH.	CONFIANZA: 15-Le merecía más confianza que otros servicios. 16-Ya en otras ocasiones por el mismo motivo. 17-Se le aconsejo ante cualquier complicación que acudiese.
GRAVEDAD.: 11- Urgencia; parada, accidentes, intoxicación 12- estar muy alarmado, síntomas que sugieren gravedad.	ACCESIBILIDAD: 18- Acceso mas fácil, directamente aquí. 19- No sabia donde acudir, desconocimiento de SUEH. 20-Centro de salud cerrado, horario laboral incompatible 21- Ya en el Hospital cuando se encontró mal
RAPIDEZ: 13-no se podía esperar, la asistencia más rápida 14- miedo a que tenga algo grave	22- FAMILIARIDAD: 23- EXAMENES COMPLEMENTARIOS NO SOLUCION EN A.P. CONSULTÓ PREVIAMENTE 24 - No-mejoría con el tratamiento en AP 25- necesidad e pruebas, o tratamiento 27 DEMORA por atención Especializada REMITIDOS 28- policía 29- ambulancia 30- problema social

DIAGNOSTICO

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. enfermedades infecciosas y parasitarias 2. neoplasias 3. enfermedades endocrinas 4. enfermedades de la sangre 5. trastornos mentales 6. enfermedades del sistema nervioso y los sentidos 7. enfermedades del aparato circulatorio 8. enfermedades del aparato respiratorio 9. enfermedades del aparato digestivo | <ol style="list-style-type: none"> 10. enfermedades del aparato genito-urinario 11. complicaciones de la gestación, parto y puerperio 12. enfermedades de la piel y tejido subcutáneo 13. enfermedades del aparato muscular y esquelético 14. anomalías congénitas 15. complicaciones del periodo perinatal 16. síntomas y signos mal definidos 17. lesiones y envenenamientos |
|---|--|

- | | |
|--|---------|
| - Recuerda si ha visitado el SUH el último AÑO, sin contar esta visita | SI / NO |
| - Recuerda si ha estado hospitalizado por 1 o más noches durante los pasados 6 meses | SI / NO |

FISICA

0. Se vale totalmente por sí mismo. Camina con normalidad.
1. Realiza suficientemente los actos de la vida diaria. Deambula con alguna dificultad. Continencia total.
2. Alguna dificultad en los actos de la vida diaria por lo que en ocasiones necesita ayuda. Deambula con ayuda de bastón o similar.
3. Grave dificultad en bastantes actos de la vida diaria. Deambula ayudado al menos por una persona. Incontinencia ocasional.
4. Necesita ayuda para casi todos los actos. Deambula ayudado con extrema dificultad. Incontinencia total.
5. Inmovilizado en cama o sillón. Incontinencia total. Necesita continuos cuidados de enfermería.

PSIQUICA

0. totalmente normal
1. Algunas rarezas, ligeros trastornos de desorientación en el tiempo. Se puede hablar con él "cuerdamente".
2. Desorientación en el tiempo. La conversación es posible pero no perfecta. Conoce bien a las personas aunque olvida las cosas. Trastornos del carácter.
3. Desorientación. Imposible mantener una conversación lógica. Confunde a las personas. Trastornos del humor. Comportamiento inexplicable. Frecuente incontinencia.
4. Desorientación. Claras alteraciones mentales que han sido ya etiquetadas de demencia. Incontinencia habitual.
5. Demencia total con desconocimiento de personas y objetos. Vida vegetativa, agresiva o no. Incontinencia total.

- Toma fármacos habitualmente: 1- Sí 2- No 3- No recuerda cuantos
- Es capaz de recodar cuantas pastillas toma en el momento actual;>3.....

- | | | |
|------------------------|-----------------------|----------------------|
| 1. SNC | 4. Ap. Digestivo..... | 7.Sd. Endocrino..... |
| 2. Antidepresivos..... | 5. Analgésicos..... | 8. Nutrientes..... |
| 3. Ap. Cardiovas | 6. Ap. Respirat..... | 9. Otros..... |

-Toma pastillas para ayudarle a dormir: Si / No

-Fuera de la rutina habitual de la familia y del trabajo, tiene contacto frecuentemente con otras personas:

- 1-Relaciones sociales fuera del domicilio.
- 2-Relaciones con familia y vecinos, sale de casa.
- 3-No sale de su domicilio, recibe visitas > 1 semana.
- 4- No sale, no recibe visitas, < 1 semana.
- 5-Sale, no se relaciona con nadie.

- Apoyo social:

- 1- No necesita ninguno, se vale solo.
- 2-Apoyo de la familia y/o vecinos.
- 3-Apoyo a domicilio formal o voluntario.
- 4-Pendiente de ingreso en residencia.
- 5-Necesita cuidados que no son dados.
- 6-Institucionalizado.

- Apoyo familiar: SIEMPRE/ CASI SIEMPRE/A VECES// CASI NUNCA/NUNCA

- | | |
|--|-------------------------|
| - Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo un problema: | S / C S / A V / C N / N |
| - Siento que mi familia me quiere: | S / C S / A V / C N / N |
| - Estoy satisfecho con el tiempo que mi familia y yo pasamos juntos: | S / C S / A V / C N / N |

Tiene Seguridad Social: SI / NO
Tiene otro seguro médico a parte de la SS: SI / NO Que tipo de seguro?.....

Cual es su Centro de Salud/ domicilio:
--

- | | |
|-----------------|------------------|
| 1. Calzada | 8. Coto |
| 2. Natahoyo | 9. Campos |
| 3. Gijón-Centro | 10. Parque-Somio |
| 4. Severo-Ochoa | 11. Laviada |
| 5. Pumarín | 12. Carreño |
| 6. Contrueces | 13. Villaviciosa |
| 7. Llano | 14. Otros..... |

Conoce el médico que le corresponde de AP:
--

- | |
|--|
| - Si conoce y recuerda su nombre. |
| - Si conoce, pero no recuerda su nombre. |
| - No conoce, no sabe su nombre |

DESTINO:

- | | |
|-------------|-------------------------|
| 1 Domicilio | 4. Ingreso en los Boxes |
| 2 Ingreso | 5. Éxitus |
| 3. Traslado | 6. Alta Voluntaria |

A continuación, si no le importa, me gustaría hacerle unas preguntas para saber si ha tenido en las dos últimas semanas alguno de los siguientes síntomas: NO SE PUNTUARAN SÍNTOMAS DE DURACIÓN INFERIOR O DE LEVE INTENSIDAD.

ANSIEDAD

- | | |
|--|---------|
| 1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?: | Si / No |
| 2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?: | Si / No |
| 3.- ¿Se ha sentido muy irritable?: | Si / No |
| 4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?: | Si / No |
| - Si >=2 CONTINUAR- | |
| 5.- ¿Ha dormido mal, o ha tenido dificultades para dormir?: | Si / No |
| 6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?: | Si / No |
| 7.- ¿Ha tenido; temblores, hormigueos, mareos, sudores, o diarrea?: | Si / No |
| 8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?: | Si / No |
| 9.- ¿Ha tenido dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?: | Si / No |

DEPRESION

- | | |
|---|---------|
| 1.- ¿Se ha sentido con poca energía?: | Si / No |
| 2.- ¿Ha perdido usted el interés por las cosas?: | Si / No |
| 3.- ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?: | Si / No |
| 4.- ¿Se ha sentido desesperanzado, sin esperanzas?: | Si / No |
| -Si =1 CONTINUAR- | |
| 5.- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?: | Si / No |
| 6.- ¿Ha perdido peso, falta de apetito? | Si / No |
| 7.- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano? | Si / No |
| 8.- ¿Se ha sentido enlentecido?: | Si / No |
| 9.- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas? | Si / No |

Anexo III

III: Ocupación. Tomada del Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Una propuesta de medida de la clase social¹¹⁰.

Clase social	Clase social ¹
Gran grupo 1: dirección de las empresas y de las Administraciones Públicas	
101 Poder Ejecutivo y Legislativo y Consejo General del Poder Judicial	I
102 Personal directivo de las Administraciones Públicas	I
103 Gobierno local	I
104 Dirección de organizaciones de interés	I
111 Dirección General y Presidencia Ejecutiva de empresas de 10 o más asalariados	I
112 Dirección de departamento de producción de empresas de 10 o más asalariados	I
113 Dirección de áreas y departamentos especializados de empresas de 10 o más asalariados	I
121 Gerencia de empresas de comercio al por mayor con menos de 10 asalariados	II
122 Gerencia de empresas de comercio al por menor con menos de 10 asalariados	II
131 Gerencia de empresas de hospedaje con menos de 10 asalariados	II
132 Gerencia de empresas de restauración con menos de 10 asalariados	II
140 Gerencia de otras empresas con menos de 10 asalariados	II
151 Gerencia de empresas de comercio al por mayor sin asalariados	IIb
152 Gerencia de empresas de comercio al por menor sin asalariados	IIb
161 Gerencia de empresas de hospedaje sin asalariados	IIb
162 Gerencia de empresas de restauración sin asalariados	IIb
170 Gerencia de otras empresas sin asalariados	IIb
Gran grupo 2: técnicos y profesionales científicos e intelectuales	
201 Físicos, químicos y asimilados	I
202 Matemáticos, actuarios, estadísticos y asimilados	I
203 Profesionales de la informática de nivel superior	I
204 Arquitectos, urbanistas e ingenieros planificadores de tráfico	I
205 Ingenieros superiores y asimilados	I
211 Profesionales en ciencias naturales	I
212 Médicos y odontólogos	I
213 Veterinarios	I
214 Farmacéuticos	I
219 Otros profesionales de nivel superior de la sanidad	I
221 Profesores de universidades y otros centros de enseñanza superior	I
222 Profesores de enseñanza secundaria	I
223 Otros profesionales de la enseñanza	I
231 Abogados y fiscales	I
232 Jueces y magistrados	I
239 Otros profesionales del derecho	I
241 Profesionales en organización y administración de empresas	I
242 Economistas	I
243 Sociólogos, historiadores, filósofos, filólogos, psicólogos y asimilados	I
251 Escritores y artistas de la creación o de la interpretación	I
252 Archiveros, bibliotecarios y profesionales asimilados	I
253 Diversos profesionales de la Administración Pública que no pueden ser clasificados en apartados anteriores	I
261 Profesionales asociados a una titulación de primer ciclo universitario en ciencias físicas, químicas y asimiladas	II
262 Profesionales asociados a una titulación de primer ciclo universitario en matemáticas, estadística y asimilados	II
263 Profesionales de nivel medio de informática	II
264 Arquitectos técnicos	II
265 Ingenieros técnicos y asimilados	II
271 Profesionales asociados a una titulación de primer ciclo universitario en ciencias naturales	II
272 Enfermeros	II
281 Profesores de enseñanza primaria e infantil	II
282 Profesores de educación especial	II
283 Profesorado técnico de formación profesional	II
291 Diplomados en contabilidad y graduados sociales y técnicos de empresas y actividades turísticas	II
292 Ayudantes de archivo, biblioteca y asimilados	IIIa
293 Diplomados en trabajo social	II
294 Sacerdotes de las distintas religiones	VI
295 Otros profesionales de las Administraciones Públicas que no pueden ser clasificados en apartados anteriores	IIIa
Gran grupo 3: técnicos y profesionales de apoyo	
301 Delineantes y diseñadores técnicos	II
302 Técnicos de las ciencias físicas, químicas y de las ingenierías	II
303 Profesionales técnicos de la informática	II
304 Operadores de equipos ópticos y electrónicos	II
305 Profesionales en navegación marítima	II
306 Profesionales en navegación aeronáutica	II
307 Técnicos en edificación, seguridad en el trabajo y control de calidad	II
311 Técnicos de las ciencias naturales y profesionales auxiliares asimilados	IIIa
312 Técnicos de sanidad	IIIa
313 Diversos técnicos de sanidad no clasificados en rubricas anteriores	IIIa
321 Técnicos en educación infantil y educación especial	II
322 Instructores de vuelo, navegación y conducción de vehículos	II
331 Profesionales de apoyo en operaciones financieras y algunas operaciones comerciales	IIIa
332 Representantes de comercio y técnicos de venta	IIIa
341 Profesionales de apoyo a la gestión administrativa con tareas administrativas generales	IIIa
342 Profesionales de carácter administrativo de aduanas, de tributos y asimilados que trabajan en tareas propias de las Administraciones Públicas	IIIa
351 Consignatarios y agentes en la contratación de mano de obra	IIIa
352 Técnicos especialistas de las Fuerzas de Seguridad y detectives	IIIa
353 Profesionales de apoyo de promoción social	II
354 Profesionales del mundo artístico, del espectáculo y de los deportes	II
355 Auxiliares laicos de las religiones	V!

Clase social		Clase social	
Gran grupo 4: empleados de tipo administrativo			
401	Auxiliares contables y financieros	IIIa	
402	Empleados de registro de materiales, de servicios de apoyo a la producción y al transporte	IIIa	
410	Empleados de bibliotecas, servicios de correos y asimilados	IIIa	
421	Taquígrafos y mecanógrafos	IIIa	
422	Grabadores de datos	IIIa	
430	Auxiliares administrativos (sin tareas de atención al público no clasificados anteriormente)	IIIa	
440	Auxiliares administrativos (con tareas de atención al público no clasificados anteriormente)	IIIa	
451	Empleados de información y recepcionistas en oficinas	IIIa	
452	Empleados de agencias de viajes, recepcionistas en establecimientos distintos de oficinas y telefonistas	IVa	
460	Cajeros, taquilleros y otros empleados asimilados en trato directo con el público	IVa	
Gran grupo 5: trabajadores de servicios de restauración, personales, protección y vendedores de los comercios			
501	Cocineros y otros preparadores de comidas	IVb	
502	Camareros. «bármanes» y asimilados	IVb	
503	Jefes de cocineros, camareros y asimilados	IIIc	
511	Auxiliares de enfermería y asimilados	IVb	
512	Trabajadores que se dedican al cuidado de personas y asimilados (excepto auxiliares de enfermería)	IVb	
513	Peluqueros, especialistas en tratamiento de belleza y trabajadores asimilados	IVa	
514	Trabajadores que atienden a viajeros y asimilados	IIIa	
515	Mayordomos, ecónomos y asimilados	IVa	
519	Otros trabajadores de servicios personales	IVb	
522	Policías	IIIa	
523	Bomberos	IIIa	
524	Funcionario de prisiones	IIIa	
525	Guardias jurados y personal de seguridad privado	IIIa	
529	Otros trabajadores de los servicios de protección y seguridad	IIIa	
531	Modelos de moda, arte y publicidad	IVb	
532	Encargado de sección dentro de un comercio y asimilados	IIIc	
533	Dependientes y exhibidores en tiendas, almacenes, quioscos y mercadillos	IVb	
Gran grupo 6: trabajadores cualificados en la agricultura y en la pesca			
601	Trabajadores cualificados por cuenta propia en actividades agrícolas	IIIb	
602	Trabajadores cualificados por cuenta ajena en actividades agrícolas	IVb	
611	Trabajadores cualificados por cuenta propia en actividades ganaderas	IIIb	
612	Trabajadores cualificados por cuenta ajena en actividades ganaderas	IVb	
621	Trabajadores cualificados por cuenta propia en actividades agropecuarias	IIIb	
622	Trabajadores cualificados por cuenta propia en actividades forestales y asimilados	IIIb	
623	Trabajadores cualificados por cuenta ajena en actividades agropecuarias	IVb	
624	Trabajadores cualificados por cuenta ajena en actividades forestales y asimilados	IVb	
631	Pescadores y trabajadores cualificados por cuenta propia en actividades piscícolas	IIIb	
632	Pescadores y trabajadores cualificados por cuenta ajena en actividades piscícolas	IVb	
Gran grupo 7: artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, la construcción y la minería, excepto los operadores de instalaciones y maquinaria			
701	Encargados y jefes de equipo en obras estructurales de la construcción	IIIc	
702	Jefes de taller y encargados de trabajadores de acabado de edificios	IIIc	
703	Encargados de pintores empapeladores y asimilados	IIIc	
711	Albañiles y mamposteros	IVa	
712	Trabajadores en hormigón armado, entoscadores ferrallistas y asimilados	IVa	
713	Carpinteros (excepto carpinteros de estructuras metálicas)	IVa	
714	Otros trabajadores de las obras estructurales de construcción	IVa	
721	Revocadores, escayolistas y estuquistas	IVa	
722	Fontaneros e instaladores de tuberías	IVa	
723	Electricistas de construcción y asimilados	IVa	
724	Pintores, barnizadores, empapeladores y asimilados	IVa	
725	Personal de limpieza de fachadas de edificios y deshollinadores	V	
729	Otros trabajadores de acabado de construcción y asimilados	V	
803	Jefes de taller y encargados de moldeadores, soldadores, montadores de estructuras metálicas y afines	IIIc	
732	Jefes de taller de vehículos de motor	IIIc	
733	Jefes de taller de máquinas agrícolas e industriales y motores de avión	IIIc	
734	Jefes de equipos de mecánicos y ajustadores de equipos eléctricos y electrónicos	IIIc	
741	Encargados y capataces de la minería	IIIc	
742	Mineros, canteros, pegadores y labrantes de piedras	IVa	
751	Moldeadores, soldadores, chapistas, montadores de estructuras metálicas y trabajadores asimilados	IVa	
752	Herreros, elaboradores de herramientas y asimilados	IVa	
761	Mecánicos y ajustadores de maquinaria	IVa	
762	Mecánicos y ajustadores de equipos eléctricos y electrónicos	IVa	
771	Mecánicos de precisión en metales y materiales similares	IVa	
772	Trabajadores de artes gráficas y asimilados	IVa	
773	Ceramistas, vidrieros y asimilados	IVa	
774	Artesanos de la madera, de textiles, del cuero y materiales similares	IVa	
780	Trabajadores de la industria de la alimentación, bebidas y tabaco	IVb	
791	Trabajadores que tratan la madera y asimilados	IVa	
792	Ebanistas y trabajadores asimilados	IVa	
793	Trabajadores de la industria textil, la confección y asimilados	IVa	
794	Trabajadores de la industria de la piel, del cuero y del calzado	IVa	

Clase social		Clase social			
Gran grupo 8: operadores de instalaciones y maquinaria y montadores		836	Operadores de máquinas para fabricar productos textiles y artículos de piel y de cuero	IVa	
801	Encargados en instalaciones mineras	IIIc			
802	Encargados en instalaciones de procesamiento de metales	IIIc	837	Operadores de máquinas para elaborar productos alimenticios, bebidas y tabaco	IVb
804	Encargados de taller de vidriería, cerámica y asimilados	IIIc	841	Montadores y ensambladores	IVa
804	Encargados de taller de madera y jefes de equipo en la fabricación de papel	IIIc	849	Otros montadores y ensambladores	IVa
805	Jefes de equipo en instalaciones de tratamiento químico	IIIc	851	Maquinistas de locomotoras y asimilados	IVa
806	Jefes de equipo en instalaciones de producción de energía y asimilados	IIIc	852	Encargado de operadores de maquinaria de movimiento de tierras y de materiales	IIIc
807	Jefes de equipo de operadores de robots industriales	IIIc	853	Operadores de maquinaria agrícola móvil	IVb
811	Operadores en instalaciones de la extracción y explotación de minerales	IVa	854	Operadores de otras máquinas móviles	IVb
812	Operadores en instalaciones para la obtención y transformación de metales	IVa	855	Marineros de cubierta de barco y asimilados	V
813	Operadores en instalaciones para la obtención, transformación y manipulado del vidrio y la cerámica y asimilados	IVa	861	Taxistas y conductores de automóviles y furgonetas	IVa
814	Operadores en instalaciones para el trabajo de la madera y la fabricación de papel	IVb	862	Conductores de autobuses	IVa
815	Operadores en plantas industriales químicas	IVb	863	Conductores de camiones	IVa
816	Operadores en plantas para producción de energía y similares	IVa	864	Conductores de motocicletas y ciclomotores	IVb
817	Operadores de robots industriales	IVa	Gran grupo 9: trabajadores no cualificados		
821	Encargado de operadores de máquinas para trabajar metales	IIIc	900	Vendedores ambulantes y asimilados	V
822	Encargado de operadores de máquinas para fabricar productos químicos	IIIc	911	Empleados del hogar	V
823	Encargado de operadores de máquinas para fabricar productos de caucho y de material plástico	IIIc	912	Personal de limpieza de oficinas, hoteles y otros trabajadores asimilados	V
824	Encargado de operadores de máquinas para fabricar productos de madera	IIIc	921	Conserjes de edificios, limpiacristales y asimilados	V
825	Jefes de taller de imprenta, encuadernación y fabricación de productos de papel	IIIc	922	Vigilantes, guardianes y asimilados	IVb
826	Encargado de operadores de máquinas para fabricar productos textiles y artículos de piel y cuero	IIIc	931	Limpiabotas y otros trabajadores de oficios callejeros	V
827	Encargado de operadores de máquinas para elaborar productos alimenticios, bebidas y tabaco	IIIc	932	Ordenanzas	V
828	Encargado de montadores	IIIc	933	Mozos de equipaje y asimilados	V
831	Operadores de máquinas para trabajar metales y otros productos minerales	IVa	934	Lectores de contadores (agua...) y recolectores de dinero de máquinas expendedoras	IVb
832	Operadores de máquinas para fabricar productos químicos	IVb	935	Recogedores de basura y obreros asimilados	V
833	Operadores de máquinas para fabricar productos de caucho y plástico	IVb	941	Peones agrícolas	V
834	Operadores de máquinas para fabricar productos de madera	IVb	942	Peones ganaderos	V
835	Operadores de máquinas para imprimir, encuadernar y para fabricar productos de papel y cartón	IVa	943	Peones agropecuarios	V
			944	Peones forestales	V
			945	Peones de la pesca	V
			950	Peones de la minería	V
			960	Peones de la construcción	V
			970	Peones de industrias manufactureras	V
			980	Peones del transporte y descargadores	V
			Gran grupo 0: fuerzas armadas		
			001	Escala superior	VI
			002	Escala media	VI
			003	Escala básica	VI

Para obtener el libro de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 1994, hay que solicitarlo a: Instituto Nacional de Estadística (INE), Servicio de Publicaciones, Paseo de la Castellana, 183. 28046 Madrid.