

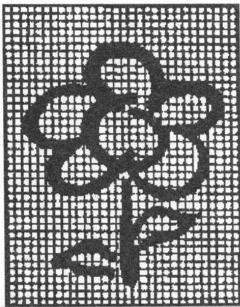
Economía y Salud

BOLETÍN INFORMATIVO

AÑO 12 ABRIL 1999 - N°

33

ASOCIACION
DE ECONOMIA
DE LA SALUD



en este número

RESUMEN / SUMMARY 2

EL PROBLEMA
DE LAS URGENCIAS
HOSPITALARIAS 3

LA UTILIZACIÓN
INADECUADA
DE LOS SERVICIOS
DE URGENCIAS 2

informe técnico N° 2

Efectividad de las intervenciones para reducir la utilización inapropiada de los servicios hospitalarios de urgencias. Revisando la literatura 10 años después del Informe del Defensor del Pueblo.

RESUMEN

La situación de la atención en los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SUH) es objeto de creciente preocupación para la comunidad sanitaria y la sociedad en general, tanto por el incremento de su utilización (de 9 a 13 millones de visitas en el periodo 84-94), como porque este incremento parece realizarse a expensas de casos no urgentes o resolubles en atención primaria. Este tipo de visitas no-urgentes se situaría según diversos trabajos entre la cuarta y tres cuartas partes del total de visitas urgentes. Aunque se esperaba que la reforma de la atención primaria y diversas medidas (puntos de atención continuada, teléfonos de emergencias, programas de triage) contribuyeran a controlar el incremento de visitas y el uso inadecuado de los SUH, en la práctica su utilización viene creciendo en torno al 5% anual, sin que este crecimiento parezca afectarse por tales medidas. Para identificar estrategias útiles de reducción del uso inapropiado de los SUH se han revisado los trabajos que evalúan medidas en tal sentido y en los que existía un grupo control no afectado por la intervención. Se identificaron 4 tipos de intervenciones: a) intervenciones sobre la demanda, como la educación sanitaria, b) intervenciones de mejora de la accesibilidad a la atención primaria, c) intervenciones de interposición de barreras para acceder a los SUH, sean estas la propia atención primaria (obligatoriedad de acudir previamente al médico general), administrativas, financieras (copago) u otras y d) intervenciones organizativas en los SUH (triage, seguido de derivación de los pacientes no urgentes a otros niveles asistenciales, guías, atención de las urgencias por médicos de atención primaria). La revisión de las intervenciones desarrolladas orienta hacia que:

1. Las intervenciones sobre los factores de la demanda, como la educación sanitaria, no son —con carácter general— útiles para reducir la utilización inapropiada de los SUH. No obstante, estas intervenciones pueden resultar de interés sobre grupos seleccionados de pacientes caracterizados por su alta frecuentación a los SUH, especialmente sobre pacientes con patologías crónicas cuya agudización les lleva a acudir a urgencias y en los que la educación sanitaria específica pueda reducir los episodios de descompensación.

2. La mejora de la accesibilidad a la atención primaria, al margen de que en sí misma pueda ser un objetivo del sistema sanitario—no parece reducir la utilización de los SUH. Por el contrario, los estudios realizados parecen indicar que el incremento los servicios de atención primaria y de su disponibilidad horaria, incrementan la utilización de la atención primaria sin modificar la tendencia incremental en la utilización de los SUH.

3. Las intervenciones barrera como no reembolsar las visitas a los pacientes espontáneos (obligación de acudir previamente al médico de atención primaria) o el copago, se han mostrado efectivas para reducir la utilización de los SUH a expensas, sobre todo, de los casos leves e inapropiados, pero no existe evidencia clara sobre la seguridad de estas políticas, esto es, sobre su efecto demorando la atención a los casos graves que podría ser especialmente relevante en los grupos de población con menores recursos. En todo caso, el copago no parece una política plausible en los SUH españoles sin un importante conflicto social.

4. El rechazo de la atención, tras triage, a los pacientes no-urgentes puede ser efectivo para reducir discretamente la carga de trabajo en los SUH, aunque no ha demostrado con claridad su seguridad ni existe un consenso en su aceptación desde perspectivas éticas. La realización de triage seguida de atención por médicos de atención primaria o derivación a "salas rápidas" de los casos no urgentes, parece mostrarse efectiva para reconducir al nivel adecuado de atención los casos inapropiados. Los estudios al efecto muestran la inexistencia de efectos negativos para los pacientes, con importantes reducciones de costes.

A pesar de la existencia de numerosos trabajos sobre utilización inapropiada de los SUH en el entorno del Sistema Nacional de Salud, prácticamente no existen evaluaciones de las intervenciones realizadas para reducir el uso inadecuado de las urgencias, ni de las políticas desarrolladas a estos efectos y parece recomendable iniciar la evaluación de estrategias como los puntos de atención continuada, teléfonos centralizados y diversas formas de triage, así como experimentar nuevas modalidades organizativas para reconducir la atención prestada a los casos no urgentes hacia la atención primaria.

SUMMARY

The healthcare community and society at large share growing concern about the quality of care provided in hospital Accident and Emergency Departments (A&EDs). Factors contributing to this situation include a rise in the rate of use (from 9 to 13 millions visits over the 84-94 period), an important portion of which corresponds to non-emergency cases that could be solved at primary care level. Different sources place these non-emergency visits between one and three fourths of total visits to A&EDs. Although it is hoped that reforms in primary care, combined with other corrective measures (clinics with uninterrupted hours, emergency telephone switchboards, triage programs), will help control the rise in inappropriate use of A&EDs, demand for emergency services is growing at a rate of about 5% a year, while no appreciable impact of the above measures has been registered.

A review of the literature to identify strategies to reduce the inappropriate use of A&EDs revealed that there are basically four types of intervention: a) measures to reduce demand (as healthcare education), b) measures to improve accessibility to primary care, c) measures to erect barriers to access to A&EDs (require patients to consult primary care physician first, impose administrative or financial deterrents such as co-payment schemes, etc.) and d) organizational measures in the A&EDs themselves (triage programs, detouring non-emergency patients to other sources of care, guidelines, provision of emergency care by primary care physicians).

Our analytical work focused on studies that included a control group which was not affected by the measures implemented, permitting us to draw the following conclusions about the results attainable with each type of intervention:

1. Generally speaking, measures designed to reduce demand, such as healthcare education programs, do nothing to lower inappropriate use of A&EDs. However, they may be useful in specific groups of patients who frequently overuse A&EDs, such as patients with chronic pathologies who go to the Emergency Room with acute crises. In these collectives, specially-designed healthcare education can help reduce such episodes.

2. Improvements in accessibility of primary care services, independently of whether a healthcare system espouses these measures for their own merits, do not appear to reduce use of A&EDs. To the contrary, studies seem to indicate that increasing primary care services, and extending them over longer hours, indeed results in greater use of these services, but does nothing to stem the upward trend in the use of A&EDs.

3. Dissuasive strategies such as refusal to reimburse visits of patients who have not consulted on primary care level first, or co-payment schemes have proven to be effective in reducing the use of A&EDs, particularly for non-emergency or inappropriate consultations for complaints that are not severe. However, there is no clear evidence that these are safe policies, and nothing is known of the impact of delayed treatment in severe cases, particularly among the underprivileged segments of the population, most likely to be affected. In all events, establishing co-payment schemes does not seem a plausible alternative in Spanish A&EDs without igniting social conflict.

4. Refusal to provide care to non-emergency patients through triage systems may provide slight relief from overuse of A&EDs, although the safety of these measures has not been clearly demonstrated, nor is there consensus concerning their ethical aspects. Deploying triage measures, while providing medical care on the primary level or rerouting non-emergency cases to "fast rooms" all seem to be effective in shifting the burden of inappropriate cases. Studies show that these measures breed no negative effects for the patients, while they reduce costs considerably.

Despite numerous studies of inappropriate use of A&EDs within the National Health System, practically none evaluate the results achieved after measures and policies are implemented to reduce unsuitable use of these services. It therefore seems appropriate to begin to review the impact of strategies such as clinics with uninterrupted hours, centralized telephone services and various triage systems, and to experiment with new organizational techniques designed to reroute non-emergency cases to primary care.

EL PROBLEMA DE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS

La situación de la atención en los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SUH) es objeto de creciente preocupación para la comunidad sanitaria y la sociedad en general. Por un lado, parece que en todos los países desarrollados se ha producido un fenómeno de crecimiento de la utilización de los SUH que, en el caso de España supuso pasar de 9,2 millones de visitas en 1984 a 15,3 millones en 1994¹. Por otro, buena parte de este incremento se atribuye a un aumento desproporcionado de pacientes que utilizan los SUH de forma inadecuada, sea por problemas banales, de organización de otras áreas del sistema sanitario, por problemas sociales o por otras causas². El resultado final de este proceso es la masificación de los SUH a expensas de casos que podrían ser asistidos en otros niveles asistenciales, fundamentalmente en atención primaria.

La elevada utilización de los SUH para la atención de situaciones no urgentes es preocupante por varias razones: a) las personas que utilizan los SUH para situaciones no urgentes pueden estar haciendo un uso sustitutivo de estos servicios con respecto a la atención primaria, lo que tiene importantes implicaciones en la calidad de la asistencia, como la pérdida de la continuidad asistencial, del seguimiento de los tratamientos y fallos en la prestación de servicios preventivos y de promoción de la salud³⁻⁶; b) la atención a los pacientes no-urgentes puede producir demoras en la asistencia a pacientes que sufren situaciones de riesgo vital, habiéndose señalado una relación inversa entre la presión asistencial y la calidad de los servicios de urgencias⁷; c) el aumento desmesurado de la demanda en urgencias tiene consecuencias negativas para el conjunto del hospital en forma de falta de espacio físico, sobrecarga de los servicios de laboratorio y radiología y de los profesionales del hospital, alargamiento de la lista de espera de ingresos programados y pérdidas en productividad por las dificultades para programar el trabajo, de forma que todo el hospital queda afectado por la situación en urgencias y d) la atención de condiciones no-urgentes en los SUH parece llevar asociada -aunque existen evidencias contradictorias a este respecto⁸⁻¹⁰- un incremento de costes asistenciales y, en consecuencia, la presencia de costes de oportunidad y pérdidas de bienestar para la sociedad en su conjunto. Cabe señalar que estos problemas, o al menos los tres últimos, pueden tener relación con la propia organización de los SUH y la forma en que se tratan los casos no urgentes.

Esta situación, como era de esperar dada su trascendencia social, ha sido (y es) objeto de atención por los medios de comunicación y las instituciones políticas. Hace ahora 10 años, en diciembre de 1988, el Defensor del Pueblo hizo público su Informe sobre Urgencias Hospitalarias¹¹ en el que se recogía la crítica situación de los SUH y situaba en primer plano de la agenda de política sanitaria la reforma y

racionalización de estos servicios. Realizado sobre una muestra de 17 hospitales de la red pública, ponía de manifiesto el aumento de su frecuentación, un 74% de visitas a iniciativa del paciente, en su mayor parte por problemas que podían haberse resuelto en niveles asistenciales inferiores (sólo una tercera parte del total de urgencias atendidas correspondían al ámbito hospitalario), la inobservancia de la sectorización, la utilización de la urgencia para evitar otras inconveniencias propias del sistema y una larga serie de problemas de estructura física y dotación en estos servicios, especialmente en lo que afectaba a las condiciones de salas de atención y espera. Tras este informe, el INSALUD y las Comunidades Autónomas (CCAA) con transferencias sanitarias realizaron importantes inversiones en reformas estructurales en buena parte de los SUH públicos que, sin duda, mejoraron sus instalaciones, así como algunos cambios organizativos, como la creación de los Puntos de Atención Continuada (PAC) en el territorio INSALUD, la implantación del teléfono único de emergencias o el desarrollo en muchos centros de programas de triage.

Sin embargo, los problemas de masificación y uso inadecuado se mantienen prácticamente inalterables. Como ejemplo, las urgencias hospitalarias en el territorio gestionado por el INSALUD pasaron de 3,8 millones en 1992 a 4,8 millones en 1997 (tabla 1), con un crecimiento del 23,5% en sólo 6 años (crecimientos anuales entre el 4-6%)¹², cuya tendencia no parece estar afectada por ninguna de las intervenciones desarrolladas en el periodo. Los datos sobre los servicios sanitarios gestionados por las Comunidades Autónomas no son esencialmente diferentes y, cabe señalar, que lo mismo sucede en otros países desarrollados, tanto si se basan en modelos tipo Servicio Nacional de Salud con aseguramiento de toda la población, como si se trata de sistemas más basados en el mercado como el caso de Estados Unidos.

LA UTILIZACION INADECUADA DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Numerosos trabajos, casi siempre en 1 sólo servicio de urgencias, han estudiado la proporción de urgencias inadecuadas, aunque tanto los criterios que definen la urgencia, y por lo tanto la inadecuación, como las metodologías varían ostensiblemente¹³⁻¹⁷. En la tabla 2 se presentan los resultados de los trabajos realizados en diversos países, mientras que la tabla 3 recoge los resultados de los trabajos realizados en España, en ambos casos limitado a los trabajos publicados a partir de 1980. En los estudios internacionales¹⁸⁻⁴⁴ la proporción de utilización inapropiada de los SUH varió desde menos del 10%^{21,28,34} a más del 75%²⁷. Los estudios españoles⁴⁵⁻⁶⁰ relatan proporciones de urgencias inapropiadas entre el 24% y el 79%.

Tanto los resultados de los estudios internacionales como españoles evidencian, más allá de las importantes

diferencias de entorno y metodologías, la ausencia de consenso sobre que constituye una "urgencia inapropiada". A este respecto, un trabajo que utilizó 7 sistemas diferentes —previamente publicados— de clasificación de las urgencias sobre los mismos 598 pacientes, mostró proporciones de urgencias inapropiadas desde el 10% al 90% según el sistema utilizado⁶¹. Un segundo trabajo en que un médico de urgencias y un internista revisaron independientemente las mismas 219 historias halló un claro acuerdo sobre la clínica de los pacientes, pero enormes diferencias en la valoración de la condición de "urgente" y sobre el lugar adecuado para su tratamiento⁶². En este estudio no se halló correlación entre las valoraciones de cualquiera de los clínicos y las percepciones de los pacientes. Un tercer estudio halló sólo un acuerdo moderado entre las valoraciones de 2 métodos de triage y el juicio de los clínicos⁶³.

Hay que hacer notar que en la mayoría de los estudios —excepto el realizado por Dale^{37,38}— la valoración se realizó por profesionales sanitarios una vez que el paciente había examinado, y, por tanto, con mucha mayor información para valorar la adecuación o inadecuación de la urgencia que la disponible por el médico de atención primaria o los pacientes que acudieron de forma espontánea.

CAUSAS DEL INCREMENTO EN LA UTILIZACION DE LOS SUH

Diversos trabajos han tratado las circunstancias que influyen sobre el crecimiento de la frecuentación a los SUH, especialmente en lo que se refiere a los usuarios que acuden por propia decisión y por causas ajenas a la gravedad. Una aportación fundamental fue la realizada por Padget y Brodsky⁶⁴ que elaboraron un marco de determinantes de la utilización de los servicios de urgencias en 3 etapas (reconocimiento del problema, decisión de solicitar ayuda y decisión de solicitar atención urgente) y 3 tipos de factores (predisponentes, permisivos y necesarios) que interactuaban entre sí. Los factores predisponentes se relacionaban con las características socio-demográficas de las personas, los permisivos con la accesibilidad (en tiempo, económica, disponibilidad de otros servicios como la atención primaria) y los necesarios con la percepción subjetiva de gravedad y ansiedad del paciente.

Este marco, sin embargo, analiza esencialmente la situación que hace que un individuo busque atención urgente (antes que el crecimiento de la utilización por la población), se centra en los factores de la demanda y, aunque analiza algunos, de los factores en la interfase entre demanda y oferta, obvia la existencia de factores de la oferta de servicios. Por ello, se ha optado por un modelo (gráfico 1) que agrupa los factores en 4 bloques y que, más allá del análisis de la decisión individual de búsqueda de atención urgente en los SUH, sea útil para comprender la tendencia agregada al crecimiento en la utilización de los SUH.

En primer lugar se presentan los factores de la demanda, que incluyen las características sociodemográficas y culturales de la población, pero también su morbilidad; en segundo lugar, se incluyen una serie de factores moduladores e la demanda que se deben fundamentalmente a las expectativas sociales sobre la salud y la atención hospitalaria, en tercer lugar, los factores de la oferta, especialmente en cuanto a volumen y tipo y, finalmente, una serie de factores que modulan la oferta haciéndola más o menos accesible a la población.

Factores de la demanda.— No cabe duda de que los factores de la demanda, entendidos como los relacionados con la presencia de enfermedad y la capacidad de las personas para comprender su importancia y cuidarla, juega un papel importante en el crecimiento de la utilización de los SUH. Entre estos factores cabe destacar:

- a) El alargamiento de la esperanza de vida y el envejecimiento progresivo de la población que ha supuesto un crecimiento notable del grupo de población de mayores de 65 años. Obviamente, la mayor edad se asocia a una mayor prevalencia de enfermedades agudas (accidentes vasculo-cerebrales, infartos de miocardio, fracturas osteoporóticas, etc.) y, sobre todo, de enfermedades crónicas (obstrucción crónica al flujo aéreo, diabetes, hipertensión, insuficiencia cardíaca y otras) que sufren frecuentes descompensaciones y requieren atención urgente.
- b) Los **cambios en los patrones de morbi-mortalidad**, en parte relacionados con el envejecimiento (descompensación de patologías crónicas), pero también con la aparición o incremento notable de algunas patologías (SIDA, toxicomanías, accidentes de tráfico, laborales) son también una fuente de crecimiento de la demanda de atención urgente.
- c) Numerosos autores aducen la falta de **educación sanitaria** y la cultura hospitalocéntrica de los ciudadanos como una causa sustancial en el crecimiento de las urgencias. El escaso nivel de conocimientos sanitarios combinado con el alarmismo fomentado por los medios de comunicación, un aumento del nivel de exigencia en cuanto a servicios, la falta de conciencia del coste de dichos servicios sanitarios, la cultura hospitalocéntrica y la transposición de los problemas sociales a la esfera sanitaria, para originar la sobreutilización insolidaria de los mismos, sería un determinante de la mayor utilización de servicios.
- d) Respecto al **nivel socio-económico** se ha señalado que una gran parte de la demanda inapropiada en los Servicios de Urgencias Hospitalarios está constituida por personas con problemas sociales: desempleados, personas sin hogar y sin seguro médico, inmigrantes, viudos y divorcia-

dos, no pudiendo olvidar a los ancianos que en ocasiones presentan unas condiciones sociales tan precarias que acuden al hospital, o son llevados al mismo por terceras personas, buscando un ingreso para cubrir sus necesidades más primarias o para asegurar la atención necesaria en su enfermedad que no requiere estrictamente un ingreso hospitalario. Este factor está especialmente presente en los estudios realizados en Estados Unidos, donde crece la problemática social (en forma de minorías étnicas o personas sin recursos) dada la existencia de un 20% de población con fuertes barreras para acceder a la atención primaria.

- e) Respecto al **soporte social**, los cambios en los patrones de comportamiento social, con la incorporación de la mujer al trabajo, han supuesto una menor disponibilidad de esta para los cuidados familiares, incluyendo los socios sanitarios. Igualmente, las migraciones laborales han dejado, en muchos lugares, a los ancianos faltos de apoyo socio-familiar.
- f) El aumento de la población en determinados hospitales como los de las zonas costeras en épocas estivales y en aquellas áreas donde la mayor parte de la población son emigrantes que han dejado a sus padres en su lugar de origen, pero cuando enferman los traen a su actual ciudad de residencia se ha aducido como causa del incremento de urgencias en algunas zonas de España.

En general, estos factores resultan muy insuficientes para explicar el crecimiento de la demanda de la atención urgente: el crecimiento de las visitas a urgencias ha sido mucho mayor que el crecimiento de la población anciana, las visitas realizadas por ancianos suelen ser más apropiadas que las de los más jóvenes, los problemas sociales —con ser importantes— suponen una proporción discreta de las visitas a urgencias y es poco creíble que el nivel educativo, incluyendo la educación sanitaria, sea actualmente peor que hace 20 ó 30 años. La cultura hospitalocéntrica y el aumento de exigencia en cuanto a los servicios sanitarios pueden ser factores importantes pero, en la práctica, apenas han sido estudiados, ni se conoce su impacto real en el incremento de la utilización de los SUH.

Factores de la oferta

Respecto a la oferta, es conocido que su volumen, estructura y sistema de financiación son capaces de influenciar la utilización de servicios, incluyendo la de los SUH.

- a) En términos generales, el incremento de la oferta ha ido acompañado de un incremento en la tasa de atenciones urgentes.
- b) Respecto a la accesibilidad geográfica, diversos estudios han hallado una relación inversa entre utilización de servicios sanitarios y distancia geográfica a los mismos, que ha sido confirmada para los servicios de urgencia.

- c) Igualmente, el nivel de aseguramiento (desde la cobertura completa de la población en los países con sistemas tipo Servicio Nacional de Salud, hasta los países con una elevada proporción de población no cubierta). En general, la población no asegurada realiza un mayor uso de los SUH, al utilizarlos como fuente de servicios de atención primaria.
- d) Se ha postulado una relación inversamente proporcional entre el uso de los servicios de Atención Primaria y la frecuentación hospitalaria, de modo que ésta última disminuye al aumentar la asistencia de los pacientes a los servicios primarios.
- e) En los hospitales, no existe siempre un concepto operativo de lo que es urgente y de lo que no lo es, estableciéndose un funcionamiento anárquico que se acomoda a las necesidades o mejor dicho, a las deficiencias de los mismos. Los servicios de urgencias se están utilizando para adelantar listas de espera, ingresar pacientes desde consultas externas, realizar determinadas exploraciones evitando la citación en servicios centrales con su correspondiente lista de espera, atender a pacientes con secuelas que requieran permanecer en decúbito, y realizar actividades programadas como transfusiones entre muchas otras.

EFFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES PARA REDUCIR LA UTILIZACIÓN INAPROPIADA DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Para identificar estrategias de reducción del uso inapropiado de los SUH se realizó una revisión de la literatura utilizando Medline (1988 a septiembre de 1998; descriptor: *emergency service*, combinado con diversos términos), la base de datos Teseo de Tesis Doctorales (descriptor: urgencia*) y el Índice Médico Español (1973-1998, descriptor: urgencias hospitalarias combinado con demanda o estadística). Las búsquedas fueron completadas manualmente a partir de la revisión de la bibliografía citada en los trabajos hallados y, también se realizó una búsqueda en Internet intentando hallar trabajos en curso, informes u otras formas de literatura fugitiva. En su caso, esta última búsqueda estuvo acompañada de solicitudes de los respectivos trabajos o informes.

El interés se centraba en aquellos trabajos que evaluaban experiencias específicamente diseñadas para reducir la utilización o la utilización por atenciones no urgentes en los SUH, descartando aquellas que buscan una reducción global de la utilización de servicios. Idealmente, los trabajos de interés eran aquellos que examinaban un programa específico en términos de impacto a corto y largo plazo, impacto sobre la salud e impacto económico, pero pocos trabajos cumplían estas características. Los trabajos halla-

dos varían desde ensayos clínicos a diseños transversales observacionales, con rangos de seguimiento desde 1 semana a 4 años; muchos de ellos presentan importantes debilidades metodológicas y, en buena parte, no distinguen entre atención adecuada e inadecuada.

La intervenciones para reducir el uso inapropiado de las urgencias hospitalarias que pueden agruparse en 4 grandes bloques:

- a) Intervenciones sobre la demanda, como la educación sanitaria.
- b) Intervenciones de mejora de la accesibilidad a la atención primaria.
- c) Intervenciones de interposición de barreras, sean estas la propia atención primaria (gatekeeping), administrativas (sectorización), financieras (copago) u otras.
- d) Intervenciones organizativas en los SUH: triage, seguido de derivación de los pacientes no urgentes a otros niveles asistenciales, guías, atención de las urgencias por médicos de atención primaria.

Intervenciones sobre la demanda.- Pese a que muchos autores, especialmente en trabajos de opinión, identifican la falta de educación sanitaria como una de las causas del uso inapropiado de los SUH y la educación sanitaria como una de las estrategias básicas para su control, muy pocos trabajos evalúan esta aproximación que, en general, se presenta como inefectiva o de efectos dudosos. Benz⁶⁵ desarrolló un programa educativo centrado en la conveniencia de telefonar al médico de atención primaria antes de acudir al SUH, comparando los años previos y posteriores a la intervención. Las llamadas a los médicos de AP subieron del 15% al 23% mientras que el porcentaje de urgencias inapropiadas cayó desde el 29% al 18%, aunque el número total de visitas a urgencias continuó aumentando durante el periodo. O'Shea⁶⁶ identificó 445 niños con más de 3 visitas al SUH en los 2 últimos años y remitió a una muestra aleatoria de los mismos una serie de cartas enfatizando el uso de la atención primaria, sin que la utilización posterior fuera diferente del grupo que no recibió tales cartas. Chande et al⁶⁷ realizaron un programa de educación sobre afecciones infantiles a una muestra aleatoria de familiares de 130 niños que habían acudido al SUH, sin que el seguimiento a los 6 meses mostrara diferencias en las visitas al SUH ni en visitas por síntomas menores con el grupo control. Recientemente Kaplan et al⁶⁸ hallaron una diferencia significativa en las visitas a urgencias (hospitalarias y ambulatorias) en adolescentes que asistían a programas educativos, pero el diseño retrospectivo parece incorporar un importante sesgo de selección.

Cabe señalar también en este apartado algunas situaciones particulares como la atención especial a los grandes utilizadores de los SUH, incluido consejo y atención psico-

lógica. Dos trabajos en este sentido mostraron una reducción de la utilización de los SUH por grandes utilizadores⁶⁹ y personas sin hogar⁷⁰, aunque los trabajos no identificaban la adecuación de las visitas.

En general, los programas revisados tenían por objeto educar a los usuarios sobre los beneficios de la atención primaria continuada, pero los trabajos no describen hasta que punto se relaciona este aspecto con el uso de los SUH y la generalización de los resultados es muy limitada. Hay que reseñar, en todo caso, que pese al énfasis que realizan la mayor parte de trabajos de opinión sobre la falta de educación sanitaria como causa del incremento de la utilización de los SUH, no se han hallado trabajos que muestren un éxito claro de la estrategia educativa.

Mejora de la accesibilidad a la atención primaria.- Son numerosos los estudios en que la dificultad de acceso a la atención primaria, sea o no por falta de aseguramiento universal, es uno de los motivos aducidos como causa de visitas innecesarias a los SUH, también, son numerosas las experiencias de programas de mejora de la accesibilidad a la atención primaria. Una encuesta realizada en Canadá mostró que un incremento en el número de médicos de atención primaria en un área fue seguido de una reducción de las visitas (autodeclaradas) a los SUH⁷¹, pero los resultados vienen confundidos por los importantes cambios demográficos entre los pacientes que respondieron a la encuesta previa y a la posterior y, además, las estadísticas hospitalarias no corroboraban tales resultados¹⁴. Estudios similares hallaron que el incremento del número de médicos de atención primaria se relacionaba con una mayor tasa de visitas a estas consultas, sin un efecto claro sobre las visitas a los SUH. Así, Gill JM y Diamond JJ⁷² encontraron una reducción en las visitas subsiguientes a urgencias tras facilitar el acceso a un médico de atención primaria a los pacientes del Programa Medicaid; mientras que Straus et al⁷³, con una intervención similar, no hallaron modificaciones y Grossman et al⁷⁴ encontraron discretas diferencias en los 6 meses siguientes, que desaparecían en el seguimiento a los 24 meses.

La contratación de servicios por los médicos para cubrir los periodos en que no están localizables es otra estrategia de mejora de la accesibilidad a la atención primaria. Un estudio al respecto mostró que estos servicios evitan visitas a los SUH⁷⁵, pero las estadísticas hospitalarias del periodo concurrente no fueron examinadas por los autores y su impacto real es desconocido.

Los resultados de un estudio en Estados Unidos, basado en declaraciones de los pacientes, sugieren que el disponer de médico de atención primaria como fuente regular de cuidados puede reducir las visitas a los SUH respecto a los que no disponen de atención continua⁷⁶, sin embargo otro estudio de características similares no mostró que la disponibilidad de médicos de atención primaria redujera el número de visitas a los SUH⁷⁷. En España, Bolibar et al⁷⁸ no

hallaron diferencias significativas en la frecuentación a los SUH, declarada por encuesta, entre usuarios de centros de salud y del modelo tradicional de atención primaria en la ciudad de Mataró.

Los centros de urgencias no hospitalarios, con horario de 24 horas y sin necesidad de cita previa, frecuentes en Canadá, parecen evitar la utilización de los SUH por algunos pacientes⁷⁹, aunque no es obvio si estos centros son una alternativa adecuada o simplemente añaden costes al sistema sanitario. Un trabajo estadounidense señala que estos centros compiten con los SUH en el tratamiento de las urgencias menores⁸⁰, mientras que las estadísticas hospitalarias no muestran cambios⁸¹. En un trabajo canadiense, el 75% de los encuestados era favorable a estos centros, pero el 60% señalaba que el SUH era todavía su lugar preferido para recibir atención urgente⁸². Aunque en España no se ha realizado una evaluación formal de los Puntos de Atención Continuada, el equivalente a este tipo de centros, las cifras de utilización de servicios⁸³ sugieren que también en nuestro entorno la presencia de estos centros aumenta la utilización global de servicios de urgencia sin reducir la utilización de los SUH.

Aunque intuitivamente la mejora del acceso a la atención primaria tiene sentido como estrategia para reducir el uso innecesario de los SUH, los resultados de los estudios existentes no son concluyentes a este respecto. Los estudios basados en encuestas sugieren un cierto impacto de estas estrategias que no es corroborado por las estadísticas de utilización hospitalaria. Aunque esperar que la mera presencia de médicos de atención primaria reduzca la utilización de los SUH podría considerarse optimista, la incorporación activa de los médicos generales y del SUH en estas aproximaciones, recomendando la visita a los médicos generales y la necesidad de seguimiento tampoco ha mostrado ser claramente efectiva y, en conjunto, parece que aumentar la accesibilidad a la atención primaria incrementa la utilización de consultas de atención primaria sin reducir la utilización de los SUH^{84,85}.

Intervenciones barrera.- El *gatekeeping*, entendido como la asignación de pacientes a un médico general que actúa como puerta de entrada al resto del sistema y debe preautorizar las visitas al SUH (los costes de las visitas no autorizadas no son habitualmente reembolsados) muestra resultados mixtos. De un lado, diversos trabajos han mostrado su potencial para reducir la utilización de los SUH⁸⁵⁻⁹⁰, pero sin limitar este efecto a los casos inadecuados^{87,91}, lo que supone importantes problemas para su generalización⁸⁶. En la mayor parte de los casos estos resultados son difícilmente interpretables por la presencia de numerosos factores de confusión no controlados en el estudio.

El **copago** (ticket moderador) es una aproximación utilizada por algunas organizaciones en Estados Unidos para reducir el uso inadecuado de los SUH. Las evaluacio-

nes al respecto demuestran que el copago es eficaz para reducir la utilización de los SUH⁹² (MacKoul D, 1995), y que esta reducción es mucho mayor para los casos inadecuados^{93,94}, aunque los propios autores sugieren no generalizar estos resultados a las poblaciones de bajos ingresos económicos o de ancianos⁹⁴. La búsqueda realizada no halló trabajos que analicen el impacto del copago a largo plazo, aspecto esencial en una estrategia potencialmente negativa sobre el estado de salud, especialmente de las personas con menores recursos económicos⁹⁵. Por el contrario, los resultados del Rand Health Insurance Experiment⁹³ mostraron también una reducción de las visitas apropiadas con efectos adversos sobre la supervivencia en pacientes de alto riesgo y existen dudas sobre la seguridad de esta estrategia⁹⁴.

La generalización de los resultados de este tipo de estudios en Estados Unidos a la mayoría de los países de la Unión Europea es muy problemática, dadas las diferencias en los respectivos sistemas sanitarios. En Irlanda, la aplicación en 1994 de un copago de hasta 12 libras irlandesas cuando el paciente no era remitido por un médico de atención primaria (previamente existía un copago para la atención primaria, pero no para los SUH) redujo el número de visitas espontáneas, pero no la utilización del SUH (de hecho, creció un 4,9% sobre el año previo), ni el porcentaje de visitas inapropiadas⁹⁷.

Dentro de las intervenciones barrera cabría citar la **sectorización territorial**, por su extensivo uso en el Sistema Nacional de Salud, aunque en teoría su objetivo no es tanto reducir la utilización (inadecuada o no) como organizar la demanda respecto a criterios de planificación. No se han hallado trabajos que evalúen su impacto real, aunque en un estudio se ha señalado su escasa cumplimentación real⁹⁸.

Intervenciones organizativas en los SUH.- La utilización de protocolos de triage para derivar los casos inadecuados (o no urgentes) para su atención en otro nivel asistencial parece comportarse como una estrategia efectiva a corto plazo⁹⁹⁻¹⁰³, aunque su seguridad ha sido discutida y algunos trabajos han mostrado la baja fiabilidad de estos protocolos para identificar los casos inadecuados^{61-63,104}.

Derlet et al⁹⁹⁻¹⁰¹ relatan una experiencia de "no atención" de los casos no urgentes (tras triage realizado por enfermería). El 19% de 22390 pacientes fueron rechazados por el SUH sin recibir atención sin que, aparentemente, se hallaran resultados adversos, aunque el seguimiento de los pacientes fue muy insuficiente y los resultados individuales no se muestran en el estudio. Birnbaum¹⁰⁴ estimó que si los criterios utilizados en este estudio fueran empleados en el conjunto de Estados Unidos, 150.000 pacientes graves verían rechazada su atención en el SUH, aunque tales conclusiones fueron criticadas por Derlet en 2 editoriales^{105,106}. Recientemente este último autor¹⁰¹ publicó los resultados del seguimiento de 176.074 reclutados durante 5

años, de los que el 18% no fueron atendidos por el SUH sin efectos adversos significativos, aunque una vez más el trabajo fue objeto de discusión por sus deficiencias metodológicas³⁹, incluyendo la exclusión de los pacientes que acudieron en ambulancia y los pediátricos, que reducirían el rechazo a sólo el 10% de las visitas. Igualmente, el trabajo ha sido criticado desde perspectivas éticas¹⁰⁷⁻¹¹⁰, ya que el rechazo a atender un paciente sin proporcionarle una alternativa de cuidados razonable es dudosamente aceptable desde estas perspectivas.

En un trabajo de similares características realizado en Estocolmo, aunque en esta ocasión se proveían los cuidados alternativos, no mostró efectos adversos en los pacientes, aunque sólo se siguieron 454 casos¹⁰². El impacto a largo plazo de esta estrategia mostró una reducción de las visitas inadecuadas, sin modificar el comportamiento de los grandes utilizadores¹⁰³. Un estudio canadiense se centró en el efecto de la preparación de los recepcionistas de atención primaria para realizar el triage. La evaluación preliminar mostró una discreta reducción de las derivaciones a los SUH¹⁰⁴. Del mismo modo, algunos estudios han evaluado el papel del consejo telefónico (líneas calientes) para ayudar a decidir al usuario su nivel de urgencia, y sus resultados también muestran una cierta efectividad de esta aproximación.

La correcta evaluación de estas estrategias requiere información sobre el impacto del posible rechazo de urgencias reales, así como de los costes asociados al triage y a la necesidad de asegurar que los cuidados alternativos existen y son accesibles, aspectos no conocidos en la actualidad.

Una tercera aproximación organizativa parte de una concepción diferente señalando que, antes que frente a un problema de visitas inadecuadas, la situación actual refleja que los SUH son inadecuados para el tipo de pacientes que atienden y que las soluciones pasan por incorporar la realidad actual al sistema. Esta propuesta, aunque no lo formula explícitamente, expande el tipo de atención a prestar en los SUH de modo que las anteriores visitas inadecuadas se convierten en una parte legítima de la carga del servicio¹¹². En general, esta aproximación sustituye (o coloca en la segunda línea) a los médicos del hospital y la atención urgente pasa a ser prestada por médicos de atención primaria, que además realizan la correspondiente de filtro.

Así, en el estudio realizado en el King's College Hospital de Londres^{37,38}, 1702 pacientes clasificados como no urgentes por el triage fueron derivados para su atención por médicos generales o la plantilla de urgencias. Los resultados no mostraron diferencias en efectividad o seguridad, pero la atención prestada por los médicos de atención primaria fue mucho menos cara que la prestada por los médicos, fundamentalmente por su menor intensidad diagnóstica y terapéutica. Murphy et al¹¹⁴, en el St. James

Hospital de Dublin asignaron aleatoriamente 4684 pacientes (no urgentes tras triage), confirmando en este ensayo clínico los resultados de igualdad en seguridad y efectividad en ambos grupos (incluyendo también resultados de calidad de vida), con menores costes (y mayor satisfacción) en el grupo atendido por médicos generales. Estos hallazgos fueron nuevamente confirmados en un reciente estudio¹¹³. Estos resultados sugieren que los SUH atienden a los pacientes no urgentes como si fueran urgencias reales, solicitando una elevada proporción de pruebas innecesarias y utilizando un exceso de intensidad terapéutica y que la atención por médicos de atención primaria permitiría reducir el nivel (y costes) de la asistencia a las necesidades clínicas de los pacientes¹¹⁵. Cabe incluir también en este apartado algunos estudios que evalúan el papel de las "salas rápida" de urgencias para atender pacientes con problemas no urgentes y que muestran importantes ahorros en costes frente a la atención usual^{116,117}.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las visitas innecesarias a los servicios de urgencia hospitalarios constituye un importante problema para el Sistema Nacional de Salud, con implicaciones en la calidad de la asistencia y en los costes, que no sólo se mantiene sino que continúa incrementándose a pesar de las estrategias desarrolladas para su contención. Esta problemática, compartida con los sistemas sanitarios de la mayor parte de los países desarrollados, requiere el desarrollo de intervenciones y políticas prácticas para su resolución o, por lo menos, su contención.

La revisión de las intervenciones desarrolladas a este efecto orienta hacia que:

1. Las intervenciones sobre los factores de la demanda, como la educación sanitaria, no son —con carácter general— efectivas para reducir la utilización inapropiada de los SUH. Además de por los resultados de los programas, esta conclusión viene avalada por los estudios sobre urgencias innecesarias en personal sanitario donde, salvo para los hijos de médicos, no parece haber diferencias con la población general¹¹⁸. No obstante, estas intervenciones podrían resultar de interés sobre grupos seleccionados de pacientes caracterizados por su alta frecuentación a los SUH, especialmente sobre pacientes con patologías crónicas cuya agudización les lleva a acudir a urgencias y en los que la educación sanitaria pueda reducir los episodios de descompensación¹¹⁹.
2. La mejora de la accesibilidad a la atención primaria, al margen de que en sí misma pueda ser un objetivo del sistema sanitario— no parece reducir la utilización de los SUH. Por el contrario, los estudios realizados parecen

indicar que el incremento los servicios de atención primaria y de su disponibilidad horaria, incrementan la utilización de estos servicios sin modificar la tendencia incremental en la utilización de los SUH¹²⁰.

3. Las intervenciones barrera como no reembolsar las visitas a los pacientes espontáneos (obligación de acudir previamente al médico de atención primaria) o el copago, se han mostrado efectivas para reducir la utilización de los SUH a expensas, sobre todo, de los casos leves e inapropiados, pero no existe evidencia clara sobre la seguridad de estas políticas, esto es, sobre su efecto demorando los casos graves. En todo caso, el copago no parece una política plausible en los SUH españoles sin un importante conflicto social.
4. El rechazo de la atención, tras triage, a los pacientes no-urgentes puede ser efectivo para reducir discretamente la carga de trabajo en los SUH, aunque no ha demostrado con claridad su seguridad ni su aceptación desde perspectivas éticas.
5. La realización de triage seguida de atención por médicos de atención primaria o derivación a "salas rápidas" de los casos no urgentes, parece mostrarse efectiva para reconducir al nivel adecuado de atención los casos inapropiados. Los estudios al efecto muestran la inexistencia de efectos negativos para los pacientes, con importantes reducciones de costes.

A pesar de la existencia de numerosos trabajos sobre utilización inapropiada de los SUH en el entorno del Sistema Nacional de Salud, prácticamente no existen evaluaciones de las intervenciones realizadas para reducir el uso inadecuado de las urgencias, ni de las políticas desarrolladas a estos efectos y parece recomendable iniciar la evaluación de estrategias como los puntos de atención continuada, teléfonos centralizados y diversas formas de triage.

En conjunto, el análisis de las intervenciones que se han desarrollado en otros entornos (en mayor o menor medida) recomienda reconducir las políticas sobre las urgencias hospitalarias desde las (hasta la fecha poco efectivas) intervenciones para frenar la demanda inapropiada, a las intervenciones para reorganizar los SUH de forma que se adecuen a la demanda real. En este terreno, existe evidencia en otros entornos (relativamente cercanos en cuanto al sistema sanitario, como el Reino Unido) de la efectividad, seguridad y eficiencia de la atención de los casos no-urgentes por médicos de atención primaria y parece lógico iniciar alguna experiencia de este tipo. El hecho de que estas estrategias puedan ser desarrolladas de formas muy diferentes (guardias por médicos de AP vinculados al hospital o por médicos con consulta en AP, estrategias o no para derivar la atención hacia los médicos responsables del cuidado de los pacientes, realización de las pruebas solicitadas en urgencias o reconducción hacia el entorno ambu-

latorio con revisión de resultados por el médico del paciente, etc.) con resultados previsible también diferentes, y la ausencia de información sobre resultados de otras intervenciones en nuestro entorno hacen recomendable la evaluación de diversos modelos organizativos.

REFERENCIAS

- ¹Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de establecimientos sanitarios con régimen de internado 1994. Madrid: INE, 1998.
- ²Camp J. Caos en los servicios de urgencias. ¿Son las epidemias de gripe las únicas culpables?. *Med Clín (Barc)* 1991; 96:20-22.
- ³McNamara KJ. Patients leaving the ED without being seen by a physician: is same-day follow-up indicated?. *Am J Emerg Med* 1995; 13:136-141.
- ⁴Fernandes CM, Price A, Christenson JM. Does reduced length of stay decrease the number of emergency department patients who leave without seeing a physician? *J Emerg Med* 1997; 15:397-399.
- ⁵Porta M, Fernández E, Belloc J, Malats N, Gallén M, Alonso J. Emergency admission for cancer: a matter of survival. *Br Med J* 1998; 77:477-484.
- ⁶Gill JM, Mainous AG. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. *Arch Fam Med* 1998; 7:352-357.
- ⁷Alteris M, Fanning T. A public health model of Medicaid emergency room use. *Health Care Financ Rev* 1991; 12:15-20.
- ⁸Laurence C, Schuurman L. Excess cost of emergency department visits for nonurgent care. *Health Affairs* 1994; 32: 162-171.
- ⁹Williams RM. The costs of visits to emergency departments. *N Eng J Med* 1996; 334-642-646.
- ¹⁰Puig J, Saez M, Martínez García E. Why do patients prefer hospital emergency visits? A nested multinomiallogit analysis for patient-initiated contacts. *Health Care Managem Sci* 1998; 1:39-52.
- ¹¹Defensor del Pueblo. Informe sobre Urgencias Hospitalarias. Madrid: Oficina del Defensor del Pueblo, 1988.
- ¹²Diario Médico. 4 de septiembre de 1998: 3-4.
- ¹³Liggins K. Inappropriate attendance at accident and emergency departments: A literature review. *J Adv Nurs* 1993; 18:1141-1145.
- ¹⁴Health Services Utilization and Research Commission. Reducing non-urgent use of the emergency department: a

review of strategies and guide for future research. Saskatoon: Health Services Utilization and Research Commission, 1997.

¹⁵Murphy AW. 'Inappropriate' attenders at accident and emergency departments I: definition, incidence and reasons for attendance. *Fam Pract* 1998; 15: 23-32

¹⁶Oterino de la Fuente D, Peiró S, Calvo Rico R, Sutil Murillo P, Fernández O, Pérez Bautista G et al. Utilización inadecuada de un Servicio de Urgencias Hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. 1999; En revisión.

¹⁷Sempere Selva T. Utilización inadecuada de las urgencias hospitalarias (tesis). Alicante: Departamento de Salud Pública, Universidad Miguel Hernández, 1999. En curso.

¹⁸Inwald AC. A comparison of self-referred patients to accident and emergency departments between an urban district and a rural district. *J R Coll Gen Pract* 1980; 30:220-223

¹⁹Magnusson G. The hospital emergency department as the primary source of medical care. *Scand J Soc Med* 1980; 8:149-156

²⁰Gifford MJ, Franaszek JB, Gibson G. Emergency physicians' and patients' assessments: urgency of need for medical care. *Ann Emerg Med* 1980; 9:502-507

²¹Reilly PM. Primary care and accident and emergency departments in an urban area. *J R Coll Gen Pract* 1981; 31:223-230

²²Myers P. Management of minor medical problems and trauma: general practice or hospital? *J R Soc Med* 1982; 75:879-883

²³Davison AG, Hildrey AC, Floyer MA. Use and misuse of an accident and emergency department in the East End of London. *J R Soc Med* 1983; 76:37-40

²⁴Buesching DP, Jablonowski A, Vesta E, Dilts W, Runge C, Lund J et al. Inappropriate emergency department visits. *Ann Emerg Med* 1985; 14:672-676

²⁵DeAngelis C, Fosarelli P, Duggan AK. Use of the emergency department by children enrolled in a primary care clinic. *Pediatr Emerg Care* 1985; 1:61-65.

²⁶Davies T. Accident department or general practice? *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986; 292:241-243

²⁷Haddy RI, Schmalzer ME, Epting RJ. Nonemergency emergency room use in patients with and without primary care physicians. *J Fam Pract* 1987; 24:389-392

²⁸Foroughi D, Chadwick L. Accident and emergency abusers. *Practitioner* 1989; 233:657-659

²⁹Kooiman CG, Van de Wetering BJ, Van der Mast RC. Clinical and demographic characteristics of emergency

department patients in The Netherlands: a review of the literature and a preliminary study. *Am J Emerg Med* 1989; 7:632-638

³⁰Stewart MC, Savage JM, Scott MJ, McClure BG. Primary medical care in a paediatric accident and emergency department. *Ulster Med J* 1989; 58:29-35

³¹Hu SC. Clinical and demographic characteristics of 13,911 medical emergency patients. *J Formos Med Assoc* 1991; 90:675-680

³²Prince M, Worth C. A study of 'inappropriate' attendances to a paediatric Accident and Emergency Department. *J Public Health Med* 1992; 14:177-182

³³Keith AR, Pirkis JE, Viney RC, Katz CM, Lagaida RM, Britt H, et al. Delivery of primary care in hospital and community settings in Australia. *Qual Assur Health Care* 1993; 5:131-41

³⁴Eagle DJ, Rideout E, Price P, McCann C, Wonnacott E. Misuse of the emergency department by the elderly population: Myth or reality? *J Emerg Nursing* 1993; 19:212-218.

³⁵General Accounting Office. Unevenly Affected by Growth and Change in Patient Use. Washington: General Accounting Office, 1992.

³⁶McCaig LF. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 1992 Emergency Department Summary. Advanced data from vital and health statistics 1994; 245: 1-11.

³⁷Dale J, Green J, Reid F, Glucksman E. Primary care in the accident and emergency department: I. Prospective identification of patients. *Br Med J* 1995; 311:423-426

³⁸Dale J, Green J, Reid F, Glucksman E, Higgs R. Primary care in the accident and emergency department: II. comparison of general practitioners and hospital doctors. *Br Med J* 1995; 311:427-430

³⁹Afilalo M, Guttman A, Colacone A, Dankoff J, Tselios C, Beaudet M. Emergency department use and misuse. *J Emerg Med* 1995; 13: 259-264.

⁴⁰McLeod PJ, Meagher T, Cassidy L, Williams JJ, Grover SA. Non-urgent emergency department visits by patients from a resident ambulatory care clinic. *Acad Med* 1995; 70:932.

⁴¹Thomson H, Kohli HS, Brookes M. Non-emergency attenders at a district general hospital accident and emergency department. *J Accid Emerg Med* 1995; 12:279-281

⁴²Maitra AK, Choyce MQ. A critical look at accident and emergency review clinics. *J Accid Emerg Med* 1994; 11:243-245

- ⁴³Melzer-Lange M, Lye PS. Adolescent health care in a pediatric emergency department. *Ann Emerg Med* 1996; 27:633-637
- ⁴⁴Stussman BJ. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 1995 Emergency Department Summary. Advanced data from vital and health statistics 1997; 285: 1-19.
- ⁴⁵Castillo M, Huguet J, Bravo J, Cortada L. Estudio del área de urgencias de un hospital general. Grado de adecuación de las visitas. *Med Clin (Barc)* 1986; 87:539-542.
- ⁴⁶Gracia MJ, Arto MA. Análisis descriptivo de la demanda asistencial en el Servicio de Urgencias de un Hospital General. *Arch Fac Med Zaragoza* 1988; 28, 2:79-81.
- ⁴⁷Muiño A, González VJ, Rodríguez E, Lázaro C, Fernández E. Asistencia en un servicio de urgencia: justificación de las visitas y adecuación de los ingresos. *Rev Clin Esp* 1988;182:374-378.
- ⁴⁸Alonso M, Hernández R, Busto F, Cueto A. Utilización de un servicios de urgencias hospitalario. *Rev San Hig Pub* 1993; 67:39-45.
- ⁴⁹Balanzo X, Pujol F. Estudio multicéntrico de las urgencias de los hospitales generales básicos de Barcelona. *Med Clin (Barc)* 1989; 92:86-90.
- ⁵⁰Diego F, Franch J, Alvarez JC, Alvarez F, Pablo ML, Villamar J. Urgencias hospitalarias en el área sanitaria de León. Estudio de la repercusión en atención primaria. *Aten Primaria*1990; 7:49-55.
- ⁵¹Ibañez F, Gutiérrez B, Olaskoaga A. Estudio de la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios por la población de un EAP: grado de adecuación. *Aten Primaria*1991; 8:764-769
- ⁵²Rodríguez C, Romera MT, Menéndez JJ, Losa J, Mendieta JM, Montabes E et al. Estudio de tiempos en el área de urgencias hospitalaria. *Gac Sanit* 1992; 6:113-116
- ⁵³Antón DM, Peña JC, Santos R, Sempere E, Martínez J, Pérula LA. Demanda inadecuada a un servicio de urgencias pediátrico hospitalario: factores implicados. *Med Clin (Barc)* 1992; 99:743-746.
- ⁵⁴Cubero P, Gálvez E, Salinero M, Abando I, Ayerbe MC. Uso injustificado del servicio de urgencias de un hospital general. *MEDIFAN* 1994; 4:16-22
- ⁵⁵Lapeña S, Reguero S, García M, Gutiérrez M, Abdallah I, González H. Estudio epidemiológico de las urgencias en un hospital general. Factores implicados en una demanda inadecuada. *An Esp Pediatr* 1996; 44:121-125
- ⁵⁶Marco MT, Rodríguez M, Gobierno J, González T, Cabrera A, Pérez L. Accesibilidad a las urgencias pediátricas hospitalarias: distancia y medios diagnósticos. *Aten Primaria* 1994; 7:873-876.
- ⁵⁷González-Grajera B, Mendoza R, Hinojosa J, Buitrago F. Adecuación de las derivaciones medicas a un servicio de urgencias hospitalario. *Aten Primaria*1995; 7:433-436.
- ⁵⁸Llorente S, Alonso M, Buznego B. Papel de la atención primaria en la frecuentación del servicio de urgencias de un hospital comarcal. *Aten Primaria*.1996; 18:243-247
- ⁵⁹Sansa Perez L, Orus Escola T, Juncosa Font S, Barredo Hernandez M, Traveria Casanova J. Frecuentacion a los servicios de urgencias hospitalarios: motivaciones y características de las urgencias pediátricas. *An Esp Pediatr* 1996; 44: 97-104
- ⁶⁰Escobedo F, González L, Salarich M, Manzano A, López I, Martín JA, Albadalejo C. Evaluación de las urgencias hospitalarias desde un área básica de salud. *Aten Primaria*1997; 4:169-175
- ⁶¹Lowe RA, Bindman AB. Refusing care to emergency department of patients: evaluation of published triage guiderlines. *Ann Emerg Med* 1994; 23:377-379.
- ⁶²Foldes SS, Fischer LR, Kaminsky K. What is an emergency? The judgments of two physicians. *Ann Emerg Med* 1994; 23:833-840
- ⁶³O'Brien GM, Shapiro MJ, Woolard RW, O'Sullivan PS, Stein MD. "Inappropriate" emergency department use: a comparison of three methodologies for identification. *Acad Emerg Med* 1996; 3:252-257.
- ⁶⁴Padgett 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; 35:1189-1197.
- ⁶⁵Benz JR, Shank JC. Alteration of emergency room usage in a family practice residency programme. *J Fam Pract* 1982; 15: 1135-1139.
- ⁶⁶O'Shea JS, Collins EW, Pezzullo JC. An attempt to influence health care visits of frequent hospital emergency facility users. *Clin Pediatr* 1984; 23:559-562.
- ⁶⁷Chande VT, Wyss N, Exum V. Educational interventions to alter pediatric emergency department utilization patterns. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996; 150:525-528.
- ⁶⁸Kaplan DW, Calonge BN, Guernsey BP, Hanrahan MB. Managed care and school-based health centers. Use of health services. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998; 152: 25-33.
- ⁶⁹Andren KG, Rosenqvist U. Heavy users of an emergency department: Psychosocial and medical characteristics, other health care contacts and the effect of a hospital social worker intervention. *Soc Sci Med* 1985; 21:761-770.

- ⁷⁰Redelmeier DA, Molin JP, Tibshirani RJ. A randomized trial of compassionate care for the homeless in an emergency department. *Lancet* 1995; 345:1131-1134.
- ⁷¹Hilditch JR. Changes in hospital emergency department use associated with increased family physician availability. *J Fam Pract* 1980; 11:91-96.
- ⁷²Gill JM, Diamond JJ. Effect of primary care referral on emergency department use: evaluation of a statewide Medicaid program. *Fam Med* 1996; 28:178-82.
- ⁷³Straus JH, Orr ST, Charney E. Referrals from an emergency room to primary care practices at an urban hospital. *Am J Public Health* 1983; 73:57-61.
- ⁷⁴Grossman LK, Rich LN, Johnson C. Decreasing nonurgent emergency department utilization by Medicaid children. *Pediatrics* 1998; 102:20-24.
- ⁷⁵Novak T, Pross H. The role of deputizing agencies in the delivery of primary health care services. *Can Med Assoc J* 1983; 128: 1079-1082.
- ⁷⁶Flemming GV, Andersen RM. The municipal health services program: Improving access to primary care without increasing expenditures. *Med Care* 1986; 24:565-579.
- ⁷⁷Maynard EJ, Dodge JS. Introducing a community health centre at Mosgiel, New Zealand: Effects on use of hospital accident and emergency (A&E) department. *Med Care* 1983; 21:379-389.
- ⁷⁸Bolivar I, Balanzo X, Armada A, Fernández JL, Foz G, Sanz E et al. El impacto de la reforma de la atención primaria en la utilización de servicios de urgencias hospitalarios. *Med Clin (Barc)* 1996; 107:289-295.
- ⁷⁹Rizos J, Anglin P, Grava-Gubins I, Lazar C. Walk-in clinics: Implications for family practice. *CMAJ* 1990; 143: 740-745.
- ⁸⁰Kinney TJ, Gerson L. Utilization of a freestanding emergency center by patients with and without private physicians. *Ann Emerg Med* 1983; 12:762-764.
- ⁸¹Ferber MS, Becker LJ. Impact of freestanding emergency centers on hospital emergency department use. *Ann Emerg Med* 1983; 12:429-433.
- ⁸²Burnett MG, Grover SA. Use of the emergency department for nonurgent care during regular business hours. *Can Med Assoc J* 1996; 154:1345-1351.
- ⁸³Peiró S. Evaluación del impacto de las intervenciones de política sanitaria a partir de bases de datos administrativos (ponencia). III Reunión científica de la Asociación Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Santa Cruz de Tenerife, 2-5 de diciembre de 1998.
- ⁸⁴Chan LS, Galaif MA, Kushi CL. Referrals from hospital emergency departments to primary care centers for nonurgent care. *J Amb Care Manag* 1985; 8:57-69.
- ⁸⁵Long SH, Settle RF. An evaluation of Utah's primary care case management program for Medicaid recipients. *Med Care* 1988; 26:1021-1032.
- ⁸⁶Gadomski AM, Perkis V, Horton L, Cross S, Stanton B. Diverting managed care Medicaid patients from pediatric emergency department use. *Pediatrics* 1995; 9:120-178.
- ⁸⁷Bonham GS, Barber GM. Use of health care before and during Citicare. *Med Care* 1987; 25:111-119.
- ⁸⁸Franco SM, Mitchell CK, Buzon RM. Primary care physician access and gatekeeping: A key to reducing emergency department use. *Clin Pediatrics* 1997; 36:63-68.
- ⁸⁹Hurley RE, Freund DA, Taylor DE. Emergency room use and primary care case management: Evidence from four Medicaid demonstration programs. *Am J Public Health* 1989; 79:843-846.
- ⁹⁰Hurley RE, Freund DA, Taylor DE. Gatekeeping the emergency department: Impact of Medicaid primary care case management program. *Health Care Manag Rev* 1989; 14:63-71.
- ⁹¹Derlet RW, Hamilton B. The impact of health maintenance organization care authorization policy on an emergency department before California's new managed care law. *Acad Emerg Med* 1996; 3:338-344.
- ⁹²MacKoul D, Feldman M, Savageau J, Krumholz A. Emergency department utilization in a large pediatric group practice. *Am J Med Qual* 1995; 10:88-92.
- ⁹³O'Grady KF, Manning WG, Newhouse JP, Brook RH. The impact of cost-sharing on emergency department use. *N Engl J Med* 1985; 313:484-490.
- ⁹⁴Selby JV, Fireman BH, Swain BE. Effect of copayment on use of the emergency department in a health maintenance organization. *N Engl J Med* 1996; 334:635-641.
- ⁹⁵Shapiro MF, Ware JEJ, Sherbourne CD. Effects of cost sharing on seeking care for serious and minor symptoms: Results of a randomized control trial. *Ann Int Med* 1986; 104:246-251.
- ⁹⁶Steinbrook R. The role of the emergency department. *N Engl J Med* 1996; 334:657-658.
- ⁹⁷Murphy AW, Leonard C, Plunkett PK, Bury G, Lynam F, Smith M et al. Effect of the introduction of a financial incentive for fee-paying A&E attenders to consult their general practitioner before attending the A&E department. *Fam Pract* 1997; 14: 407-410.
- ⁹⁸Sanchez Bayle M, Molina Cabañero JC, Díaz Martínez E, Muñoz Porduña R, Arias Alvarez A, Panizo C et al. Utilidad de la sectorización de las urgencias hospitalarias pediátricas en la Comunidad de Madrid. *Gac Sanit* 1989; 14: 507-509.

⁹⁹Derlet RW, Nishio DA. Refusing care to patients who present to an emergency department. *Ann Emerg Med* 1990; 19: 262-267.

¹⁰⁰Derlet RW, Nishio D, Cole LM, Silva J. Triage of patients out of the emergency department: three-year experience. *Am J Emerg Med* 1992;10:195-199.

¹⁰¹Derlet RW, Kinser D, Ray L. Prospective identification and triage of nonemergency patients out of an emergency department: A 5-year study. *Ann Emerg Med* 1995; 25:215-244.

¹⁰²Hansagi H, Carlsson B, Olsson M, Edhag O. Trial of a method of reducing inappropriate demands on a hospital emergency department. *Public Health* 1987;101:99-105.

¹⁰³Hansagi H, Allebeck P, Edhag O. Health care utilization after referral from a hospital emergency department. *Scand J Soc Med* 1989; 17:291-299.

¹⁰⁴Birnbaum A, Gallagher EJ, Utkewicz M, Gennis P, Carter W. Failure to validate a predictive model for refusal of care to emergency-department patients. *Acad Emerg Med* 1994; 1:213-217.

¹⁰⁵Derlet RW, Kinser D. The emergency department and triage of nonurgent patients. *Ann Emerg Med* 1994; 23:377-379

¹⁰⁶Derlet RW. Triage of non urgent patients out of the emergency department. *Ann Emerg Med* 1994; 23:204-206

¹⁰⁷Williams RM. Health policy and quality: an ethical dilemma. *J Emerg Med* 1993; 11:345-349.

¹⁰⁸Iserson KV. Withholding and withdrawing medical treatment: an emergency medicine perspective. *Ann Emerg Med* 1996; 28:51-54

¹⁰⁹Iserson KV. Ethics and clinical emergency medicine practice. *Am J Emerg Med* 1997; 15:321

¹¹⁰Larkin GL, Adams JG, Derse AR, Iserson KV, Gotthold WE. Managed care ethics: an emergency? *Ann Emerg Med* 1996; 28:683-689

¹¹¹Shah CP, Egan TJ, Bain HW. An expanded emergency service: Role of telephone services in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1980; 9:617-623.

¹¹²Driscoll PA, Vincent CA, Wilkinson M. The use of the accident and emergency department. *Arch Emerg Med* 1987; 4:77-82.

¹¹³Dale J, Lang H, Roberts JA, Green J, Glucksman E. Cost effectiveness of treating primary care patients in accident and emergency: a comparison between general practitioners, senior house officers, and registrars. *Br Med J* 1996; 312: 1340-1344.

¹¹⁴Murphy AW, Bury G, Plunkett PK, Gibney D, Smith

M, Mullan E et al. Randomised controlled trial of general practitioner versus usual medical care in an urban accident and emergency department: process, outcome, and comparative cost. *Br Med J* 1996; 312: 1135-1142.

¹¹⁵Murphy AW. 'Inappropriate' attenders at accident and emergency departments II: health service responses. *Fam Pract* 1998; 15: 33-37.

¹¹⁶Simon HK, Ledbetter DA, Wright J. Societal savings by "fast tracking" lower acuity patients in an urban pediatric emergency department. *Am J Emerg Med* 1997; 15:551-554

¹¹⁷Buchanan L, Powers RD. Establishing an NP-staffed minor emergency area. *Nurse Pract* 1997; 22:175-178

¹¹⁸Diekema DS, Del Beccaro MA, Cummings P, Quan L. Physician parents and utilization of a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care* 1996; 12: 400-403.

¹¹⁹Boulet LP, Boutin H, Cote J, Leblanc P; Laviolette M. Evaluation of an asthma self-management education program. *J Asthma* 1995; 32:199-206.

¹²⁰Owens CW, Ben-Shlomo Y, Moore FP. Accident and emergency in London. Better primary care won't affect self referrals. *Br Med J* 1993; 306:1751.

Tabla 1

VISITAS A URGENCIAS HOSPITALARIAS
EN HOSPITALES DEL INSALUD ESTIÓN DIRECTA
1992-1997

Año	visitas SUH	% incremento año anterior	% incremento acumulado
1992	3.806.839	-	-
1993	3.998.027	4,78%	4,78%
1994	4.179.786	4,35%	9,13%
1995	4.451.506	6,10%	15,23%
1996	4.640.874	4,08%	19,32%
1997	4.845.081	4,21%	23,53%

Fuente: Diario Médico 4/11/1998; SUH: servicio de urgencias hospitalario.

Tabla 2. ESTUDIOS SOBRE LA ADECUACIÓN DE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS EN DIVERSOS PAÍSES

<i>Autor, año</i>	<i>Diseño y características del estudio</i>	<i>Lugar</i>	<i>n</i>	<i>% inadec.</i>
Inwald, 1980 ¹⁸	Juicio por el autor. 2 SUH (rural y urbano).	Inglaterra, UK	140 ^{rural} 210 ^{urbano}	12% 44%
Magnusson, 1980 ¹⁹	Juicios por el autor.	Estocolmo, SU	503	39%
Gifford, 1980 ²⁰	Juicios médicos que atendieron la urgencia; 24 SUH.	USA	8977	38%
Reilly, 1981 ²¹	Juicio por médicos SUH. 1 SUH; Derivados por AP. o espontáneos.	Belfast, UK	616 ^{AP} 168 ^{AP}	5% 15%
Myers, 1982 ²²	Juicio por el autor. Sólo espontáneos; 1 SUH.	Romford, UK	1000	54%
Davison, 1983 ²³	Juicio por médicos SUH. 1 SUH.	Londres, UK	587	39%
Buesching, 1985 ²⁴	Aplicación retrospectiva de criterios explícitos, 3 SUH.	Illinois, USA	3130	11%
DeAngelis 1985 ²⁵	Revisión concurrente, 1 suh, criterios explícitos.		244	32,5%
Davies, 1987 ²⁶	Juicio por el autor; 1 SUH; Primeras visitas de 1 zona de salud.	Surrey, UK	92	71%
Haddy, 1987 ²⁷	Juicios por autores, basados en criterios preestablecidos, según tengan o no médico AP.	Michigan, USA	501 ^{AP} 502	78% 86%
Foroughi, 1989 ²⁸	Juicio por médicos SUH; 1 SUH; primeras visitas.	Middlesex, UK	6115	7%
Kooiman, 1989 ²⁹	Asume que los pacientes espontáneos pueden ser atendidos por AP. 1 SUH.	Holanda	nc	40%
Stewart, 1989 ³⁰	Revisión concurrente, 1 SUH pediátrico, criterios implícitos	Belfast, UK	853	34%
Hu, 1991 ³¹	Criterios de triage aplicados por enfermería SUH, 1 SUH.	Taipei, China	13911	22%
Prince 1992 ³²	Revisión retrospectiva, 1 SUH pediátrico, criterios preestablecidos	Nottingham, UK		30%
Keith, 1993 ³³	Revisión de historias por un panel. 10 SUH	Australia	623	15%
Eagle, 1993 ³⁴	Criterios de triage aplicados por enfermería SUH, 1 SUH. Mayores de 65 años y de 16-64 años.	Ontario, CA	nd ^{>65} nd ^{<65}	3% 6%
GAO, 1993 ³⁵	Cuestionario cumplimentado por jefe SUH, 689 SUH	USA	nc	43%
McCaig LF, 1994 ³⁶	Encuesta Nacional en todos los Servicios de Urgencias USA. Criterios implícitos	USA	89,8*10 ⁶	55%
Dale, 1995 ^{37,38}	Criterios de triage aplicados por enfermería SUH, 1 SUH.	Londres, UK	5658	41%
Afilalo, 1995 ³⁹	Revisión retrospectiva de historias por médicos SUH. 1 SUH	Montreal, CA	849	15%
McLeod, 1995 ⁴⁰	Revisión retrospectiva tras triage.	Montreal, CA	301	43%
Thomson 1995 ⁴¹	Revisión concurrente, 1 SUH, criterios implícitos	Glasgow, UK	245	20%
Maitra ⁴²	Revisión concurrente, 1 SUH, criterios implícitos	Newcastle, UK	500	15%
Melzer-Lange 1996 ⁴³	Revisión concurrente, 1 SUH, adolescentes, criterios implícitos		426	21%
Stussman 1997 ⁴⁴	Encuesta Nacional en todos los Servicios de Urgencias USA. Criterios implícitos	USA	96,5*10 ⁶	46%

SUH: Servicio de Urgencias Hospitalario.

AP: Atención Primaria.

AES: Atención Especializada.

UH: Urgencia Hospitalaria.

AP: Atención Primaria.

UK: Reino Unido.

CA: Canadá; USA: Estados Unidos.

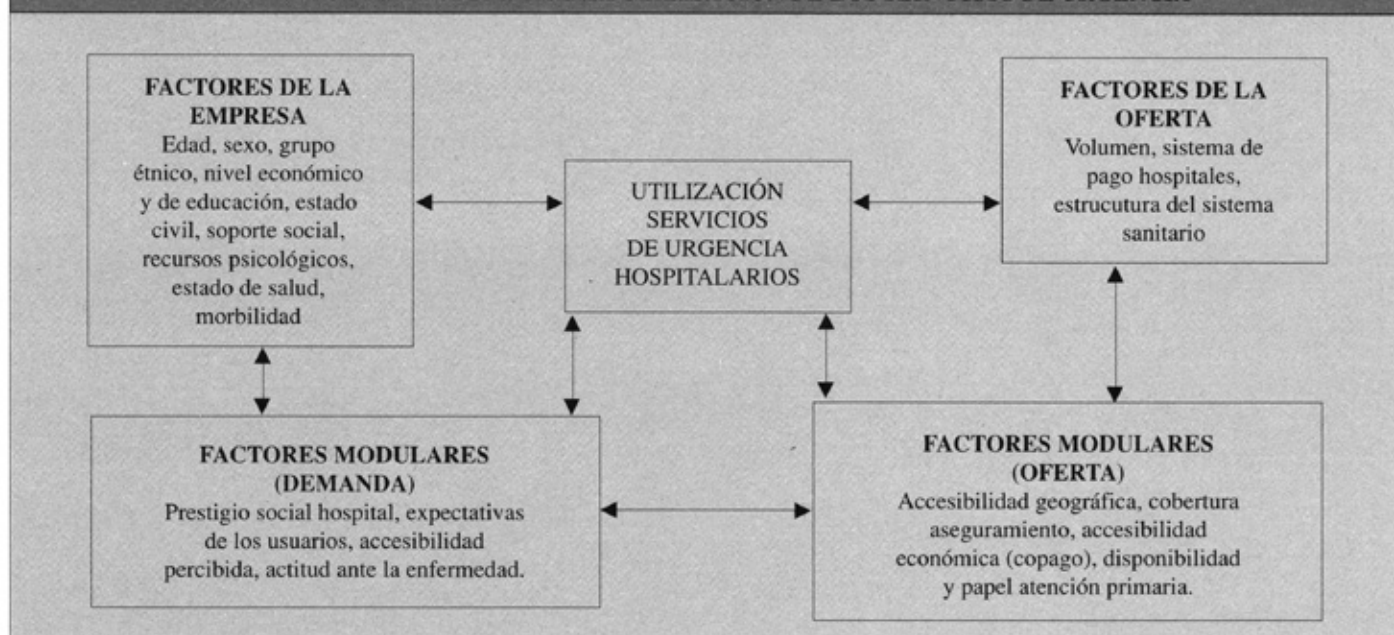
IR: Irlanda.

Tabla 3. ESTUDIOS SOBRE LA ADECUACIÓN DE LAS URGENCIAS EN ESPAÑA

<i>Autor, año</i>	<i>Diseño y características del estudio</i>	<i>Lugar</i>	<i>n</i>	<i>% inadec.</i>
Castillo, 1986 ⁴⁵	Revisión retrospectiva de historias por médicos SUH, basada en criterios preestablecidos. 1 SUH	Tarragona	2009	58,6
Gracia Molina 1988 ⁴⁶	Revisión retrospectiva (1986-87). Considera adecuada si el paciente es ingresado.	Zaragoza	2572	83
Muiño, 1988 ⁴⁷	Prospectivo, 1 mes. Excluidos: < de 14 años, traumatología, ginecología psiquiatría. 1 SUH	Madrid	1869	37
Alonso, 1993 ⁴⁸	Prospectivo, 12 meses (1987-88), 1 SUH, criterios implícitos. 1 SUH.	Asturias	1051	47,9
Balanzó, 1989 ⁴⁹	Prospectivo, 1 semana. 22 hospitales generales. Criterios preestablecidos.	Cataluña	11650	78,9
Diego, 1990 ⁵⁰	Prospectivo, 12 meses. Excluidos: Ginecología, ORL, oftalmología. 1 SUH.	León	306	35,5
Ibáñez, 1991 ⁵¹	Prospectivo, 3 meses. Criterios preestablecidos. Hospitales públicos de Vizcaya.	Vizcaya	379	44,9
Rodríguez, 1991 ⁵²	Prospectivo, 1 semana. Criterios preestablecidos. 13 hospitales públicos.	Madrid	2421	65
Antón, 1992 ⁵³	Revisión retrospectiva y encuesta. Basado en criterios preestablecidos. 1 SUH.	Córdoba	350	65
Cubero, 1994 ⁵⁴	Prospectivo, 2 meses. 1 SUH.	Madrid	409	60
Lapeña, 1992 ⁵⁵	Retrospectivo, 12 meses. Excluidos > 14 años y trauma. 1 SUH	León	1298	69
Marco, 1993 ⁵⁶	Retrospectivo, 3 meses. Excluidos > 14 años. 1 SUH	Tenerife	2906	55
González-Grajera, 1995 ⁵⁷	Juicios por médicos del SUH basados en criterios preestablecidos. Sólo derivados por médicos de AP. 1 SUH.	Badajoz	680	49,5
Llorente, 1996 ⁵⁸	Prospectivo, 4 meses. Excluidos: < de 14 años, desplazados, ORL, Oftalmología. Criterios preestablecidos. 1 SUH.	Asturias	755	24,1
Sansa 1996 ⁵⁹	Revisión concurrente, 1 SUH pediátrico, criterios implícitos considerando motivos clínicos y sociales.	Barcelona	304	71,9 c 55,6 s
Escobedo, 1997 ⁶⁰	Prospectivo, 4 meses. Excluidos: < 14 años. Criterios preestablecidos. 1 SUH.	Barcelona	360	54,7
Oterino, 1999 ¹⁶	Revisión retrospectiva de historias por médicos SUH aplicando criterios explícitos. 1 SUH.	Toledo	1845	26,8
Sempere, 1999 ¹⁷	Revisión prospectivo de visitas aplicando criterios explícitos, 12 meses. 1 SUH.	Elx (Alicante)	2890	29,6

SUH: servicio de urgencias hospitalario; AP: atención primaria; AES: Atención especializada; UH: Urgencia Hospitalaria; AP: Atención Primaria;

Gráfico 1: DETERMINANTES DE LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA



LOS INFORMES TÉCNICOS DE A.E.S.

LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS

Este segundo INFORME de la ASOCIACION DE ECONOMIA DE LA SALUD (AES) se dedica a un tema, las URGENCIAS HOSPITALARIAS, que año tras año (y este último invierno no fue precisamente una excepción) viene presentándose como uno de los problemas más intratables del Sistema Nacional de Salud.

Los elementos del problema parecen situarse en: 1) el incremento constante de las visitas a los Servicios de Urgencia de Hospitalarios, con picos invernales que desbordan la capacidad de estos servicios y sitúan a los hospitales en situaciones límite, 2) un porcentaje que supera los 2/3 de visitas espontáneas y cifras de visitas inadecuadas (por problemas no urgentes o resolubles en atención primaria) que diversos estudios sitúan entre el 25% y el 75% del total de visitas, y 3) la incapacidad de las políticas de servicios sanitarios para desarrollar estrategias eficaces de control de esta situación.

El abordaje desarrollado en este Informe es revisar exhaustivamente la literatura científica en busca de publicaciones que hayan experimentado alguna intervención para reducir las visitas a urgencias y valorar la eficacia de tales intervenciones. Llamativamente, un repaso de las soluciones propuestas por responsables sanitarios de los diversos Servicios de Salud durante la reciente crisis invernal, prácticamente sólo recogía estrategias que, en los trabajos realizados, no han servido para controlar el crecimiento de la utilización de las Puertas de Urgencia. Los autores son miembros de la Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, una entidad sin ánimo de lucro que ha colaborado en otras ocasiones con AES, y buenos conocedores de la problemática analizada.

Como en el resto de esta serie, aunque los informes son encargados (y su publicación aprobada) por la Junta Directiva de AES, no representan una posición "oficial" de la Asociación que, en su caso, se haría pública por comunicados de la Junta Directiva. La Junta Directiva valora los informes publicados como trabajos válidos para informar la toma de decisiones sobre un tema concreto, aunque están sujetos a críticas, nuevas aportaciones o cualquier otra forma de discusión. Las posibles (y deseables) respuestas a los informes serán publicadas en ECONOMIA Y SALUD, el boletín de AES.

Igualmente, los informes pueden contener críticas o discrepancias con las políticas de instituciones públicas, empresas sanitarias, asociaciones u otras entidades pú-

blicas o privadas. Tales críticas deben entenderse desde una óptica positiva, esto es, como un intento de mejorar las políticas públicas desde la perspectiva y las metodologías de la economía de la salud. Obviamente, las posibles réplicas también serán publicadas en ECONOMIA Y SALUD.

Finalmente, queremos recordar que la realización de los informes esta abierta a propuestas, especialmente de los socios de AES, sobre temas y personas. Esperamos que esta nueva iniciativa de AES contribuya a un mayor uso de los métodos y enfoques de la economía de la salud para abordar problemas de política sanitaria y, en última instancia, a incrementar la racionalidad de estas políticas y el bienestar social.

La Junta Directiva de la Asociación de Economía de la Salud 1998-99

Presidente:	Vicente Ortún
Vicepresidente:	Salvador Peiro
Vicepresidente:	Txomin Uriarte
Secretaria:	Aurora Berra
Tesorero:	Norberto Sanfrutos
Vocales:	Jaime Ginestal
	Fidel Campoy
	Juan Ventura
	Javier Callau

© La propiedad intelectual y el copyright de los textos pertenece a sus autores por lo que, salvo acuerdo expreso con ellos o con el editor, queda prohibida toda reproducción total o parcial de los mismos.

ASOCIACION ECONOMIA DE LA SALUD

Sardenya, 229 6º 4º

Teléfono 231 40 66 - Fax 231 35 07

08013 BARCELONA

HORARIO

Lunes a Viernes:

de 10 a 2 y de 3 a 7