

ORIGINAL

Recibido: 22 de diciembre de 2020

Aceptado: 27 de mayo de 2021

Publicado: 9 de julio de 2021

FACTORES ASOCIADOS A LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS POR LA POBLACIÓN ESPAÑOLA EN 2017

Francisco Javier Prado-Galbarro (1), Carlos Sánchez-Piedra (2), Copytzy Cruz-Cruz (1), Ana Estela Gamiño-Arroyo (3) y Antonio Sarria-Santamera (4,5)

(1) Laboratorio de fármacos huérfanos. Departamento de Sistemas Biológicos. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Ciudad de México. México.

(2) Unidad de Investigación. Sociedad Española de Reumatología. Madrid. España.

(3) Hospital Infantil de México Federico Gómez. Ciudad de México. México.

(4) Unidad Docente de Ciencias Sanitarias y Médico Sociales. Universidad de Alcalá. Madrid. España.

(5) Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

RESUMEN

Fundamentos: En los sistemas sanitarios modernos, los Servicios de Urgencias (SU) constituyen una de las piedras angulares de la atención sanitaria y tienen una importancia esencial en la concepción de los servicios sanitarios actuales. El objetivo de este trabajo fue analizar el efecto de las características sociodemográficas y los factores clínicos en la utilización de los SU en España.

Métodos: Se realizó un estudio transversal con los datos de la *Encuesta Nacional de Salud de España* (2017), en el que participaron 23.089 personas adultas (15 años o más). Se definieron tres perfiles poblacionales para analizar las visitas a los SU (jóvenes entre 15 y 24 años; personas con 75 años o más y con pluripatología; población general). Se realizaron análisis descriptivos por perfil poblacional, y se aplicaron modelos de regresión logística por perfil poblacional y tipo de servicio (hospital público, centro público de Urgencias no hospitalario y centro sanitario privado) para evaluar la asociación entre la utilización de los SU y distintas variables clínicas y sociodemográficas.

Resultados: El porcentaje de utilización de los SU fue mayor en población anciana con pluripatología (41,1%) en comparación con los jóvenes (35,7%) y la población en general (28,4%). Las personas jóvenes utilizaron más los SU en centros privados, y los factores asociados fueron el sexo femenino (OR=2,862; IC 95%=1,139-7,191), la realización de pruebas diagnósticas (OR=9,401; IC 95%=3,183-27,760), pertenecer a una clase social menos favorecida (OR=0,207; IC 95%=0,073-0,585) y residir en municipios de más de 50.000 habitantes y capitales (OR=5,985; IC 95%=1,143-31,330). La población anciana con pluripatología presentó un peor estado de salud que los otros dos grupos poblacionales y con mayor demanda de los SU en hospitales públicos. Además, en el grupo de población anciana, los factores asociados a la utilización de los SU en hospitales públicos fueron haber sido hospitalizado (OR=2,229; IC 95%=1,333-3,730), pertenecer a una clase social menos favorecida (clase social III: OR=2,794; IC 95%=1,154-6,768/clase social IV-V-VI: OR=3,767; IC 95%=2,236-6,344), residir en municipios de más de 50.000 habitantes y capitales (OR=1,679; IC 95%=1,042-2,704) y tener sólo una consulta al médico de Atención Primaria (AP) (OR=0,603; IC 95%=0,396-0,918). Finalmente, en la población general se observó que las variables asociadas con mayor utilización de los SU en hospitales públicos fueron la edad (OR=1,009; IC 95%=1,001-1,016), un mayor número de consultas al médico de Atención Primaria (OR=1,550; IC 95%=1,180-2,170), la realización de pruebas diagnósticas (OR=1,480; IC 95%=1,236-1,773) y pertenecer a la clase social menos favorecida (clase social IV-V-VI: OR=1,581; IC 95%=1,229-2,033).

Conclusiones: Las características asociadas con la utilización de los SU, tanto públicos como privados, así como hospitalarios y extrahospitalarios, difieren según las características socioeconómicas y los factores clínicos. Los resultados de este estudio sugieren reorientar las intervenciones para mejorar los resultados de la atención, así como conseguir un uso más racional de los SU.

Palabras clave: Tipos de servicio, Servicios de Urgencias, Hospitalización, Atención Primaria de Salud.

Correspondencia:

Francisco Javier Prado-Galbarro
Calle Salto de Alvarado, N°2, Bloque 2, 2°C
41007 Sevilla, España
frjavip@gmail.com

ABSTRACT

Factors associated with the use of Emergency Services by the Spanish population in 2017

Background: In modern health systems, emergency services (ES) constitute one of the cornerstones of health care, and they have an essential role in the conception of current health services. The objective of this work was to analyze the effect of sociodemographic characteristics and clinical factors in the use of ES.

Methods: A cross-sectional study was carried out with data from the National Health Survey of Spain (2017) in which 23,089 adults (15 years or more) participated. Three population profiles were defined to analyze visits to ES (young people between 15 and 24 years of age; people aged 75 or over and with multiple pathologies; the general population). Descriptive analyses were performed by population profile, and logistic regression models by population profile and type of service (public hospital, public non-hospital emergency center, and private health center) were applied to evaluate the association between the use of ES and the independent variables.

Results: The percentage of use of ES was higher in the elderly population with multiple pathologies (41.1%) compared to young people (35.7%) and the general population (28.4%). Young people between 15 and 24 years of age used ES more in private centers, and the associated factors were female sex (OR=2.862; 95% CI=1.139-7.191), the use of diagnostic tests (OR=9.401; 95% CI=3.183-27.760), belonging to the lowest social classes (OR=0.207; 95% CI=0.073-0.585) and residing in municipalities with more than 50,000 inhabitants and capitals (OR=5.985; 95% CI=1.143-31.330). The elderly population with multiple pathologies presented a worse state of health than the other two population groups and with a higher demand for ES in public hospitals. In addition, in the elderly population group, the factors associated with the use of ES in public hospitals were having been hospitalized (OR=2.229; 95% CI=1.333-3.730), belonging to the lowest social classes (social class III: OR=2.794; 95% CI=1.154-6.768/social class IV-V-VI: OR=3.767; 95% CI=2.236-6.344), residing in municipalities with more than 50,000 inhabitants and capitals (OR=1.679; 95% CI=1.042-2.704) and having had at least one visit to the PC doctor (OR=0.603; 95% CI=0.396-0.918). Finally, in the general population the variables associated with increased use of ES in public hospitals were age (OR=1.009; 95% CI=1.001-1.016), the highest number of visits to the PC doctor (OR=1.550; 95% CI=1.180-2.170), the use of diagnostic tests (OR=1.480; 95% CI=1.236-1.773) and belonging to the lowest social classes (social class IV-V-VI: OR=1.581; 95% CI=1.229-2.033).

Conclusions: The characteristics associated with the use of ES, both public and private, as well as hospital and extra-hospital, differ according to socioeconomic characteristics and clinical factors. The results of this study suggest redirecting interventions to improve care outcomes, as well as achieving a more rational use of ES.

Key words: Types of service, Emergency services, Hospitalization, Primary Health Care.

Cita sugerida: Prado-Galbarro FJ, Sánchez-Piedra C, Cruz-Cruz C, Gamiño-Arroyo AE, Sarria-Santamera A. Factores asociados a la utilización de los servicios de Urgencias por la población española en 2017. Rev Esp Salud Pública. 2021; 95: 9 de julio e202107094.

INTRODUCCIÓN

Los Servicios de Urgencias (SU) han crecido en recursos con el paso del tiempo y conforman uno de los principales mecanismos de acceso a la asistencia sanitaria, tanto en España^(1,2,3,4) como en otros países desarrollados^(5,6). Sin embargo, la sociedad y la comunidad médica continúan reclamando más mejoras en las instalaciones donde se prestan los servicios de salud, la organización del funcionamiento y el fortalecimiento de la formación de los profesionales de la salud, ya que la vida de los pacientes puede depender de ello. En España, estos avances en el sistema de salud van acompañados de un incremento en el gasto público, el cual aumentó del 5,33% al 7,04% entre los años 1991 y 2009 en términos porcentuales de PIB⁽⁷⁾.

Los SU se han convertido en un elemento esencial dentro del sistema sanitario español. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), entre 1987 y 2017 el número de consultas médicas se incrementó en 17 puntos porcentuales, mientras que el número de usuarios que utilizaron los SU aumentó 18,6 puntos porcentuales. La mejora en la oferta de los servicios, el envejecimiento progresivo de la población, la morbilidad, el deterioro de la calidad de vida y estado funcional o la necesidad de inmediatez en la resolución de los problemas de salud son algunas de las causas que podrían explicar el aumento de la demanda de los SU^(8,9). La presencia de enfermedades crónicas, así como depresión o trastornos mentales, está asociada con la hiperfrecuentación de los SU⁽¹⁰⁾. En los SU se conocen como pacientes hiperfrecuentadores a quienes realizan al menos diez visitas en un año, y pacientes poco frecuentadores a los que efectúan menos de cuatro visitas en un año^(11,12).

En España, un porcentaje considerable de pacientes visita los SU demandando atención por patologías que podrían tratarse fuera del

circuito destinado a las Urgencias médicas, lo cual provoca una saturación de estos servicios, una disminución de la calidad asistencial^(13,14) y el aumento del gasto sanitario^(15,16).

El objetivo de este estudio fue describir la utilización de los SU en diferentes poblaciones (población general, jóvenes entre 15 y 24 años y población anciana pluripatológica), así como analizar el efecto de las variables socioeconómicas, los factores clínicos y el uso de servicios sobre la utilización de los SU.

MATERIAL Y MÉTODOS

En este estudio transversal se analizó la información recogida a partir de la *Encuesta Nacional de Salud* de España (ENS-2017) para conocer el perfil de utilización de los SU y los factores asociados a su demanda de uso. La ENS-2017 es una encuesta con muestreo probabilístico, triéptico y estratificado por tamaño de municipio, con representatividad nacional y autonómica. La ENS tiene un diseño transversal y contó con la participación de 23.089 personas adultas (mayores de 15 años), no institucionalizadas, que representaban la población española residente en viviendas familiares principales.

Con los datos disponibles en la ENS-2017 se realizó un análisis sobre la utilización de los SU definiendo tres perfiles de pacientes que visitaron los SU en el último año: jóvenes entre 15 y 24 años de edad; anciano pluripatológico, donde se incluían personas con 75 años o más, con dos o más enfermedades crónicas sintomáticas y que tomaban al menos dos medicamentos; y la población general, en la que se excluían los dos grupos anteriores.

Variables. Para conocer la utilización de los SU, se consideró la pregunta “*En estos últimos 12 meses, ¿ha tenido que utilizar algún servicio de Urgencias por algún problema o enfermedad?*”, cuyas respuestas posibles eran Sí o No,

y cuyo lugar de atención pudo ser el lugar donde se encontraba, una unidad móvil y un centro o servicio de Urgencias (tabla 1). El instrumento utilizado no permitió conocer el motivo de la consulta.

Las variables de interés incluidas en el análisis fueron el tipo de servicio utilizado por perfil poblacional, clasificado en hospital público (Sí o No), centro público de Urgencias no hospitalario (Sí o No) y centro sanitario privado (Sí o No), y se analizaron los usuarios con al menos una visita a los SU a través de la pregunta “La última vez que utilizó un servicio de Urgencias, ¿qué tipo de servicio utilizó en los últimos 12 meses?” (tabla 1). Las covariables (variables independientes) del estudio fueron: edad; sexo; número de enfermedades crónicas del paciente; número de medicamentos prescritos; número de visitas al médico de Atención Primaria (AP) en las últimas cuatro semanas; número de visitas al médico especialista en las últimas cuatro semanas; realización de pruebas diagnósticas (radiografía, TAC o escáner, ecografía o RMN); hospitalización en los últimos doce meses (Sí o No); clase social basada en

la ocupación, siendo la I (directivos y profesionales) la más favorecida y la VI (ocupaciones manuales no cualificadas) la menos favorecida; y tamaño de la población de residencia, que se dividía entre municipios menores de 10.000 habitantes, municipios de entre 10.000 y 50.000 habitantes y municipios mayores de 50.000 habitantes y capitales de provincia.

Análisis estadístico. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, clínicas y de utilización de servicios según el tipo de población al que pertenecían los usuarios. Los factores asociados a la utilización de los SU se analizaron a través de modelos de regresión logística binaria según el perfil del paciente y el tipo de servicio. En primer lugar, se realizó un análisis univariado teniendo en cuenta las variables estudiadas. Se calcularon los *odds ratios* (OR) con sus intervalos de confianza al 95%. Luego se aplicó el análisis multivariante introduciendo en el modelo las variables que resultaban estadísticamente significativas, procedentes del análisis bivariado, o bien aquellas variables que presentaron un valor de $p < 0,10$ en el test de Wald.

Tabla 1
Preguntas de la Encuesta Nacional de Salud relativas a la utilización de Servicios de Urgencias.
Utilización de Servicios de Urgencias
“En estos últimos 12 meses, ¿ha tenido que utilizar algún Servicio de Urgencias por algún problema o enfermedad?”
“Lugar de atención del último Servicio de Urgencias: Lugar donde se encontraba.”
“Lugar de atención del último Servicio de Urgencias: Unidad móvil.”
“Lugar de atención del último Servicio de Urgencias: Centro o Servicio de Urgencias.”
“Y también esta última vez que utilizó un servicio de urgencias en estos 12 últimos meses, ¿qué tipo de servicio utilizó?": Hospital de la Sanidad Pública (Seguridad Social); Centro o Servicio de Urgencias no hospitalario de la Sanidad Pública (Seguridad Social); Sanatorio, hospital o clínica privada; Servicio privado de Urgencias; Casa de socorro o Servicio de Urgencias del ayuntamiento; y Otro tipo de servicio.

Todos los datos se ampliaron a la población española utilizando los pesos de la muestra de la encuesta. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico STATA versión 14.0 (StataCorp, *Stata Statistical Software*, Release 14, 2015). Se consideró una diferencia estadísticamente significativa cuando los valores de *p* eran inferiores a 0,05.

RESULTADOS

El 30,1% de la población de 15 años o más realizó una visita a los SU (6.887 encuestados y, con ponderación, 11.739.248 usuarios), especialmente en un hospital público (59,9%), seguidos de los centros no hospitalarios públicos (27,9%), centros privados (10,8%) y otro tipo de servicios (1,3%). La **tabla 2** muestra los resultados obtenidos por el perfil de población, siendo la población anciana con pluripatología la que más utilizó los SU (41,1%), seguida de la población de jóvenes entre 15 y 24 años (35,7%). Sin embargo, el número medio de visitas a Urgencias fue mayor en la población joven en comparación con la población anciana (1,98 frente a 1,76 visitas). La población anciana con pluripatología presentó también una elevada utilización de visitas al médico de AP (el 52,5% acudió a su médico de familia en las últimas cuatro semanas) y un mayor porcentaje de hospitalizados (el 19,9% estuvo hospitalizado al menos una vez en el último año).

En la población joven entre 15 y 24 años de edad, la clase social menos favorecida (clase social IV-V-VI: OR=2,557; IC 95%=1,213-5,389) se asoció con un incremento en la probabilidad de utilizar los SU en hospitales públicos. La variable que se asoció positivamente con la visita a los SU extrahospitalarios públicos fue la edad (OR=1,087; IC 95%=1,001-1,181), mientras que la realización de pruebas diagnósticas (OR=0,332; IC 95%=0,168-0,656) y haber sido hospitalizado (OR=0,279; IC 95%=1,081-0,967) tuvieron una asociación negativa con la

visita a los SU extrahospitalarios públicos. El uso de los SU en centros privados se asoció positivamente con el sexo femenino (OR=2,862; IC 95%=1,139-7,191), la realización de pruebas diagnósticas (OR=9,401; IC 95%=3,183-27,760) y residir en municipios de más de 50.000 habitantes y capitales (OR=5,985; IC 95%=1,143-31,330). En contraparte, tuvo una asociación negativa al comparar con clases sociales menos favorecidas (clase social IV-V-VI: OR=0,207; IC 95%=0,073-0,585) (**tabla 3**).

Entre las personas ancianas pluripatológicas, las variables que mostraron un incremento de la probabilidad de utilizar los SU en hospitales públicos fueron haber sido hospitalizado (OR=2,229; IC 95%=1,333-3,730), pertenecer a una clase social menos favorecida (clase social III: OR=2,794; IC 95%=1,154-6,768 / clase IV-V-VI: OR=3,767; IC 95%=2,236-6,344) y residir en municipios de más de 50.000 habitantes y capitales (OR=1,679; IC 95%=1,042-2,704). El realizar sólo una consulta al médico de AP en las últimas cuatro semanas (OR=0,603; IC 95%=0,396-0,918) se asoció a menores probabilidades de utilizar los SU en hospitales públicos. Las variables que se asociaron positivamente con la visita a los SU extrahospitalarios públicos fueron efectuar al menos una consulta al médico de AP en las últimas cuatro semanas (OR=1,635; IC 95%=1,044-2,560), y se redujo la probabilidad de su utilización al tener hospitalización (OR=0,277; IC 95%=0,155-0,496) y residir en municipios de más de 50.000 habitantes y capitales (OR=0,462; IC 95%=0,274-0,780). Entre los SU en centros privados, haber realizado al menos una visita al especialista (OR=4,953; IC 95%=1,376-17,830) y haber sido hospitalizado (OR=2,749; IC 95%=1,392-5,426) se asociaron con mayores probabilidades de uso de los SU. Asimismo, el uso de SU se asoció negativamente con el sexo femenino (OR=0,342; IC 95%=0,132-0,885) y pertenecer a una clase social menos favorecida (clase social III: OR=0,284; IC 95%=0,107-0,753/

Tabla 2
Características sociodemográficas y factores clínicos de los grupos de población.

Características y factores clínicos		Población entre 15 y 24 años	Anciano pluripatológico	Población general	P-valor
Nº de casos ponderados		4.462.545	2.869.565	31.737.544	-
Nº de casos sin ponderar		1.645	2.514	18.930	-
Visitas a Urgencias, %		35,66	41,07	28,36	p<0,05
Número de visitas, media (EE)		1,98 (2,31)	1,76 (1,69)	1,78 (2,54)	p<0,05
Edad, media (SD)		19,11 (2,28)	81,92 (6,05)	49,71 (14,61)	p<0,05
Sexo	Hombre	51,13	35,21	49,55	p<0,05
	Mujer	48,87	64,79	50,45	
Tipo de servicio elegido	Hospital de la sanidad pública, %	49,99	73,66	59,84	p<0,05
	Centro de Urgencias no hospitalario del SNS, %	36,74	18,13	27,66	
	Centro sanitario privado, %	12,89	4,58	11,29	
	Otro tipo de servicio (casa de socorro,...), %	0,38	3,63	1,21	
Número de enfermedades crónicas, media (DE)		0,32 (0,53)	3,80 (1,83)	1,16 (1,46)	p<0,05
Número de medicamentos, media (DE)		0,41 (0,66)	4,26 (2,25)	1,18 (1,67)	p<0,05
Visitas al médico de atención primaria (en las últimas 4 semanas), %	0	73,60	47,49	63,96	p<0,05
	1	23,27	41,43	29,73	
	≥ 2	3,13	11,08	6,31	
Visitas al médico especialista (en las últimas 4 semanas), %	0	81,39	77,40	74,32	p<0,05
	1	15,14	18,12	19,88	
	≥ 2	3,47	4,48	5,79	
Prueba diagnóstica		29,57	49,37	39,16	p<0,05
Hospitalización (en los últimos 12 meses), %		3,48	19,88	7,44	p<0,05
Restricción de la actividad en las 2 últimas semanas, %		12,67	26,4	14,18	p<0,05
Limitación de las actividades de la vida diaria en los últimos 6 meses	No, nada limitado, %	89,96	27,97	75,91	p<0,05
	Sí, limitado pero no gravemente, %	8,81	51,59	19,92	
	Sí, gravemente limitado, %	1,23	20,45	4,17	
Autopercepción de la salud	Muy buena o buena, %	90,89	24,84	71,78	p<0,05
	Regular, %	7,55	45,83	20,88	
	Mala o muy mala, %	1,56	29,34	7,35	
Clase social	I - II	17,32	10,93	20,05	p<0,05
	III	20,66	16,27	19,17	
	IV - V - VI	62,02	72,81	60,77	
Tamaño de los municipios	Municipios con menos de 10.000, %	19,65	25,75	20,74	p<0,05
	Municipios de 10.000 a 50.000, %	27,89	23,67	26,03	
	Municipios con más de 50.000 y capital de provincia, %	52,49	50,58	53,23	

Tabla 3
OR ajustados a la probabilidad de tener una visita a los diferentes tipos de SU
en la población joven entre 15 y 24 años.

Población joven entre 15 y 24 años		SU hospital público		SU no hospitalario público		SU en centros privados	
		OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Edad		0,948	0,880 - 1,022	1,087 ^(*)	1,001 - 1,181	0,985	0,873 - 1,112
Mujer		0,812	0,431 - 1,526	0,812	0,423 - 1,558	2,862 ^(*)	1,139 - 7,191
Número de medicamentos		1,007	0,739 - 1,370	1,066	0,758 - 1,500	0,823	0,531 - 1,275
Número de enfermedades crónicas		1,193	0,830 - 1,716	0,981	0,706 - 1,362	0,585	0,340 - 1,006
Visitas al médico de atención primaria, Ref: 0	1	0,858	0,441 - 1,670	1,135	0,565 - 2,281	1,473	0,515 - 4,213
	≥ 2	1,442	0,439 - 4,743	1,037	0,222 - 4,843	0,518	0,028 - 9,435
Visitas al médico especialista, Ref: 0	1	0,831	0,407 - 1,693	1,494	0,653 - 3,416	0,350	0,122 - 1,001
	≥ 2	0,637	0,184 - 2,207	1,319	0,258 - 6,741	1,033	0,309 - 3,453
Prueba diagnóstica		1,235	0,753 - 2,025	0,332 ^(*)	0,168 - 0,656	9,401 ^(*)	3,183 - 27,760
Hospitalización		1,721	0,746 - 3,969	0,279 ^(*)	0,081 - 0,967	1,903	0,601 - 6,023
Restricción de actividad en las últimas 2 semanas		0,965	0,464 - 2,007	0,975	0,462 - 2,061	1,247	0,439 - 3,536
Limitación de las actividades de la vida diaria en los últimos 6 meses, Ref: Sí, gravemente limitado	Sí, limitado pero no gravemente	0,582	0,118 - 2,866	3,197	0,294 - 34,80	0,408	0,0556 - 2,989
	No, nada limitado	0,516	0,0914 - 2,910	3,053	0,316 - 29,53	0,476	0,047 - 4,830
Autopercepción de la salud, Ref: Muy buena o buena	Regular	1,224	0,556 - 2,690	0,944	0,465 - 1,915	0,662	0,094 - 4,651
	Mala o muy mala	0,499	0,115 - 2,167	2,789	0,300 - 25,89	1,459	0,197 - 10,820
Clase social, Ref: I-II	III	2,197	0,837 - 5,762	0,456	0,158 - 1,316	0,758	0,225 - 2,558
	IV-V-VI	2,557 ^(*)	1,213 - 5,389	0,934	0,417 - 2,092	0,207 ^(*)	0,0734 - 0,585
Tamaño de los municipios, Ref: Municipios con menos de 10.000	Municipios de 10.000 a 50.000	0,865	0,361 - 2,069	1,000	0,347 - 2,881	1,360	0,236 - 7,830
	Municipios con más de 50.000 y capital de provincia	0,765	0,351 - 1,665	0,529	0,198 - 1,409	5,985 ^(*)	1,143- 31,330

OR: *odds ratio*; SU: Servicios de Urgencias; (*) Valores significativos ($p < 0,05$).

clase social IV-V-VI: OR=0,037; IC 95%=0,012-0,116) (tabla 4).

Por último, en la población general, la edad (OR=1,009; IC 95%=1,001-1,016), un mayor número de consultas al médico de AP (OR=1,550; IC 95%=1,108-2,170), la realización de pruebas diagnósticas (OR=1,480; IC 95%=1,236-1,773), tener hospitalización (OR=1,546; IC 95%=1,201-1,991) y pertenecer a la clase social menos favorecida (clase IV-V-VI: OR=1,581; IC 95%=1,229-2,033) se asociaron a mayores probabilidades de utilizar los SU en hospitales públicos. Además, ser mujer (OR=0,732; IC 95%=0,625-0,857), un mayor número de medicamentos prescritos (OR=0,927; IC 95%=0,872-0,985) y ninguna limitación de las actividades de la vida diaria (OR=0,602; IC 95%=0,416-0,872) se asociaron con menores probabilidades de utilizar los SU en hospitales públicos. Las variables que se asociaron positivamente con la visita a los SU extrahospitalarios públicos fueron el sexo femenino (OR=1,538; IC 95%=1,270-1,862), un mayor número de medicamentos prescritos (OR=1,084; IC 95%=1,010-1,163), ninguna limitación de las actividades

de la vida diaria (OR=2,014; IC 95%=1,217-3,334) y no pertenecer a la clase social más favorecida (clase social III: OR=1,805; IC 95%=1,287-2,532 / clase social IV-V-VI: OR=1,973; IC 95%=1,395-2,789). Sin embargo, la probabilidad se redujo con un mayor número de consultas a médicos especialistas (OR=0,624; IC 95%=0,409-0,950), la realización de pruebas diagnósticas (OR=0,483; IC 95%=0,398-0,587) y tener hospitalizaciones (OR=0,491; IC 95%=0,339-0,711). En centros privados, una mayor probabilidad de uso de los SU estaba asociado con la realización de pruebas diagnósticas (OR=1,552; IC 95%=1,134-2,123) y residir en municipios de más de 10.000 habitantes (municipios de 10.000 a 50.000: OR=1,957; IC 95%=1,130-3,391 / municipios con más de 50.000 y capitales: OR=2,805; IC 95%=1,634-4,815). Fue mínima su utilización con autopercepción de salud regular y mala o muy mala (Regular: OR=0,510; IC 95%=0,376-0,691 / mala o muy mala: OR=0,498; IC 95%=0,312-0,796), y pertenecer a una clase social menos favorecida (clase social III: OR=0,665; IC 95%=0,463-0,953 / clase social IV-V-VI: OR=0,183; IC 95%=0,125-0,270) (tabla 5).

Tabla 4
OR ajustados a la probabilidad de tener una visita a los diferentes tipos de SU
en la población anciana con pluripatología.

Población anciana con pluripatología		SU hospital público		SU no hospitalario público		SU en centros privados	
		OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Edad		0,971	0,933 - 1,012	0,994	0,946 - 1,045	1,100	0,996 - 1,215
Mujer		1,042	0,665 - 1,633	1,180	0,702 - 1,984	0,342 ^(*)	0,132 - 0,885
Número de medicamentos		0,973	0,868 - 1,091	1,091	0,957 - 1,243	0,808	0,648 - 1,008
Número de enfermedades crónicas		1,125	0,965 - 1,311	0,941	0,809 - 1,094	0,949	0,671 - 1,344
Visitas al médico de atención primaria, Ref: 0	1	0,603 ^(*)	0,396 - 0,918	1,635 ^(*)	1,044 - 2,560	0,994	0,405 - 2,444
	≥ 2	0,631	0,333 - 1,199	1,731	0,896 - 3,343	1,152	0,237 - 5,595
Visitas al médico especialista, Ref: 0	1	1,024	0,527 - 1,993	0,810	0,352 - 1,860	4,953 ^(*)	1,376 - 17,830
	≥ 2	0,808	0,384 - 1,702	1,342	0,481 - 3,741	1,557	0,490 - 4,947
Prueba diagnóstica		1,542	0,883 - 2,693	0,654	0,366 - 1,167	1,828	0,653 - 5,116
Hospitalización		2,229 ^(*)	1,333 - 3,730	0,277 ^(*)	0,155 - 0,496	2,749 ^(*)	1,392 - 5,426
Restricción de actividad en las últimas 2 semanas		0,820	0,483 - 1,393	1,414	0,806 - 2,479	2,572	0,686 - 9,639
Limitación de las actividades de la vida diaria en los últimos 6 meses, Ref: Sí, gravemente limitado	Sí, limitado pero no gravemente	1,057	0,617 - 1,810	1,011	0,574 - 1,782	0,399	0,107 - 1,495
	No, nada limitado	1,199	0,630 - 2,281	0,896	0,414 - 1,940	0,320	0,088 - 1,162
Autopercepción de la salud, Ref: Muy buena o buena	Regular	0,838	0,489 - 1,436	1,406	0,672 - 2,939	0,880	0,345 - 2,249
	Mala o muy mala	0,858	0,427 - 1,722	1,130	0,487 - 2,623	0,546	0,124 - 2,405
Clase social, Ref: I-II	III	2,794 ^(*)	1,154 - 6,768	0,963	0,301 - 3,080	0,284 ^(*)	0,107 - 0,753
	IV-V-VI	3,767 ^(*)	2,236 - 6,344	0,954	0,444 - 2,046	0,037 ^(*)	0,012 - 0,116
Tamaño de los municipios, Ref: Municipios con menos de 10.000	Municipios de 10.000 a 50.000	1,146	0,569 - 2,307	1,040	0,486 - 2,226	0,504	0,100 - 2,533
	Municipios con más de 50.000 y capital de provincia	1,679 ^(*)	1,042 - 2,704	0,462 ^(*)	0,274 - 0,780	1,158	0,334 - 4,020

OR: *odds ratio*; SU: Servicios de Urgencias; (*) Valores significativos ($p < 0,05$).

Tabla 5
OR ajustados a la probabilidad de tener una visita a los diferentes tipos de SU en la población general.

Población general		SU hospital público		SU no hospitalario público		SU en centros privados	
		OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Edad		1,009 ^(*)	1,001 - 1,016	0,991	0,983 - 1,000	0,992	0,981 - 1,002
Mujer		0,732 ^(*)	0,625 - 0,857	1,538 ^(*)	1,270 - 1,862	0,986	0,743 - 1,308
Número de medicamentos		0,927 ^(*)	0,872 - 0,985	1,084 ^(*)	1,010 - 1,163	0,960	0,882 - 1,045
Número de enfermedades crónicas		1,018	0,945 - 1,097	0,997	0,920 - 1,081	1,003	0,902 - 1,114
Visitas al médico de atención primaria, Ref: 0	1	1,080	0,890 - 1,310	1,007	0,800 - 1,268	0,898	0,685 - 1,178
	≥ 2	1,550 ^(*)	1,108 - 2,170	0,791	0,531 - 1,177	0,634	0,356 - 1,129
Visitas al médico especialista, Ref: 0	1	1,013	0,828 - 1,240	0,788	0,617 - 1,005	1,424	0,967 - 2,098
	≥ 2	1,115	0,802 - 1,552	0,624 ^(*)	0,409 - 0,950	1,381	0,746 - 2,553
Prueba diagnóstica		1,480 ^(*)	1,236 - 1,773	0,483 ^(*)	0,398 - 0,587	1,552 ^(*)	1,134 - 2,123
Hospitalización		1,546 ^(*)	1,201 - 1,991	0,491 ^(*)	0,339 - 0,711	1,197	0,823 - 1,741
Restricción de actividad en las últimas 2 semanas		1,132	0,913 - 1,403	0,904	0,722 - 1,132	0,874	0,649 - 1,177
Limitación de las actividades de la vida diaria en los últimos 6 meses, Ref: Sí, gravemente limitado	Sí, limitado pero no gravemente	0,750	0,543 - 1,037	1,356	0,894 - 2,057	0,991	0,598 - 1,643
	No, nada limitado	0,602 ^(*)	0,416 - 0,872	2,014 ^(*)	1,217 - 3,334	0,916	0,540 - 1,557
Autopercepción de la salud, Ref: Muy buena o buena	Regular	1,121	0,874 - 1,438	1,325	0,988 - 1,779	0,510 ^(*)	0,376 - 0,691
	Mala o muy mala	1,165	0,883 - 1,538	1,262	0,822 - 1,940	0,498 ^(*)	0,312 - 0,796
Clase social, Ref: I-II	III	1,017	0,774 - 1,335	1,805 ^(*)	1,287 - 2,532	0,665 ^(*)	0,463 - 0,953
	IV-V-VI	1,581 ^(*)	1,229 - 2,033	1,973 ^(*)	1,395 - 2,789	0,183 ^(*)	0,125 - 0,270
Tamaño de los municipios, Ref: Municipios con menos de 10.000	Municipios de 10.000 a 50.000	0,844	0,545 - 1,307	1,077	0,650 - 1,785	1,957 ^(*)	1,130 - 3,391
	Municipios con más de 50.000 y capital de provincia	1,180	0,762 - 1,828	0,528 ^(*)	0,312 - 0,895	2,805 ^(*)	1,634 - 4,815

OR: *odds ratio*; SU: Servicios de Urgencias; (*) Valores significativos ($p < 0,05$).

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio sugieren una importante utilización de los SU en España. Dentro de cada una de las tres poblaciones analizadas se observan diferencias estadísticamente significativas. Aunque la población anciana pluripatológica presenta mayor riesgo de frecuentar los SU, las visitas a Urgencias también son atribuibles a una proporción considerable de pacientes jóvenes de entre 15 y 24 años.

En población general, la menor utilización de especialistas, pruebas diagnósticas u hospitalizaciones y una mayor prescripción de medicamentos se asocia con una mayor utilización de los SU no hospitalarios públicos. Sin embargo, un mayor uso de pruebas diagnósticas o tener hospitalizaciones se asocia con una mayor utilización de los SU de hospitales públicos en población general.

Por otro lado, la población mayor de 75 años con múltiples afecciones crónicas se asocia con un mayor uso de los SU no hospitalarios públicos, y el tener hospitalizaciones se vincula con un mayor uso de los SU tanto en hospitales públicos como en centros privados. Aunque algunos pacientes usan los SU para afecciones leves, en la literatura se puede encontrar que los usuarios frecuentes a menudo son pacientes con múltiples enfermedades crónicas relacionadas con altas tasas de ingresos y de mortalidad^(17,18,19). La polifarmacia se usa como un indicador de la gravedad de la comorbilidad, por lo que puede considerarse como un factor asociado con el uso de los SU por parte de los adultos mayores⁽²⁰⁾. En un estudio que analiza pacientes del proyecto FIDUR, los autores observan que pacientes con mayor edad, comorbilidad y deterioro cognitivo presentan mayor probabilidad de hiperfrecuentar los SU a lo largo del año 2013⁽²¹⁾.

La planificación y la atención de los SU deben considerar los factores analizados en el presente estudio, ya que el envejecimiento de la población, junto con el aumento de las situaciones de cronicidad y de dependencia en la población mayor, es un fenómeno que ya se está produciendo en todos los países desarrollados⁽²²⁾. Puig-Campmany *et al* proponen una adaptación del SU para la atención de pacientes de edad avanzada⁽²³⁾. Asimismo, es fundamental resaltar la necesidad de crear una especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias para el manejo de los pacientes en los servicios de Urgencias, la cual está reconocida como especialidad primaria con cinco años de formación en varios países de la Unión Europea^(24,25).

Respecto al centro o servicio de atención, es interesante mencionar que la elección mayoritaria por parte de los tres grupos de población definidos en este estudio son los centros hospitalarios públicos, llegando a cifras superiores al 70% para los ancianos pluripatológicos. Además, resulta llamativa la fuerte asociación de la utilización de los SU en centros privados por jóvenes de entre 15 y 24 años con tener pruebas diagnósticas y residir en municipios con más de 50.000 habitantes o capitales de provincia. Algunos autores observan que los pacientes más jóvenes son los que acuden a los SU espontáneamente y, en la mayoría de las ocasiones, el uso de los SU es inapropiado^(26,27,28), ya que lo utilizan por la expectativa de una atención más rápida o por una mayor confianza⁽²⁹⁾.

Finalmente, los resultados demuestran la influencia de factores no clínicos sobre el uso de los SU, como el nivel socioeconómico⁽³⁰⁾ y el tamaño del municipio de residencia⁽³¹⁾. En trabajos previos se demuestra que los usuarios pertenecientes al grupo de menor nivel socioeconómico son los que tienen mayor probabilidad de usar los SU^(30,32).

Este estudio cuenta con algunas limitaciones. En primer lugar, al tratarse de un estudio transversal, no se puede establecer causalidad. No obstante, sus resultados son consistentes con estudios previos. En segundo lugar, el diagnóstico médico declarado por los usuarios no proviene de la historia clínica del paciente, sino que la información fue autoreportada por los participantes en la encuesta. Por último, en la encuesta no se tienen en cuenta otros posibles factores de confusión, como el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad e indicadores de la calidad de la atención. Sin embargo, la principal fortaleza es que al ser un estudio secundario con datos probabilísticos de la ENS 2017, los resultados son comparables con las encuestas nacionales realizadas anteriormente. Además, los datos recogidos tienen representatividad nacional y por comunidades autónomas, por lo que los resultados de este estudio pueden ser de utilidad para diseñar estrategias y políticas públicas sobre el uso de los SU en España.

En conclusión, las características asociadas con la utilización de los SU, tanto públicos como privados, así como hospitalarios y extrahospitalarios, difieren según las características socioeconómicas y los factores clínicos. La presencia de una demanda elevada del uso de los SU en España, con una tendencia creciente en los últimos años, está provocando la saturación de los servicios. Estos datos sugieren reconducir las intervenciones para mejorar los resultados de la atención, así como conseguir un uso más racional de los SU.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cabeza JJM, Quintero BD, Sánchez JM *et al.* de Cuidados Críticos y Urgencias de un hospital general. Published online 2007:70-76.
2. Salgado E, Antolín A, Rodríguez D, Bragulat E, Sánchez M, Miró Ò. Cuantificación de los efectos negativos de la sobrecarga invernal en urgencias y de la efectividad de las medidas extraordinarias invernales para paliarlos. *Med Clin (Barc)*. Published online 2008. doi: 10.1157/13116572
3. Sánchez M, Santiago I. Áreas organizativas específicas y circuitos preferentes para patologías prevalentes en urgencias. *An Sist Sanit Navar*. Published online 2010. doi: 10.4321/s1137-66272010000200011
4. Sarría Santamera A, Prado Galbarro J, Quintana Díaz M, Martínez Virto A. [Determinants of utilization of emergency departments in Spain]. *Aten primaria*. 2015;47(6):386-388. doi: 10.1016/j.aprim.2014.09.011
5. Salway R, Valenzuela R, Shoenberger J, Mallon W, Viccellio A. Congestión en el servicio de urgencia: respuestas basadas en evidencias a preguntas frecuentes. *Rev Médica Clínica Las Condes*. Published online 2017. doi: 10.1016/j.rmclc.2017.04.009
6. Nawar EW, Niska RW, Xu J. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2005 emergency department summary. *Adv Data*. Published online 2007.
7. INE. Indicadores sociales. Inst Nac Estadística; España. Published online 2011. <https://www.ine.es/daco/daco42/sociales11/sociales.htm>
8. Fernández-Olano C, Hidalgo JDLT, Cerdá-Díaz R *et al.* Factors associated with health care utilization by the elderly in a public health care system. *Health Policy (New York)*. Published online 2006. doi: 10.1016/j.healthpol.2005.02.005
9. Palacios-Ceña D, Hernández-Barrera V, Jiménez-García R, Valle-Martín B, Fernández-De-Las-Peñas C, Carrasco-Garrido P. Has the prevalence of health care services use increased over the last decade (2001-2009) in elderly people? A Spanish population-based survey. *Maturitas*. Published online 2013. doi: 10.1016/j.maturitas.2013.07.016
10. Luciano Devis JV, Serrano Blanco A. Los hiperfrecuentadores en atención primaria: perfil sociodemográfico, características clínicas y propuesta de una nueva definición. *Aten Primaria*. Published online 2008. doi: 10.1016/S0212-6567(08)75697-X

11. Castillo EM, Brennan JJ, Killeen JP, Chan TC. Identifying frequent users of emergency department resources. *J Emerg Med*. Published online 2014. doi:10.1016/j.jemermed.2014.03.014
12. Vinton DT, Capp R, Rooks SP, Abbott JT, Ginde AA. Frequent users of US emergency departments: Characteristics and opportunities for intervention. *Emerg Med J*. Published online 2014. doi: 10.1136/emered-2013-202407
13. Ponce-Varillas TI. Hacinamiento en los servicios de emergencia TT - Overcrowding in the hospital emergency services. *An la Fac Med*. Published online 2017.
14. Yarmohammadian MH, Rezaei F, Haghshenas A, Tavakoli N. Overcrowding in emergency departments: A review of strategies to decrease future challenges. *J Res Med Sci*. Published online 2017. doi: 10.4103/1735-1995.200277
15. Hoot NR, Aronsky D. Systematic Review of Emergency Department Crowding: Causes, Effects, and Solutions. *Ann Emerg Med*. Published online 2008. doi: 10.1016/j.annemergmed.2008.03.014
16. Bonilla-García JL, Cortiñas-Sáenz M, Mora Cerón K, Carricondo Martínez MI, Jerez Collado F, Navajas Gómez de Arana AI. Aumento de la demanda asistencial en un servicio hospitalario de urgencias por cuadros de dolor y su relación con la crisis económica. *Rev Electrónica Anestesiología*. 2014;6(2 SE-):3. doi: 10.30445/rear.v6i2.211
17. Pines JM, Asplin BR, Kaji AH *et al*. Frequent users of emergency department services: Gaps in knowledge and a proposed research agenda. *Acad Emerg Med*. Published online 2011. doi: 10.1111/j.1553-2712.2011.01086.x
18. Acosta AM, Lima MAD da S. Frequent users of emergency services: Associated factors and reasons for seeking care. *Rev Lat Am Enfermagem*. Published online 2015. doi: 10.1590/0104-1169.0072.2560
19. Torné Vilagrà E, Guarga Rojas A, Torras Boatella MG, Pozuelo García A, Paserin Rua M, Borrell Thió C. [Analysis of demand in the emergency services of Barcelona]. *Aten primaria*. 2003;32(7):423-424. doi: 10.1016/S0212-6567(03)70761-6
20. Laflamme L, Monárrez-Espino J, Johnell K, Elling B, Möller J. Type, number or both? A population-based matched case-control study on the risk of fall injuries among older people and number of medications beyond fall-inducing drugs. *PLoS One*. Published online 2015. doi: 10.1371/journal.pone.0123390
21. Fernández Alonso C, Romero Pareja R, Rivas García A, Jiménez Gallego R, Majo Carbajo Y, Aguilar Mulet JM. Proyecto FIDUR: Pacientes hiperfrecuentadores fidelizados en servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias*. Published online 2016.
22. Ramos Cordero P, Pinto Fontanillo JA. Las personas mayores y su salud: situación actual. *Av Odontostomatol*. Published online 2015. doi: 10.4321/s0213-12852015000300001
23. Puig Campmany M, Blázquez Andión M, Ris Romeu J. Learn, unlearn, and learn again: the secret to changing how elderly patients are attended in the emergency department. *Emergencias Rev la Soc Esp Med Emergencias*. 2020;32(2):122-130.
24. García-Castrillo Riesgo L, Vázquez Lima MJ. [Specialization in emergency medicine in Europe: Spain is in danger of being left behind]. *Emergencias Rev la Soc Esp Med Emergencias*. 2015;27(4):216-218.
25. González Armengol J, Vázquez Lima MJ. Emergency medicine - a specialty that absolutely must have its place in medical education. *Emergencias Rev la Soc Esp Med Emergencias*. 2020;32(6):379-380.
26. Carret MLV, Fassa AG, Kawachi I. Demand for emergency health service: Factors associated with inappropriate use. *BMC Health Serv Res*. Published online 2007. doi: 10.1186/1472-6963-7-131
27. Sempere-Selva T, Peiró S, Sendra-Pina P, Martínez-Espín C, López-Aguilera I. Inappropriate use of an accident

- and emergency department: Magnitude, associated factors, and reasons - An approach with explicit criteria. *Ann Emerg Med*. Published online 2001. doi: 10.1067/mem.2001.113464
28. Reinoso Hermida S, Díaz Grávalos GJ, Robles Castiñeiras A, Pereiro Sánchez E, Fernández Cardama E, López González A. Forma de acceso a los Servicios de Urgencia hospitalarios y pertinencia de la consulta. *Rev Clínica Med Fam*. Published online 2011. doi: 10.4321/s1699-695x2011000300004
29. Aranaz Andrés JM, Martínez Nogueiras R, Velázquez de Castro MTG, Rodrigo Bartual V, García PA, Gómez Pajares F. ¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarios por iniciativa propia? *Gac Sanit*. Published online 2006. doi: 10.1157/13091147
30. Khan Y, Glazier RH, Moineddin R, Schull MJ. A population-based study of the association between socioeconomic status and emergency department utilization in Ontario, Canada. *Acad Emerg Med*. Published online 2011. doi: 10.1111/j.1553-2712.2011.01127.x
31. Peiró S, Librero J, Rídao M, Bernal-Delgado E. Variabilidad en la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios del Sistema Nacional de Salud. *Gac Sanit*. Published online 2010. doi: 10.1016/j.gaceta.2009.06.008
32. Sarriá-Santamera A, Prado-Galbarro J, Ramallo-Farina Y, Quintana-Díaz M, Martínez-Virto A, Serrano-Aguilar P. Utilización de los servicios de urgencias en zonas rurales y urbanas. *Semer - Med Fam*. 2015;41(2):63-69. doi: 10.1016/j.semerg.2014.02.006