

SERVICIOS SANITARIOS 1

Viernes 7 de octubre de 2011. 15:30 a 17:00 h

Aula 2 – Escuela Nacional de Medicina del Trabajo

Comunicaciones orales (10 minutos)

Modera: Francisco Cuberta

264. DISTANCIAS Y UTILIZACIÓN AUTOREFERIDA DE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS. UN ANÁLISIS MULTINIVEL

B. Sanz Barbero^a, L. Otero García^a, T. Blasco Hernández^b

^aEscuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid;

^bCentro Nacional de Medicina Tropical, Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

Antecedentes/Objetivos: La utilización autoreferida de los servicios de urgencias hospitalarias por iniciativa propia (vs referida por un médico) representa el 80% de la demanda. Esta es una variable predictora del uso inadecuado de los servicios de urgencias hospitalarios. Los ob-

jetivos del presente trabajo son explorar el efecto independiente de la distancia del municipio de residencia al hospital sobre el estatus de referencia (derivado/iniciativa propia) del usuario de las urgencias hospitalarias; describir la variabilidad entre municipios en el estatus de referencia del paciente, y analizar qué parte de esta variabilidad es explicada por las distancias.

Métodos: Estudio transversal. Fuentes de datos: variables individuales: Encuesta Regional de Salud de Castilla y León del año 2003; Variables municipales: Censo de Población y Vivienda 2001. Mediante modelos de regresión logística multinivel de intersección aleatoria se analizó la asociación entre la distancia al municipio de residencia-hospital de referencia y el estatus de referencia en la utilización de los servicios de urgencias hospitalarias.

Resultados: El 26,3% de las personas que utilizaron las urgencias hospitalarias fueron referidas por un profesional sanitario. Las personas que viven en municipios que distan más de 30 minutos del hospital tienen una probabilidad de hacer un uso referido de las urgencias hospitalarias 2,38 veces mayor que los usuarios que viven en un municipio que tiene hospital. Existe una alta variabilidad entre municipios en el estatus de referencia de los usuarios de las urgencias hospitalarias (variance 1,902; error estándar 0,672). El porcentaje de variabilidad atribuible al municipio es de un 36,6%. La distancia explica un 29,3% de la variabilidad encontrada. En el modelo final, el porcentaje de variabilidad explicada fue del 49,3%.

Conclusiones: Cuando se incrementan las distancias, desde los núcleos de residencia al hospital, existe una mayor utilización de los servicios de urgencias hospitalarias previa derivación médica. Esto podría indicar que las personas que viven en zonas alejadas del hospital hacen una mayor utilización de los servicios de urgencias de atención primaria, o bien que, según el contexto geográfico en que los usuarios residen, existe variabilidad en la toma de decisiones por parte del personal médico, de forma que los médicos derivarían con más frecuencia a aquellos usuarios que viven más alejados del hospital.

Financiación: Proyecto FIS PI 080306.

586. EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE UN SISTEMA DE PRIORIZACIÓN PARA ARTROPLASTIAS DE RODILLA Y CADERA

C. Tebé^{a,b}, M. Comas^{b,c}, P. Adam^{a,b}, M. Espallargues^{a,b}

^aAgència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut; ^bCIBER de Epidemiologia y Salud Pública; ^cServei d'Avaluació i Epidemiologia, Clínica del Parc de Salut Mar.

Antecedentes/Objetivos: La Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques desarrolló en 2002 un sistema lineal de puntos (0-100) para priorizar la lista de espera de artroplastias de rodilla y cadera. El objetivo fue evaluar el impacto de la aplicación del sistema de priorización para las artroplastias de rodilla y cadera sobre el orden de intervención y el tiempo de espera.

Métodos: Estudio retrospectivo evaluativo con datos del registro de listas de espera del Servei Català de la Salut. Se seleccionaron las altas del registro por artroplastia de rodilla o cadera en los hospitales de la red de utilización pública de Catalunya entre 2003 y 2009. Se excluyeron las revisiones de prótesis por ser procedimientos no estrictamente electivos. Se analizaron las características de los pacientes y la asociación (rho Spearman) entre la puntuación de prioridad (PP) con el tiempo de espera y con el orden de intervención. Se realizó un análisis de simulación con un modelo determinista para comparar una aplicación estricta de la PP con una aplicación *first-in first-out* (FIFO) y con el orden real de intervención. Se exploró un modelo de regresión multinivel (pacientes anidados por centro) tomando el número de posiciones ganadas/perdidas como variable dependiente y la PP como independiente.

Resultados: Entre 2003 y 2009 fueron altas por artroplastia de rodilla 46.096 pacientes. La edad media fue de 72 años, un 72% eran mujeres y un 67% disponía de PP. Para la artroplastia de cadera el número de altas fue de 20.590. La edad media fue de 68 años, un 51% eran mujeres y un 46% disponía de PP. La distribución de la PP para ambos procedimientos fue asimétrica negativa con una media de 67 puntos para rodilla y 70 para cadera. La mediana del tiempo de espera se redujo hasta los 3,7 meses para rodilla y 3 para cadera, partiendo de los 9 y 6 meses, respectivamente. La asociación de la PP con el tiempo de espera no fue significativa (-0,02 rodilla y -0,12 cadera), tampoco con el orden de intervención (-0,09 rodilla y -0,15 cadera). La simulación mostró que el orden real de intervención se asemeja más a un FIFO que a una aplicación estricta de la PP. En el modelo multinivel con la constante y la pendiente de la PP aleatorias el efecto de la PP fue significativo (a mayor PP más posiciones ganadas) para ambos procedimientos.

Conclusiones: La PP fue registrada de forma notable para ambos procedimientos, aunque su impacto sobre el orden de intervención y el tiempo de espera no fue destacable. El análisis por centros mostró que en algunos existía priorización y esta se asociaba con la PP.

671. CESÁREAS EN PARTOS DE BAJO RIESGO. ASOCIACIÓN CON LA IMPLANTACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD

S. Peiró^a, J. Libroero^{ab}, A. Belda^c, J. Calabuig^c

^aCentro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP); ^bInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS); ^cAgencia Valenciana de Salud.

Antecedentes/Objetivos: La Agencia Valenciana de Salud (AVS) incorporó en 2009 al contrato de gestión con los Departamentos de Salud un indicador específico de "tasa" de cesáreas en partos de bajo riesgo. El objetivo de este trabajo es valorar si este indicador se asoció a cambios en la tendencia de las tasas de cesárea.

Métodos: Diseño: series temporales. Población: partos de bajo riesgo de cesárea en hospitales de la Agencia Valenciana de Salud durante el periodo 2005 a mayo de 2010. Criterios de inclusión: grupos relacionado de diagnósticos 370, 375, 650 o 652, edad < 35 años, tiempo de gestación 37-41 semanas o NC y peso del nacido 2.500-3.999 o NC. Criterios de exclusión: embarazo múltiple, presentación no cefálica, cesárea previa, placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta, preeclampsia severa, crecimiento intrauterino restringido, presencia de cualquier neoplasia, infecciones, miopía magna y trombofilias. Fuente de datos: conjunto mínimo de datos básicos. Análisis: modelización de las tendencias desestacionalizadas mediante modelos ARIMA y análisis de regresión segmentada de las series mensuales de cesáreas 2005-2010.

Resultados: Se analizó un total de 211.708 partos (55% de bajo riesgo). La tasa global de cesareas fue del 24,4% (bajo riesgo: 11,3%; resto de partos: 40,0%). A partir de una constante inicial de 12,98 cesáreas por 100 partos de bajo de riesgo, la tasa de cesáreas en este grupo se redujo durante 2005-2009 en -0,031 puntos por mes ($p < 0,001$). A partir de la implantación del indicador, y respecto a la tendencia previa, esta reducción se incrementó en -0,077 puntos por mes ($p = 0,017$) hasta alcanzar el 10,5% a final del periodo. En el resto de partos, la tasa de cesáreas se redujo -0,016 puntos por mes ($p < 0,001$) durante el periodo 2005-2008, pero respecto a este periodo la tendencia se incrementó en +0,019 puntos ($p = 0,041$) a partir de la implantación del indicador de partos de bajo riesgo.

Conclusiones: La incorporación del indicador de cesáreas en partos de bajo riesgo se asoció a un descenso en la tasa de cesáreas en este grupo que no se produjo en el resto de partos, aunque el diseño de este estudio no permite excluir otros posibles factores causantes de los cambios en la tendencia.

Financiación: Fundación Mapfre. Conflicto de intereses: Ninguno.

716. ANÁLISIS DE COSTES DEL PROCESO DE CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA EN EL HOSPITAL COSTA DEL SOL, 2006-2010

M. Aguilar Bernier^a, F. Rivas Ruiz^b, L. Martín Márquez^c, M. de Troya Martín^a

^aServicio de Dermatología; ^bUnidad de Apoyo a la Investigación; ^cControl de Gestión y Planificación, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Antecedentes/Objetivos: El cáncer cutáneo no melanoma (CCNM) es la neoplasia más frecuente de la raza blanca. El progresivo aumento de estas neoplasias en poblaciones como la europea constituye un importante problema de salud pública que se presume tendrá un gran impacto en los costes sanitarios en las próximas décadas. **Objetivo:** Analizar el coste del tratamiento quirúrgico del cáncer de piel no melanoma en el periodo de tiempo 2006-2010 con la finalidad de definir estrategias de optimización de costes en los próximos años. Comparar dos procedimientos de análisis de costes: el modelo tradicional de análisis de costes por GRD y el nuevo modelo de análisis de costes por proceso. **Diseño:** estudio retrospectivo que incluye una serie consecutiva de 3.030 pacientes intervenidos de cáncer de piel no melanoma (CPNM), confirmado histológicamente, en el Hospital Costa del Sol desde el 1 de enero de 2006 al 31 de diciembre de 2010. Las variables estudiadas incluyen datos demográficos (edad, sexo, país de origen), clinicoterapéuticos (diagnóstico principal, localización, otros diagnósticos, procedimiento principal) y administrativos (costes GRD y costes por proceso).

Métodos: Elaboración de un análisis de costes por GRD mediante el uso de tarifas GRD asignadas a cada paciente (aplicación de tarifas estándar de facturación por GRD facilitadas por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía). Elaboración de un análisis de costes por proceso basado en la confección de un proceso quirúrgico en el que previamente se han identificado e incluido las actividades ligadas al mismo y se han determinado los costes reales por actividad.

Resultados: El análisis de costes por procesos evidenció un coste total y promedio significativamente inferior a los obtenidos con el cálculo por GRD.

749. ¿CÓMO PERCIBEN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL LOS PACIENTES DEL SISTEMA SANITARIO CATALÁN?

M.B. Aller^a, M.L. Vázquez^a, I. Sánchez-Pérez^b, J. Coderch^b, J.R. Llopart^c, M. Ferran^d, L.I. Colomé^s, I. Vargas^a

^aConsorci de Salut i Social de Catalunya; ^bServeis de Salut Integrats Baix Empordà; ^cBadalona Serveis Assistencials; ^dInstitut Català de la Salut; ^eGrup SAGESA.

Antecedentes/Objetivos: Determinar el grado de continuidad (CA) de relación, información y gestión percibida por los usuarios de los servicios de salud en Cataluña e identificar sus factores asociados.

Métodos: Estudio transversal, mediante encuesta a usuarios de los servicios de salud atendidos en atención primaria (AP) y especializada (AE) en los últimos 3 meses por un mismo motivo. El estudio se realizó en 3 áreas del sistema de salud de Cataluña. Se seleccionó una muestra aleatoria de 1.500 pacientes. Los datos fueron recogidos mediante entrevistas presenciales (enero a mayo de 2010) mediante el cuestionario CCAENA[®], que mide la percepción de CA a través de escalas de Likert. Los resultados de la CA se analizaron mediante análisis descriptivos y modelos de regresión logística múltiple. Las variables independientes fueron el área de estudio, las características sociodemográficas y de morbilidad.

Resultados: Un mayor porcentaje de usuarios expresó mejor vínculo con los profesionales de AP (94%) que con los de AE (83%) (CA de relación). Un menor porcentaje de usuarios inmigrantes expresó una buena relación con el médico de AP (OR: 0,40, IC 95%, 0,24-0,65). Los

hombres y los usuarios con mal estado de salud expresaron en menor porcentaje una buena relación con los profesionales de AE (OR: 1,41, IC 95%, 1,04-1,90 y OR: 0,61, IC 95%, 0,45-0,83). En cuanto a la CA de información, cerca del 71% de los pacientes percibió una buena transferencia de la información. Los usuarios con estudios secundarios o universitarios mostraron una menor probabilidad de percibir una buena transferencia de la información que los usuarios con los estudios primarios incompletos (OR: 0,63, IC 95%, 0,42-0,95 y OR: 0,57, IC 95%, 0,35-0,91). El 91,6% de los usuarios expresó una buena consistencia de la atención (CA de gestión). Los pacientes de mayor edad y aquellos atendidos en áreas donde la AP y la AE son gestionadas por la misma organización expresaron una mejor percepción de CA de información y gestión.

Conclusiones: Por lo general, los usuarios perciben una buena CA de relación y gestión, aunque un destacable porcentaje de usuarios expresó una baja CA de información. La percepción de los pacientes parece diferir según factores individuales y contextuales.

Financiación: Fondo Investigaciones Sanitarias; PI08/90154.

864. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA: UN ENFOQUE CENTRADO EN EL MÉDICO

A. Calderón^a, B. Poblador^a, F. González^b, J.M. Abad^c, A. Poncel^d, T. Martínez-Cañavate^e, A. Prados^a

^aInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS), IIS Aragón; ^bCentro de Salud Delicias Sur, Zaragoza; ^cDepartamento de Salud y Consumo de Aragón; ^dServicio Aragonés de Salud (SALUD); ^eFundación IAVANTE.

Antecedentes/Objetivos: Asegurar la sostenibilidad de los sistemas públicos de salud es una necesidad ineludible y resulta necesario diseñar y evaluar estrategias para una gestión eficiente y racional de los recursos sanitarios. Además, hemos de conocer y controlar los principales factores que influyen en el consumo de recursos. Las variables relacionadas con el proveedor han sido poco estudiadas, sin embargo, son más fácilmente modificables que las variables del paciente. El objetivo es analizar en qué medida influye el médico en el consumo de recursos de atención primaria (p. ej., gasto farmacéutico y frecuentación) cuando se tienen en cuenta las características del paciente.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo basado en la población (n = 54.521) y los profesionales asignados (81 médicos de familia) a 7 centros de salud urbanos de Zaragoza en 2010. La información del paciente proviene de la historia clínica informatizada (p. ej., sexo, edad, case mix –ACG®– y visitas) y la base de datos de farmacia (p. ej., gasto farmacéutico). La información del profesional se obtuvo mediante cuestionario previamente validado (tasa de respuesta = 69,1%). Se realizó análisis factorial previo de las variables del médico para reducir la dimensionalidad. Se empleó análisis multinivel para conocer la capacidad explicativa de los factores del paciente (nivel 1) y del profesional (nivel 2).

Resultados: El análisis factorial (KMO = 0,65) reveló 4 componentes principales: 1) iniciativa propia durante actividad asistencial, 2) iniciativa propia fuera de horario laboral, 3) receptividad ante la industria farmacéutica y 4) variables no modificables como la antigüedad y sexo. El nivel 2 (profesional) explica un 1,1 y un 9,0% de la parte de variabilidad no explicada por el nivel 1 (paciente) para gasto farmacéutico (R² = 29,4%) y frecuentación (R² = 38,8%), respectivamente. La iniciativa personal del médico en su labor asistencial en el centro de salud se asocia negativamente con consumo de recursos (p < 0,05). A su vez, las variables no modificables del médico como la antigüedad y el hecho de ser hombre se relacionan positivamente con el consumo de recursos (p < 0,05).

Conclusiones: Las características del paciente absorben la mayor parte de la variabilidad en el consumo de recursos sanitarios, dejando un margen escaso para las actuaciones dirigidas al médico. De ahí se

deriva la importancia de una aproximación clínica a la situación del paciente y una respuesta adecuada a sus necesidades.