

ORIGINAL BREVE

Recibido: 15 de febrero de 2021

Aceptado: 14 de abril de 2021

Publicado: 23 de junio de 2021

APROXIMACIÓN CUALITATIVA AL INCREMENTO DE LA DEMANDA ASISTENCIAL POR PROPIA INICIATIVA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Fernando Relinque-Medina (1), Enrique Pino-Moya (2), Juan Gómez-Salgado (3,4) y Carlos Ruiz-Frutos (3,4)

(1) Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla. España.

(2) Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Juan Ramón Jiménez. Servicio Andaluz de Salud. Huelva. España.

(3) Departamento de Sociología, Trabajo Social y Salud Pública. Universidad de Huelva. Huelva. España.

(4) Programa de Posgrado de Seguridad y Salud. Universidad Espíritu Santo. Guayaquil. Ecuador.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

RESUMEN

Fundamentos: En los últimos años se ha apreciado que, pese a existir servicios de Urgencias en Atención Primaria, muchos usuarios acuden a los servicios de Urgencias de su hospital de referencia por iniciativa propia. El objetivo de este estudio fue explorar las causas del aumento de la iniciativa propia de la población del Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva (España) para acudir a los servicios de Urgencias Hospitalarias, en detrimento de la prestación de servicios de Urgencias por Atención Primaria.

Métodos: Se realizó un estudio cualitativo basado en la Teoría Fundamentada de Glasser y Strauss sobre una muestra de diecinueve pacientes y dieciséis facultativos del Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva (España), divididos en cuatro grupos focales. Este método presenta cuatro fases: recogida de datos, organización de datos, análisis de datos y desarrollo de la teoría.

Resultados: El proceso de análisis cualitativo de los cuatro grupos focales ofreció como resultado 104 códigos o unidades mínimas de información. Las principales causas de aumento de la iniciativa propia estuvieron relacionadas con la demora en las citas médicas y en las pruebas complementarias, la desconfianza con el médico de Atención Primaria y por la mayor confianza en los especialistas del hospital, por el desconocimiento en la oferta de servicios, por la cercanía del hospital y por el cierre del punto de Urgencias de Riotinto (Huelva).

Conclusiones: La falta de accesibilidad a la asistencia especializada, la dispersión geográfica, la desconfianza por el deterioro de la relación médico-paciente, la falta educación sanitaria de la población y la cultura de la inmediatez son las principales causas del aumento de la iniciativa propia a acudir al servicio de Urgencias Hospitalarias.

Palabras clave: Iniciativa propia, Servicio de Urgencias en hospital, Atención Primaria de la salud, Relaciones médico-paciente, Calidad de la atención de salud, Teoría fundamentada.

ABSTRACT

Qualitative approach to the increase for care demand on self-referral in a hospital emergency department

Background: In recent years, it has been seen that, despite the existence of emergency services in Primary Care, some users attend emergency services of their referral hospital on their own initiative. The objective of this study was to explore the causes of the increase in the Northern Health Management Area of Huelva (Spain) population's own initiative to attend hospital emergency services, to the detriment of the provision of emergency services by Primary Care.

Methods: A qualitative study based on the Grounded Theory by Glasser and Strauss was carried out on a sample of nineteen patients and sixteen physicians from the Northern Health Management Area of Huelva (Spain), divided into four focus groups. This method has four phases: data collection, data organisation, data analysis, and theory development.

Results: The qualitative analysis process of the four focus groups resulted in 104 codes or minimum units of information. The main causes of the increase in this own initiative were related to delays in medical appointments and complementary tests, mistrust in Primary Care physicians and greater trust in hospital specialists, ignorance regarding the offer of services, proximity to the hospital, and the closure of the Riotinto (Huelva) emergency point.

Conclusions: Lack of accessibility to specialised care, geographic dispersion, mistrust due to deterioration of the physician-patient relationship, lack of health education among the population, and the culture of immediacy are the main causes of the increase in attending hospital emergency services on their own initiative identified in this population.

Key words: Self-referrals, Hospital Emergency Services, Primary Health care, Physician-patient relations, Quality of health care, Grounded theory.

Correspondencia:
Juan Gómez-Salgado
Departamento de Sociología, Trabajo Social y Salud Pública
Facultad de Ciencias del Trabajo
Universidad de Huelva
Avda. Tres de Marzo, s/n
21007 Huelva, España
salgado@uhu.es

Cita sugerida: Relinque-Medina F, Pino-Moya E, Gómez-Salgado J, Ruiz-Frutos C. Aproximación cualitativa al incremento de la demanda asistencial por propia iniciativa en un servicio de Urgencias Hospitalarias. Rev Esp Salud Pública. 2021; 95: 23 de junio e202106087.

INTRODUCCIÓN

Las Unidades de Urgencias Hospitalarias son unidades diseñadas para proporcionar tratamiento médico inmediato con recursos especiales a pacientes que necesiten cuidados urgentes, a cualquier hora del día o de la noche⁽¹⁾. Esto las convierte en el nivel que garantiza y da máxima continuidad asistencial⁽²⁾ (*actividad permanente*), *sin barreras ni limitaciones para su acceso*, donde todo puede ser atendido, incluyendo a pacientes que acuden por propia iniciativa o por falta de cobertura de los niveles de Atención Primaria y especializada entre los que se sitúan⁽³⁾. Todo ello ha motivado una alta demanda, un crecimiento continuo de la frecuentación, de consumo de recursos y una gran trascendencia social⁽⁴⁾. Por tanto, las Urgencias y, en particular, las Urgencias Hospitalarias, ocupan un papel central, básico y crítico en los sistemas sanitarios^(5,6).

Aunque los sistemas de Urgencias sanitarias tienen muchas similitudes, no existe un estándar común europeo o estadounidense, y su heterogeneidad depende de su peculiar situación geográfica y política, además del entorno cultural, lingüístico, histórico y médico⁽⁷⁾.

El incremento de la frecuentación de las Urgencias sanitarias es un fenómeno universal entre los países desarrollados, como España, Reino Unido, Suiza, Japón, Estados Unidos o Australia^(8,9,10). En Italia, entre 2013 y 2017, las llamadas de emergencia aumentaron un 34,2%, siendo el 90% de ellas por iniciativa propia y con un nivel de gravedad bajo que podrían haberse tratado en Atención Primaria si dispusieran de una gestión adecuada⁽⁸⁾.

Se han identificado diferentes causas y factores del incremento de la frecuentación de las Urgencias Hospitalarias y, por ende, de la iniciativa propia para acudir a ellas, muchas de ellas inherentes a los cambios que se han

producido en la sociedad. Algunos de estos se relacionan con la evolución de los perfiles clínicos⁽⁴⁾, provocados por el avance de la ciencia médica y de la calidad de vida de los últimos 50 años: aumento de la esperanza de vida, con el consiguiente envejecimiento de la población⁽¹¹⁾, y aparición de más dependencia social y sanitaria; los procesos fatales se han convertido en crónicos; han aparecido nuevos enfermos. Otro factor es la reforma en la organización sanitaria, que ha ampliado la cobertura sanitaria, pero creando una brecha entre niveles evidente, con irregular desarrollo de la Atención Primaria y la ausencia de una especialidad de Medicina de Urgencias. También se han identificado problemas en el acceso a ambulancias^(10,12) y la necesidad de adaptación a las zonas geográficas y a las características regionales⁽¹³⁾. Además, otros cambios son ligados a los valores culturales de nuestra sociedad⁽⁷⁾, que también han cambiado, y a que se encuentra inmersa en un mundo globalizado, donde el acceso a los conocimientos y a la información no tiene barreras, aunque la desinformación tampoco. Se aplica la inmediatez para todo, se teme enormemente a la inseguridad, hay una fascinación desmesurada por la tecnología y, en muchos aspectos, no se tiene conciencia del coste.

En España, el número de pacientes atendidos en las Urgencias Hospitalarias aumentó el 32,97% entre los años 2000 y 2014, siendo aún mayor en la comunidad de Andalucía (40,90%). Se calcula que ocho de cada diez personas que acudieron por iniciativa propia podrían haber sido atendidas en Atención Primaria⁽¹⁴⁾. Esta presumiblemente inadecuada utilización de recursos sanitarios, que ocurre en la mayoría de los países desarrollados, sobrecarga estos servicios de urgencia y genera un incremento del gasto sanitario^(15,16).

Se estudió el proceso de toma de decisiones relacionadas con la búsqueda de asistencia médica, analizando los estudios sobre el origen de

los procesos conductuales y emocionales que guían la toma de una decisión, y esclareciendo por qué el hospital ejerce una atracción tan difícil de controlar⁽¹⁷⁾. Se diferencian en el proceso de decisión tres estadios: reconocimiento del problema; búsqueda de asistencia médica; demanda de asistencia urgente o inmediata. A partir de una investigación fenomenológica interaccionista, se clasificó este proceso en cinco etapas: percepción de síntomas; elaboración de un autodiagnóstico; percepción de necesidad; conocimiento de la oferta de los servicios; valoración del contexto global del individuo. En este último paso, el sujeto valora su contexto sociofamiliar y procura ajustar la oferta de los servicios a su realidad vital. Así, la falta de flexibilidad horaria del entorno familiar o laboral inclina siempre la balanza hacia la preferencia de atención urgente por tratarse de un recurso con alta capacidad técnica⁽¹⁸⁾.

También se revisó el fenómeno de la alta frecuentación de las unidades de Urgencias Hospitalarias en Andalucía, analizando los patrones de frecuentación de los usuarios y los factores que condicionan dicha conducta⁽¹⁹⁾. Mediante un análisis de ecuaciones estructurales se desarrolló un modelo de decisión de los usuarios para acudir a un servicio de Urgencias Hospitalarias (figura 1). Este modelo se articula en dos caminos evaluativos independientes: en primer lugar, la elevada accesibilidad y facilidad de uso de dichos servicios se asocia a una gran calidad y a la especialización percibida por ellos; en segundo lugar, se encuentra la necesidad de atención percibida por el usuario, la urgencia y la gravedad. Este esquema de razonamiento de carácter general se ve matizado cuando se considera el papel que juegan otras variables: la distancia entre el domicilio y el hospital, el tipo de ocupación, el nivel de ingresos económicos, la edad y, en menor medida, el sexo, que juegan un papel relevante en estos procesos decisorios.

Contexto sociodemográfico y cambios organizativos. El estudio se realizó analizando las Urgencias comprendidas durante el periodo de 2003-2015 en un centro hospitalario. El marco de la población de referencia fue el Área de Salud de la Sierra de Huelva (Andalucía, España), que tiene una orografía de sierra en su mayor parte, con una densidad poblacional muy baja (18,6 habitantes/km²) y dispersa, siendo catalogada como “Área predominantemente rural y remota” por la Organización Europea para la Cooperación y el Desarrollo Económico. La conforman treinta y cinco municipios y sesenta y cinco núcleos urbanos.

La plantilla de Médicos de Atención Primaria y pediatras de Atención Primaria del Área no había presentado cambios desde el año 2004. La ratio médico/paciente era asimétrica y, en ocasiones, el número de pacientes resultó cuatro veces mayor entre un médico y otro. La relación médico/centro de Atención Primaria era de sesenta y uno/sesenta, en la que dieciocho centros prestaban atención sanitaria a treinta y un núcleos urbanos y disponían de un solo médico. No existían equipos específicos de traslado de pacientes críticos extrahospitalarios. En el 38% de las poblaciones no había un servicio de Urgencias de Atención Primaria, siendo la ruta del usuario hasta el centro de Urgencias de Atención Primaria referente en dirección contraria a la del hospital de referencia. Se percibió un cambio en la titularidad de los médicos de Atención Primaria, que durante mucho tiempo se habían mantenido en el mismo puesto de trabajo, así como un descenso en las contrataciones para sustituciones (caída del 29,9% en días sustituidos y un 47,2% de contratos)

Estos cambios organizativos coincidieron con mejoras e innovaciones en la cartera de servicio del hospital de referencia, como la apertura de la Unidad de Cuidados Intensivos, marcapasoterapia, cateterismos coronarios el

mismo día de ingreso, cuidados paliativos, cirugía mayor ambulatoria, cirugía laparoscópica o el establecimiento de consulta y hospital de día para pacientes oncológicos. A lo que se sumó una baja accesibilidad de la Atención Especializada, con demoras de pruebas complementarias y citas (brecha entre niveles).

El fenómeno de estudio, y el motivo de haberlo realizado, fue el aumento de la iniciativa propia de los pacientes a acudir al servicio de Urgencias Hospitalarias del Área Sanitaria Norte de Huelva (España), aun existiendo una red de Atención Primaria que contempla atención urgente en procesos que no precisan medidas de soporte vital o procedimientos invasivos/curativos más avanzados. Además, se observó dicho aumento en la frecuentación de las Urgencias Hospitalarias, a pesar de la enorme dispersión geográfica del Área. El porcentaje de asistencia al servicio de Urgencias Hospitalarias por iniciativa propia pasó en 5 años del 28% (año 2004) al 68,8% (2010), persistiendo en años posteriores, cifras que son típicas de un hospital de perfil metropolitano⁽²⁰⁾.

En este contexto, y en consonancia con otros estudios que plantean la necesidad de investigar mejor las razones del aumento en la utilización de los servicios de Urgencias⁽¹³⁾, el objetivo del presente estudio fue el de explorar las causas del aumento de la propia iniciativa en la población del Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva para la demanda asistencial de su Servicio de Urgencias Hospitalario, ubicado en el Hospital de Riotinto (Huelva, España), en detrimento de la prestación de servicios de Urgencias por Atención Primaria.

SUJETOS Y MÉTODOS

Diseño. La metodología que da soporte al análisis y resultados del presente artículo se basa en la Grounded Theory de Glasser y Strauss

(1967)⁽²²⁾. Esta teoría sustenta un método con reconocido rigor científico^(23,24,25) que permite a los profesionales sanitarios contextualizar el cuidado y comprender mejor la experiencia subjetiva de las personas, para proporcionar así una atención holística y competente. Así, de acuerdo con la **figura 2**, el proceso de análisis se basa en cuatro fases diferenciadas: recogida de datos, organización de datos, análisis de datos y desarrollo de la teoría⁽²¹⁾.

Población y muestra. La muestra final del estudio se configuró con aquellos sujetos que decidieron participar voluntariamente en un grupo de discusión, conociendo de antemano el objetivo del mismo y su funcionamiento.

Para la recogida de datos, mediante la técnica de grupo focal, se identificaron dos grupos de actores como informantes clave:

i) **Usuarios:** fueron seleccionados por los médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, en los centros de salud de Atención Primaria, de acuerdo con los siguientes criterios de selección: a) Mayores de 18 años y que hubieran acudido al servicio de Urgencias del Hospital de Riotinto al menos una vez en el último año, bien por iniciativa propia o derivados por el médico de Urgencias de los centros de Atención Primaria; b) Usuarios que hubieran llevado a su hijo/a (menor de dieciocho años) al mismo servicio de Urgencias, y/o familiares de pacientes con gran dependencia en cuidados. Los criterios de exclusión fueron: ser personal sanitario del Hospital de Riotinto o familiar directo de ellos, así como personas con problemas de salud mental.

ii) **Facultativos:** se subdividieron en dos grupos: el primero, formado por médicos de Atención Primaria. Los criterios para su elección fue el de estar trabajando o haberlo hecho durante más de tres años tanto en actividad de consulta programada como de Urgencias en Dispositivos de

Figura 1
Esquema de la toma de decisiones de frecuentación del Servicio de Urgencias Hospitalarias.
Fuente: Vivar *et al* modificado⁽²¹⁾.

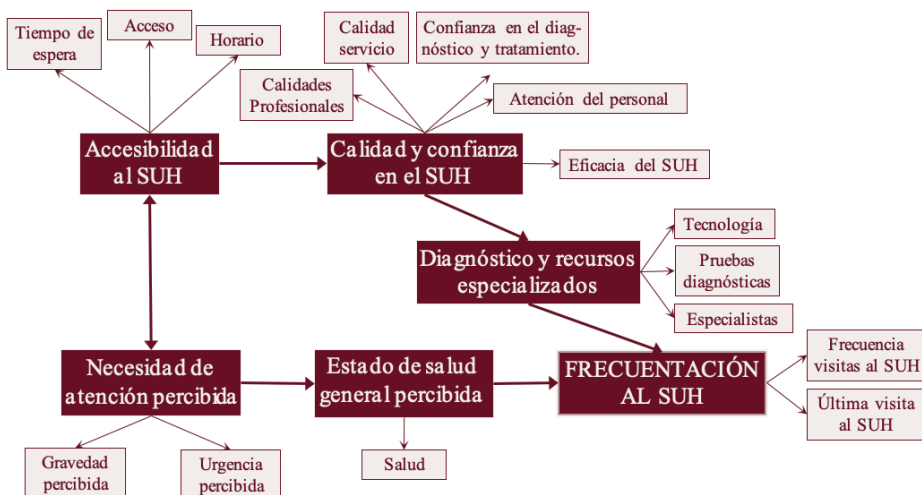
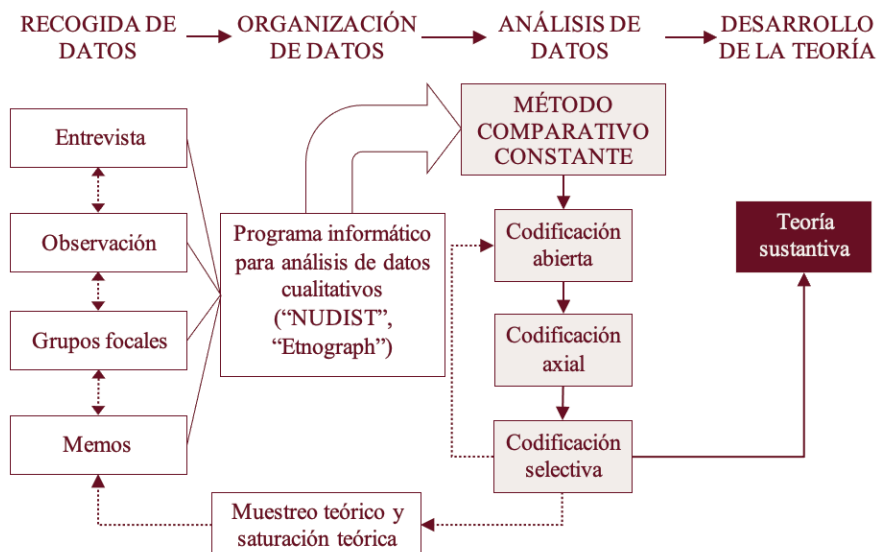


Figura 2
Proceso de análisis en investigación cualitativa.
Fuente: Vivar *et al*⁽²¹⁾.



Cuidados Críticos y Urgencias. El segundo grupo estuvo formado por médicos del Servicio de Urgencias Hospitalarias. El criterio de selección fue el estar trabajando en uno de los Servicios de Urgencias de los Hospitales Comarcales de Huelva durante más de tres años.

Participantes. Estos cuatro grupos de discusión, con una duración de entre sesenta y noventa minutos, se desarrollaron entre marzo y mayo de 2016 y quedaron estructurados de la siguiente forma:

- Primer grupo focal compuesto por nueve usuarios/as (seis hombres y tres mujeres), pertenecientes a la Zona Básica de Salud (ZBS) de Minas de Riotinto (U-RT).
- Segundo grupo focal compuesto por diez usuarios (siete mujeres y tres hombres), pertenecientes a la ZBS de Valverde del Camino (U-VV).
- Tercer grupo focal compuesto por siete médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (dos mujeres y cinco hombres). Cada uno de ellos/as prestaba servicio en cada una de las seis Zonas Básicas de Salud del Área Sanitaria Norte Huelva, aunque la ZBS Minas de Riotinto tuvo dos representantes (M-AP).
- Cuarto grupo focal compuesto por nueve médicos (siete mujeres y dos hombres) en activo del servicio de Urgencias del Hospital de Riotinto y del Hospital Infanta Elena de Huelva (M-SUH).

Recogida de datos. Se elaboró un solo guion semiestructurado para el desarrollo de los cuatro grupos focales, configurado en base a la documentación más relevante y específica sobre el incremento de la propia iniciativa para la demanda asistencial en los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH)^(26,27,28).

El proceso de recolección mediante grabación, transcripción literal de las grabaciones y análisis posterior, se realizó hasta la saturación teórica, es decir, cuando la recogida de nuevos datos ya no aportaba información adicional o relevante para explicar las categorías existentes o descubrir otras nuevas⁽²⁹⁾.

Análisis de los datos. El proceso de análisis se inició con la transcripción de las grabaciones de los grupos focales, y la organización de datos se llevó a cabo mediante el *software* de análisis del discurso Atlas.Ti® versión 8, llevando a cabo el proceso analítico descrito en la figura 2. La herramienta de análisis cualitativo Atlas.Ti 8® permite tratar la información de manera precisa gracias al apoyo informático que ofrece el *software* y realizar una interpretación fundamentada en la estructuración sistemática de los datos, a través del proceso de análisis sistemático conocido como Método Comparativo Constante (MCC). Este método parte de la segmentación del texto en citas, seguido de una codificación de la información en unidades mínimas de información que están interconectadas, de acuerdo al sentido literal del discurso de los entrevistados, generándose así mapas conceptuales o semánticos que facilitan la comprensión del fenómeno de estudio⁽²¹⁾.

Consideraciones éticas. Dadas las características del estudio, descriptivo retrospectivo, se solicitó a la Dirección del AGSNH la autorización para la obtención de los datos necesarios para proceder al análisis y posterior elaboración y publicación del presente proyecto. Esto fue concedido y, además, incluido como objetivo de la Unidad de Gestión Clínica de Críticos y Urgencias para el año 2011. Los datos fueron facilitados por el Departamento de Estadística del Área y, tanto esto como su procesamiento, se cionó a las directrices de la *Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal*.

15/1999, de 13 de diciembre. En el análisis cualitativo, los participantes en los diferentes grupos lo hicieron de forma voluntaria tras explicarles en qué consistía la reunión y cuál era su fin, manteniendo en todo momento el anonimato de los participantes.

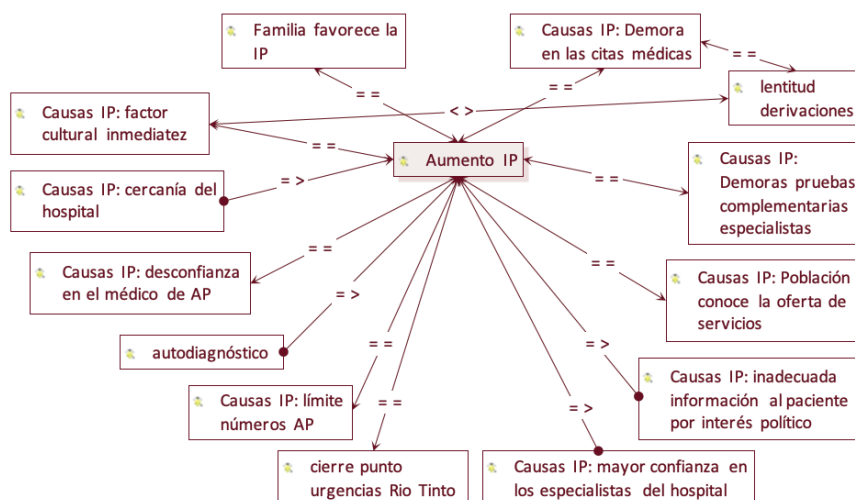
RESULTADOS

El proceso de análisis cualitativo de los cuatro grupos focales ofreció como resultado 104 códigos o unidades mínimas de información. Las respuestas de los grupos fueron agrupadas por las causas de incremento de la iniciativa propia. Las causas de aumento de la iniciativa propia resultaron inferidas por: límite del número de médicos de Atención Primaria (AP); demora en las citas médicas; desconfianza en el médico de AP; población que conocía la oferta de servicios; cercanía del hospital; demoras de las pruebas

complementarias de los especialistas; mayor confianza en los especialistas del hospital; inadecuada información al paciente por interés político; factor cultural de inmediatez; lentitud en las derivaciones; autodiagnóstico; y cierre del punto de Urgencias de Riotinto. En la figura 3 se recogen las redes de los contenidos identificados relacionados con la propia iniciativa.

Otras causas expresadas como causa de iniciativa propia, aunque muchas eran similares a las anteriores, fueron: conocimiento de los centros de salud por parte de los pacientes; elevado tiempo de espera en AP; falta de citas en AP; falta de medios en los centros de salud; falta de personal en AP; inaccesibilidad de cita para pediatría; los médicos se ausentaban del centro de salud cuando había una urgencia; miedo de los pacientes; y faltaba educación sanitaria de la población.

Figura 3
Red de causas relacionadas con el aumento de iniciativa propia entre los contenidos de los grupos de discusión.



(*) IP: Iniciativa propia.

Respecto a las unidades mínimas de información identificadas, se detallan a continuación fragmentos textuales de respuestas de los participantes, codificadas según el grupo focal al que pertenecían. Al final de las opiniones, ideas y experiencias se especifica en qué grupo focal fueron identificados.

1) Accesibilidad y plantilla médica: Sin disponibilidad de cita en Atención Primaria en el día, dado el exceso de ratio paciente/médico que existía en la zona geográfica.

- *“Dicen que no hay número y me dan para dentro de 3 días, entonces voy al centro de urgencias”* [U-RT].
- *“O bien no tienes número para hoy o no te gusta el que está”* [U-RT].
- *“...y decirme que para mi médico de cabecera que por una cuestión de salud tenía todos mis tratamientos, entonces qué hago, y me dice: ‘pues si está mal, le doy número para Urgencias’”* [U-VV].
- *“Atención Primaria tiene unos números limitados por día, entonces los pacientes piden cita, no hay citas en consulta, está con fiebre, pues se va ahora mismo a Urgencias del hospital”* [M-SUH].

2) Cierre Funcional de la prestación de servicios de Urgencias en Atención Primaria: Hay situaciones en que la necesidad de una atención urgente, que precisaba traslado emergente, dejó sin personal sanitario el centro de urgencias de Atención Primaria en cuestión:

- *“Se queda solo, se van a una urgencia, y viene alguien muy mal, lo ingresan y esto se queda a una hora mientras se desplaza una ambulancia a Riotinto y vienen”* [U-VV].

- *“Ha perjudicado pero por las salidas que tiene que hacer la ambulancia... Antes pues no te encontrabas las puertas del centro cerrado y ahora puede ser que te la encuentres”* [U-RT].

3) Distancia a los servicios de Urgencias en Atención Primaria, y a las Urgencias del Hospital de Riotinto:

- *“Porque a mí es que me coge justo al lado”; “...nos coge más de paso”* [U-RT].
- *“Te sorprende las distancias que recorre la gente en horas intempestivas”* [M-SUH].
- Esto se refleja en las opiniones sobre el cierre definitivo del DCCU Minas de Riotinto: *“mucha gente de El Campillo sí que lo usaban”; “mucha gente de Campofrío ahora o tienen que ir a Zalamea o tienen que ir a Nerva...”; “...el médico de Nerva se tiene que ir a Campofrío...”; “...el centro de Zalamea se ha saturado más...”* [U-RT].

4) Fractura en relación médico-paciente: la pérdida de médicos titulares por los diferentes traslados y concursos públicos para la provisión de personal médico fijo, que tienen lugar al menos cada 2 años, unido a un descenso en los contratos para sustituciones, provocó el desconocimiento del médico de referencia de Atención Primaria por parte de los usuarios. Esta situación, conllevó la desconfianza en los servicios de Atención Primaria:

- Reducción de médicos de Atención Primaria con puesto de trabajo fijo: *“pocos médicos que quedan de toda la vida en la sierra...”; “la gente tiene mucha confianza en su médico de toda la vida...”* [M-SUH].
- Descenso en los contratos para sustituciones: *“...poca estabilidad en el trabajo...”*;

“...el no sustituir... tienen que cubrirse las consultas” [M-SUH].

- Desconocimiento del médico de cabecera: *“...la base es una buena relación médico-paciente...”; “...no saben el tiempo que van a estar, no se implican” [M-SUH]; “...pero no es tu médico, que te conoce...”; “...la reducción del personal se está notando...tu médico no está y te tendría que ver otro...” [U-VV]; “en Zalamea siempre hay un médico diferente...” [U-RT].*

- Mejorar relación médico-paciente: *“creo que la base de nuestra profesión es tener una buena relación médico-paciente, entonces cuando eso falla, falla desde Primaria que es la base de todo y falla porque no hay tiempo” [M-SUH].*

5) Desconfianza por desconocimiento y por percepción de un déficit de calidad y capacidad:

- *“Conocemos demasiado a los médicos de cabecera” [U-RT]; “me ofrece confianza para la vida cotidiana... ahora una epilepsia... y te vienes aquí volando (al SUHRT)” [U-RT]; “cometer muchos errores como médico”; “meter miedo en un paciente” [U-RT]; “percibe poca profesionalidad” [M-SUH].*

6) Baja accesibilidad a la Atención Especializada reglada: citas con especialistas médicos y pruebas diagnósticas específicas:

- Demora de citas y pruebas complementarias: *“va a Urgencias porque le dan la cita muy tarde”; “cita para el urólogo tarda cuatro meses” [U-VV]; “...diez analíticas a la semana” [M-AP]; “las demoras de la consulta del especialista” [M-SUH].*

- Déficit de atención pediátrica: *“...no hay pediatras en realidad”; “aquí las citas de pediatría son muy inaccesibles...” [U-RT].*

7) Mayor confianza en los médicos especialistas del hospital:

- *“...me dan más confianza los especialistas del hospital”; “si le pasa cualquier cosa a alguien de mi familia me vengo derecha al hospital” [U-RT]; “...les hacen la radiografía, los análisis e incluso otras pruebas” [M-SUH].*

8) Percepción de gravedad:

- *“...cuando tienes una avería de verdad sales echando hostias para el hospital”; “Entonces depende de la gravedad que tú te notes pues tú vas a Urgencias aquí”; “...depende de los síntomas pues ya vienes directamente para acá” [U-RT]; “...si hablamos de una urgencia vital, me voy corriendo a Urgencias del hospital, por los medios que tienen detrás” [U-VV].*

9) Aumento de pacientes con problemas sociales y pacientes oncológicos:

- *“Los problemas sociales van todos allí, han aumentado muchísimo, igual que los pacientes oncológicos” [M-SUH].*

10) Factores sociales y culturales:

- Falta educación sanitaria de la población: *“fallo en la educación de la población” [M-SUH]; “todo son exigencias por parte de la población hacia el sistema sanitario” [M-SUH]; “es que no hay una educación sanitaria, la más efectiva es la que da el médico de cabecera, es tu médico el que te enseña” [M-SUH].*

- Factor cultural de la inmediatez: *“la sociedad, en todos los aspectos quiere que se les solucionen los problemas rápido... la gente no tiene paciencia”* [M-SUH]; *“cultura que hay de que la gente quiere las cosas rápido”* [M-SUH].

DISCUSIÓN

El presente estudio permite conocer las causas y las posibles soluciones del aumento de pacientes que acudieron por iniciativa propia al Servicio de Urgencias del Hospital de Riotinto durante el periodo de estudio. El uso de metodología cualitativa nos facilita recoger, analizar, codificar y estructurar semánticamente las opiniones y valoraciones de los usuarios del sistema sanitario, tanto de los pacientes como de los profesionales. Las opiniones de los grupos de discusión abarcan prácticamente todas las variables que se recogen en la bibliografía referente a las causas del incremento de la iniciativa propia. Su análisis refleja un problema fundamentalmente de accesibilidad, particularmente en la pérdida del médico de Atención Primaria referente, la desconfianza en la asistencia en dicho nivel, la falta de recursos en la atención urgente y un *hospitalocentrismo* marcado.

Considerando el concepto de accesibilidad de Boyle *et al*⁽³⁰⁾, ésta abarca cuatro dimensiones: acceso físico a los servicios (distancia y logística), acceso oportuno (el momento y lugar), acceso al médico de Atención Primaria de elección, y acceso a servicios de calidad. Esta accesibilidad es deficiente en el Área de Salud de la Sierra de Huelva, y podría relacionarse con el incremento de la iniciativa propia a acudir a las Urgencias Hospitalarias. Algunos autores describen que un acceso más adecuado a la Atención Primaria reporta un menor número de visitas a las Urgencias Hospitalarias por iniciativa propia^(31,32); sin embargo, la dificultad de acceso, provoca el efecto contrario^(33,34,35,36). El acceso físico a los servicios, en el sentido de

distancia al centro y a la logística del lugar de consulta, presenta una desventaja estructural en el Área de Salud de la Sierra de Huelva, dada su orografía de sierra y la gran dispersión geográfica consecuente. Dicha situación conlleva tiempos de traslado elevados hasta los diferentes puntos de atención sanitaria. Concretamente, una media de 14,2 minutos (DE=8,1) hasta algunos servicios de urgencia de Atención Primaria, o de 37,7 minutos (DE=16,3) hasta el Hospital de Riotinto⁽²⁰⁾. A esto hay que añadir la inexistencia de equipos específicos de transporte emergente para Atención Primaria, por lo que éstos son ejecutados por el personal de los servicios de urgencia de Atención Primaria, dejando al descubierto dichos servicios mientras dura el traslado.

Respecto al acceso oportuno (*timely access*), es decir, el ofrecimiento de la asistencia sanitaria en el momento y lugar apropiado, sin demora indebida, existe también un menoscabo estructural. Así, desde 2004 no se produce un incremento en la plantilla de facultativos, y la ratio médico/pacientes presenta una distribución muy heterogénea con zonas básicas de salud que cuadruplican a otras⁽³⁷⁾. Las ratios asignadas para las Áreas de Salud son la medida cuantitativa más simple de acceso, y para que ésta sea adecuada debería existir un número mínimo total de facultativos de Atención Primaria, con una distribución que permita adecuar las citas a las necesidades de los pacientes. Cuando el número de pacientes es mucho mayor, el acceso puede verse comprometido⁽³¹⁾.

En relación con el acceso a una consulta y médico de Atención Primaria de elección, el sistema sanitario español garantiza la asistencia y asignación de un médico de referencia⁽³⁸⁾. Pero en el Área de Salud de la Sierra de Huelva, una serie de acontecimientos y cambios funcionales que afectaron a la plantilla médica y a su organización asistencial, ocasionó pérdida del médico referente. La ausencia durante muchos

años de anteriores de procesos de traslados u oposición y la convocatoria entre 2006 y 2008 de tres de estos, originó un cambio en la titularidad de los médicos de Atención Primaria, que habían permanecido bastante tiempo en la misma posición. Así, en 2009 prácticamente la mitad de la plantilla de médicos titulares habían dejado sus consultas de Atención Primaria, con restricciones en las sustituciones. Además, en aras de una mayor eficiencia a la hora de dar una cobertura a un Área tan dispersa, se realiza la contratación de médicos de familia no para un centro consultorio o cupo específico, y esto conlleva que el personal sustituto se movilice por toda el Área, según las necesidades de cobertura. El resultado es la desubicación de los médicos de Atención Primaria para atender a una población concreta y, en los usuarios, el desconocimiento del médico de cabecera, por pérdida del mismo o porque frecuentemente no sea su médico de cabecera referente el que lo atiende. La consecuencia de ello es el empeoramiento de la relación médico-paciente, ocasionando la desconfianza del usuario, la pérdida de la continuidad asistencial, el seguimiento médico de los tratamientos, fallos en la prestación de servicios preventivos, la dificultad en el establecimiento de objetivos de salud en la población que atienden. Factores que, de funcionar adecuadamente, disminuirían la iniciativa propia y la inadecuación^(39,40,41).

Así, según la dimensión de Boyle *et al*⁽³⁰⁾, acceso a un servicio de calidad, los resultados muestran que la desconfianza de los usuarios en los servicios de Atención Primaria provoca una mayor confianza en los servicios de Urgencias Hospitalarias^(35,42,43).

Sánchez Medina *et al*⁽¹⁹⁾, analizando la toma de decisiones, encuentran que los pacientes alejados de los servicios de Urgencias Hospitalarias, o que viven en poblaciones rurales, consideran que la calidad de este servicio es el principal motivo por el cual acuden a los

mismos. En el caso concreto del Área de Salud de la Sierra Norte de Huelva, esta motivación se vio reforzada por las mejoras e innovaciones en la cartera de servicio del Hospital de Riotinto, implantadas durante los años 2005 a 2009. Los indicadores de satisfacción del usuario con los servicios prestados colocaron al Hospital de Riotinto como el primero de Andalucía por aquel entonces⁽⁴⁴⁾. No obstante, tales datos provocan un efecto de llamada que arrastra a un aumento del concepto de *hospitalocentrismo*.

Así mismo, también cabe destacar la percepción de gravedad del usuario, respecto a su situación concreta de salud; ésta, es otra variable mediadora en la iniciativa propia a acudir al servicio de Urgencias Hospitalarias^(31,34,43). El autodiagnóstico de gravedad, y la idea preconcebida, tal como demuestran los resultados del presente estudio, vehiculan la decisión de acudir a las Urgencias Hospitalarias, en lugar de a las Urgencias de Atención Primaria.

Respecto a las limitaciones del estudio, cabe mencionar la falta de validez externa de los resultados, pues el estudio se llevó a cabo en un Área de Salud extensa, aunque específica, del Sistema Nacional de Salud español. Así mismo, no se han contemplado otras variables sociodemográficas como el sexo o la edad, que sean posibles moduladoras, en un sentido u otro, de la iniciativa propia a acudir a las Urgencias Hospitalarias. No obstante, el estudio aporta resultados exploratorios que permiten conocer la motivación de la conducta de la población de referencia, respecto al uso de estas Urgencias en detrimento de las de Atención Primaria. Una vez explorada la situación, cabe pensar en futuros estudios de educación a la población y en la difusión de la cartera de servicios de Atención Primaria, así como en la mejora de su fidelización y el aumento de la confianza en la Atención Primaria, siendo de especial importancia restaurar la pérdida del médico referente en Atención Primaria. Ello permitiría reducir

la alta frecuentación del servicio de Urgencias Hospitalarias, mejorando la eficiencia del mismo y adecuando la asistencia a las situaciones de urgencia que requieren de dicha complejidad y cuidados avanzados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hansagi H, Olsson M, Sjöberg S, Tomson Y, Göransson S. Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high use of other health care services. *Ann Emerg Med.* 2001;37:561-7.
2. Defensor del Pueblo. Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: derechos y garantías de los pacientes. Estudio Conjunto de los Defensores del Pueblo [Internet]. Madrid: Defensor del Pueblo; 2015 [consultado 8 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2015/05/2015-Las-urgencias-hospitalarias-en-el-Sistema-Nacional-de-Salud-derechos-y-garant%C3%ADas-de-los-paciente-ESP.pdf>
3. Sánchez M, Miró Ò, Coll-Vinent B, Bragulat E, Espinosa G, Gómez-Angelats E *et al.* Saturación del servicio de urgencias: factores asociados y cuantificación. *Med Clin (Barc).* 2003;121(5):167-72.
4. Moreno Millán E. Atención sanitaria urgente y demanda social: reflexiones sobre un modelo de respuesta. *Emergencias.* 1995;7:108-15.
5. Herrera M, Aguado F. Como innovar y evitar el desperdicio en las organizaciones sanitarias: servicios de urgencias hospitalarios [Internet]. Madrid: Cátedra Pfizer en Gestión Clínica; 2011 [consultado 16 de enero de 2021]. Disponible en: https://www.fundacionpfizer.org/publicaciones/innovar_identificacion_eliminacion_desperdicio_organizaciones_sanitarias_servicios_urgencias_hospitalarios.html
6. Hirshon JM, Morris DM. Emergency medicine and the health of the public: the critical role of emergency departments in US public health. *Emerg Med Clin North Am.* 2006;24:815-9.
7. World Health Organization. Emergency Medical Services System in the European Union: Report of an Assessment Project Co-Ordinated by the World Health Organization; WHO Regional Office for Europe: Copenhagen, Denmark; 2008.
8. Campagna S, Conti A, Dimonte V, Dalmasso M, Starnini M, Gianino M, Borraccino A. Trends and Characteristics of Emergency Medical Services in Italy: A 5-Years Population-Based Registry Analysis. *Healthcare.* 2020;8:551; doi: 10.3390/healthcare8040551
9. Diaz-Hierro J, Martin JJM, Arenas AV, Gonzalez MP, Arevalo JM, Gonzalez CV. Evaluation of time-series models for forecasting demand for emergency health care services. *Emergencias.* 2012;24:181-8.
10. Andrew E, Nehme Z, Cameron P, Smith K. Drivers of increasing emergency ambulance demand. *Prehosp. Emerg. Care.* 2020;24:385.
11. Ukkonen M, Jämsen E, Zeitlin R, Pauniah SL. Emergency department visits in older patients: a population-based survey. *BMC Emerg Med.* 2019;19:20. doi: 10.1186/s12873-019-0236-3
12. Booker MJ, Shaw ARG, Purdy S. Why do patients with 'primary care sensitive' problems Access ambulance services? A systematic mapping review of the literature. *BMJ Open.* 2015;5(5):e007726. doi: 10.1136/bmjopen-2015-007726
13. Hegenberg K, Trentzsch H, Gross S, Prückner S. Use of pre-hospital emergency medical services in urban and rural municipalities over a 10 year period: an observational study based on routinely collected dispatch data. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2019;27(1):35. doi: 10.1186/s13049-019-0607-5
14. Bezzina AJ, Smith PB, Cromwell D, Eagar K. Primary care patients in the emergency department: who are they? A review of the definition of the "primary care patient" in the emergency department. *Emerg Med Australas.* 2005;17:472-9.

15. Oterino D, Peiró S, Calvo R, Sutil P, Fernández O, Pérez G *et al.* Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. *Gac Sanit.* 2006;20(4):311-5.
16. Tudela P, Mòdol JM. La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias.* 2015;27:113-20.
17. Padgett DK, Brodsky B. Psychosocial factors influencing non-urgent use of the emergency room: A review of the literature and recommendations for research and improved service delivery. *Soc Sci Med.* 1992;35:1189-97.
18. Pasarín M, Fernández de Sanéam MJ, Calafell J, Borrell C, Rodríguez D, Campasole S *et al.* Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. La población opina. *Gac Sanit.* 2006;20:91-100.
19. Sánchez-Medina JA, Alarcón-Rubio D, Murillo-Cabezas F, Pérez-Torres I. Analysis of health and socioeconomic factors influencing the progressive increase in frequentation of hospital emergency services. Executive summary [Internet]. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2011 [consultado 8 de enero de 2021]. Disponible en: https://www.aetsa.org/download/publicaciones/antiguas/AETSA_2007-20_factores_urgencias.pdf
20. Pino-Moya E, Ortega-Moreno M, Gómez-Salgado J, Ruiz-Frutos C. Determining factors for the increase in self-referrals to the Emergency Department of a rural hospital in Huelva (Spain). *PLoS One.* 2018;13(11):e0207199. doi: 10.1371/journal.pone.0207199
21. Vivar CG, Arantzamendi M, López-Dicastillo O, Gordo-Luis C. La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería. *Index Enferm.* 2010;19(4):283-8.
22. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory. Chicago: Aldine Press; 1967.
23. Connor JP, Bernstein C, Kilgore K, Rist PM, Osypiuk K, Kowalski M *et al.* Perceptions of Chiropractic Care Among Women With Migraine: A Qualitative Substudy Using a Grounded-Theory Framework. *J Manipulative Physiol Ther.* 2021. doi: 10.1016/j.jmpt.2020.07.001
24. Dobscha SK, Clark KD, Newell S, Kenyon EA, Karras E, Simonetti JA *et al.* Strategies for Discussing Firearms Storage Safety in Primary Care: Veteran Perspectives. *J Gen Intern Med.* 2021. doi: 10.1007/s11606-020-06412-x
25. Gonzalez CM, Noah YS, Correa N, Archer-Dyer H, Weingarten-Arams J, Sukhera J. Qualitative Analysis of Medical Student Reflections on the Implicit Association Test. *Med Educ.* 2021. doi: 10.1111/medu.14468
26. Aranaz-Andrés JM, Martínez-Nogueras R, Gea-Velázquez 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):311-5.
27. Pasarín MI, Fernández de Sanmamed MJ, Calafell J, Borrell C, Rodríguez D, Campasol S *et al.* Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios: La población opina. *Gac Sanit.* 2006;20(2):91-9.
28. Vallejo ME, López MR, Franco LF, Macho JT, Maceiras SD. Utilización por cuenta propia de los Servicios de Urgencias Hospitalarias: razones que dan las personas con problemas de salud de baja complejidad para utilizar estos servicios. *Política Soc.* 2011;48(2):329-52.
29. Strauss A, Corbin J (eds.). Grounded theory in practice. Thousand Oaks: Sage; 1997.
30. Boyle S, Appleby J, Harrison A. A rapid view of access to care: an inquiry into the quality of general practice in England. London: The Kings Fund (UK); 2010.
31. Cowling TE, Harris MJ, Watt HC, Gibbons DC, Majeed A. Access to general practice and visits to accident and emergency departments in England cross-sectional analysis of a national patient survey. *British Journal of General Practice.* 2014;e434-439.
32. Cowling TE, Cecil EV, Soljak MA, Lee JT, Millett C, Majeed A *et al.* Access to primary care and visits to

- emergency departments in England: a cross-sectional, population-based study. PLoS One. 2013;8(6):e66699. doi: 10.1371/journal.pone.0066699
33. Sempere-Selva T, Peiró S, Sendra-Pina P, Martínez-Espín C, López-Aguilera I. Inappropriate use of an accident and emergency department: Magnitud, associated factors, an reasons. An approach with explicit criteria. Ann Emerg Med. 2001;37:568-79.
34. Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, Colacone A, Leger R, Unger B *et al*. Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. Acad Emerg Med. 2004;11:1302-10.
35. Carret ML, Fassa AG, Kawachi I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. BMC Health Serv Res. 2007;7:131.
36. Mian O, Pong R. Does better access to FPs decrease the likelihood of emergency department use? Results from the Primary Care Access Survey. Can Fam Physician. 2012;58(11): e658-66.
37. Dirección Médica del AGSNH. Atención sanitaria urgente en Atención Primaria. AGSNH: Minas de Riotinto; 2010.
38. Boletín Oficial del Estado. Ley 14/1986, de 25 de abril, Ley General de Sanidad. BOE núm. 10, de 29-04-1986.
39. Rosenblatt RA, Wright GE, Baldwin LM, Chan L, Clitherow P, Chen FM *et al*. The effect of the doctor-patient relationship on emergency department use among the elderly. Am J Pub Health. 2000;90:97-102.
40. Oster A, Bindman A. Emergency department visits for ambulatory care sensitive conditions. Med Care. 2003;41:198-207.
41. Gill JM, Mainous AG, Nsereko M. The effect of continuity of care on emergency department use. Arch Fam Med. 2000;9:333-8
42. Aranaz-Andrés JM, Martínez-Nogueras R, Gea-Velázquez 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):311-5.
43. Uscher-Pines L, Pines J, Kellermann A, Gillen E, Mehrotra A. Emergency Department Visits for Nonurgent Conditions: Systematic Literature. Review. Am J Manag Care. 2013;19(1):47-59.
44. Servicio Andaluz de Salud. Índice Sintético de Satisfacción por Hospitales. Comparativa 2006-2007-2008 [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud; 2009 [acceso 11 de febrero 2021]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/usuario/encuestas/indice_sintetico_satisfaccion_2008.pdf