UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Medicina Clínica

ESTUDIO DE EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA SOBRE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN UN ÁREA DE SALUD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA.

TESIS DOCTORAL

- **PRESENTADA POR:** ***Dª. M CARMEN MARTÍNEZ SUAY***
- **DIRIGIDA POR:** ***Prof. VICENTE GIL GUILLÉN y***
  Dr. DOMINGO OROZCO BELTRÁN.

Alicante, Febrero de 2009

UNIVERSITAS
Miguel
Hernández

“La verdadera grandeza de la ciencia acaba valorándose por su utilidad”.

Gregorio Marañón (1887- 1950)

UNIVERSITAS
Miguel
Hernández

AGRADECIMIENTOS

- Al Prof. Vicente Gil Guillén, director de esta tesis, por haber hecho posible la realización de la misma, ya que sin sus conocimientos y excelente disposición ello nunca hubiese sido posible.

- Al Dr. Domingo Orozco Beltrán, codirector, por su disposición y saber hacer, en la transmisión de conocimientos estadísticos e informáticos y su inestimable ayuda a lo largo de todo el proceso.
- A la Dra. Isabel Prieto Erades que ha guiado mis pasos al inicio de este trabajo.
- A Pablo Martínez Cánovas, por su colaboración en el tratamiento informático de las bases de datos.
- A los pediatras de los centros de salud del Área 17, por su colaboración en la recogida de datos. A los facultativos, especialmente a mis compañeras Clara, Encarna y Caridad, y a los pacientes que han sido objeto de este estudio, cuyos datos han sido la base de esta tesis.
- A David, Belén y Lucía, por el tiempo que no les he podido dedicar debido a la elaboración de esta tesis.
- A mis padres por su apoyo incondicional.

UNIVERSITAS
Miguel
Hernández

PRINCIPALES SIGLAS UTILIZADAS EN EL DOCUMENTO

APS: Atención Primaria de la Salud

CA: Consultorio Auxiliar

CIAP: Clasificación Internacional para Atención Primaria

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

CS: Centro de Salud

EAP: Equipo de Atención Primaria

ECG: Electrocardiograma

EVES: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud

HSAP: Historia de Salud en Atención Primaria

MIR: Médico Interno Residente

OMS: Organización Mundial de la Salud

PAC: Punto de Atención Continuada

Semfyc: Sociedad Española de Medicina de Familia

SIGAP: Sistema de Información para la Gestión de Información en Atención Primaria

SIP: Sistema de Información Poblacional

SIS: Sistema de Información Sanitaria.

SOAP: Subjetivo, Objetivo, Actitud diagnóstica y Plan terapéutico

SyN-PC: Estudio: "Situación y Necesidades en la Práctica Clínica"

UBA: Unidad Básica Asistencial

UHD: Unidad de Hospitalización a Domicilio

WONCA: World Organization of National Collegies and Academies of Family Medicine

ZBS: Zona Básica de Salud

UNIVERSITAS
Miguel
Hernández

UNIVERSITAS Miguel Hernández

ÍNDICE

UNIVERSITAS
Miguel
Hernández

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN 7

1.1. CONCEPTO DE ATENCIÓN PRIMARIA 7
1.1.1. CONCEPTO 7
1.1.2. CONTENIDOS 9
1.1.3. ELEMENTOS PRINCIPALES 10
1.1.4. EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA 13
1.1.5. ATENCIÓN PRIMARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA 15
1.2. PEDIATRIA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS 17
1.2.1. DEFINICIÓN DE LA ESPECIALIDAD Y CAMPO DE ACCIÓN 17
1.2.2. CONTENIDOS ESPECÍFICOS 19
1.3. PEDIATRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA. 21
1.3.1. ASPECTOS ESPECÍFICOS 21
1.3.2. LA PEDIATRIA EN EL MODELO ESPAÑOL DE ATENCIÓN PRIMARIA 23
1.4. LEGISLACIÓN 26
1.4.1. Constitución Española 26
1.4.2. Ley General de Sanidad 26
1.4.3. LEGISLACIÓN sanitaria EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. 29
1.4.3.1. Mapa sanitario de la Comunidad Valenciana 30
1.4.3.2. Ley de ordenación sanitaria de la Comunidad Valenciana. 31
1.5. GESTION CLÍNICA 35
1.5.1. CONCEPTO 35
1.5.2. GESTION DE ATENCIÓN primaria EN LA COMUNIDAD VALENCIANA 37
1.5.2.1. Plan de Salud 2001-2004. 38
1.5.2.1.1. Objetivos Generales del Plan de Salud 40
1.5.2.1.2. Equidad de salud entre los géneros 41
1.5.2.1.3. Políticas públicas saludables 42
1.5.2.2. Cartera de servicios 43
1.5.2.2.1. Cartera de servicios en Pediatría 45
1.5.2.3. Contrato de gestión 48
1.6. SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA 54
1.6.1. DEFINICIÓN DE SISTEMA DE INFORMACIÓN 55
1.6.2. OBJETIVOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN 56
1.6.3. TIPOS DE REGISTRO EN ATENCIÓN PRIMARIA 57
1.6.4. PERSPECTIVAS DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA: CMBD-AP. 58
1.6.5. SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA 59
1.6.5.1. Objetivos del SIGAP 60
1.6.5.2. Definiciones operativas e indicadores 62
1.6.5.3. Indicadores más utilizados en Atención Primaria 63
1.6.5.4. Datos del SIGAP para los Centros de Salud del Área 17 64
1.6.6. HISTORIA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA. 65
1.6.6.1. Informatización de la Historia Clínica 66
1.7. EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA 67
1.7.1. CONCEPTO Y APLICACIONES DE LA EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA. 67

1.7.1.1. Concepto básico de epidemiología 67
1.7.1.2. Concepto de epidemiología clínica 68
1.7.1.3. Aplicaciones de la epidemiología clínica 70
1.7.1.3.1. Asistencia o práctica clínica: 70
1.7.1.3.2. Investigación 71
1.7.1.3.3. Formación continuada 71
1.7.2. INDICADORES DE VALIDEZ. COCIENTES DE PROBABILIDAD. CONSISTENCIA O FIABILIDAD. 72

2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO 79

3. ESTIMACIÓN DE PARÁMETROS POBLACIONALES Y CONTRASTE DE HIPÓTESIS 87

3.1. ESTIMACIÓN DE PARÁMETROS POBLACIONALES. 87
3.2. CONTRASTE DE HIPÓTESIS 88

4. OBJETIVOS 93

4.1. OBJETIVO PRIMARIO: 93
4.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS: 93

5. MATERIAL Y MÉTODO 97

5.1. MATERIAL: ESTRUCTURA, FUNCIONES Y RECURSOS DEL AREA 17 DE SALUD. UNIDADES COLABORADORAS. 97
5.1.1. PERFIL GEOGRÁFICO Y DEMOGRÁFICO DEL ÁREA 97
5.1.2. RECURSOS ESTRUCTURALES DEL ÁREA 100
5.1.3. RECURSOS HUMANOS DEL ÁREA 102
5.1.4. UNIDADES COLABORADORAS EN EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN 114
5.2. MÉTODO 115
5.2.1. ESQUEMA GENERAL DEL ESTUDIO 115
5.2.2. RESUMEN METODOLÓGICO DEL ESTUDIO 118
5.2.3. DISEÑO DEL ESTUDIO 119
5.2.3.1. TIPO DE ESTUDIO 119
5.2.3.2. AMBITO DEL ESTUDIO 119
5.2.3.3. MUESTREO ALEATORIO Y PÉRDIDAS. 120
5.2.3.4. CALCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL 121
5.2.3.5. LABOR DE CAMPO 122
5.2.3.6. PRUEBA PILOTO 123
5.2.3.7. LOS DÍAS ELEGIDOS 123
5.2.3.8. INCIDENCIAS DEL ESTUDIO 123
5.2.3.9. PROTOCOLO DEL ESTUDIO 124
5.2.3.10. ESTUDIO DE LA ACTIVIDAD RECOGIDA EN LA HOJA DE TRABAJO / CITA PREVIA 126
5.2.3.11. METODO DE RECOGIDA DE DATOS PARA LA VALIDACIÓN DE LA HOJA DE TRABAJO / CITA PREVIA 127
5.2.3.12. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN 127
5.2.4. LA GESTIÓN DE LA CONSULTA EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA 128
5.2.5. CODIFICACIÓN DE LOS MOTIVOS DE CONSULTA 130
5.2.6. INDICADORES DE VALIDEZ. COCIENTES DE PROBABILIDAD. INDICE KAPPA. 133

5.2.7. PROCESAMIENTO INFORMÁTICO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO. 139
5.2.8. ESTRATEGIA DE BúSQUEDA BIBLIOGRÁFICA 140

6. RESULTADOS 143

6.1. RESULTADOS GENERALES. RESULTADOS DESCRIPTIVOS. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA ESTUDIADA. 143
6.1.1. TAMAÑO DE LA MUESTRA 143
6.1.2. DATOS DEMOGRÁFICOS 144
6.1.2.1. SEXO 144
6.1.2.2. EDAD 145
6.1.3. DURACIÓN DE LA CONSULTA 147
6.1.4. TIPOS DE CONSULTA 149
6.1.5. CARACTERÍSTICAS DE LOS CENTROS 150
6.1.5.1. DISPERSIÓN GEOGRÁFICA. 150
6.1.5.2. INFORMATIZACIÓN DE LAS CONSULTAS. 150
6.1.5.3. DOCENCIA MIR. 150
6.1.6. PRESIÓN ASISTENCIAL 151
6.1.7. MOTIVOS DE CONSULTA SEGÚN " NECESIDADES DE ASISTENCIA" 151
6.1.8. ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES EN EL ESTUDIO. CLASIFICACIÓN CIAP-10. 156
6.2. RESULTADOS PARA EL OBJETIVO PRIMARIO. 160
6.3. RESULTADOS PARA LOS OBJETIVOS SECUNDARIOS. 162
6.3.1. RESULTADO PARA EL OBJETIVO NÚMERO 1. 162
6.3.1.1. CENTROS DE SALUD DEL ÁREA 17 162
6.3.1.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS CENTROS 173
6.3.1.3. TIPOS DE CONSULTA. 186
6.3.1.4. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES. 190
6.3.1.5. TIEMPO ASISTENCIAL. 198
6.3.1.6. ANÁLISIS MULTIVARIANTE 212
6.3.2. RESULTADOS PARA EL OBJETIVO NÚMERO 2 215
6.3.3. RESULTADOS PARA EL OBJETIVO NÚMERO 3 222
6.3.4. RESULTADOS PARA EL OBJETIVO NÚMERO 4 231
6.3.5. RESULTADOS PARA EL OBJETIVO NÚMERO 5 233
6.3.6. RESULTADO PARA EL OBJETIVO NÚMERO 6 238

7. DISCUSIÓN 241

7.1. ESQUEMA GENERAL DE LA DISCUSIÓN 241
7.2. ANÁLISIS DE LA METODOLOGIA EMPLEADA EN EL ESTUDIO 242
7.3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS 245
7.3.1. DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN. 245
7.3.2. OBJETIVO PRIMARIO: 248
7.3.3. OBJETIVOS SECUNDARIOS: 250
7.3.3.1. OBJETIVO NÚMERO 1 250
7.3.3.2. OBJETIVO NÚMERO 2 259
7.3.3.3. OBJETIVO NÚMERO 3 261
7.3.3.4. OBJETIVO NÚMERO 4 265
7.3.3.5. OBJETIVO NÚMERO 5 266
7.3.3.6. OBJETIVO NÚMERO 6 267

8. CONCLUSIONES..... 269

8.1. OBJETIVO PRIMARIO 271
8.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS..... 271

9. BIBLIOGRAFÍA..... 275

10. ANEXOS..... 287

10.1. ANEXO 1.HOJA DE RECOGIDA DE DATOS. ACTIVIDAD ASISTENCIAL 287
10.2. ANEXO 2 .HOJA DE RESUMEN DE DATOS..... 290
10.3. ANEXO 3. HOJA DE CITA PREVIA /TRABAJO 291
10.4. ANEXO 4. DEFINICIONES OPERATIVAS PARA COMPLETAR HOJA DE RECOGIDA DE DATOS (ACTIVIDAD ASISTENCIAL) ESTUDIO SYN-PC 292
10.5. ANEXO 5. CODIFICACIÓN DE LOS MOTIVOS DE CONSULTA EN FUNCIÓN DE LAS NECESIDADES Y NATURALEZA DE LA CONSULTA EN LA BASE DE DATOS SEGÚN LAS ENCUESTAS..... 295
10.6. ANEXO 6. CODIFICACIÓN DE LOS MOTIVOS DE CONSULTA EN FUNCIÓN DE LAS NECESIDADES Y NATURALEZA DE LA CONSULTA EN LA BASE DE DATOS SEGÚN LA HOJA DE TRABAJO. 297
10.7. ANEXO 7. CÓDIGOS DE CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LA AP: CIAP-2 298

UNIVERSITAS Miguel Hernández

1 INTRODUCCIÓN

UNIVERSITAS
Miguel
Hernández

1. INTRODUCCIÓN

1.1. CONCEPTO DE ATENCIÓN PRIMARIA

1.1.1. CONCEPTO

Existen muchas definiciones de Atención primaria, todas ellas válidas, que recogen diferentes aspectos y matices del concepto por lo que es difícil encontrar la definición ideal.

La conferencia de la OMS-UNICEF de Alma-Ata [1], definió la Atención Primaria de Salud (APS) como: "La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria es parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria".[2]

Podemos avanzar que la Atención Primaria es la asistencia prestada en el primer contacto que tanto médicos como profesionales de la salud prestan a la población, entendida ésta como destinataria de su labor.

La OMS definió la salud como: "el grado en que una persona o grupo es capaz de realizar sus aspiraciones y de satisfacer sus necesidades y de enfrentarse adecuadamente al ambiente. La salud, por lo tanto, debe considerarse como un recurso más de la vida cotidiana y no como un objetivo en la vida, es un concepto positivo que engloba tanto recursos personales y sociales como capacidades físicas".

Los objetivos de los sistemas sanitarios, por tanto, son:

- Mejorar la salud de la población por medio de la utilización de conocimientos actualizados sobre las causas y manejo de las enfermedades y de la optimización de la salud.

- Disminuir las diferencias entre los niveles de la población, a fin de ir disminuyendo las desventajas de unos respecto a otros, tanto por la facilidad de acceso a los servicios de salud, como a la mejora continua en la prestación de estos servicios que pretenden optimizar la salud.

La mejora, ampliación y profundización en los conocimientos médicos van abriendo multitud de nuevos caminos que obligan a la especialización continua que permita gestionar eficazmente todo el cúmulo de información que se maneja.

Es por ello que aumenta el interés, así como las competencias profesionales, estudiando conociendo y concediendo una mayor atención a las enfermedades o procesos específicos que a la atención generalista o global de la población.

La superespecialización, por tanto, ha experimentado un espectacular incremento, superando en número a los profesionales de la Atención Primaria en algunos países. La atención especializada requiere además, un aporte continuo y cada vez mayor de recursos, más que la otra. Su fin es el de prolongar la vida de las personas [3]. La Atención Primaria, tiene por objeto la prevención de las enfermedades, la disminución de los síntomas de estas y mejorar la calidad de vida de la comunidad, ya que esta calidad viene asociada directamente y de manera inmediata con el concepto de bienestar social.

Las diferencias entre estratos sociales también en este aspecto se manifiestan. A mayor diferencia de bienestar entre los ciudadanos, mayor diferencia de salud entre ellos. Por tanto, en esa búsqueda continua de la mejora de la salud, la Atención Primaria como concepto activo e interrelacionado, se centra en el cuidado de la salud de las personas junto a otros factores determinantes: el medio en que viven y conviven, así como el trabajo que desarrollan.

Los servicios que comprenden la Atención Primaria deben de proporcionar atención a la salud en el nivel en que se desenvuelven, utilizando sus recursos a fin de acortar las diferencias en salud en todos los estratos sociales.

La Atención Primaria se centra en la persona principalmente, persona considerada en sus distintas acepciones: sociales, humanas, etc. Esta consideración personal más que nosocomial, permite ofrecer atención a toda su problemática interdisciplinar y profesional.

La Atención Primaria, debe afrontar con garantías los problemas sanitarios más comunes en la población, ofreciendo y proporcionando, prevención, curación y rehabilitación. Servicios, todos ellos que mejoren la salud y el bienestar social. Es una atención integrada,

que contempla y coordina los distintos servicios que atienden los problemas de salud múltiples, estudia e intenta dar ayuda a una serie de condicionantes sociales, influyendo en la percepción de las personas respecto a sus problemas de salud. También debe organizar, gestionar y analizar otros recursos necesarios destinados a la promoción, conservación y mejora de la salud [(2)].

Cada país, dependiendo de sus circunstancias socio-económicas y culturales y el estado de evolución de su sistema sanitario, determinará en cada caso las formas de desarrollo de su Asistencia Primaria. Es primordial el diseño y aplicación de un Plan Nacional de Salud que aborde los principales problemas sanitarios de un país, desde la promoción y prevención a la rehabilitación.

Sin ello, difícilmente se podrán poner en marcha una estrategia efectiva de la Atención Primaria que responda a los problemas básicos de la población. Sin embargo, en los países que han alcanzado niveles superiores de desarrollo, los Sistemas de Salud conceden más relevancia a la asistencia hospitalaria y especializada.

1.1.2. CONTENIDOS

La Atención Primaria de Salud puede ser entendida, según Vuöri, como un conjunto de actividades, como un nivel de asistencia, como una estrategia, o como una filosofía [(4)]:

- **El conjunto de actividades** que deben realizarse en la Atención Primaria de Salud (aunque la mayoría son actividades que no pertenecen exclusivamente al ámbito de Atención Primaria) serían: Educación sanitaria, Provisión de alimentos, Nutrición adecuada, Salubridad del agua, Saneamiento básico, Cuidados maternoinfantiles, Inmunización, Prevención y control de las enfermedades endémicas, Tratamiento básico, Abastecimiento de fármacos.

  La Atención Primaria de Salud, debería resolver la mayoría de los problemas de salud[(2)]. Según muchos autores se estima entre el 75% y el 96% el porcentaje de problemas clínicos que puede o debe resolver. También se encarga de atender la totalidad de la prevención primaria y la mayor parte de la secundaria, así como la inmensa mayoría de los servicios de rehabilitación y reinserción social. Debe intervenir en la totalidad de los programas de fomento de la salud y prácticamente en

todos los programas de educación sanitaria, y, también en actividades de salud ambiental [5].

- La Atención Primaria de Salud entendida como un **nivel de asistencia** implica su consideración como primer punto de contacto individual y comunitario con el sistema de salud. Esta primera toma de contacto ha de ser mutuamente interactiva, no sólo ha de acceder la persona al sistema sino que también ha de ser éste último el que promueva los contactos con la comunidad y potencie el autocuidado y autorresponsabilización respecto a la propia salud, a través de actividades realizadas en consultas, domicilios y otras instituciones de la comunidad.
- Es importante tener en cuenta que las interrelaciones entre la Atención Primaria de Salud y el nivel hospitalario han de basarse en intercambios bidireccionales en condiciones de igualdad y en los que ambas partes aporten su visión de los problemas y colaboren coordinadamente en su resolución.

  El nivel hospitalario o especializado no es más importante que la Atención Primaria ni viceversa, cada uno tiene sus funciones en el sistema de salud, han de trabajar coordinadamente y participar en todas las fases de los programas asistenciales, docentes y de investigación diseñados para el conjunto del área de salud.
- La Atención Primaria de Salud como estrategia de organización de los servicios sanitarios tiene relación con que deben estar proyectados y coordinados para poder atender a toda la población, ser accesibles y proporcionar todos los cuidados propios de la Atención Primaria [6].
- La Atención Primaria de Salud como **filosofía** se refiere al desarrollo de un sistema sanitario que asuma el derecho a la salud en el marco de los derechos fundamentales de las personas.

1.1.3. ELEMENTOS PRINCIPALES

La AP está caracterizada por una serie de elementos principales, entre los que destacan[2] [4]:

A.- **Integral:** Actualmente hay que considerar a la persona y a las comunidades humanas como un todo biopsicosocial. Esferas biológicas, psicológicas y sociales que no son independientes sino que se interseccionan en la persona y sus problemas de salud. Se han

llevado a cabo estudios para investigar los factores que inciden, tanto en la promoción de la salud, como en la generación de la enfermedad, que serían factores genéticos, biológicos, sociales y ambientales. Integral se puede entender como la capacidad del equipo de Atención Primaria para manejar los problemas que surgen en la población que atiende. El hombre es producto de su entorno y es parte integrante del mismo. La atención a la salud o a la enfermedad de una persona implica la atención a su ambiente físico, social y cultural. Esto obliga a los profesionales a salir de las áreas estrictamente sanitarias para realizar su función.

B.-**Integrada**: En este punto queremos destacar que interrelaciona elementos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación y reinserción social. Los profesionales de la Atención Primaria de Salud han de interrelacionar estos elementos de forma integrada para poder tener una visión e intervención global sobre las personas y sus grupos naturales.

C.- **Continua y permanente**: La Atención Primaria de Salud debe de ser continua, a lo largo de la vida de las personas y en todo su entorno. Debe de ser una atención longitudinal, una atención asequible, continuada en el tiempo, dada por una misma persona o pequeño equipo a cada familia. La llamamos longitudinal para diferenciarla de aquella otra atención puntual que realiza el especialista, al asistir en días, o a veces horas, el problema de un desconocido, a quien muy probablemente no volverá a ver.

D.- **Activa**: Los profesionales de la Atención Primaria de Salud no deben actuar solamente como receptores pasivos de las demandas realizadas por las personas, también han de actuar activamente en los distintos aspectos de la atención, resolviendo las necesidades de salud, aunque éstas no sean expresadas, con referencia especial a los campos de la promoción y la prevención.

E.- **Accesible**: Las personas no deben tener dificultades en el acceso de cualquiera de los servicios sanitarios, e incluso en el uso de los mismos. Este acceso no debe ser entendido solo en el término geográfico, sino también en los términos económicos, burocráticos y discriminativos. La financiación del sistema de salud y su carácter público, privado o mixto puede influir de forma decisiva en la accesibilidad al sistema de las capas sociales más desfavorecidas. Los criterios de justicia social y equidad que deben presidir la atención de salud son de difícil cumplimiento en los sistemas sanitarios basados exclusiva o principalmente en el pago directo de los actos médicos por los usuarios, y, por el contrario, se alcanzan con mayor facilidad en los Servicios Nacionales de Salud financiados mediante la recaudación impositiva general de cada Estado.

F.- **Basada en el trabajo en equipo**: Basada en el Equipo de Salud, que según De la Revilla lo define como "un grupo de profesionales sanitarios y no sanitarios que realizan distintas actividades encaminadas al logro de una elevación de la salud de la comunidad sobre la que actúan. Según el Real Decreto 137/84, el equipo de Atención Primaria es "el conjunto de profesionales sanitarios y no

sanitarios con actuación en la zona de salud". El pilar organizativo en el que se basa el desarrollo de los contenidos sanitarios de la Atención Primaria de Salud es el trabajo en equipos multidisciplinarios. En el Equipo de salud el médico tiene un papel muy importante, pero no exclusivo, a diferencia de lo que representaba en la medicina ambulatoria, ha de compartir sus responsabilidades y tareas con los otros componentes del equipo en todos los niveles de actuación. La constitución de un verdadero equipo de salud no se logra mediante la mera yuxtaposición física de sus componentes y actividades; es necesario que asuman unos objetivos comunes y que se establezcan entre ellos vínculos funcionales que posibiliten un desarrollo armónico y conjunto de sus tareas, basado en la división funcional del trabajo y de las responsabilidades de acuerdo con la capacitación técnica de los profesionales que lo integran y no en una línea jerárquica vertical.

G.- **Comunitaria y participativa**: La atención no se debe centrar en la persona individualmente sino también en los problemas de salud colectivos. Por otra parte, también la Atención Primaria de Salud está basada en la participación activa de la comunidad en todas las fases del proceso de planificación, programación y puesta en práctica de las actuaciones.

La mayoría de los autores están de acuerdo en considerar la participación de la comunidad como una tarea, porque no puede seguir siendo un deseo, consustancial a la Atención Primaria de Salud. Según Luis de la Revilla la comunidad es "objeto" y "sujeto" de la Atención Primaria de Salud.

La participación no solo se entiende como la colaboración personal, sino también el uso de todos los recursos que tiene la población asistida.

Dentro de la atención de los problemas de salud comunitarios, es importante también la educación para la salud y la participación de la comunidad, para liberar a los colectivos de la dependencia de los pacientes a los profesionales de la salud y de las instituciones, es importante intentar que la población sea más autónoma.

H.- **Programada y evaluable**: Con actuaciones basadas en programas de salud con objetivos, metas, actividades, recursos y mecanismo de control y evaluación claramente establecidos.

Cuando hablamos de atención programada nos referimos a aquella que se realiza por iniciativa del profesional o del equipo de salud.

Programar se entiende de forma distinta. El trabajo poblacional, la atención a comunidades o a grupos enteros requiere métodos y estrategias epidemiológicas, así como un buen hábito en todas las técnicas de planificación y programación. Aquí, la comunidad es el objeto de nuestro trabajo. La planificación de este trabajo la realiza siempre todo el equipo.

Se habla de programas, cuando con un grupo de personas reunidas en función de un problema común, o la necesidad de un estudio o atención común, se planifica una actividad especial. Cada

Equipo Básico de Atención Primaria de Salud, haciendo uso de su autonomía y el conocimiento de su Zona Básica proyecta una serie de programas, algunos de los cuales son comunes a la mayoría de los centros de salud, como el Programa del Niño Sano, el Programa de Inmunizaciones, el de Hipertensos,...

I.- **Docente e investigadora**: Desarrolla actividades de docencia pre y posgraduada, así como de formación continuada de los profesionales del sistema y de investigación básica y aplicada en las materias propias de su ámbito.

Es importante tener en cuenta el hecho de que gran parte de la patología que presenta la población no llega al nivel hospitalario, por lo que parece que no se debería seguir centrando la formación exclusivamente en este medio, máxime cuando en los centros de salud se va contando con profesionales cada vez más cualificados y experimentados. En cuanto a la investigación, se ha de centrar sobre todo, en el área clínico-epidemiológica y en el funcionamiento y organización de los servicios de salud, todo ello en función de los problemas prioritarios de la Zona Básica de Salud.

La formación continuada es necesaria para garantizar la adaptación a nuevas situaciones, tecnología y conocimientos. Permite corregir insuficiencias formativas del pregrado y favorece la utilización correcta de los servicios sanitarios. La orientación y contenido de los programas son los elegidos por sus miembros, dependiendo no sólo de su déficit formativo, sino también de los problemas específicos de la población atendida. Las actividades de formación continua son desde las sesiones (clínicas, bibliográficas, de revisión de temas, entre otras), a cursos y talleres de grupos.

1.1.4. EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

La práctica médica concebida como trabajo individual aislado está tocando a su fin y la tendencia actual de los profesionales sanitarios a ejercer sus funciones en grupo es cada vez mayor. Los conceptos modernos de organización del trabajo están basados en la actividad grupal o de equipo.

El pilar organizativo en el que se basa el desarrollo de los contenidos sanitarios de la Atención Primaria de Salud es el trabajo en equipos multidisciplinarios. El equipo de Atención Primaria ha de asumir los objetivos y actividades propias de ésta y hacerlo desde una perspectiva multidisciplinaria, con un enfoque individual y comunitario, con unos contenidos preventivos y de promoción de la salud y otros relacionados con aspectos sociales, económicos y culturales propios de la población atendida.

El equipo de Atención Primaria es la estructura organizativa y funcional constituida por el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que desarrollan de forma continuada y compartida las funciones y actividades de la Atención Primaria de Salud en el seno de una comunidad determinada.

La composición de un equipo de Atención Primaria puede estructurarse en [7]:

- **Núcleo básico del equipo**: lo integran los profesionales imprescindibles para el desarrollo de las funciones esenciales en los terrenos asistencial, preventivo y de promoción de la salud. Está compuesto por: médicos, profesionales de enfermería, trabajadores sociales y técnicos no sanitarios.
- **Elementos de apoyo especializado del equipo**: incluyen odontología, salud mental, atención a la mujer, salud pública y medicina comunitaria, laboratorio, radiología, farmacia y veterinaria

Todo ello en función de las características específicas de cada zona de salud.

Las funciones atribuidas al EAP se corresponden con [8]:

- El **diagnóstico y tratamiento** de las patologías más frecuentes con medios propios o complementándose con servicios de apoyo, con especialidades o con la hospitalización.
- La ejecución de **programas de seguimiento y cuidados de salud** en enfermos crónicos, en enfermos con patología invalidante y programas de prevención de patología secundaria.
- El desarrollo de **programas de atención personal y familiar** al enfermo de evolución fatal.
- La **vigilancia de la salud de grupos homogéneos** (embarazadas, lactantes, ancianos, grupos expuestos a riesgos ambientales, laborales y otros) y la realización de actividades dirigidas a la detección precoz de ciertas patologías.
- La **educación a la comunidad** en materia de salud.
- La **provisión de servicios preventivos** a la comunidad: planificación familiar, vacunación, salud dental infantil y otros.
- La realización de **estudios clínicos y epidemiológicos** que se determinen.

- La **autoevaluación de las actividades realizadas y de los resultados** obtenidos, así como la participación en los programas generales de evaluación y control de calidad de la asistencia primaria.
- La participación en la **formación de personal sanitario**, en la actualización de conocimientos y en la investigación.
- En general, cuantas **funciones sean precisas** para el desarrollo de los planes de salud del área.

El Centro de Salud es la estructura física y funcional donde se desarrollan las actividades propias del la Atención Primaria de Salud, de forma coordinada, integral, continuada, permanente y con base en el trabajo en equipo de los profesionales que allí actúan. El CS asume como institución la responsabilidad de la atención a una comunidad definida geográficamente, y en sus actividades han de estar contemplados tanto los aspectos de prevención de la enfermedad y promoción de la Salud como los estrictamente asistenciales curativos.

1.1.5. ATENCIÓN PRIMARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

La AP en la Comunidad Valenciana está definida y estructurada por el Decreto 42/1986, de 21 de Marzo[8]. La define como instrumento básico para que el servicio sanitario y la población puedan conocer el estado de salud de las colectividades e individuos, sus necesidades y los factores de riesgo a los que están expuestos, apreciar precozmente cambios e intervenir, controlar, disminuir o eliminar nuevos factores de riesgo.

La AP está integrada por un conjunto de servicios personalizados y comunitarios puestos a disposición de toda la población y se estructura en Zonas y Áreas de Salud.

La Zona de Salud es una delimitación geográfica y poblacional que abarca una población de cinco mil a treinta mil habitantes, atendidos por un EAP. En cada Zona debe existir un Centro de Asistencia Primaria, dotado del equipamiento necesario para la ejecución de las actividades asistenciales, educativas y administrativas del EAP.

El Equipo desarrollará los programas y subprogramas que los servicios centrales y de Área elaboren con carácter general y los específicos para su Zona. Sus actividades se realizan en el Centro de Asistencia Primaria y en la comunidad incluida en su Zona, coordinándose con los servicios de apoyo a la AP y especializada y los servicios del Área.

El Área de Salud es la demarcación geográfica y poblacional para la planificación, programación, gestión y coordinación de la atención de la salud de la comunidad y del individuo. Abarca poblaciones de 200.000-250.000 habitantes, pudiéndose delimitar Áreas de mayor o menor volumen de población. En el Área se integran las Zonas de Salud y los EAP, y las unidades de apoyo específico de la AP.

El Centro de Salud Comunitaria del Área es la estructura física donde se ubica el Equipo de Salud del Área. Coordina los servicios públicos e instituciones municipales con funciones legalmente reconocidas en materia de salud pública y asistencia médica, asegurando la integración de todas las funciones sanitarias en una acción coherente derivada de la concepción integral de la salud. Establece su integración con la comunidad a través de los Consejos de Salud del Área y de las Corporaciones locales. Está formado por la Unidad de Salud Pública, de Asistencia Primaria y de funciones administrativas.

El Equipo de Salud del Área es el conjunto de personal sanitario y no sanitario que trabaja en el Centro de Salud Comunitaria. Se compone de personal titulado superior con formación especial en salud pública o comunitaria, diplomados en enfermería con formación especial en salud pública, otros técnicos de grado medio, auxiliares sanitarios, personal técnico de formación profesional y personal administrativo y de servicios, pudiéndose integrar otros profesionales cuando las necesidades del Área lo requieran. Se ocupa de la formación y perfeccionamiento del personal de las Zonas y Áreas de Salud y fomenta la investigación en materia de salud.

Los Órganos del Área de Salud son el Consejo de Salud, encargado de velar por la adecuación de los servicios a las necesidades de los individuos y la colectividad, el Consejo de Dirección, que vigila el cumplimiento de los acuerdos adoptados por el consejo, estudia e informa las propuestas y aprueba la memoria anual del Área, y el Gerente del Área, que dirige y gestiona la actuación sanitaria y administrativa y coordina a los responsables de las distintas unidades del Centro de Salud Comunitaria.

1.2. PEDIATRIA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS

1.2.1. DEFINICIÓN DE LA ESPECIALIDAD Y CAMPO DE ACCIÓN

La **formación médica especializada en España está regulada legalmente** por el Real Decreto. 127/ 1984 del 11 de Enero [9], en el que se destaca la necesidad de un programa adecuado para cada especialidad y los requisitos que han de reunir los Centros y Unidades Docentes para acceder a la acreditación oportuna. Una Orden Ministerial del Ministerio de la Presidencia de 1995 modificó las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación.

Los **requisitos mínimos** que establecen las Directivas de la Unión Europea para validar los estudios de postgrado en los estados miembros, se recogen en el Real Decreto 2072/1995. Respecto a Pediatría fija una duración mínima de cuatro años, habiendo países que cumplen dicho período (España, Francia y Grecia), otros lo amplían a 5 (Alemania, Portugal, Reino Unido, Holanda, Italia, Bélgica, Dinamarca, Suecia) e incluso a seis años (Irlanda, Austria, Finlandia)

En nuestro país, el **programa de formación** fue elaborado por la Comisión Nacional de Especialidades y aprobado por la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia por Resolución de fecha 25 de Abril de 1996 [9].

Pediatría es la medicina integral del periodo evolutivo de la existencia humana desde la concepción hasta el fin de la adolescencia, época cuya singularidad reside en el fenómeno del crecimiento, maduración y desarrollo biológico, fisiológico y social que, en cada momento, se liga a la íntima interdependencia entre el patrimonio heredado y el medio ambiente en el que el niño se desenvuelve.

Partiendo de que la Pediatría es la medicina total e íntegra de la infancia y de la definición de salud infantil, el programa de la especialidad se desarrolla simultáneamente en dos grandes áreas:

- Área clínica
- Área de salud infantil

Como **contenido fundamental**, corresponde a la especialidad de Pediatría todo lo referente a los cuidados del niño sano (Pediatría Preventiva), los modos de asistencia médica

integral, total y continuada en el niño en estado de enfermedad (Pediatría Clínica) y lo que atañe al niño sano y enfermo en sus interrelaciones individuales y en la comunidad con el medio físico y humano en el que de manera ininterrumpida y con características propias se desarrolla (Pediatría Social).

Sus peculiaridades van ligadas a las propias del sujeto de su atención, que tanto sus características antropológicas, biológicas, anatómicas, psicológicas y sociales, reactivas, adaptativas y asistenciales, requieren de especiales procederes preventivos de diagnóstico, terapéutica, rehabilitación y reinserción familiar, escolar y social.

Pediatra es el médico que, en posesión del correspondiente título de especialista, se haya capacitado para emprender, realizar, interpretar, aplicar y explicar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos inherentes al ejercicio profesional de la Pediatría preventiva, clínica y social en instituciones públicas o privadas de carácter hospitalario o extrahospitalario.

Los **objetivos generales** de la especialidad incluyen la formación para atender los problemas clínicos, proporcionar la salud de la población infantil y capacitación para trabajar como integrantes y, si es preciso, como coordinadores de equipos multidisciplinarios de salud. Para ello, los pediatras han de perseguir alcanzar las siguientes **metas** [10,11]:

- Como médicos, aprender a anteponer el bienestar físico, mental y social del niño a cualquier otra consideración, y ser sensible a los principios éticos y legales del ejercicio profesional.
- Como clínicos, saber cuidar la relación con el niño y su medio familiar, así como la asistencia integrada y completa del enfermo.
- Como técnicos, mantener una actitud crítica para valorar la eficacia y el coste de los procedimientos que utiliza, y demostrar su interés por el autoaprendizaje y por el perfeccionamiento profesional continuado.
- Como científicos, aprender a tomar las decisiones en base a criterios objetivos y de validez demostrada.
- Como componentes de un equipo asistencial, ejercitarse en mostrar una actitud de colaboración con los demás profesionales de la salud.

El **objetivo final** se centra en preparar al médico para una buena atención pediátrica, caracterizada por ser:

- Total en los objetivos, en el contenido, en las actividades y en la población atendida (desde la concepción hasta el final del período de crecimiento y desarrollo).
- Precoz y continua en el tiempo (vida) y en el proceso salud-enfermedad.
- Integral, en la que se incluyan todos los apartados del ciclo integral de la salud (promoción, prevención, asistencia, rehabilitación, docencia e investigación).
- Integrada en un modelo organizado y jerarquizado pero coherente con las demás circunstancias socioeconómicas vigentes en el país.
- Individualizada y personalizada en igualdad y en libertad.

1.2.2. CONTENIDOS ESPECÍFICOS

Los contenidos específicos de la Pediatría [9] son:

ÁREA CLÍNICA

Objetivos Asistenciales

- Conocer el estado de normalidad del niño en las diferentes edades por los métodos valorativos específicos
- Identificar las desviaciones de la normalidad mediante la aplicación de métodos diagnósticos adecuados
- Valorar en su estado inicial y según la evolución el pronóstico de cada periodo clínico
- Dominar las terapéuticas que, según la enfermedad y condición del niño, deban aplicarse.
- Contribuir a la reinserción a la normalidad o, en su caso, planificar y efectuar una adecuada rehabilitación.

Objetivos Docentes

- Estudio de la biología y patología prenatal y neonatal
- Estudio del crecimiento, maduración y desarrollo
- Características fisiológicas y patológicas de la alimentación, nutrición y metabolismo de las diferentes etapas de la edad infantil
- Fisiología y patología del aparato digestivo y del abdomen

- Estudio de la patología respiratoria
- Alteraciones orgánicas y funcionales del sistema circulatorio
- Estudio de la patología hematológica y oncológica pediátrica
- Fisiología y patología del sistema endocrino
- Fisiopatología nefrourológica
- Patología del sistema nervioso
- Patología del sistema óseo y locomotor
- Fisiopatología de la inmunidad y alergia
- Patología infecciosa
- Otras afecciones prevalentes
- Psicología fundamental
- Estudio de la biología, psicología y patología del adolescente

AREA DE SALUD INFANTIL

Objetivos generales

- Metodología para estudiar el grado de salud de los niños y de la comunidad en la que viven.
- Investigación de los factores sociales y ecológicos que pueden incidir en el proceso salud-enfermedad
- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Aplicación de medidas colectivas de promoción de salud
- Conocimiento de los diversos sistemas nacionales e internacionales de atención en el niño, así como las organizaciones sanitarias
- Conocimiento de la situación sanitaria española y sus relaciones con el desarrollo socioeconómico y cultural
- Aplicación de medidas individuales y colectivas de promoción, prevención y rehabilitación, incluyendo educación para la salud
- Capacitación del pediatra para realizar estas tareas y colaborar en la formación de otros profesionales
- Capacitación para trabajar en equipos multidisciplinarios

Pediatría preventiva

Pediatría social e introducción a las ciencias sociales, legislación y fundamentos de salud pública.

La **formación hospitalaria** se programa con rotaciones por las secciones básicas de Neonatología, Lactantes, Preescolares y Escolares, Adolescentes, Urgencias, Ortopedia, Cirugía Pediátrica, Cuidados Intensivos Pediátricos Pediátrica y consultas externas. El residente debe rotar por los centros de AP acreditados para la docencia en Pediatría o, en su defecto, en servicios o unidades de Pediatría hospitalarios.

1.3. **PEDIATRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA.**

1.3.1. ASPECTOS ESPECÍFICOS

La Pediatría de AP tiene unos aspectos específicos, que la hacen peculiar respecto a la Medicina Familiar y Comunitaria. Entre ellos destacan [12]:

Los pacientes designados: Los niños

La población infantil y juvenil tiene unas características específicas:

- Máxima velocidad de modificación (morfofisiológica, patológica, psicosocial).
- Mínimo consumo de fármacos.
- Máxima dependencia del entorno familiar. La familia, como vehículo y agente de demanda, de cuidado y atención al hijo, es el segundo paciente, implícito, de cualquier consulta pediátrica. Conforme el niño crece, va ganando autonomía, emancipándose, individualizándose, proceso en el que también interviene la familia.
- Máxima vulnerabilidad a aspectos de prevención y aprendizaje. La infancia y adolescencia son las edades de mayor incorporación de información y modelos de vida, y también es la de mayor eficacia, efectividad, eficiencia de las medidas preventivas y educativas.
- Máxima trascendencia sanitaria referente a "años x calidad de vida" perdidos, debido a tratarse de la etapa inicial y modeladora básica de los estilos de vida.

Los demandantes: el grupo familiar

Se pueden distinguir tres etapas en relación con los servicios de salud: la primera en la que el interlocutor único es la familia (niños lactantes y preescolares), la segunda con dos interlocutores, la familia y el niño (escolares) y la tercera en la que el interlocutor preferente o único es el propio niño (adolescentes).

La afirmación clásica de que la pediatría es la especialidad de niños en período de crecimiento quizá necesita ser revisada. Los pediatras no sólo somos especialistas de niños, sino de hijos. Nuestro objeto específico de atención, el niño, de hecho se amplía al núcleo paternofilial con su crecimiento, su desarrollo y su patología asociada.

Las demandas

Durante la infancia se da un máximo consumo de servicios médicos. El patrón actual de demanda indica:

- Un aumento de la demanda por controles de salud, patología banal y adaptativa o psicosocial.
- Un aumento de seguimiento de niños con patologías crónicas, que posiblemente indique una mayor supervivencia y calidad de vida, y mayor confianza del especialista hospitalario y de la familia en el pediatra primario.

Cuando la familia establece un vínculo de confianza un equipo pediátrico de atención primaria:

- Aumenta su grado de autonomía y se reduce la frecuentación por consultas espontáneas y domiciliarias evitables, aumentando las consultas telefónicas
- Aumentan las consultas por demandas complejas, lo que acaba compensando y el tiempo asistencial total no varía e incluso aumenta.
- Aumenta el cumplimiento de las visitas programadas, así como la complejidad de las actuaciones terapéuticas.

El entorno sociocultural

El consumismo y la fantasía de gratuidad en la medicina pública generan deseos de mayor consumo de especialistas, de pruebas complementarias, de fármacos y a menudo, de diagnósticos. Se tiende a patologizar lo normal.

Se ha pasado de una sociedad adaptada a situaciones de alta mortalidad a otra de mejora continua de la calidad de vida. Los niños crecen con expectativas no sólo de supervivencia, sino también del derecho a la salud, calidad de vida y a la satisfacción personal, sin sufrimiento.

El contexto social introduce al niño con una precocidad cada vez más acusada, quizá excesiva, gran cantidad de información que es incapaz de comprender, interpretar o contextualizar. En este sentido podemos decir, que la infancia, como edad protegida, está desapareciendo.

Los hallazgos: la patología objetivada

Superada parcialmente la patología del déficit, predominan los problemas irresueltos (infecciones agudas, afecciones crónicas y/o recidivantes, activas y secuelas) y las nuevas demandas (el encaje sociofamiliar).

La capacidad de respuesta-resolución-filtrado

Conforme aumente el nivel de conocimientos, de habilidades y de dotación técnica, aumentará la eficacia de los servicios, reduciéndose los casos que se deban deriven al hospital. Este equilibrio entre distintos niveles de atención debemos verlo como un equilibrio de fuerzas, regido por la economía.

1.3.2. LA PEDIATRIA EN EL MODELO ESPAÑOL DE ATENCIÓN PRIMARIA[13]

El sistema sanitario español está considerado como uno de los mejores de su entorno. La atención de la población infantil corre a cargo mayoritariamente de los pediatras, a diferencia de otros países cercanos, lo que resulta beneficioso para los niños. La prestación sanitaria a la infancia por pediatras es considerada una conquista social de bienestar a la que los ciudadanos no están dispuestos a renunciar.

Cuando se crearon los Centros de Salud, en una primera fase los niños fueron atendidos por los pediatras sólo hasta los siete años, como en el modelo tradicional. Posteriormente las familias pudieron elegir entre médico general y pediatría en el tramo de 7 a 14 años, tras la aplicación del Real Decreto de Libre elección de médico. En la Comunidad

Valenciana el Decreto 230/1991 amplió la edad de atención pediátrica, correspondiendo desde entonces a los pediatras la asistencia médica de los niños hasta los catorce años [14].

La mayoría de autores coinciden en que, al ser la pediatría la especialidad de la medicina que estudia el crecimiento y desarrollo, la edad pediátrica debería prolongarse hasta concluir la adolescencia, es decir, hasta los 18 años y no finalizar con ese corte arbitrario a los 14 años, en pleno proceso puberal. La sociedad demanda el cambio de atención al adolescente, con programas específicos dirigidos a la prevención de toxicomanías, embarazos no deseados, problemas socio-familiares, etc., problemas todos ellos característicos de comienzo en esta edad y a los que por diversas razones no se les ha prestado especial atención.

El pediatra que realiza su trabajo en los C.S. desarrolla funciones a diversos niveles:

- Asistencial : Para su desarrollo las consultas se han estructurado en tres tipos:

  A demanda: en ellas se atiende a los niños que acuden espontáneamente, y se realiza el habitual trabajo pediátrico que intenta recuperar la salud a todo niño enfermo que acude, resolviendo las diversas patologías que se presentan, usando los medios complementarios necesarios y, cuando se precisa derivándolo a otros niveles asistenciales. Este tipo de consulta debería ser la puerta de entrada de los ciudadanos al sistema sanitario.

  Programada: En las que generalmente de forma protocolizada, se realizase realiza una labor de detección de problemas, como el seguimiento del niño sano en sus diferentes edades. La protocolización genera un número determinado de consultas, así los niños de 0-24 meses tienen diez revisiones en este período. También de forma programada se hace el seguimiento del niño con patología crónica como asma, enuresis, obesidad, etc.

  Asistencia de urgencia. Organizada de manera muy diversa según las zonas, y con una clara carencia de pediatras en la misma.

- Preventivo: Se incide en la promoción de la salud y educación sanitaria con actividades como promoción de la lactancia materna, detección de metabolopatías, vacunaciones, salud buco-dental, etc.
- Social: Es una muy necesaria pero todavía no muy desarrollada en AP. Se actúa sobre problemas emergentes como los hijos de toxicómanos, niños maltratados,

desamparados o con otros problemas dependientes de las condiciones socio-económicas de la zona, como la atención a los hijos de inmigrantes.

- Formativo, docente e investigador: Además de realizar trabajos de investigación se intentan abarcar todos los aspectos docentes tanto de pregrado (formación pediátrica de estudiantes de medicina), formación del MIR de pediatría y medicina de familia y formación continuada del propio pediatra.

El grado de satisfacción de la población como medida de la calidad de los servicios prestados en las consultas de pediatría es alto, según las encuestas realizadas en la Sanidad Pública, tanto en el trato personalizado como en los tiempos de espera y la resolución de problemas percibidos por los pacientes [15].

Los datos de las encuestas de salud, así como las cifras de mortalidad, muestran que nuestro país ocupa uno de los mejores puestos en la pediatría internacional, logro sin duda en parte vinculado a las características y a la universalización de la asistencia del Sistema Nacional de Salud.

España es el país de la zona euro con menor gasto sanitario y sociosanitario en porcentaje del Producto Interior Bruto para las prestaciones que ofrece, prácticamente ilimitadas. El gasto creciente está en función de las mayores expectativas y nivel de exigencia de la población en materia de salud, del desarrollo científico de nuevas tecnologías cada vez más caras y del envejecimiento de la población.

Hay que destacar que la contribución al gasto farmacéutico por parte de los pediatras de AP es pequeña, fundamentalmente por las características de la población atendida, niños en su mayoría sanos.

El control del exceso de consultas es uno de los retos de AP. Se habla de consulta a demanda "autogenerada y poco controlada" a lo que se suma el abuso de las mal llamadas "urgencias", lo que constituye un importante problema en el conjunto de la AP. Probablemente esté por definir cuál es el número más idóneo de revisiones y en qué periodo deben realizarse para conseguir mayores índices de detección precoz de problemas y enfermedades en cada período de la vida. Es necesario reducir la ineficacia del sistema. Es preciso investigar más acerca de los patrones de comportamiento en materia de salud, la corresponsabilidad de la asistencia y la necesidad de transmitir a los usuarios la trascendencia económica del mal uso del sistema sanitario. Estos temas son impensables de solucionar sin

incidir en la educación sanitaria debiendo ser participativa desde la escuela, con planes curriculares de educación para la salud, escuelas de padres, etc., en los cuales los pediatras deben estar presentes.

El modelo actual de la pediatría de AP ofrece las garantías de competencia y capacitación necesarias dentro del modelo público, garantizando un nivel adecuado de salud infanto-juvenil en nuestro país. Sin embargo, en aras de continuar avanzando, debemos adaptarnos a las necesidades de los actuales tiempos.

1.4. LEGISLACIÓN

1.4.1. CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA

La Constitución española [23], en su artículo 41, reconoce la universalidad de la Asistencia Sanitaria al establecer que los poderes públicos mantendrán un Régimen Público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia de prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad.

El artículo 43 obliga a los poderes públicos a garantizar el derecho de todos a la protección de la salud y a organizar y desarrollar un sistema sanitario en todo el territorio español, siendo el Estado el máximo garante, responsable y encargado de suministrar y organizar los servicios sanitarios para los ciudadanos. La Administración está obligada a acoger a la población en el ámbito sanitario, elaborando, homologando y ejecutando la legislación del Estado en materia sanitaria.

Desde su publicación y desarrollo, la Ley de Ordenación Sanitaria ha sido la base sustentadora del sistema sanitario anunciado por la Constitución, articulándose desde ella el Sistema Nacional de Salud, además de las competencias que la propia Carta Magna atribuía a las Comunidades Autónomas.

1.4.2. LEY GENERAL DE SANIDAD

La Ley General de Sanidad, 14/86 de 25 de Abril [24], ha constituido el soporte básico para la reforma de la asistencia sanitaria en nuestro país en los últimos años, posibilitando la creación de un Sistema Nacional de Salud, articulado en torno a los Servicios de Salud de las

Comunidades Autónomas (CCAA), en el que se han integrado los subsistemas sanitarios existentes. Hasta dicha ley, el sistema sanitario español estaba constituido por un gran número de redes asistenciales, que en muchas ocasiones solapaban sus funciones.

Está compuesta por ciento trece artículos, diez disposiciones adicionales, cinco transitorias, dos derogatorias y quince disposiciones finales, estructuradas en los siguientes títulos:

- Título preliminar: Del derecho a la protección de la salud**.** Se refiere a la extensión del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria a todos los españoles y extranjeros con residencia en el territorio nacional y su carácter de norma básica del Estado.
- Título I: Del sistema de salud**.** Establece unos principios generales:
  - Prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.
  - Extensión a toda la población española de forma progresiva.
  - Acceso en condiciones de igualdad efectiva.
  - Superación de las desigualdades territoriales y sociales.
  - Participación comunitaria a través de las corporaciones territoriales.
- Título II: De las competencias de las administraciones públicas. Especifica las competencias exclusivas del Estado, de las CCAA y de las corporaciones locales, así como las que corresponden a la alta inspección, que tiene como objetivo garantizar y verificar el cumplimento de las misiones de todas las administraciones públicas.
- Título III: De la estructura del sistema sanitario público. Refleja la organización general del sistema, de los servicios de salud de las CCAA, de las Áreas de Salud, de la coordinación general sanitaria, de la financiación y del personal sanitario.
- Título IV: De las actividades sanitarias privadas. Trata sobre el ejercicio libre de las profesiones sanitarias, la libertad de empresa en el sector y los criterios básicos para las relaciones entre el sistema público y el sector privado.
- Título V: De los productos farmacéuticos. Expone aspectos relacionados con la autorización, dispensación y regulación de los productos farmacéuticos.
- Título VI: De la docencia e investigación. Contiene un capítulo sobre docencia en el SNS y otro sobre el fomento de la investigación.
- Título VII: Del Instituto de Salud Carlos III. Se constituye este instituto como órgano de apoyo técnico de las administraciones públicas de sanidad.

- El eje modular sobre el que se articula el sistema son las CCAA. El Art. 50 considera que "... en cada CCAA se constituirá un servicio de salud, integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputación, Ayuntamiento y otras Administraciones Territoriales intracomunitarias…. que estén bajo la responsabilidad de la respectiva CCAA".

Respecto a la estructura de los servicios, la Ley establece que sean las Áreas de Salud los entes básicos de los servicios de salud de las CCAA. Las Áreas se organizan según el principio de concepción integral de la sanidad y desde ellas se realizan todas las prestaciones del sistema sanitario, teniendo en cuenta sobre todo, la cercanía de los servicios al usuario y la gestión descentralizada y participativa.

Anteriormente, en el RD 137/84 sobre Estructuras Básicas de Salud [18], se establecía la normativa general para la puesta en funcionamiento de las Zonas de Salud, a las que se atribuía funciones de "promoción, asistencia, prevención y rehabilitación, dirigidas a los individuos y grupos sociales y a las comunidades en que se inserten quienes participan a lo largo de todo el proceso sanitario". Cada Zona se configuraba como un marco territorial de la APS, como una demarcación poblacional y geográfica delimitada a una determinada población, accesible desde todos los puntos y capaz de proporcionar una atención continuada, integral y permanente, con el fin de coordinar las funciones sanitarias y afines, teniendo en cuenta criterios demográficos, geográficos y sociales (artículo1).

El mismo RD, en el artículo 25, define al Centro de Salud como elemento nuclear de cada zona. El CS es la estructura física y funcional que posibilita el desarrollo de una AP coordinada globalmente, integral, permanente y continuada, en base en el trabajo de equipo de los profesionales que actúan en el mismo. En el CS desarrolla sus actividades y funciones el EAP, cuya composición y funciones detalla en los artículos 3 y 5. Al regular las funciones de los EAP, la norma concreta el diseño básico de todo el sistema: prestación de asistencia sanitaria en sus tres fases (ambulatoria, a domicilio y de urgencia) y realización de actividades de promoción de salud, prevención de enfermedades y reinserción social.

1.4.3. LEGISLACIÓN SANITARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA.

La CV tiene entre sus competencias el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de Sanidad Interior desde 1982, año en que se promulgó el Estatuto de Autonomía [(19)]. La Generalitat organiza y administra, a tales fines, todos los servicios relacionados con la sanidad.

Para cumplir los preceptos de la norma de referencia se promulgó la Ley 8/87, de creación del Servicio Valenciano de Salud (SVS) [(20)], sistema único armonizador de los recursos y dispositivos sanitarios de carácter público existentes en la CV, aplicado y orientado a garantizar y hacer efectivo para la población el derecho constitucional a la protección de la salud.

Esta norma sólo fijaba de manera instrumental y organizativa la red pública sanitaria valenciana. Posteriormente se acometieron varias disposiciones generales hasta completar el entramado reglamentario y dispositivo del sistema valenciano. Todas, como proclamaba el propio Preámbulo de la Ley 8/87, con el propósito de "hacer posibles todos y cada uno de los aspectos configuradores del derecho a la salud".

De los principios de la ley destacan la concepción integral de la salud, el establecimiento de las Áreas de Salud, la participación en los Órganos del SVS y la incorporación de las Corporaciones Locales en los mismos y en la Dirección de las Áreas de Salud.

De su contenido destaca el capítulo IV, destinado a la Organización Territorial y el artículo 15, que instaura las Áreas de Salud como estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsables de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del SVS, fijando sus principales actividades tanto en AP como en atención especializada en Hospitales y Centros de Especialidades.

Las Áreas estaban constituidas por tres órganos: Consejo de Salud del Área, Consejo de Dirección del Área y Gerente del Área.

De manera genérica y básica, tanto la estructura como la filosofía de actuación se mantienen en la actualidad. Las normas posteriores comparten ciertas características, como intentar trazar las líneas del Sistema Sanitario para el Siglo XXI, así como considerar

explícitamente al ciudadano como eje central del sistema, siendo la mejora en la calidad de la prestación del servicio una de las prioridades a alcanzar por los Poderes Públicos

El Reglamento Orgánico y Funcional de la Consellería de Sanidad del 30 de Julio de 1999 [21] ,que deroga el Decreto 33/97 de 26 de Febrero, adecua la estructura orgánica y funcional, fijando los principios de actuación que proyectarán sus efectos en el nuevo sistema. Considera necesario dotar al sistema sanitario de elementos de gestión flexibles y modernos que permitan potenciar la salud pública, optimizar los servicios de información, mantener una sanidad sin escalones entre la AP y la especializada, y procurar una atención preferente a la prestación farmacéutica.

La Consellería de Sanidad es el máximo órgano encargado de la dirección y ejecución política del Gobierno Valenciano en materia de sanidad (Art. 1). El Conseller/a es la superior autoridad de la Consellería, siendo su máximo órgano ejecutivo (Art. 2).

Bajo la autoridad del Conseller, el nivel directivo está integrado por:

- Subsecretaría para la Agencia Valenciana de la Salud (Art. 7)
- Subsecretaría para los Recursos de Sanidad (Art. 8)
- Secretaría general (Art. 9)
- Dirección General para la Atención al Paciente (Art. 10)
- Dirección General para la Prestación Asistencial (Art. 11)
- Dirección General para la Salud Pública (Art. 12)
- Dirección General para los Recursos Humanos (Art. 13)[10]
- Dirección General para la Prestación Farmacéutica (Art. 14)
- Dirección General de la Agencia para la Calidad, Evaluación y Modernización de los Servicios Asistenciales (Art. 15)

La Subsecretaría para la Agencia Valenciana de Salud es el órgano al que corresponde la dirección y ejecución de la política sanitaria de la CV. A la Subsecretaría para los Recursos de Sanidad corresponde la gestión de los recursos humanos y económicos.

1.4.3.1. Mapa sanitario de la Comunidad Valenciana

La Consellería de Sanidad constituye un sistema único y armonizado de los recursos y dispositivos sanitarios de carácter público existentes en la CV, aplicado y orientado a garantizar la protección de la salud. Recoge los principios básicos de la Ley General de

Sanidad, y de ellos, destaca la concepción integral de la salud y el establecimiento de las Áreas de Salud como demarcaciones territoriales y de población claves en el desarrollo de las prestaciones del servicio.

El mapa sanitario de la CV fue aprobado según lo dispuesto en el artículo 15.2 de la Ley de la Generalitat Valenciana 8/1987, del Servicio Valenciano de Salud, que dispone que las "Áreas de Salud se delimitarán por la Consellería de Sanitat i Consum, teniendo en cuenta factores geográficos, socio-económicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación e instalaciones sanitarias[20,23].

Como regla general, y sin perjuicio de las excepciones que puedan dar lugar, el Área extiende su acción a una población generalmente no inferior a los 200.000 habitantes y no superior a los 250.000. La Atención Especializada corre a cargo de los hospitales y los centros de especialidades dependientes de estos. La coordinación e integración de los recursos de Atención Especializada entre sí, así como con los EAP y demás recursos sanitarios, es imprescindible para mejorar el estado de salud de la población, evitando la repetición de procedimientos clínicos y la consiguiente pérdida de eficacia, demora en el tiempo de diagnóstico y tratamiento y aumento de costes económicos.

Actualmente y mientras no se modifique la Ley de Ordenación de Áreas Sanitarias, la CV se divide en veinte Áreas [24]: dos en Castellón, diez en Valencia y ocho en Alicante.

1.4.3.2. Ley de ordenación sanitaria de la Comunidad Valenciana.

La Ley 3/2003, de Ordenación Sanitaria de la CV[25], amparada en la Constitución (Art. 43), en la Ley General de Sanidad (Art. 41 y 42) y en el Estatuto de Autonomía de la CV (Art. 31 y 38), es una norma que manifiesta la prioridad que los poderes públicos valencianos atribuyen a todas las actuaciones cuyo fin sea la promoción, prevención, protección y cuidado de la salud, tanto a nivel colectivo como individual.

Pretende impulsar reformas dirigidas a conseguir el bienestar de los ciudadanos, buscando una sanidad pública eficaz, eficiente y gratuita, solidaria y de calidad, fundamentada en la equidad y en la universalidad, que permita e impulse la participación ciudadana y desarrolle la humanización de la sanidad. Proporciona una organización sanitaria de acuerdo a las características de nuestro ámbito social y del modelo de sociedad que pretendemos lograr.

Está compuesta por un preámbulo, seis títulos, dos disposiciones adicionales, cuatro transitorias, una derogatoria y dos finales. Sus principios rectores son:

- Universalización de la atención sanitaria para toda la población de la CV
- Concepción integral de la salud, incluyendo actuaciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación
- Eficacia y eficiencia en la asignación, utilización y gestión de recursos
- Descentralización, desconcentración, autonomía, coordinación y responsabilidad en la gestión de los servicios
- Mejora continua de la calidad de los servicios, con un enfoque especial hacia la humanización de la asistencia
- Promoción del interés individual y social por la salud y el sistema sanitario, potenciando la solidaridad y la educación sanitaria
- Participación de la comunidad en la orientación y valoración de los servicios
- Integración funcional de todos los recursos sanitarios públicos
- Evaluación continua de los centros públicos y privados del sistema sanitario
- Potenciación y desarrollo de la investigación científica en el ámbito de la salud

El objetivo del sistema sanitario valenciano es conseguir el mayor grado posible de salud para sus ciudadanos. Ello exige la extensión efectiva de la asistencia a toda la población, la atención integral de los problemas de salud, la superación de los desequilibrios territoriales y sociales y la humanización de la asistencia.

El sistema debe orientarse a promover la educación sanitaria, prevenir la enfermedad, atender a los individuos enfermos, rehabilitar, mejorar la formación sanitaria y fomentar la investigación. Para cumplir sus finalidades desarrollará prioritariamente las siguientes actividades:

- Realizar estudios para determinar el patrón de morbimortalidad de la población, así como sus necesidades de salud, para orientar con más eficacia la atención sanitaria a los ciudadanos y la planificación y evaluación sanitaria.
- Instaurar y desarrollar los sistemas de información necesarios para el mejor cumplimiento de los objetivos marcados.
- Implantar medidas orientadas a promover la calidad, eficacia y eficiencia de los servicios sanitarios.

- Establecer sistemas de control y evaluación de calidad de los recursos sanitarios.

El Plan de Salud de la CV, definido en su artículo 11, es un instrumento estratégico de planificación y programación del sistema. Determina la evaluación de los niveles y necesidades de salud de la población, los resultados de los planes de salud anteriores, los objetivos y niveles de salud a alcanzar, los programas y actuaciones a desarrollar, la estimación y propuesta de los recursos necesarios para cumplir los objetivos propuestos, las prioridades de intervención, la cartera de prestaciones sanitarias, las previsiones económicas, el calendario de actuación y los mecanismos e indicadores de evaluación de la aplicación y desarrollo del plan.

Dentro del Plan de Salud se incluye el Plan de Garantía de no demora, mediante el cual el gobierno se compromete a realizar las pruebas diagnósticas y los tratamientos en un tiempo determinado, transcurrido el cual serán financiados en el centro sanitario de la Comunidad que libremente elija el paciente.

Respecto a los ciudadanos, garantiza la igualdad de acceso, la libre elección de médico y centro, la dedicación del tiempo adecuado y necesario y la información accesible y completa, así como el establecimiento de una carta de derechos y deberes con relación al sistema sanitario y el desarrollo de un Plan de Humanización (Art. 17).

La participación de los ciudadanos en el sistema se ejerce a través del Consejo de Salud de la CV, órgano superior colegiado de carácter consultivo formado por vocales de la Generalitat, ayuntamientos, organizaciones sindicales, empresariales, organizaciones de consumidores y usuarios y colegios profesionales. Entre sus funciones se incluye la información respecto al Plan de Salud, presupuesto y memoria anual de la Agencia Valenciana de Salud y modificaciones territoriales de los Departamentos de salud.

Los Departamentos de Salud son equivalentes a las Áreas y son las demarcaciones geográficas en las que queda dividido el territorio de la Comunidad. Su delimitación es competencia de la Consellería y, para poder cumplir mejor los objetivos previstos, se reordenarán las actuales Áreas, atendiendo a la máxima integración de los recursos asistenciales. En cada provincia habrá, como mínimo, un Departamento de salud que podrá ser subdividido en Sectores Sanitarios y éstos a su vez en Zonas Básicas.

Se crea la Agencia Valenciana de Salud (Art. 23), organismo autónomo encargado de la gestión y administración del SVS y de la Prestación Sanitaria. La Agencia establecerá

planes de gestión específicos, instrumentos de trabajo que vinculen de forma directa y contractual sus relaciones con los centros provisores. El Plan de Gestión es un estímulo y un compromiso para la eficiencia de los centros sanitarios, ya que permite clarificar objetivos y promover una competencia regulada continuamente por la autoridad sanitaria. Incluye objeto de cobertura, actividad a desarrollar, parámetros de medición de la calidad de los servicios, modo de evaluación y control, plazos y presupuesto asignado.

La Agencia se estructura en Órganos Centrales y Periféricos, cada uno de ellos constituido por Consejos de Administración y Dirección, Gerente y Consejo de Salud (de la CV o del Departamento de Salud).

En el capítulo I también se articula la integración de los Recursos Asistenciales en las Áreas Clínicas, agrupaciones asistenciales provenientes de distintos servicios médicos y/o quirúrgicos que garanticen una respuesta integral al paciente, o en Unidades de Gestión Clínica, llamadas así cuando provienen de un solo servicio.

El sistema sanitario debe ser utilizado para la docencia y formación de los profesionales y deben fomentarse las actividades de investigación. Se crea la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud, órgano destinado al apoyo científico-técnico en materia de investigación y docencia con funciones de asesoramiento en política de investigación sanitaria, promoción de la investigación en base a los problemas y necesidades de salud y formación continuada de los profesionales de la salud.

La intervención de los Poderes Públicos en materia de salud individual y colectiva es tratada en el título VI. Se regula la autorización e inspección de centros, servicios y establecimientos sanitarios y se crean los registros y análisis de informes necesarios para las distintas situaciones que justifiquen acciones de intervención de la autoridad sanitaria. Se establecen limitaciones preventivas y medidas cautelares, y se insertan mecanismos de inspección y control de servicios tanto públicos como privados a fin de garantizar los derechos de los pacientes. Anualmente se concretará un Plan de Inspección para definir la actuación y coordinación de las inspecciones sanitarias, especialmente con los Ayuntamientos.

1.5. GESTION CLÍNICA

1.5.1. CONCEPTO

La realización de una acción basada en la gestión supone la consecución de unos objetivos utilizando la combinación más eficiente de recursos en el marco de una estructura organizacional definida [26].

El término **Gestión de Calidad Total** define un tipo de gestión que busca sobre todo la satisfacción del usuario. Las organizaciones adoptan principios de gestión de calidad para realzar la calidad de sus productos y servicios y aumentar su eficiencia, sin perder eficacia. Se basan en la búsqueda de la satisfacción de los usuarios, la implicación activa de los profesionales y las estrategias dirigidas a la mejora continua de las actividades que realizan[27].

El concepto de **Excelencia en la Gestión** se refiere a una manera de dirigir y gestionar empresas, que afecta a todas sus actividades, y pretende lograr la satisfacción tanto de los clientes como de los proveedores, mediadores, empleados y sociedad en general. Se basa en mejorar constantemente los productos y servicios, así como la eficiencia económica de la empresa, mediante la mejora permanente de los procesos y la participación activa de trabajadores y proveedores [28].

La excelencia clínica, o protocolo, no está reñida con la excelencia organizativa. Un protocolo dice qué hay que hacer para ser eficaces, mientras que el sentido común orienta a cómo organizarse para ser eficiente.

La gestión clínica supone la integración de las actividades de gestión en la práctica diaria de los profesionales sanitarios. Los profesionales y no las estructuras son los que consiguen la satisfacción del usuario. La gestión es un componente más de la AP. Los gestores deben interesarse por el producto final de las empresas sanitarias (que es la propia práctica clínica) y los clínicos prácticos deben tener en cuenta las consecuencias de las decisiones que toman continuamente (y que son el producto principal de la atención sanitaria).

Para el desarrollo de la gestión clínica existen diferentes vías:

- **Clínicas:** búsqueda de efectividad, implantación de guías de práctica clínica, desarrollo de medicina basada en la evidencia, orientación al usuario e incorporación del coste-oportunidad en las decisiones.
- **No clínicas**: descentralización, incentivos, presupuestación por población atendida de forma integral, etc.

Las organizaciones sanitarias son grupos humanos que comparten un objetivo, en este caso asistencial, especificado en forma de contrato, estrategia de empresa o interés mercantil. Un equipo organizado se diferencia de un grupo de personas en que el equipo comparte las mismas metas y dispone de un lenguaje común. Su implantación ha sido una de las aportaciones esenciales del nuevo enfoque de provisión de servicios de AP.

El factor humano es el principal capital de los servicios de salud, y por ello, el objeto central de la gestión sanitaria. Únicamente una dirección adecuada permite conseguir los objetivos asistenciales. El liderazgo compartido y la interrelación eficaz entre los profesionales es la base del éxito. En relación a la descentralización y liderazgo, una figura fundamental para la implantación y desarrollo de la gestión en los CS es el de los Coordinadores de EAP [29].

La incorporación de la gestión a la práctica clínica supone considerar cómo dotar a los médicos de los incentivos, la información y las infraestructuras precisas para tomar decisiones de una forma coste-efectiva [30].

Los profesionales sanitarios suelen considerar que la calidad solo aporta aspectos de tipo científico-técnico. La calidad técnica es necesaria pero no suficiente, ya que además el servicio debe satisfacer las necesidades de los pacientes y de las instituciones que lo financian. Los servicios tienen calidad cuando satisfacen necesidades o expectativas de los clientes. La calidad real es la que percibe el cliente al comparar el producto o servicio con otros y con sus propias expectativas. Es un concepto dinámico y por tanto, variable con el tiempo. La calidad organizacional es el conjunto de calidad científico-técnica y calidad percibida.

Desde los servicios sanitarios se debe intentar optimizar resultados y aproximarse a las necesidades de los usuarios, así como a las de las personas que desarrollan su labor profesional en ellos. Las estrategias de gestión centradas en la Calidad Total han supuesto un

paradigma al que aproximarse desde diferentes perspectivas, en función del marco socio-político del financiador y del proveedor de los servicios.

En el ámbito sanitario, la integración del conocimiento con la organización de la asistencia centrada en el paciente no siempre es una realidad. En un contexto de este tipo, sin una gestión adecuada, la práctica clínica puede encontrar gran variabilidad, puede alejarse con facilidad de los intereses de los pacientes, y olvidar también el papel de los profesionales en la gestión de los problemas de salud.

La gestión por procesos es una herramienta encaminada a conseguir los objetivos de Calidad Total en un entorno de características como el mencionado. Procura asegurar de forma rápida, ágil y sencilla el abordaje de los problemas de objetivos de Calidad Total en un entorno de características como el mencionado. Procura asegurar de forma rápida, ágil y sencilla el abordaje de los problemas de salud desde una visión centrada en el paciente, en las personas que prestan los servicios y en el proceso asistencial en sí mismo. Supone un cambio de organización basado en la implicación de las personas para mejorar los resultados, un cambio que trata de construir una nueva realidad, no de destruir la anterior [27].

1.5.2. GESTION DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

En la CV se dispone de tres normativas que regulan las directrices de gestión de la Consellería de Sanidad:

- El Plan de Salud. Es una norma global en la que se recogen las líneas generales de gestión y los objetivos.
- La Cartera de Servicios de AP. Intenta detallar la oferta que se hace al ciudadano desde este nivel asistencial.
- El Contrato de Gestión de AP. Recoge los objetivos e indicadores que se pactan en cada Área de salud.

1.5.2.1. Plan de Salud 2001-2004.

El Plan de Salud [31] es la expresión de la política de salud de la CV, basada en las necesidades de la población. Se elabora siguiendo el mandato de la Ley General de Sanidad y los procedimientos establecidos en el RD 938/1989 para la formulación de los planes integrados de salud.

La normativa autonómica de los Decretos 87/1999, 198/1999 y 46/2001, que aprueban y modifican el Reglamento Orgánico y Funcional de la Consellería de Sanidad, se completa con la Orden del 3 de Enero del 2000, del Conseller de Sanidad, por la que se crea la Oficina del Plan de Salud, dependiente directamente del Conseller.

Al iniciar la elaboración del Plan se valoró el esquema del Documento Base del Plan de Salud de la CV, publicado en 1995 por la entonces denominada Consellería de Sanidad y Consumo.

Se diseñó en base a una serie de informes y documentos internacionales que, cronológicamente, se inician en el informe Beveridge (1942), en el Reino Unido, que propició la puesta en marcha del National Health Service en 1946 y que asumía los principios de universalidad, gratuidad y equidad en materia de sanidad. El informe Lalonde (1974) analizó los determinantes de la salud y destacó la importancia del medio ambiente, los estilos de vida y la biología humana en los sistemas de atención sanitaria.

Los antecedentes más inmediatos se encuentran en la Declaración de Yakarta sobre Promoción de la Salud [32], de 1997, y en la 51ª Asamblea Mundial de la Salud de Mayo de 1998 [33] La Declaración de Yakarta identificaba cinco prioridades de actuación para el siglo XXI:

- Promover la responsabilidad social para la salud
- Incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud
- Aumentar la colaboración para la promoción de la salud
- Incrementar la capacidad de la comunidad y de los individuos
- Garantizar una infraestructura para la promoción de la salud

En la 51ª Asamblea Mundial de la Salud se estableció la Política SALUD 21 para la Región Europea de la OMS, con un objetivo principal permanente: ”conseguir que todas las personas obtengan plenamente su potencial de salud”. Para ello se marcaron dos metas,

promover y proteger la salud de las personas a lo largo de toda su vida y reducir la incidencia de las principales enfermedades y lesiones, así como el padecimiento que originan.

La Política SALUD 21 contiene tres valores básicos:

- Considerar la salud como derecho fundamental de los seres humanos.
- Considerar la equidad en materia de salud y la solidaridad de acción entre todos los países, dentro de ellos y entre sus habitantes.
- La participación y la responsabilidad de las personas, grupos, instituciones y comunidades en el desarrollo continuo de la salud.

El Plan de Salud de la CV recoge, siguiendo estos principios, el término de Ganancia en Salud entendido como una expresión de las mejoras en los resultados de salud y que permite, además, reflejar las ventajas de una forma de intervención frente a otra [34].

También se revisaron las estrategias de la UE, en el ámbito de la Salud Pública para el período 2001-2006, entre las que destaca el abordaje de los factores determinantes de la salud mediante medidas de promoción de salud y prevención de enfermedades. La decisión 1786/2002/CE del Parlamento Europeo y del Consejo del 23 de Septiembre relativa a la adopción de un programa de acción comunitario en el ámbito de la Salud Pública, considera:

"La Comunidad ha adquirido el compromiso de promover y mejorar la salud, prevenir las enfermedades y atajar las amenazas potenciales para la salud, con objeto de reducir la morbilidad y la mortalidad prematura evitable y la discapacidad acompañada de una merma de actividad.

… La Comunidad debe atender de manera coordinada y coherente las preocupaciones de la población acerca de los riesgos sanitarios y sus expectativas de un elevado nivel de protección de la salud…. En este contexto se debe atender al derecho de la población de la comunidad a recibir información sencilla, clara y científicamente válida sobre las medidas para la protección de la salud y la prevención de las enfermedades, con miras a mejorar la calidad de vida"

La UE hace hincapié en los factores básicos relacionados con el modo de vida, como el tabaco, alcohol, alimentación, ejercicio físico y toxicomanías. Además, indica que las acciones deberían dirigirse hacia los jóvenes, ya que durante la adolescencia y la juventud se toman decisiones básicas sobre el modo de vida y las conductas relacionadas con la salud.

Todos estos conceptos se han incluido en el Plan de Salud de la CV, traduciéndose en una serie de principios que impregnan todo el documento:

- El reflejo de las voluntades políticas en un compromiso de objetivos de salud y cooperación intersectorial.
- La transformación de los objetivos de salud en objetivos de servicios.
- El establecimiento de una organización sanitaria integradora de los servicios de AP, Atención Especializada y Salud Pública, explotando todas sus dimensiones preventivas y comunitarias, traduciendo la planificación en una serie de aplicaciones locales en el ámbito de Área.
- La facilitación o actuación en colaboración con individuos o grupos para conseguir su capacitación en salud.
- La medición de los resultados en salud con el fin de conseguir mejoras o cambios de salud atribuibles a las intervenciones.
- La importancia de los determinantes de la salud, ligada específicamente a las medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- El fomento de procesos de desarrollo sanitario y participativo que implique a todos los agentes relevantes en materia de salud [35].

1.5.2.1.1. Objetivos Generales del Plan de Salud

El Plan de Salud de la CV asume la estrategia global de la OMS para conseguir mayor equidad de salud entre y dentro de las poblaciones. El concepto de equidad impregna todos los objetivos y actuaciones definidos en el Plan. La equidad se entiende como la imparcialidad y significa que las necesidades de las personas guían la distribución de las oportunidades para el bienestar. El fin es conseguir que todas las personas disfruten de igualdad de oportunidades para mejorar y mantener su salud, a través de un acceso justo a los recursos sanitarios. Equidad en salud no es lo mismo que igualdad en el estado de salud. Las desigualdades en cuanto al estado de salud entre los individuos y las poblaciones son consecuencias inevitables de las diferencias genéticas, de las diferentes condiciones sociales y económicas o de la elección de un estilo personal de vida. La falta de equidad tiene lugar como consecuencia de las diferencias de oportunidades derivadas, por ejemplo, del acceso desigual a los servicios de salud, a una alimentación correcta, a una vivienda adecuada, etc. En tales casos, las

desigualdades en cuanto al estado de salud surgen como consecuencia de la falta de equidad en materia de oportunidades en la vida.

1.5.2.1.2. Equidad de salud entre los géneros

La OMS, en su documento Salud 21 para la Región Europea, identifica la desigualdad entre hombres y mujeres como una de las barreras para alcanzar los principios de Salud Para Todos en el siglo XXI, recomienda considerar las desigualdades de género en salud junto con las relativas a diferencias entre grupos socioeconómicos, y plantea la solidaridad y equidad entre géneros como uno de los pilares éticos de las políticas de salud [(35)].

Diversas circunstancias pueden favorecer la aparición de desigualdades de género en salud. La mayor longevidad de las mujeres puede aumentar la probabilidad de aparición de procesos crónicos y degenerativos. En los últimos años la incorporación de la mujer al mercado laboral ha supuesto un aumento del número de madres que trabajan, soportando una doble carga. Las mujeres, además, suelen cuidar de la salud del entorno familiar, manteniendo las tareas asignadas socialmente en función del género, lo que puede repercutir sobre su propia salud. En este sentido, las estrategias para obtener ganancias de salud, encaminadas a aumentar la calidad de vida relacionada con la salud, deben dirigirse a la adecuación de la prestación de atención sanitaria y los servicios de apoyo social.

También la salud de las mujeres puede verse afectada, entre otros factores, por la discriminación que sufren tanto por la falta de recursos económicos o la dependencia económica como por la falta de influencia en los procesos de toma de decisiones.

Además, ciertas patologías se relacionan epidemiológicamente con el género. Los determinantes de salud pueden incidir de forma diferente según el sexo y esto queda reflejado en las variaciones de las cifras de morbimortalidad de algunas patologías en función del género, por ejemplo, el cáncer de mama en las mujeres, y las enfermedades cardiovasculares y los accidentes, entre otros, en los hombres.

Mención especial requiere el problema de la violencia doméstica que arroja unas cifras cada vez más alarmantes perfilándose como un problema de creciente importancia.

Como respuesta a estos hechos se han realizado diversos acuerdos internacionales para proteger y promover la salud de las mujeres, mediante la colaboración de los gobiernos, instituciones internacionales y organizaciones no gubernamentales. Las Conferencias

Internacionales sobre la situación de las mujeres realizadas en la última década, entre las que destaca la de Beijing, han señalado la necesidad de que los gobiernos adquieran el compromiso de aplicar políticas públicas que apoyen decididamente las actuaciones necesarias para lograr una mayor equidad entre los géneros.

Además, es necesario que los servicios de información sanitaria y los programas de formación del personal se sensibilicen sobre las cuestiones de género.

La política sanitaria debe incorporar la perspectiva de género para asegurar la participación de ambos sexos en los procesos de toma de decisiones, a fin de permitir la identificación de necesidades de salud prioritarias considerando las peculiaridades de la salud y enfermedad de hombres y mujeres. Esto se debe hacer dando la misma importancia a los conocimientos, valores y experiencias de ambos, persiguiendo, en definitiva, la equidad entre hombres y mujeres.

Desde el Plan de Salud de la CV se ha intentado asumir la perspectiva de género en la salud, en consonancia con el Plan de Igualdad de Oportunidades (PIO) entre hombres y mujeres de la Generalitat Valenciana. En todas las etapas de la elaboración del Plan y en cada uno de los problemas, necesidades, objetivos e intervenciones de salud planteados, se ha contemplado la perspectiva de género y está considerada implícitamente de forma transversal y continua en todo el documento, si bien, en alguna ocasión, se hace una mención más explícita al género cuando se tratan problemas específicos de uno u otro sexo.

1.5.2.1.3. Políticas públicas saludables

El Plan de Salud asume que la política pública saludable se caracteriza por una preocupación explícita por la salud y la equidad en todas las áreas de la política, y por una responsabilidad sobre su impacto en la salud. Su finalidad principal es crear un entorno de soporte que permita a las personas llevar una vida saludable, que les posibilite o facilite hacer elecciones saludables y convertir los entornos sociales y físicos en potenciadores de la salud[(31)].

La responsabilidad social para la salud se refleja en las acciones de los responsables de la toma de decisiones, para establecer políticas y prácticas que promuevan y protejan la salud. La 51ª Asamblea Mundial de la Salud reconoce que la mejora de la salud y el bienestar de la población es el último objetivo del desarrollo económico y social. Asume que los cambios en la situación de la salud mundial requieren que se lleven a efecto las recomendaciones

enunciadas en el documento "Política saludable para todos en el siglo XXI" a través de la realización de las estrategias y políticas regionales y nacionales más adecuadas [33].

Para conseguir los objetivos del Plan de Salud es muy importante el acceso al sistema y la organización de los recursos sanitarios y de gestión que se establezcan. Por tanto, y teniendo en cuenta la Ley de Ordenación Sanitaria [25], para la óptima aplicación del Plan es necesario el abordaje de aspectos como:

- Reorganización interna
- Mayor diferenciación entre la provisión y financiación de los servicios
- Descentralización de la toma de decisiones en la gestión
- Mayor implicación del profesional en la gestión. Definición de un sistema de incentivos basado en la consecución de objetivos presupuestarios, de calidad y eficiencia.
- Redistribución territorial

1.5.2.2. Cartera de servicios

La Cartera de Servicios de AP es un instrumento que garantiza las prestaciones que demandan los ciudadanos, un mecanismo clave con el que responder de forma más eficiente a los problemas de salud de la población y mediante el cual los usuarios conocen la oferta de servicios que pueden encontrar en su Centro de Salud o consultorio.

Los servicios que la componen tienen una doble integración, por una parte asimilando elementos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, y por otra, interrelacionándose funcionalmente con el resto de estructuras y niveles sanitarios.

La historia clínica del usuario se convierte en un elemento fundamental como fuente de datos y sistema de evaluación.

La Cartera es un documento dinámico, revisable periódicamente para introducir o modificar criterios y también ofertar nuevos servicios, cuando sean pertinentes.

Los servicios que la componen están dirigidos a:

- Población infantil, mediante consultas de Pediatría, vacunaciones, detección precoz de metabolopatías, supervisión del desarrollo, salud bucodental y educación para la salud en la escuela.

- Población adulta, a través de consultas de Medicina general, vacunaciones y medidas de prevención, control y seguimiento de las enfermedades más prevalentes y vulnerables desde AP.
- La mujer, con programas de captación y valoración de la embarazada, preparación al parto, visita postparto, información y seguimiento de métodos anticonceptivos, conocimiento del estado vacunal de la rubéola, atención al climaterio y diagnóstico precoz de cánceres ginecológicos.
- Toda la población, con servicios como prevención, colaboración en el control y seguimiento de VIH, atención domiciliaria a inmovilizados, atención a terminales, prevención y detección de problemas de salud en el anciano frágil o de alto riesgo, prevención y detección de problemas en salud mental, prevención y control de la tuberculosis, cirugía menor y tratamientos fisioterapéuticos básicos.

Cada servicio tiene su definición, criterios de inclusión y exclusión, oferta básica asistencial con protocolos clínicos integrados con la atención especializada y programas de la Comunidad Autónoma, sistema de información y registro normalizado, población diana e indicadores [36].

Los indicadores permiten evaluar la Cartera en su totalidad. Unos mediante auditorías de historias clínicas elegidas al azar y otros mediante datos aportados directamente del resto de sistemas de registros. Existen cinco tipos de indicadores:

- De cribado. Permiten evaluar las actividades de prevención secundaria en la población diana.
- De cobertura. Especificados en cada servicio. Se basan en prevalencias reseñadas en la bibliografía o en otras Carteras. Un objetivo es basar los grados de coberturas en prevalencias de nuestra Comunidad.
- De seguimiento. Informan de la calidad del proceso asistencial. Están pendientes de definir los estándares mínimos de cada servicio en base a los protocolos.
- De resultado (o de resultado intermedio de salud). Si los resultados se corresponden con los estándares definidos, son los que tienen mayor impacto en la mejora de salud de cualquier comunidad.
- Absolutos. Al carecer de estimaciones de prevalencias, nos informan del número de personas incluidas en determinados servicios o diagnosticadas en un período de tiempo determinado. Aportan menos información que los anteriores.

1.5.2.2.1. Cartera de servicios en Pediatría

A. Consulta de niños

Es la atención sanitaria que se presta a la población de 0-14 años en los centros de AP y fuera de ellos (domicilios, residencias, escuelas, etc.). Incluye consultas a demanda, programadas o concertadas, consultas clínicas y administrativas y urgencias en horario de consulta. Excluye consultas en horario de atención continuada.

La oferta básica asistencial es la apertura de historia clínica a todos los que acuden a consulta, registrando el diagnóstico del contacto, otros diagnósticos, procedimientos realizados en AP y especializada, plan de actuación y lista de problemas.

En este servicio se realizará el análisis y desarrollo de las variables que configurarán el Conjunto Mínimo Básico de Datos (clínicos y administrativos), que nos aproximará al conocimiento, de forma homogénea, de la calidad, cantidad y casuística de las consultas.

Es necesario un sistema de información y registro que permita cuantificar el número total de horas dedicado a la asistencia y el tiempo por cada usuario, primeras visitas y sucesivas, siendo este sistema la historia clínica.

La población diana es la de 0-14 años. Se estima que, aproximadamente el 75% de niños de esta edad acuden, al menos una vez al año, a este servicio.

Los indicadores de cobertura son:

- Número total de usuarios de 0-14 años con historia clínica x 100/ población estimada que acude al menos una vez al año
- Número de usuarios de 0-14 años con historia clínica x 100 / total de población asignada

El indicador de seguimiento es:

- Número total de usuarios de 0-14 años con historia clínica y con algún registro en el periodo evaluado x 100 / número total de usuarios de 0 a 14 años con historia abierta en el período evaluado.

El indicador de resultado es:

- Número total de usuarios de 0-14 años con historia clínica que tengan registrados todos los criterios predefinidos de calidad en el período evaluado x 100 / número total de usuarios de 0-14 años con historia abierta en el período evaluado.

B. Vacunaciones infantiles

Es la inmunización frente a determinadas enfermedades infecciosas, según el calendario vigente en la CCAA, con objeto de disminuir su incidencia y contribuir a su erradicación.

La oferta básica asistencial es el cumplimiento del calendario vacunal (dosis, frecuencia y vía de administración) vigente en la CV.

El sistema de información y registro es la historia clínica, el registro de vacunas nominal (RVN) y la Cartilla de Salud Infantil

La población diana es la de 0 a 14 años.

El indicador de cobertura es:

- Número total de usuarios de 0-14 años correctamente vacunados x 100 / población diana.

C. Detección precoz de metabolopatías

Es un cribado sistemático para detectar errores innatos del metabolismo (hipotiroidismo y fenilcetonuria) con objeto de prevenir enfermedades. La oferta básica asistencial es la toma sistemática de muestra según protocolo.

El sistema de información y registro es la historia, el registro centralizado y la Cartilla de Salud Infantil. La población diana son todos los nacidos vivos.

El indicador de cobertura es:

- Número de recién nacidos a los que se ha realizado la detección precoz de metabolopatías x 100 / total de nacidos vivos.

D. Supervisión del desarrollo infantil

Es un servicio destinado a la población infantil y a sus padres o tutores, con objeto de controlar el adecuado desarrollo del niño sano y asegurar el seguimiento de pacientes con patología propia.

La oferta básica asistencial es el programa de la CV. Incluye revisiones sistemáticas a los escolares de 5-6, 11 y 14 años.

El sistema de información y registro es la historia clínica y el registro específico de usuarios incluidos en el programa. La población diana es la de 0-14 años.

Los indicadores de cobertura son:

- Número total de usuarios incluidos en el programa x100 / población diana.
- Número de escolares de 5-6, 11 y 14 años a los que se les ha realizado la revisión x 100 / número total de escolares de 5-6, 11 y 14 años.

El indicador de seguimiento es:

- Número total de usuarios incluidos en el programa con algún registro en la historia x 100 / número total de usuarios incluidos en el programa a los que les corresponda al menos una visita al año.

El indicador de resultado es:

- Número total de usuarios incluidos en el programa que cumplan determinados criterios predefinidos x 100 / número total de usuarios incluidos en el programa a los que les corresponda al menos una visita al año.

E. Salud bucodental

Incluye actividades de prevención y educación bucodental: examen oral, control de placa y de dieta, aplicación de gel o barniz de flúor, tartrectomías, exodoncias, colocación de selladores de hoyos y fisuras.

La oferta básica son actuaciones asistenciales y preventivas según protocolos.

La población diana son todos los niños de 0-14 años. Para sellado son el total de escolares de 6-14 años, con una población estimada de 10% para sellado.

El sistema de información y registro es la historia, el registro específico del número de usuarios incluidos en el programa y la Cartilla de Salud Infantil.

Los indicadores de cobertura son:

- número total de menores de 6 años que acuden a la UOP (Unidad de Odontología Pediátrica) x 100 / número total de menores de 6 años.

- Número total de niños de 6-14 años que acuden a la UOP x 100 / número total de niños de 6-14 años.

El indicador de cobertura para sellado es:

- Número total de escolares de 6-14 años a los que se les ha aplicado selladores x 100 / población estimada para sellado.

F. Educación para la salud en la escuela

Es el conjunto de actividades dirigidas a mejorar la salud de la población que se encuentra en período escolar. Se desarrollan en este entorno, y sus objetivos son promover la adquisición de hábitos sanos y actitudes saludables en los alumnos y contribuir a la formación en educación para la salud de los profesores.

La oferta básica asistencial son actividades de educación para la salud en la población diana y formación y apoyo al profesorado.

La población diana son todos los niños matriculados en Educación Primaria y Secundaria Obligatoria.

Los indicadores son:

- Número y tipo de actividades realizadas por profesionales sanitarios en un período de tiempo determinado.
- Número de profesores a los que se les ha dado formación y apoyo en un período de tiempo determinado, especificando el tipo de materia.

1.5.2.3. Contrato de gestión

Los contratos de gestión son herramientas imprescindibles para el desarrollo del Plan de Salud. Asumen los principios integradores de los distintos niveles asistenciales y establecen compromisos de gestión, sin olvidar resultados e indicadores de carácter clínico. Tienen un carácter homogeneizador de la oferta, sin desdeñar la innovación, ya que permiten la introducción de nuevos servicios asistenciales. Se encuadran en las líneas estratégicas que la Consellería se plantea para conseguir la eficiencia ligada a una calidad óptima en toda la red asistencial.

El Contrato de Gestión de AP, partiendo de un sistema de dirección por objetivos, incluye conceptos como equidad, autonomía de los equipos, satisfacción de los usuarios, uso racional de recursos y descentralización de la toma de decisiones. Su documento contiene

unas cláusulas de población de referencia, financiación, cartera de servicios, circuitos de integración con Atención Especializada, medidas dirigidas a la garantía y mejora de la calidad, formación continuada e investigación, sistemas de información y registro y farmacia.

Con el fin de elaborar las bases para implantar la carrera profesional y como iniciativa pionera en la incentivación de los profesionales, la Consellería de Sanidad de la CV ha elaborado un Contrato de Gestión para cada una de las 20 Áreas de Salud, en el cual cada una pacta con la Administración la consecución de una serie de objetivos acordes al punto de partida en el que se encuentra dicha Área, y que irán vinculados a incentivos tanto de índole retributiva como laboral recogidos en el anteproyecto de Carrera Profesional aprobado por la Consellería de Sanidad.

A continuación se exponen los diferentes apartados del contrato de gestión que se pactó para el año 2002 en el Área 17, con los diferentes objetivos (O) y los indicadores de medición (I) para cada uno de ellos [37].

A. Financiación:
   - O: Aumentar un 10% el importe facturado por financiación a terceros.
   - I : Total del importe facturado por financiación a terceros en el 2002/ total del importe facturado por financiación a terceros en el 2001.

B. Programas y Actividades Asistenciales
   - O: Fijados para cada servicio de la Cartera en los estándares de cobertura.

     I: Para este año se evaluaron los indicadores de cobertura diagnóstica y/o de servicio en cada caso (ver tabla 1 al final del apartado, con la cobertura de cada actividad pactada para el Área 17).
   - O: Información del 100% de los recursos sociosanitarios del Área y especificación de los mismos.
   - I: Informe sobre los recursos sociosanitarios del Área.

C. Integración con Atención Especializada
   - O: Implementar el 50% de las Guías de Actuación Clínica oficiales de la Consellería de Sanidad en cada Zona Básica de Salud.
   - I: número total de Guías implementadas en el Área y en cada Zona Básica/ número total de guías editadas.
   - O: Gestionar al menos 3 agendas de especialistas en cada Zona Básica.

- I: Número de CS con gestión de agendas de Atención Especializada en el Área /número total de CS del Área.
- O: Crear la Comisión de Integración del Área. Plantear objetivos específicos. Hacer al menos una reunión cada dos meses. Cumplimentar acta de todas las reuniones. Informar del grado de resolución de los objetivos planteados.
- I: Número total de objetivos resueltos / Número total de objetivos planteados.
- O: Hacer al menos una Jornada anual de asistencia sanitaria del Área con participación de profesionales de los respectivos niveles asistenciales.
- I: Remitir los contenidos de la Jornada anual realizada.
- O: Participar en el alta y seguimiento con las Unidades de Hospitalización a Domicilio (UHD) en el 100% de las Zonas Básicas que dispongan de estas unidades.
- I: Número total de CS del Área que participan en el alta y seguimiento con las UHD /Número total de CS del Área.

D. Calidad

- O: Disminuir el número de reclamaciones por" trato incorrecto" en el 2002.
- I: Número total de reclamaciones por "trato incorrecto" en el 2002/ Número total de reclamaciones por "trato incorrecto" en el 2001.
- O: Disminuir el número de reclamaciones por problemas organizativos en el 2002.
- I: Número total de reclamaciones por problemas organizativos en el 2002/ Número total de reclamaciones por problemas organizativos en el 2001.
- O: Las reclamaciones tienen que ser contestadas en un plazo inferior a siete días por el Coordinador del EAP cuando sean por problemas organizativos, y por el trabajador implicado y el Coordinador si son por "trato incorrecto".
- I: Número total de reclamaciones contestadas por el Coordinador en menos de siete días/ Número total de reclamaciones.
- O: Crear la Comisión de Calidad del Área. Plantear objetivos específicos. Hacer al menos una reunión cada dos meses. Cumplimentar acta de todas las reuniones.
- I: Informe con grado de participación de profesionales, evaluación de actividades realizadas y análisis de resultados obtenidos.

- O: La cita a demanda ha de ser atendida al menos en las siguientes 24 horas que se ha producido su solicitud en el 100% de los casos, teniendo en cuenta que la libranza de guardia no se considera demora.
- I: Número de profesionales con demora de más de 24 horas en la consulta a demanda / Número total de profesionales.
- O: El tiempo de espera para ser atendido en consulta será inferior a 15 minutos y no superior a 30 minutos para al menos el 80% de los usuarios, y superior a 30 minutos como máximo en el 5%.
- I: Se realizará una evaluación por muestreo.
- O: Aumentar la accesibilidad en horario de tarde en el 100% de los núcleos urbanos citados anteriormente.
- I: Número total de Zonas Básicas con consultas en horario de tarde en núcleos urbanos con más de 10.000 habitantes /Número total de Zonas Básicas con núcleos urbanos con más de 10.000 habitantes.
- O: Disponer de un registro de atención a desplazados en todos los CS.
- I: Número total de CS del Área con registro de atención a desplazados / Número total de CS del Área con atención a desplazados.

E. Formación continuada e investigación
- O: Informar de la asistencia de todas las categorías profesionales a reuniones de carácter científico
- I: Tipos de actividades docentes: cursos, congresos, jornadas, seminarios.
- O: Fomentar la investigación en el Área sanitaria.
- I: Número de proyectos de investigación propuestos y/o en curso. Número de publicaciones generadas en el Área.
- O: Nombrar responsable de Formación Continuada en el 100% de EAP.
- I: Número total de responsables de Formación Continuada /Número total de EAP.

F. Sistemas de información y registro
- O: Apertura de Historia Clínica al menos en el 60% de la población asignada en medicina general y al menos en el 90% en pediatría.
- I: Número total de historias clínicas abiertas en pediatría/ Número total de población asignada en pediatría.
- I: Número total de historias clínicas abiertas en medicina general/ Número total de población asignada en medicina general

G. Objetivos específicos en AP referentes al SIP

- O: Aplicación de la Orden del 19/12/2001, que establece la Tarjeta Sanitaria como único documento válido para el reconocimiento de la asistencia sanitaria en nuestro ámbito para los ciudadanos valencianos. Se debe establecer el uso de la Tarjeta como documento de acreditación y acceso al sistema sanitario.
- O: Solicitud del Certificado de Empadronamiento. Antes de registrar a un usuario como empadronado, tanto en altas como en cambios de situación, se debe solicitar el certificado de empadronamiento en algún municipio de la CV, del que se remitirá una fotocopia a la UAV correspondiente. A los usuarios con tarjetas sin aportación de farmacia, se intentará comprobar si siguen teniendo derecho a ella, bien en la aplicación o pasando la tarjeta por el lector para ver si es válida. Las tarjetas caducadas o no válidas debe retirarse y destruirse. Si hay dudas de identificación de un usuario adulto solicitar el DNI
- O: Trabajar los listados de "usuarios sin clave médica asignada" de cada centro buscando usuarios no asignados, haciendo acreditaciones provisionales si están sin acreditar. Actualización y bajas por fallecimientos.
- O: Facilitar el acceso de usuarios a cursos SIP y de Aseguramiento. Solicitados por el 80% de Centros.
- O: Se realizará una campaña de calidad al año, en los centros seleccionados para cada Área de salud. Dirección de Área debe asegurar que los resultados de cada campaña se devuelvan a los centros.
- O: Captación e intento de solución de colectivos problema. A los beneficiarios de pensionista se les debe hacer una acreditación provisional para forzar la revisión de su acreditación. Los usuarios con acreditación desconocida estarán sin médico. Hay que comprobar si tienen derecho a alguna acreditación que les dé derecho a asistencia y a médico y en caso afirmativo, realizar la gestión en el SIP. Ante usuarios con acreditación provisional de más de tres meses, revisar datos de identificación, sobre todo DNI, y número de Seguridad Social.

H. Farmacia

- Asignación presupuestaria: Indicador cuantitativo.
- Uso racional del medicamento: Indicador cualitativo.

***Tabla 1**: Porcentajes de cobertura de cada actividad pactados en el Contrato de Gestión para el Área 17 en el año 2002.*

SERVICIO	ESTÁNDAR COBERTURA (%)
Consulta de niños (apertura Hª clínica en relación con población)	90
Vacunaciones infantiles 0-14 años	95
Detección precoz de metabolopatías	100
Control del desarrollo infantil (niños incluidos en programa)	75
Salud bucodental. Prevención de caries en el niño	75
Educación para la salud en la escuela	80
Consulta de adultos (apertura Hª clínica en relación con población)	60
Vacunación de la gripe > 65 años	50
Vacunación de la gripe grupos de riesgo	100
Vacunación de tétanos /difteria	100
Vacunación de la hepatitis B a grupos de riesgo	100
Prevención, control y seguimiento de la HTA	60
Prevención, control y seguimiento de la dislipemia /hiperlipemia	40
Prevención, control y seguimiento de la diabetes	60
Atención a pacientes con EPOC	20
Atención a pacientes con VIH /SIDA	90
Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados	70
Atención a pacientes terminales	70
Prevención y detección de problemas en anciano frágil o de alto riesgo	50
Atención a problemas específicos en Salud Mental	15
Prevención y control de la TBC	100
Cirugía menor	3
Captación y valoración de la mujer embarazada	90
Preparación al parto	90
Visita en el primer mes postparto	95
Información y seguimiento de métodos anticonceptivos	35
Vacunación de la rubéola (conocimiento del estado vacunal)	100
Atención a la mujer en el climaterio	25
Prevención del cáncer de cerviz	90
Prevención del cáncer de mama	90
Prevención del cáncer de endometrio	90
Tratamientos fisioterapéuticos básicos	100

1.6. SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

La aplicación de los principios de la gestión empresarial a la medicina, es la tendencia que está modificando la forma de gestionar los recursos sanitarios. Ha impulsado el desarrollo de guías asistenciales y de nuevas herramientas de gestión tanto clínicas como económicas, con el fin de aumentar la calidad asistencial y racionalizar el gasto equilibrando eficientemente la oferta y la demanda de servicios.

La gestión eficiente de los recursos asistenciales necesita disponer de una información sanitaria de calidad y homogénea, que permita valorar la eficacia y la eficiencia de la práctica médica.

Los centros sanitarios son organizaciones con una estrategia basada en la información. La gestión de esta información constituye uno de los pilares básicos de los procesos de la actividad asistencial y de la toma de decisiones.

Las nuevas fórmulas de gestión que se adoptan en la Sanidad española han influido también en la adaptación de los sistemas de información a los nuevos tiempos, incorporando conceptos y herramientas necesarios para la mejora continua de la calidad. La información es imprescindible en el sistema sanitario actual, como fuente de toma de decisiones y como garante de la calidad prestada a los usuarios. Los sistemas de información sanitaria son pues el elemento fundamental para un estudio transparente y objetivo de los resultados de la práctica clínica.

Dado el protagonismo que el clínico está adquiriendo en la gestión asistencial, y conscientes de su papel fundamental en la generación de información sanitaria, las últimas herramientas para evaluar y monitorizar la eficiencia de la práctica médica y la repercusión que esta tiene en el consumo de recursos se articula en torno a la oferta de servicios a través de las prestaciones sanitarias [39].

1.6.1. DEFINICIÓN DE SISTEMA DE INFORMACIÓN

La Organización Mundial de la Salud, en 1973, se reunió de Alma Ata y en Fez (Comité regional para Europa), planteando 38 objetivos con vistas a conseguir **"Salud para todos en el año 2000".** Así en el objetivo 35, la OMS nos dio la siguiente recomendación: "Antes de 1990, los Estados Miembros deberían contar con sistemas de información sanitaria capaces de dar soporte a sus estrategias nacionales de salud para todos" [(1)].

La misma organización definió los Sistemas de información Sanitaria (SIS) como "Conjunto de actividades destinadas a recoger, almacenar, analizar y transmitir la información necesaria para la organización y gestión de los Servicios Sanitarios", teniendo como objetivos complementarios la utilidad en la investigación y en la docencia [(1)]. Esta definición no implica que los SIS sean una herramienta solamente para planificadores y gestores, pues son también necesarios para la organización y desarrollo de las actividades del equipo de atención primaria (EAP), como parte de los sistemas sanitarios.

La WONCA definió el SIS como una combinación de datos estadísticos de salud y de población, obtenidos de múltiples fuentes y utilizados para deducir información sobre las necesidades de salud, recursos, costes, uso de los servicios y resultados de empleo de los mismos por la población de un determinado lugar. La definición introduce el concepto de integración de datos, elemento básico en todo SIS [(38)].

Un SI es un instrumento de medición que nos permite conocer la distancia y las alternativas que poseemos para conseguir una meta, que debe previamente ser definida. La meta es la condición previa, el sistema de información es el instrumento no el fin. Si no se define la meta y se conoce para que se necesita el sistema puede fracasar la estrategia planteada.

La meta del Sistema Sanitario es resolver las necesidades de salud de los individuos y la colectividad, definidas en base epidemiológica, y moduladas por la opinión de la población, los profesionales y la administración.

Los registros son la base de los SIS y permiten su existencia. Varios sistemas de registro interrelacionados conforman un SIS, pero la suma de los registros no constituye por sí mismo dicho sistema de información.

La información es necesaria para evaluar:

- **Estructura**: recursos humanos y materiales que posibilitan la prestación de los servicios.
- **Proceso**: actividades desarrolladas para lograr las metas y objetivos.
- **Resultados**: referencia de lo logrado con la estructura existente y el proceso realizado. Es lo más importante en nuestra evaluación.

Los registros deben tener:

- **Secuencia**: sucesión de las anotaciones que integran los distintos eventos en el tiempo y en el espacio.
- **Estructura jerárquica**: distingue la sucesión de anotaciones mediante un orden establecido entre las cosas.
- **Vinculación con otros registros**: esta vinculación da sentido al sistema de registros.

Los datos aportan información y ésta, utilizada convenientemente, aporta conocimiento. Los registros son los mecanismos por los que se recogen los datos, su existencia no implica la existencia de un sistema de información, aunque son la base imprescindible para que este exista.

Según la OMS, registrar implica llevar un registro **permanente**, con **identificación personal**, y con la **intención de efectuar alguna acción posterior**, como la del seguimiento. El conjunto de mecanismos por los que se recogen y analizan los datos generados por la actividad asistencial del EAP, de una forma uniforme y establecida previamente, constituiría el sistema de registro en el ámbito del Centro de Salud.

1.6.2. OBJETIVOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN

Los SIS permiten la planificación, gestión y evaluación de los servicios sanitarios, también sirven de apoyo a la atención clínica, actividades de formación e investigación y cubren algunos requerimientos legales.

Entre sus objetivos específicos destacan**:**

- Conocer la naturaleza y el alcance de los problemas de salud y los factores que lo condicionan.
- Conocer las necesidades de recursos, de servicios sanitarios y las características de la demanda asistencial.
- Identificar grupos de población y/o grupos de pacientes que sean susceptibles de intervención.
- Servir de apoyo para la atención de individuos y familias.
- Conocer los recursos humanos y materiales disponibles, su naturaleza y distribución.
- Conocer las actividades desarrolladas y los servicios prestados por el sistema sanitario (cantidad, características, calidad), permitiendo conocer los rendimientos de los recursos existentes y la utilización de los servicios por los usuarios.
- Conocer la eficacia y la eficiencia de los recursos disponibles y de los servicios.

Estos objetivos, adaptados a la gestión son:

- Apoyo a la toma de decisiones y la planificación.
- Gestión adaptada (incluso gestión científica).
- Control de calidad de la propia gestión.
- Evaluación de objetivos asistenciales.
- Optimización de recursos asistenciales.
- Evitar la concurrencia en la elaboración de Información.
- Garantizar el uso de información elaborada.

1.6.3. TIPOS DE REGISTRO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Los tipos de Registros en Atención Primaria más utilizados, son:

- Historia Clínica
- Otros registros de Tipo Administrativo.
- Registro de Actividad: hoja de trabajo u hoja de cita previa.
- Ficheros de edad y sexo.
- Registro de morbilidad y de factores de riesgo.
- Registro de mortalidad.

- Otros registros diversos de obligada cumplimentación

1.6.4. PERSPECTIVAS DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA: CMBD-AP.

Hasta la fecha, los sistemas de evaluación de resultados en AP han estado centrados en los procesos, se han basado en una perspectiva de valoración grupal y han utilizado casi exclusivamente indicadores cuantitativos. En la actualidad se considera que se debe poner mayor énfasis en la valoración de los resultados, profundizando en la evaluación desde una perspectiva individual e introduciendo elementos más cualitativos que hagan posibles valoraciones más globalizadoras [(40)].

En 1996 surgió un proyecto, denominado Mejora de los Procesos de Evaluación de Resultados (MPAR-5), con el propósito de mejorar los métodos de evaluación de la AP. Identifica unas líneas estratégicas que suponen un cambio en la orientación del sistema de evaluación. Propone avanzar en la evaluación de los resultados de las actuaciones de los servicios y de los profesionales, frente a la evaluación actual del proceso, creando un marco de interacción de la evaluación de ambos elementos, de forma que sean concordantes, es decir, no repetitivos y más eficientes.

En dicho proyecto se incluye un grupo de trabajo que pretende clarificar el concepto y las posibles utilidades del Conjunto Mínimo Básico de Datos en Atención Primaria (CMBD-AP) [(39,40)].

El CMBD-AP es un conjunto restringido de datos que pueden servir para múltiples finalidades y ser utilizados conjuntamente por equipos profesionales, órganos de gestión y de planificación, grupos de investigación, etc. Son datos homogéneos y recogidos de forma sistemática sobre características demográficas, morbilidad y elementos que conforman el proceso asistencial de las personas atendidas en AP [(41)].

Es un proyecto complejo que tiene que planificarse a medio plazo, condicionado al ritmo de informatización de la AP, y cuyo desarrollo debería llevarse a cabo en paralelo al proceso de extensión de los CMBD de otros ámbitos asistenciales.

La unidad de registro es la variable respecto a la cual están referidas las otras variables que componen el CMBD-AP. Se han planteado distintas opciones para la unidad de registro, sobre todo paciente atendido, episodio de atención, visita y motivo de consulta.

Las variables se definen en base a la relevancia de sus utilidades potenciales y al esfuerzo que supone la obtención de los datos. Las variables a incluir también están condicionadas por la unidad de registro escogida y son:

- Identificación del paciente y del EAP que presta la asistencia.
- Características del paciente (sexo, edad). Lugar de residencia.
- Identificación de la unidad de atención a la que está asignado el paciente.
- Entidad financiadora de la atención.
- Problema de salud. Episodio nuevo o antiguo. Número de visitas.
- Procedimientos realizados. Derivaciones a otros servicios.

Otras posibles variables a incluir podrían ser:

- Duración del periodo de atención (entre primera y última visita para el episodio).
- Lugar de atención (centro, domicilio u otros) y número de visitas según el lugar de atención.
- Tipo de profesionales que han intervenido y número de visitas por tipo de profesionales.

Respecto al sistema de codificación, hay que evaluar la calidad, utilidad y aplicabilidad de los dos más utilizados actualmente (CIAP-2 [41] y CIE-9 MC) así como las posibilidades de conversión hasta que no se establezca un sistema unificado, que será probablemente la CIE-10 (última versión definida de la Clasificación Internacional de Enfermedades por la OMS).

1.6.5. SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

El Sistema de Información para la Gestión en Atención Primaria (SIGAP) [42], fue creado por el Servicio de Análisis de la Actividad Asistencial de la Subsecretaría para la Agencia Valenciana de la Salud como herramienta para medir la actividad asistencial.

Se basa en la ”consulta” como unidad de información. La consulta es definida como “cada uno de los encuentros realizados entre el profesional sanitario y el usuario”, siendo cada encuentro una sola consulta, independientemente de que en la misma se atiendan uno o varios procesos. Se considera “visita” cuando al paciente se le atiende en domicilio. Se ha

desestimado el ”acto” o “actividad” debido a la imposibilidad de establecer unos criterios que determinen de forma clara y comparable todas las “actividades” diferentes que se desarrollan en una determinada consulta.

El SIGAP pretende ser un eje central básico y de interés común tanto para los Centros de Salud, como para las Direcciones de Área y los Servicios Centrales. Los datos recogidos sirven para elaborar hipótesis de trabajo válidas para la gestión.

El registro y análisis de los datos, y la utilización de la información obtenida sirve tanto para la planificación y gestión de AP como para la información y auto-evaluación del propio personal que recoge los datos, siendo éste su propósito fundamental.

El sistema recoge información sobre:

- Cargas de trabajo.
- Recursos destinados a tareas determinadas.
- Patrones globales de utilización de servicios.
- Número y duración media de los episodios.
- Cargas de trabajo con relación a demanda de servicios y adecuación de recursos (gestión de la demanda).
- Elaboración de patrones de organización para el funcionamiento de los equipos.
- Evaluación de las actividades especificas del nuevo modelo, cargas de trabajo derivadas, poder de resolución, etc.

1.6.5.1. Objetivos del SIGAP

Los objetivos generales del SIGAP son obtención de información, su análisis, integración, coordinación, difusión y utilización.

Los objetivos específicos para los distintos apartados son:

Obtención de información

- Conocer el volumen y la evolución temporal de diferentes aspectos de la AP, como presiones asistenciales, distribución de distintos tipos de consultas, duración, actividad derivada, atención continuada, etc.
- Conocer el grado de cobertura del nuevo modelo de AP.

- Conocer el grado de implantación de la consulta concertada, como metodología de trabajo en los centros.
- Conocer la actividad realizada en programas de refuerzo (verano e invierno).
- Conocer el patrón de utilización de servicios por la población asignada a cada centro de AP.

Análisis de información

- Analizar la evolución temporal de los diferentes aspectos de la actividad registrada en los centros.
- Introducir en los informes rutinarios un nivel de análisis mínimo consistente en la identificación de centros según los diferentes criterios que los caracterizan, la tabulación de indicadores en conceptos relacionados, la ordenación según cualquiera de los indicadores y la identificación de valores extremos de cualquier indicador.
- Aportar hipótesis de trabajo a validar o completar mediante estudios complementarios.

Integración y coordinación de la información

- Integrar toda la información obtenida en los diferentes niveles del SIGAP en tablas relacionadas.
- Garantizar la integración y utilización en el SIGAP de los datos de interés ya existentes fuera del propio sistema.
- Dotar al SIGAP de suficiente entidad para que actúe como referencia en temas de obtención y procesamiento de datos, evitando en lo posible las duplicidades.
- Aportar algunos denominadores específicos para series de indicadores de otros sistemas de información ajenos al SIGAP.

Difusión y utilización de la información

- Mantener un "sistema de informes" adaptado a los diferentes usuarios.
- Establecer mecanismos de identificación, almacenamiento y recuperación de datos suficientes para poder elaborar informes a medida, con diferentes hipótesis de trabajo.
- Especificar el grado de validez de la información que se incluye en el SIGAP, a través de un sistema de comprobaciones y alertas, con el fin de reducir la incertidumbre en su utilización.
- Especificar la metodología utilizada para hacer útil la información en el planteamiento de hipótesis de estudios complementarios o ajenos al SIGAP.

Cada consulta debe pertenecer sólo a una de las clases propuestas, atendiendo al siguiente orden jerárquico: concertada, primera, sucesiva y administrativa.

El SIGAP se estructura en dos niveles: el primero proporciona variables de entorno y denominadores de validez para elaborar indicadores de actividad de gestión y otros estudios y el segundo valora el seguimiento en el tiempo de aspectos concretos de la actividad relacionada en los CS por los distintos profesionales.

1.6.5.2. Definiciones operativas e indicadores

Las definiciones operativas para las distintas variables son:

- Información general: número de profesionales declarantes y días registrados.
- Cita previa: número de citados, no presentados, no citados y atendidos.
- Actividad en el Centro: número de consultas administrativas, primeras consultas, sucesivas, concertadas, total de consultas, total minutos de consulta y total consultas a demanda.
- Actividad a domicilio: número de visitas a demanda, concertadas y total de visitas.
- Derivaciones: número de derivaciones a Radiología, a Laboratorio y a Asistencia Especializada.

Los indicadores son:

- Utilización de Servicios: presión asistencial, intensidad de uso, intensidad de uso repetido por proceso, extensión de uso por proceso, extensión de uso sucesivo, ratio equivalente día.
- Cita previa: porcentaje de usuarios no presentados y no citados.
- Actividad en el centro: presión asistencial, porcentaje de tipos de consultas, relación consultas a demanda/ concertadas, relación consultas concertadas/ primeras consultas, relación consultas sucesivas/ primeras consultas, minutos por consulta a demanda.
- Actividad a domicilio: presión asistencial, porcentaje de tipos de visita, relación visitas a demanda/ visitas concertadas.
- Derivaciones: porcentaje de resolución, porcentaje de derivaciones, porcentaje de derivaciones para diagnóstico, relación derivación a Asistencia Especializada/ derivación para diagnóstico.

1.6.5.3. Indicadores más utilizados en Atención Primaria

– Presión Asistencial (PA)

PA = número consultas tipo / días profesional

Indica las cargas de trabajo realizadas. Expresa el número de consultas atendidas diariamente por cada profesional. Analiza y controla la demanda.

– Intensidad de Uso (IU)

IU = número de consultas en pediatría / población de 0-14 años.

Expresa el número de consultas por habitante en un periodo de tiempo determinado. Proporciona información útil para analizar la demanda de servicios y determina si los excesos de PA se acompañan o no de exceso de demanda de servicios. Permite constatar diferentes situaciones de PA en función de la demanda. No distingue entre usuarios, no usuarios y grandes utilizadores. Su análisis debe completarse con indicadores de "extensión de uso", "intensidad de uso repetido" o en su defecto por los tipos de consulta.

– Intensidad de Uso Repetido por Proceso (IURP)

IURP = número total de consultas / número de primeras consultas

Se relaciona con la longitudinalidad del proceso en AP. Es un índice funcional del EAP asociado a la duración media de los procesos atendidos. Expresa la parte de la demanda que puede ser "parcialmente modulable" por el equipo. Puede detectar grandes utilizadores, mala utilización de servicios, etc.

– Extensión de Uso por Proceso (EUP)

EUP = número de primeras visitas / población asignada

Es un indicador de demanda primaria. Expresa el número de procesos diferentes presentados por la población asignada en el periodo de estudio que han sido atendidos por el centro. Representa la parte de la demanda menos modulable.

– Extensión de uso sucesivo (EUS)

EUS = número total de consultas – número de primeras consultas/población asignada

Es un indicador de longitudinalidad. Expresa el número de consultas por usuario, excluidas las primeras.

- Ratio Equivalente Día (RED)

RED = población asignada / días registrados.

Es un indicador del tiempo del recurso que realmente se ha utilizado. Relaciona la población asignada a un centro con el denominador días-profesional, registrando los días realmente trabajados en dicho centro. Cuantifica la PA teórica para cada día trabajado de un profesional si toda su población asignada acudiera una vez a consulta en el periodo de estudio.

- Intensidad de Uso Repetido (IUR)

IUR = total de consultas en un tiempo t / total pacientes diferentes en t.

Es un indicador del patrón de utilización de servicios. Puede identificar la presencia de grandes utilizadores del sistema. Nos aporta la media de consultas que realiza cada paciente que acude al centro en un periodo de tiempo dado.

- Frecuentación o Extensión de Uso.

Frecuentación = número de procesos nuevos / población asignada.

Expresa el tanto por uno de población que hace uso del centro de salud. Identifica el porcentaje de población sobre el que estamos actuando. Es un dato vital en el diseño de determinados programas de cobertura total.

- Índice de Rotación (IR)

IR = media consulta días / intensidad de uso repetido.

Indica el número de pacientes nuevos que cabe esperar cada día en la consulta y, por tanto, el número de pacientes repetidos que acudirán.

1.6.5.4. Datos del SIGAP para los Centros de Salud del Área 17

En la siguiente tabla se presentan los valores que aporta el SIGAP para pediatría en los centros de salud del área 17 para el mes de Enero de 2003.

Tabla 2:

CENTROS	PRESIÓN ASISTENCIAL								
Centros de salud	1as	2as	Adm	Concer	Centro	Visita demanda	Visita concertada	Domicilio	TOTAL
ASPE	37,3	0,9	1,3	4,9	44,5	SD	SD	SD	44,5
BIAR	27,2	1,5	1,5	3,5	33,5	SD	SD	SD	33,5
ELDA (ACACIAS)	35,7	0,1	0,0	1,2	37,0	0,0	0.0	0,0	37,0
ELDA (M ESPAÑOLA / AV SAX)	22,3	0,6	1,1	2,2	26,3	0,1	SD	0,1	26,3
MONOVAR	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
NOVELDA	41,8	1,1	1,3	3,4	47,6	0,0	SD	0,0	47,6
PETRER	34,1	4,4	1,1	3,0	42,7	0,1	SD	0,1	42,7
PINOSO	46,2	1,1	0,2	5,7	47,8	SD	SD	SD	47,8
SAX	36,7	0,5	0,3	3,4	41,2	SD	SD	SD	41,2
VILLENA II	34,7	0,3	0,5	3,8	39,4	SD	SD	SD	39,4

SD: sin datos

1.6.6. HISTORIA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

El trabajo en AP y sus características condicionan el registro de información en las historias clínicas. Estas características se hacen más manifiestas al compararlas con las de la atención hospitalaria [43]. En AP se sigue longitudinalmente a las personas, desde que nacen hasta que mueren. Los pacientes mantienen su interpretación de los síntomas, la consulta médica y la adhesión a las recomendaciones terapéuticas. La atención se realiza de forma intermitente y la iniciativa de contacto depende del particular, y no de la institución. Existe dificultad para definir el principio y el fin de las enfermedades y de los episodios. En AP se trabaja con problemas, no con diagnósticos, y los usuarios que acuden a la consulta pueden estar sanos.

La falta de uniformidad en los registros es una constante en AP y la comunicación entre el personal sanitario a veces es escasa y difícil. Las personas conservan grandes parcelas de libertad, lo que junto a la pluralidad de ambientes donde pueden manejarse y la necesidad de adaptación a los mismos, hacen en muchos casos imposible la observación simultánea y plantean la evidencia continua del dilema curar-cuidar.

La historia es útil en múltiples aspectos, entre los que destacan los referentes a asistencia, información sanitaria, evaluación, investigación clínica y epidemiológica, docencia y cuestiones médico-legales. Recoge la información necesaria, distribuida en tres áreas:

- Social: datos de identificación (nombre, apellidos, dirección, teléfono, fecha y lugar de nacimiento, sexo, número de SS y SIP), otros datos (situación familiar, laboral, estudios, actividad física, hábitos de ocio, etc.).
- Preventiva: datos de comienzo (actividades preventivas y vacunaciones, entrevista y reconocimiento inicial) y de seguimiento (prevención de infecciones, cáncer, enfermedades crónicas, hábitos de vida, etc.).
- Médica: datos directos (enfermedades previas, signos vitales, notas de cada visita, etc.) e indirectos (resultados de laboratorio, radiología, informes quirúrgicos, de especialista, planes del médico, registros gráficos).

En base al enfoque que se dé a los datos recogidos, la historia puede ser:

- Cronológica: es la tradicional, orientada hacia la fuente de datos.
- Por problemas: se orienta hacia la realidad del paciente. Es la que en AP permite trabajar con mayor comodidad.
- Orientada hacia decisiones, diagnóstico probable y diferencial.

La información que produce el registro de la historia, como otros sistemas de registro en AP, ha contribuido de forma sustancial a la mejora de la calidad de la AP[44].

1.6.6.1. Informatización de la Historia Clínica

La informática permite diseñar sistemas de información ágiles, utilizando los recursos de la tecnología de la información, lo que puede contribuir a resolver con equidad y eficiencia los problemas sanitarios de los individuos y de la colectividad [45].

La informatización no resuelve los problemas organizativos que puedan existir, aunque sí puede facilitar su abordaje y manejo. Puede ayudar a realizar o potenciar los cambios de modelo de organización sanitaria y sistemas de información que eleven al máximo la productividad del mismo.

Al informatizar la historia hay que utilizar un sistema que proteja al paciente, preserve su intimidad, garantice la confidencialidad de sus datos y ofrezca ventajas palpables en el modelo de su salud.

La informatización tiene ventajas, como [46]:

- Desburocratización. En pediatría es importante, aunque no tanto como en Medicina General ya que entre la población infantil hay menos pacientes crónicos, se hacen menos recetas repetitivas, no hay partes de baja, etc.
- Posibilidad de uso de nuevas tecnologías (transmisión electrónica de datos, fotografía digital, radiología digitalizada, etc.).
- Mejora de la accesibilidad a las historias, al estar permanentemente disponibles y no depender de horarios del archivo.
- Mejor organización de la historia clínica.
- Favorece la investigación en AP. El sistema genera gran cantidad de datos, ligados de forma longitudinal, que son una información de gran valor epidemiológico. Además, al facilitar la unificación de criterios y registros entre diferentes consultas, favorece el desarrollo de estudios multicéntricos.

Pero también puede plantear problemas y riesgos, entre los que destacan:

- Falta de información y consentimiento de los pacientes.
- Mal uso, deliberado o inconsciente, de la utilización de la información.
- Manipulación de la información.
- Dependencia de la tecnología.
- Falta de cultura de seguridad física y lógica de la información.
- Debilidad de los circuitos de confidencialidad.

1.7. EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA

1.7.1. CONCEPTO Y APLICACIONES DE LA EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA.

1.7.1.1. Concepto básico de epidemiología

La Epidemiología se fundamenta en el concepto de que la enfermedad o la salud no se presentan aleatoriamente y en el hecho de que las enfermedades tienen factores causales y preventivos que pueden ser identificados a través de un proceso de investigación, el cual estudiara diferentes poblaciones o muestras, en diferentes momentos y en diferentes lugares[47].

La Epidemiología en sus inicios considerada como" ciencia de las grandes epidemias" se ha convertido progresivamente en la ciencia del razonamiento objetivo en medicina y en otras ciencias de la salud, tanto a nivel de investigación como en la práctica médica [48].

Los usos de la Epidemiología, según Armijo [49], son:

- Describir la enfermedad en la comunidad
- Instrumento de predicción
- Evaluación
- Completar el cuadro clínico de la enfermedad
- Identificar síndromes nuevos
- Identificar factores etiológicos

1.7.1.2. Concepto de epidemiología clínica

El término de epidemiología clínica se utilizó por primera vez en la XXX Reunión Americana de Investigación Clínica, por J.R. Paul, aunque sus orígenes son más lejanos y se mezclan con los de la epidemiología general. Se desarrolló de forma destacada por los autores Feinstein, Fletcher y Wagner, en dos Universidades norteamericanas, la de Yale, y la de Carolina del Norte respectivamente. En la Universidad canadiense de Mc Master también se desarrolló esta especialidad gracias a los trabajos de Haynes, Sackett y Tugwell [50].

Feinstein consideró la EC como un nuevo dominio intelectual de la ciencia moderna resultado de la aproximación de la E y los clínicos tradicionales.

Pozo la define como la ciencia que mediante la aplicación del método epidemiológico se propone mejorar la calidad de las decisiones clínicas, produciendo conocimientos científicos sobre el proceso de práctica clínica.

La aplicación de la Epidemiología de la población a la atención de los pacientes individuales introduce la EC como ciencia básica para los clínicos.

La Epidemiología clínica aplica los razonamientos, conocimientos y metodología epidemiológica a los problemas encontrados en la práctica asistencial, con el propósito de mejorar la calidad de las decisiones clínicas.

Las limitaciones del conocimiento científico, la insuficiencia del conocimiento de cada médico en concreto y las dificultades que éste encuentra para decidir si sus dudas proceden de sus propias deficiencias de conocimiento o de las limitaciones del conocimiento científico

disponible, son diversas fuentes de incertidumbre descritas por Fox [51]. En cualquier caso la variabilidad tanto biológica como psicocultural de los individuos es la razón que argumenta la incertidumbre.

A pesar del desarrollo y los avances conseguidos por la ciencia médica, de todas las pruebas diagnósticas y del abanico de posibilidades terapéuticas que disponemos, uno de los principios básicos de la medicina es que las decisiones se toman siempre en condiciones de incertidumbre. La actuación médica supone la toma continua de decisiones basadas en conocimientos científicos y en conocimientos derivados de la experiencia personal previa.

La incertidumbre es más manifiesta en Atención Primaria. Esta incertidumbre se puede caracterizar, cuantificar e incluso minimizar mediante el análisis científico de la práctica asistencial. **La E C nos facilita este análisis y nos aporta una metodología científica de actuación en medicina, permitiéndonos hacer predicciones individuales basadas en experiencias previas obtenidas en pacientes semejantes, para solucionar los problemas encontrados en la clínica con una base científica** [52,53].

LA EC incorpora a la medicina clínica la metodología epidemiológica, permitiendo utilizar mejor los conocimientos, la lógica y la experiencia previa, y limitando el uso de creencias, juicios o situaciones subjetivas de difícil valoración [53]. Tal vez por ello, la escuela canadiense de Mc Master la califica de ciencia básica para la medicina clínica [54].

El principal reto de la EC es incorporar el método científico en la toma de decisiones Paul en su Clinical Epidemiology señala que la disciplina ha de orientarse a conocer el entorno familiar, laboral y ambiental del paciente, y a ocuparse de aquellas causas de enfermedad que no pueden estudiarse en el tubo de ensayo.

Las ventajas que ofrece la incorporación de la EC en la formación del médico de familia clínico son, entre otras:

- Ayuda para integrar mejor las esferas, biológicas, psicológicas, clínica y social de los pacientes.
- Toma de decisiones con mayor validez científica.
- Análisis más crítico de las decisiones y amplitud de la visión del problema.
- Mejora de la calidad del ejercicio práctico, ayudando en las estrategias del diagnóstico clínico, del pronóstico y del tratamiento de los enfermos.
- Disposición de realizar una investigación original.

- Le aporta herramientas para mejorar su formación.

1.7.1.3. Aplicaciones de la epidemiología clínica

Las principales áreas de aplicación de la EC son [54]:

1.7.1.3.1. Asistencia o práctica clínica:

Estudio de Carácter preventivo:

La EC enseña metodología dirigida al análisis de frecuencias, a la caracterización de las causas o los factores de riesgo de la enfermedad, al diseño de diferentes estrategias de prevención primaria o secundaria, sus indicaciones y resultados y también a las técnicas de detección sanitaria u otras formas de intervención.

Estrategias diagnósticas:

La EC utiliza con frecuencia algoritmos y reglas de predicción clínica, indicando grados de probabilidad, ya que un diagnóstico correcto exige distinguir la normalidad de la anormalidad, interpretar la calidad y consistencia de los signos y síntomas en las diferentes situaciones clínicas, y desarrollar estrategias adecuadas para la selección de pruebas complementarias, ponderando sus indicaciones y conociendo sus rendimientos o validez, su nocividad y su coste.

Análisis pronóstico de la enfermedad:

El pronóstico es la elaboración de una hipótesis basada en el análisis científico de lo ocurrido en situaciones previas, referido a grupos homogéneos comparables al caso actual. Precisa del uso de clasificaciones, estadiajes, análisis de curvas de supervivencia, estudio de cohortes, etc., lo que permite describir el curso clínico y la historia natural de la enfermedad.

Evaluación del tratamiento:

La EC pretende alejar el empirismo en la indicación terapéutica. El uso de las diferentes opciones de actuación debe surgir del análisis racional de los resultados obtenidos de protocolos terapéuticos aplicados a enfermos y situaciones semejantes a la que nos ocupa. Para ello debemos valorar la eficacia (resultado en condiciones ideales) y la efectividad (resultado en condiciones reales tras su aplicación), al valorar aspectos como los efectos secundarios, el cumplimento, la calidad de vida, etc.

1.7.1.3.2. Investigación

La EC permite al clínico una forma propia de investigación, que no precisa laboratorios ni tecnologías complejas. Consiste en hacer preguntas y responderlas, hacer las preguntas pertinentes y, utilizando la metodología adecuada y analizando científicamente los resultados, llegar a encontrar las soluciones.

La EC mejora la investigación ya que:

- Las decisiones clínicas se basan en criterios cada vez más objetivos.
- La investigación va dirigida a todas y cada uno de los actos médicos que comporta la práctica clínica.
- Permite el análisis del proceso de la práctica clínica.
- Permite el análisis de la calidad de la atención prestada.
- Permite estudios de economía aplicada a la práctica clínica

1.7.1.3.3. Formación continuada

La EC ayuda al clínico a optimizar su formación ya que aporta la metodología para:

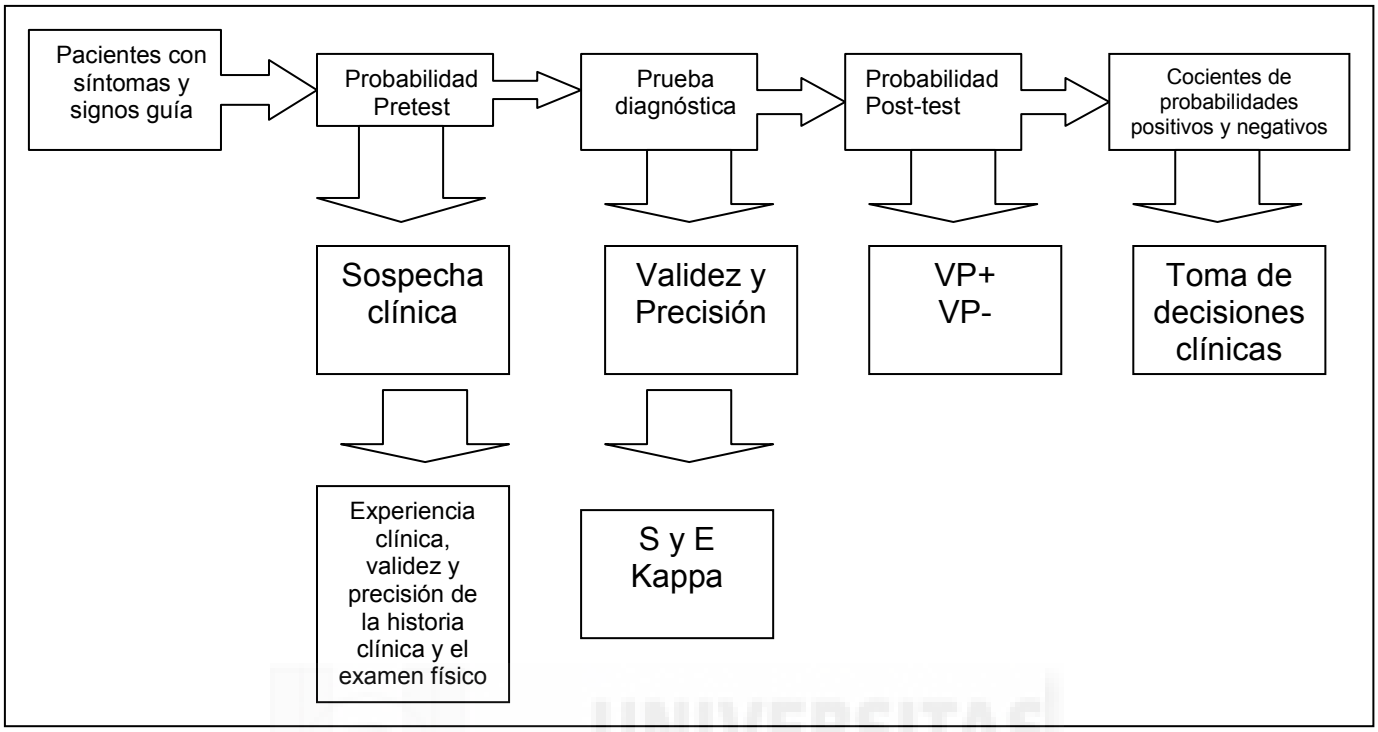
- Realizar una lectura crítica de la literatura científica.
- Evaluar la evidencia científica.
- Realizar un manejo correcto de la información obtenida en sus actualizaciones científicas al aplicarla a su labor asistencial.

1.7.2. INDICADORES DE VALIDEZ. COCIENTES DE PROBABILIDAD. CONSISTENCIA O FIABILIDAD.

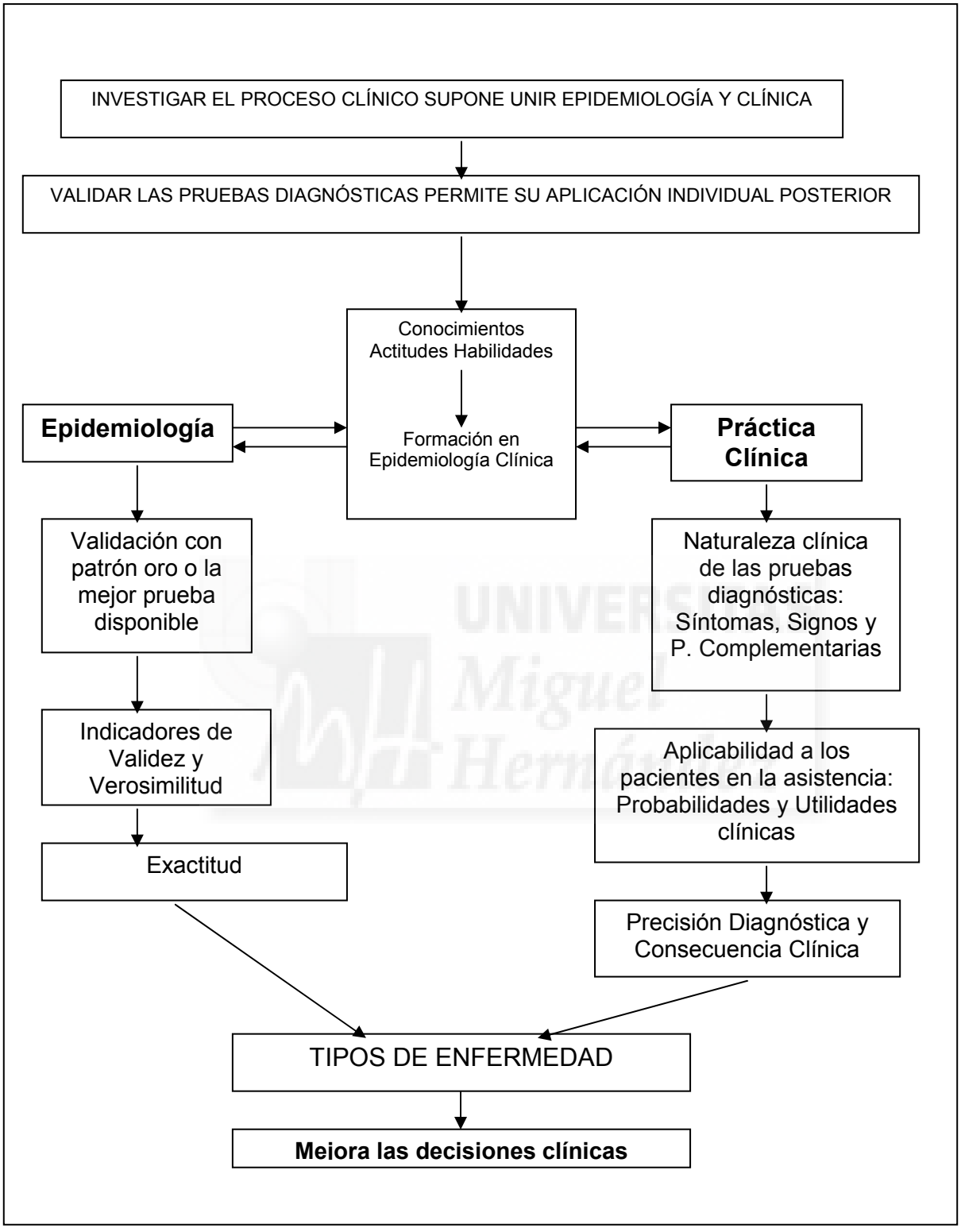
La epidemiología clínica intenta cuantificar la incertidumbre que supone la toma de decisiones en la práctica clínica, y éstas se deben tomar cuantificando sus probabilidades.

Ante un problema clínico, se realiza una búsqueda bibliográfica y se elabora un esquema de decisiones clínicas para cuantificar los beneficios de aplicar una prueba seleccionada y, además, calcular la incertidumbre implícita en la toma de una decisión en base a ella. Para ello hay que conocer los mejores indicadores de validez que definen las características de la prueba.

Toma de decisiones cuantificando probabilidades: Estrategia diagnóstica.



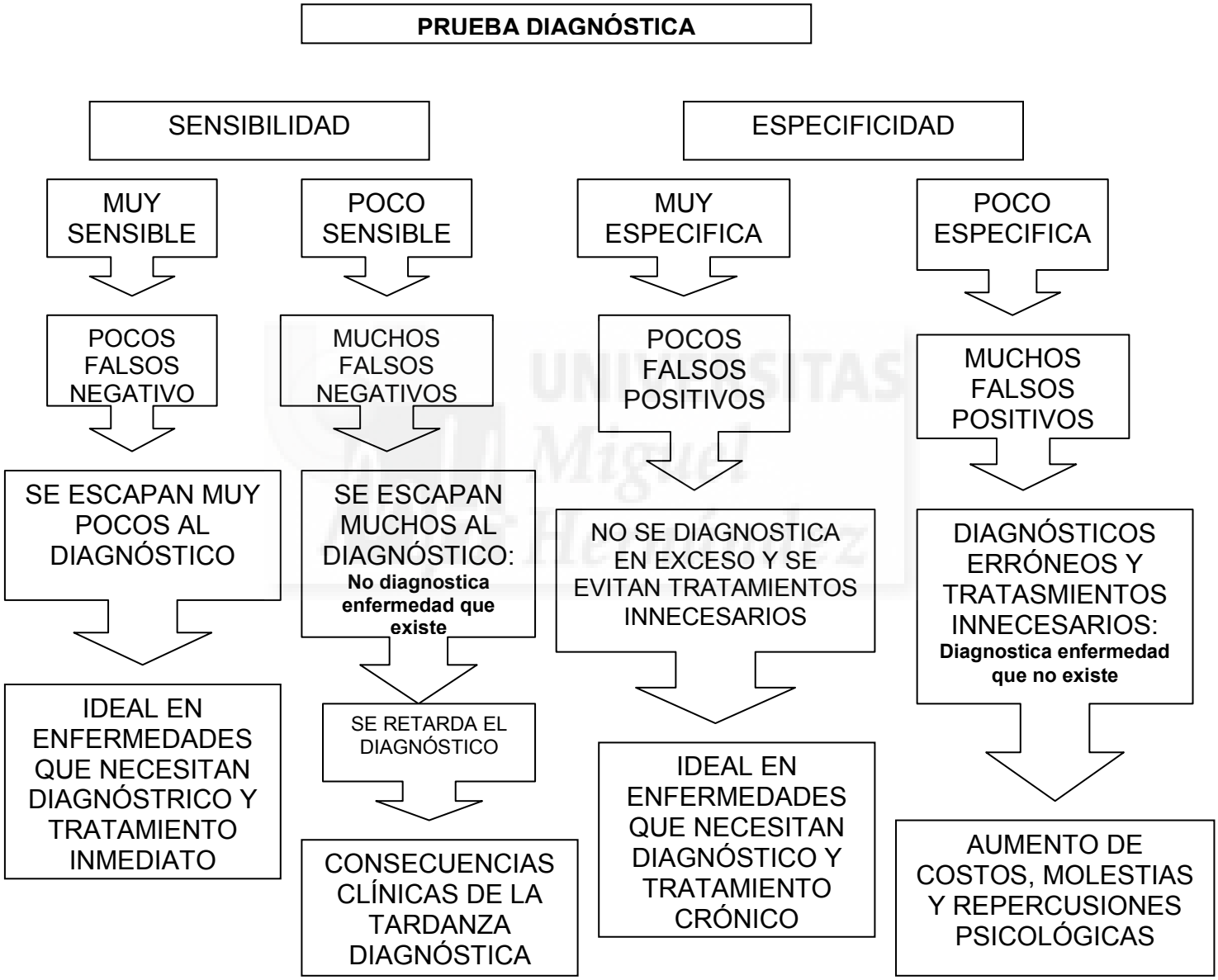
La validación de los documentos usados en la práctica clínica mejora la toma de decisiones. El objetivo de la validación es cuantificar la incertidumbre, para ello se calculan los **indicadores de validez**, a través de la sensibilidad y especificidad, su **utilidad clínica** por medio del cálculo de los coeficientes de probabilidad (CP) positivos y negativos, y la **fiabilidad** de los documentos con la interpretación en función de los resultados del Índice Kappa.



La validez de una medida o prueba diagnóstica se calcula partiendo de la información contenida en una tabla de 2x2. La Sensibilidad, la Especificidad, y el Valor Predictivo son los criterios de validez que cuantifican la capacidad de una prueba para clasificar correcta o

incorrectamente a un individuo. Los valores predictivos son una buena medida de utilidad clínica global, ya que incorporan información tanto sobre la prueba, como sobre la población estudiada.

Una vez calculados los indicadores de validez su interpretación y aplicación clínica se expresan en el siguiente esquema:



Los cocientes de probabilidad de una prueba ofrecen la ventaja de relacionar la Sensibilidad y la Especificidad en una sola medida.

Estos conceptos se explican de forma más detallada en el apartado de Material y Método.

Los árboles de decisiones clínicas en los que se cuantifica la Probabilidad Preprueba o Prevalencia de la enfermedad en estudio, los Falsos Positivos y los Falsos Negativos, la Probabilidad Postprueba, los Coeficientes de Probabilidad y su interpretación en función de la Escuela de Medicina Basada en la Evidencia, junto con el cálculo del Índice Kappa como indicador de Consistencia o Fiabilidad de la prueba que se está validando, además de su interpretación siguiendo la Clasificación de Landis y Koch, se desarrollan en el apartado de Material y Método.

UNIVERSITAS Miguel Hernández

2 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

UNIVERSITAS
Miguel
Hernández

2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Desde la Ley General de Sanidad, que en el artículo 106 del título 6 expresa: "las actividades de investigación habrían de ser fomentadas en todo el sistema sanitario como elemento fundamental para el progreso del mismo", y siguiendo las directrices de la OMS que en el Objetivo 35 de "Salud para todos en el año 2000" (Alma Ata. Comité Regional para Europa en Fez) [(1)] recomienda: "Antes de 1990, los estados miembros deberían contar con sistemas de información capaces de dar soporte a sus estrategias nacionales de salud para todos", con este trabajo de investigación pretendemos poner nuestro "granito de arena" y obtener una respuesta racional y objetiva frente a la incertidumbre del desconocimiento.

Queremos conocer, con fuentes primarias, la situación real en la que se encuentran los Equipos de Atención Primaria de nuestra Área de Salud respecto a la naturaleza de las consultas de Pediatría (en función de la previsibilidad y el contenido clínico de las mismas) según la metodología de Casajuana, reconocida y aceptada en nuestro entorno asistencial.

La OMS define Sistema de Información [(1)] como "el conjunto de actividades destinadas a recoger, almacenar, analizar y transmitir la información necesaria para la organización y gestión de los Servicios Sanitarios". Todo sistema de información sanitaria debe orientarnos hacia la meta del Sistema Sanitario, que es resolver las necesidades de salud de los individuos y la colectividad, definidas en base epidemiológica y moduladas por la opinión de la población, los profesionales y la Administración.

Sin olvidarnos de esta meta, con nuestro estudio pretendemos saber la validez, fiabilidad y utilidad clínica de la Hoja de trabajo (HT), que constituye uno de los principales documentos de trabajo de los médicos de Atención Primaria (médicos de familia y pediatras), para conocer los aspectos transcendentales de su actividad asistencial.

Los objetivos de los sistemas de información para la gestión son: el apoyo a la toma de decisiones y a la planificación, la gestión adaptada y su control de calidad, la evaluación de objetivos y la optimación de recursos asistenciales, además de evitar concurrencia en la elaboración de información y garantizar su uso.

Con este estudio pretendemos obtener información para plantearnos sólo aquellas soluciones que nos hagan mejorar y avanzar en la planificación y gestión de nuestras consultas, optimizando nuestros recursos y mejorando en definitiva nuestra calidad asistencial. Para ello, tras analizar los documentos actuales de trabajo en las consultas de Atención Primaria, queremos construir guías de práctica clínica para conocer la actividad asistencial de los distintos tipos de consulta, de las peticiones de pruebas complementarias y de las derivaciones realizadas a atención especializada.

De los tres grandes tipos de investigación, Básica, Clínica y Epidemiológica, nos basamos en esta última para desarrollar nuestro trabajo de investigación, que realiza predicciones individuales basadas en el conocimiento generado a partir de grupos de pacientes.

La identificación de problemas y necesidades constituye la primera etapa de la planificación general, existiendo 2 tipos de métodos que lo cuantifican, los cuantitativos a través de la cuantificación de indicadores que se basan en fuentes de información y los cualitativos que se basan fundamentalmente en la opinión de pacientes y expertos.

En las siguientes figuras (nº1) y tablas (3 y 4) se observan las etapas de la planificación general y planificación por programas, los sistemas de registro de la actividad y las fuentes de información para construir los indicadores cuantitativos que disponemos en nuestro país.

Figura 1. Etapas de la planificación:

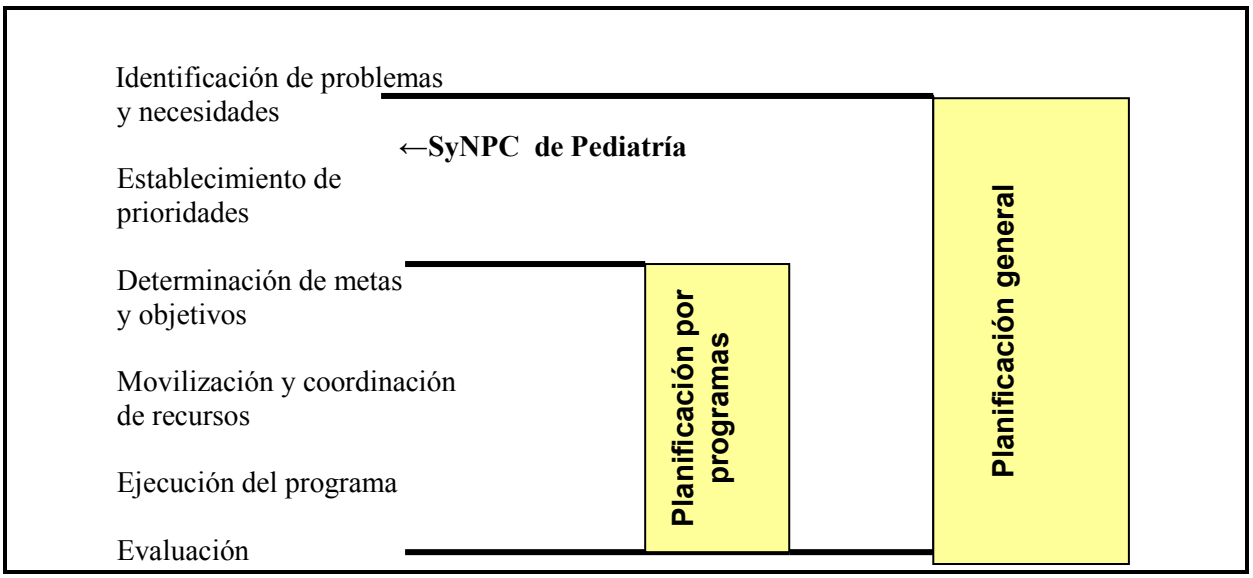


Tabla 3. Sistemas de registro de la actividad asistencial

Sistemas de registro de actividad	
SIP	Sistema de información poblacional
SIGAL-SISAL	Sistema de Información para la gestión en Atención Primaria
ABUCASIS	Historia Clínica Informatizada
GAIA	Sistema de Información farmacéutico
SIE	Sistema de información económico
INDIGES	Datos e Indicadores de Actividad
LISESP	Datos e indicadores LEQ
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria
CMBD-AP	Conjunto Mínimo Básico de Datos en Atención Primaria
GRD	Sistema de Codificación de los Episodios de Hospitalización
Sistemas de registro en Centros de Salud Pública	
Salud Laboral	Registro centralizado de manipuladores de plaguicidas. Registro de MA EPSS Y servicios de Prevención. Registro oficial de establecimientos y servicios de Plaguicidas.
Promoción de la salud	Registro Nominal de Vacunas (RNV). Registro de vacunas Automatizado (RVA). Centros de planificación familiar. SIG2C
Epidemiología	Vigilancia epidemiológica semanal (VES), incluye la EDO. Red Centinela Sanitaria (RCS).

Tabla 4. Fuentes de datos

Elementos para el análisis	Fuentes de datos
Estructuras generadoras de riesgos	
Demográfica	Censo y padrón municipal
Física y medio ambiente	Mapas locales y comarcales
	Archivos locales
	Banco de datos municipales
	Anuarios estadísticos municipales
	Informes técnicos municipales
Social y económica	Censo
	INEM
	Registros locales de industria
	Registros locales de servicios
Nivel de salud	
Mortalidad	Registros de mortalidad
Morbilidad diagnosticada	Registro de EDO
	Registro de ILT
	Registros de Atención Primaria
	Registros hospitalarios
	Estudios específicos
	Registros específicos
Morbilidad percibida	Encuestas de salud
Hábitos y estilos de vida	Encuestas de salud y específica
Discapacidades, deficiencias y minusvalías	Encuestas específicas
	ILT
	Registros de salud laboral
	Registros de instituciones de enfermos crónicos
	Encuestas de salud
Calidad de vida	Encuestas específicas
Salud laboral	Registros de salud laboral
Servicios	Registros gubernamentales
	Registros de instituciones sanitarias

UNIVERSITAS Miguel Hernández

Hay poca experiencia sobre los registros en Atención Primaria y todos coinciden en la necesidad de buscar un mecanismo por el cual fueran más ágiles, más consistentes y presentaran más validez y utilidad clínica [55, 56].

La importancia del conocimiento de nuestros datos, que se obtienen de forma primaria (se registra el dato al mismo tiempo que el paciente acude a la consulta), va a ser un elemento a tener en cuenta y punto de inflexión para los profesionales, tanto en la planificación sanitaria como en la gestión clínica, con el fin de buscar la mejor eficiencia, antes de la implantación de la historia clínica informatizada y el programa ABUCASIS II.

En este estudio nos vamos a formular las siguientes preguntas:

- ¿Conocemos la naturaleza de la actividad asistencial en las consultas de pediatría de atención primaria? ¿Conocemos la validez y fiabilidad de los documentos que utilizamos a diario y que reflejan la actividad asistencial?

Tras conocer los indicadores de validez y fiabilidad de los documentos utilizados por los pediatras para reflejar la actividad asistencial, y a través de la interpretación que hace el grupo de MBE sobre los indicadores de actividad clínica (CP+ y CP-) también nos planteamos las siguientes preguntas:

- ¿Se pueden construir árboles de decisiones clínicas para mejorar la toma de decisiones en gestión sanitaria?
- ¿Se pueden construir guías de práctica clínica que ayuden a la gestión sanitaria de un Área de salud y en la toma de decisiones de los médicos?
- ¿Qué información nueva nos aportan?
- ¿Existen diferencias en la actividad asistencial entre los distintos Centros de Salud del Área 17?
- ¿Existen diferencias entre los centros en función de sus características de actividad docente, informatización y dispersión geográfica? ¿Existen diferencias en la actividad asistencial en función de las características de los pacientes en edad y sexo, tipo de citación o acceso al sistema, tiempo y presión asistencial?

La justificación del estudio que planteamos nos viene dada a través de la información que nos va aportar para conocer la respuesta a todas estas preguntas.

Los resultados obtenidos en el presente estudio nos van a facilitar el establecer prioridades y ayudar a conocer cómo se cumplimenta la actividad asistencial por medio de un

sistema de recogida de información, básica para el SIGAP, que es la hoja de trabajo. Todo ello nos puede ayudar a seleccionar las tareas más idóneas para la mejora de la actividad asistencial al plantearnos las preguntas claves y concretas cuando se gestionan las consultas y se planifican los recursos.

UNIVERSITAS Miguel Hernández

3 ESTIMACIÓN DE PARÁMETROS POBLACIONALES Y CONTRASTE DE HIPÓTESIS

UNIVERSITAS
Miguel
Hernández

3. ESTIMACIÓN DE PARÁMETROS POBLACIONALES Y CONTRASTE DE HIPÓTESIS

3.1. ESTIMACIÓN DE PARÁMETROS POBLACIONALES.

El **objetivo primario** de la presente investigación es el de estimar los parámetros poblacionales de la actividad asistencial en pediatría para relacionar las necesidades de asistencia con la naturaleza de la consulta. Ello permitirá mejorar en la gestión de la demanda en los centros de salud del Área 17.

Los datos calculados en la muestra son estimaciones que se aproximan al valor de los verdaderos parámetros poblacionales, que son valores desconocidos al no estudiar toda la población. Para los datos obtenidos, se calculan los intervalos de confianza al 95%, los cuales permiten definir un rango de valores entre los que puede estar el verdadero parámetro poblacional, asumiendo un error de un 5% de no contenerlo.

Para inferir el verdadero parámetro poblacional no conocido en la población a estudio, se realiza el cálculo del tamaño muestral representativo con un nivel de seguridad y una precisión predeterminadas, aplicando un muestreo probabilístico en el que se recoge la actividad asistencial de todas las consultas de pediatría de los días seleccionados al azar en los Centros de Salud.

Partiendo de la muestra representativa del estudio SyN-PC, se calcula un nuevo tamaño muestral representativo de los motivos de consulta por los que acude el paciente, para posteriormente seleccionándolos mediante muestreo probabilístico poder así alcanzar los objetivos secundarios planteados en este estudio. Es decir, se realizará una validación interna a través de la muestra representativa del SyN-PC, y se calcularán los indicadores de utilidad clínica para la confección de árboles de decisiones y guías de práctica clínica que ayuden tanto a la gestión de la demanda como a la práctica clínica de los médicos de Atención Primaria.

3.2. CONTRASTE DE HIPÓTESIS

El **objetivo secundario** es valorar la influencia de factores relacionados con la actividad asistencial y para ello se enuncian los diferentes contrastes de hipótesis:

HIPÓTESIS NULA:

El factor estudiado no influye en el análisis de la actividad asistencial según el modelo seleccionado para el estudio.

HIPÓTESIS ALTERNATIVA:

El factor estudiado si influye en el análisis de la actividad asistencial según el modelo seleccionado para el estudio.

La aceptación de la hipótesis nula sería a través del rechazo de la hipótesis alternativa y la significación estadística se fija en $p<0,05$ y en el cálculo operativo de los intervalos de confianza al 95%.

Los **objetivos secundarios nº 3, 4, 5 y 6** pretenden valorar si la información obtenida por los registros que habitualmente se utilizan para conocer la actividad asistencial es válida y útil, para ello, desde un marco de respuesta teórica basado en el consenso del comité científico del estudio se estableció el siguiente contraste de hipótesis:

HIPÓTESIS NULA:

La realidad asistencial es conocida con los documentos existentes con lo que no procede esta investigación clínica.

Si se acepta esta hipótesis, la hoja de actividad asistencial (hoja de trabajo) contiene información relevante para conocer la actividad asistencial en relación a las necesidades de asistencia con la naturaleza de las consultas.

HIPÓTESIS ALTERNATIVA:

La realidad asistencial no es conocida con las herramientas de registros existentes y disponibles actualmente, con lo que la investigación planteada con datos primarios es necesaria para la planificación de las necesidades, recursos y organización de los Centros de Salud a la hora de gestionar el buen funcionamiento de la actividad asistencial.

Por consenso del comité científico que elaboró y diseñó el estudio (Unidad de Epidemiología Clínica de la Universidad Miguel Hernández y Unidad de Investigación y Docencia del Área 17), se acepta la Hipótesis Nula (Ho) cuando los resultados de la validación obtienen una Sensibilidad (S) y Especificidad (E), ambas, > ó = 80%, para la utilidad clínica obtienen unos Coeficientes de Probabilidad positivos y negativos (CP+, CP-) dentro de la categoría A o B cuando se interpretan según los criterios de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) [57], y una fiabilidad a través del cálculo del índice Kappa a partir de la categoría Moderada según la interpretación de Landis y Koch [58].

Para construir los objetivos 6 y 7 se fundamentan reglas de decisión y en ellos los resultados que ya han sido cuantificados en los objetivos 3 y 4, se interpretan en función de los árboles de decisión clínica, según la metodología de la Unidad de Epidemiología Clínica del Departamento de Medicina de la Universidad Miguel Hernández (Objetivo nº 7), y las reglas de la Medicina Basada en la Evidencia (Objetivo nº 8).

Para analizar el restante objetivo secundario planteado en el estudio, se realizará una estratificación por Centros de Salud partiendo de la muestra representativa del estudio SyN-PC, para valorar las diferencias que se aprecian por centros en la **actividad** asistencial a través de relacionar la naturaleza de la consulta con las necesidades asistenciales.

UNIVERSITAS
Miguel
Hernández

UNIVERSITAS Miguel Hernández

4 OBJETIVOS

UNIVERSITAS
Miguel
Hernández

4. OBJETIVOS

Los objetivos planteados para responder a todas las preguntas clínico-epidemiológicas formuladas previamente en la justificación del estudio, son los siguientes:

4.1. OBJETIVO PRIMARIO:

Cuantificar la actividad asistencial de la consulta de Pediatría para gestionar la demanda en un Área de Salud a través de relacionar las necesidades de asistencia con la naturaleza de la consulta.

4.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS:

1. Valorar la influencia de los siguientes factores en la actividad asistencial:

- Centros de Salud del Área 17.
- Características de los Centros: dispersión geográfica, informatización, actividad docente para MIR de MFyC.
- Forma de acceder al sistema.
- Características demográficas de los pacientes (edad y sexo).
- Presión asistencial y tiempo de consulta.

2. Comparar los resultados de la actividad asistencial obtenidos en el Estudio SyN-PC (Situación y Necesidades en la Práctica Clínica) con los obtenidos en la Hoja de Trabajo del SIGAP (Sistema de Información para la Gestión en Atención Primaria).

3. Determinar la validez, utilidad clínica y fiabilidad de la Hoja de Trabajo del SIGAP del Área 17.

4. Comparar la actividad asistencial en función de relacionar las necesidades de asistencia con la naturaleza de la consulta del estudio SyN-PC con la información obtenida de la Hoja de Trabajo.

5. Construir árboles de decisiones clínicas para mejorar la toma de decisiones en gestión sanitaria tras la validación de la Hoja de Trabajo.

6. Construir guías de práctica clínica que ayude a la gestión sanitaria de un Área de Salud y a la toma de decisiones de los médicos tras la validación de la Hoja de Trabajo.

UNIVERSITAS Miguel Hernández

UNIVERSITAS Miguel Hernández

5 MATERIAL Y MÉTODO

UNIVERSITAS
Miguel
Hernández

5. MATERIAL Y MÉTODO

5.1. MATERIAL: ESTRUCTURA, FUNCIONES Y RECURSOS DEL AREA 17 DE SALUD. UNIDADES COLABORADORAS.

5.1.1. PERFIL GEOGRÁFICO Y DEMOGRÁFICO DEL ÁREA

El Área de salud 17, está formada por las poblaciones pertenecientes a las Comarcas del Alto y Medio Vinalopó, ubicadas en el interior y noroeste de la provincia de Alicante, limita al norte con la provincia de Valencia, y al noroeste y oeste con las de Albacete y Murcia y con las Áreas de Salud 14 (Alcoy), 18 (Alicante), 19 (Elche) y 20 (Orihuela).

Estas comarcas están atravesadas de Oeste a Este por el río que les da nombre. En el Área, se encuentran las sierras de Benejama, Peña Rubia, Umbría de Biar, Cabreras, Cámara, Barrancás, Caballo, La Mola, La Mina, Algarejo, Cid, Algueña, Salinas, Redot, Peña Zafra y parte de la de Onil y Maigmó, entre otras de menor importancia.

El valle medio presenta un clima mediterráneo templado en su parte sureste, más próxima al mar, con medias anuales de 17ºC y unos inviernos suaves. Hacia el oeste a una altitud de 750 metros, registra una temperatura media de 15,8ºC, con una diferencia de 20ºC entre los meses de enero a agosto. El ángulo montañoso que rodea a la cuenca alta presenta un clima mediterráneo continental, con una temperatura media anual de 14ºC, con inviernos fríos, heladas tardías y fuerte oscilación de temperaturas.

El Alto y Medio Vinalopó constituye una zona de apreciables recursos agrícolas, basados en la viticultura y los regadíos y, sobre todo, un fuerte desarrollo industrial, especializado en los sectores del calzado, mármol, marroquinería, persianas e industrias afines.

Dispone de una completa red de comunicación; vía ferrocarril, sus principales municipios están enlazados con distintas ciudades españolas. Las comunicaciones por carretera son fluidas debido a que las comarcas se encuentran vertebradas a lo largo de la autovía que enlaza Alicante con Madrid y que atraviesa el Área.

Una completa flota de autobuses comunica los distintos municipios entre sí y con Alicante ciudad, así como Valencia y las capitales de otras Comunidades Autónomas.

Se compone de 17 municipios agrupados en 10 Zonas Básicas de salud, cada una de ellas dotada de un Centro de Salud en la población cabecera, que sirve de referencia para las demás poblaciones y pedanías de la misma, y consultorios auxiliares en las otras poblaciones. En el centro geográfico del Área se encuentra la ciudad de Elda, cabecera del Área de Salud y población en la que se encuentra ubicado el Hospital Comarcal y uno de los Centros de Especialidades que dispone el Área de Salud. El otro Centro de Atención Especializada es el Centro Integrado de Villena, localizado en dicha población [59].

Las diferentes Zonas de Salud y las poblaciones incluidas en las mismas quedan reflejadas a continuación la letra en negrita corresponde a la localización del CS de referencia).

Zona Básica de Salud	Poblaciones
nº I	**Aspe**, Hondón de las Nieves, Hondón de los Frailes, La Canalosa y Barbarroja
nº II	**Biar**, Benejama, La Cañada y Campo de Mirra
nº III	**Elda**
nº IV	**Elda**
nº V	**Monóvar**, Casas del Señor, Romaneta y Xinorlet
nº VI	**Novelda** y La Romana
nº VII	**Petrer**
nº VIII	**Pinoso**, La Algueña, Culebrón, Encebras y El Rodriguillo
nº IX	**Sax** y Salinas
nº X	**Villena** y La Encina

En negrita las poblaciones donde se encuentra situado el centro de salud de referencia para la zona básica de salud.

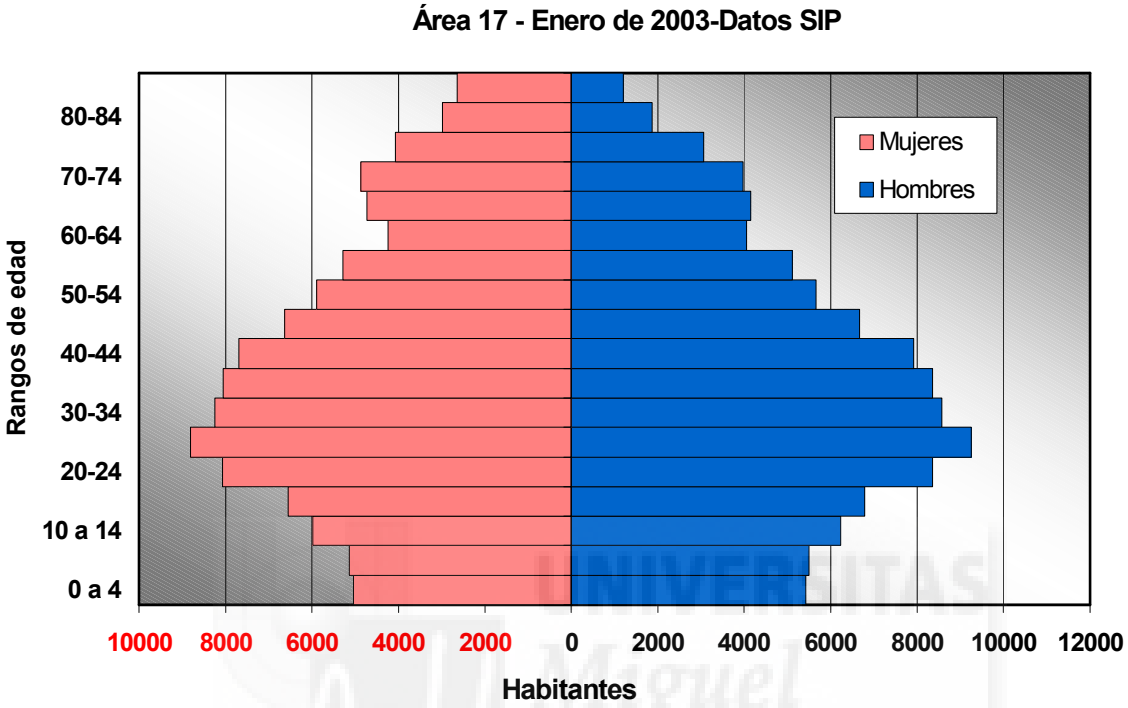
La población, según los datos del SIP correspondientes a Enero del 2003 [60], se distribuye de la siguiente forma por Equipos de Atención Primaria, por Zonas Básicas de Salud, y por grupos de edad, y lo apreciamos en la Tabla 5.

Tabla 5.

ESTRUCTURA POBLACIONAL DEL AREA 17									
ZONA	CENTRO DE SALUD	0-14 AÑOS		15-64 AÑOS		65 O MÁS		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	CENTRO	ZONA
1	ASPE	2984	17,2	11562	66,6	2820	16,2	17366	19425
	HONDÓN FRAILES	27	4,6	394	66,9	168	28,5	589	
	HONDON NIEVES	181	12,3	879	59,8	410	27,9	1470	
2	BIAR	586	16,1	2387	65,7	660	18,2	3633	6904
	BENEJAMA	220	12,1	1184	65,3	408	22,5	1812	
	LA CAÑADA	146	12,6	738	63,8	272	23,5	1156	
	MIRRA	35	11,6	179	59,1	89	29,4	303	
3	MARINA ESPAÑOLA	4034	15,6	18272	70,6	3593	13,9	25899	35570
	AVDA SAX	1390	14,4	6323	65,4	1958	20,2	9671	
4	ACACIAS	3031	14,4	14578	69,3	3442	16,4	21051	21051
5	MONOVAR	1817	14,6	8147	65,4	2495	20,0	12459	12459
6	NOVELDA	4397	17,0	17545	67,7	3957	15,3	25899	27699
	LA ROMANA	168	9,3	1145	63,6	487	27,1	1800	
7	PETRER 1	3029	18,0	11419	68,0	2338	13,9	16786	31313
	PETRER 2	2635	18,1	10211	70,3	1681	11,6	14527	
8	PINOSO	1158	17,7	4152	63,6	1214	18,6	6524	7915
	LA ALGUEÑA	113	8,1	922	66,3	356	25,6	1391	
9	SAX	1601	17,4	6269	68,3	1305	14,2	9175	10392
	SALINAS	164	13,5	805	66,1	248	20,4	1217	
10	VILLENA 1	2880	15,4	12304	65,9	3492	18,7	18676	18676
	VILLENA 2	2717	17,5	10776	69,3	2066	13,3	15559	15693
	LA ENCINA	10	7,5	54	40,3	70	52,2	134	

La distribución de la población por edades presenta una morfología de pirámide de base estrechada (figura 3), consecuencia de la disminución de la natalidad y el consiguiente envejecimiento de la población experimentado en la zona, al igual que en el resto de la Comunidad Valenciana y España [(61)].

Figura 3. Pirámide poblacional del Área 17



5.1.2. RECURSOS ESTRUCTURALES DEL ÁREA

El Área 17, desde finales del año 2000 con la puesta en funcionamiento del C.S. "Marina Española" y el Consultorio Auxiliar de la Av. de Sax en Elda, que dan cobertura a la zona 3 de salud, cuenta con una implantación del 100% del nuevo modelo sanitario. Así pues, nos encontramos con un Área compuesta por 10 zonas básicas de salud, todas ellas dotadas de un Centro de Salud principal y uno varios Consultorios Auxiliares dependientes del mismo (Tabla 7).

Esta Área de Salud dispone así mismo de 8 puntos de Atención Continuada (PAC), ubicados en las distintas Zonas Básicas de Salud que dan cobertura a los municipios que se detallan y que abarcan la totalidad del Área de Salud:

- **PAC Zona 1** (Aspe, Hondón de las Nieves y Hondón de los Frailes)
- **PAC Zona 2** (Biar, Benejama, Campo de Mirra y Cañada)
- **PAC Zona (3,4 y 7)** (Elda y Petrer)

- **PAC Zona 5** (Monóvar)
- **PAC Zona 6** (Novelda y La Romana)
- **PAC Zona 8** (Pinoso y Algueña)
- **PAC Zona 9** (Sax y Salinas)
- **PAC Zona 10** (Villena y La Encina)

Los recursos asistenciales, tanto en el ámbito de Atención Especializada como de primaria, y las Unidades de apoyo a Primaria, aparecen en la tabla 6.

Tabla 6.

Recursos asistenciales del Área 17

Atención Especializada	
Centro de Servicios y Unidades	Elda y Centro Integrado de Villena
Hospital	General de Elda
Atención Primaria	
Centros de Salud	Centro de Salud de Aspe
	Centro de Salud de Biar
	Centro de Salud de Elda
	Centro de Salud de Elda II-Marina Española
	Centro de Salud de Monóvar
	Centro de Salud de Novelda
	Centro de Salud de Petrer
	Centro de Salud de Petrer II
	Centro de Salud de Pinoso
	Centro de Salud de Sax
	Centro de Salud de Villena
	Centro de Salud de Villena II
Consultorios Auxiliares	Consultorio Auxiliar de Algueña
	Consultorio Auxiliar Av. Sax (Elda)
	Consultorio Auxiliar de Benejama
	Consultorio Auxiliar de Campo de Mirra
	Consultorio Auxiliar de Cañada
	Consultorio Auxiliar de Hondón de Las Nieves
	Consultorio Auxiliar de Hondón de Los Frailes
	Consultorio Auxiliar de La Encina
	Consultorio Auxiliar de La Romana
	Consultorio Auxiliar de Salinas

Unidades de Apoyo a Primaria	
Centros de Planificación Familiar	Ud. Planificación Familiar (Aspe)
	Ud. Planificación Familiar (Elda)
	Ud. Planificación Familiar (Novelda)
	Ud. Planificación Familiar (Petrer)
	Ud. Planificación Familiar (Villena)
Unidad de diagnóstico precoz del cáncer de mama	Ud. Diagnostico Precoz Cáncer Mama (Elda)
Unidades de Conducta Adictivas	Ud. Conductas Adictivas (Elda)
	Ud. Conductas Adictivas (Villena)
Unidades de Odontología Preventiva	Ud. Odontología (Elda)
	Ud. Odontología (Villena)
	Ud. Odontología (Petrer)

El Área cuenta con tres CS con acreditación docente para la formación de residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, ubicados en Elda (CS Acacias), Novelda y Petrer.

5.1.3. RECURSOS HUMANOS DEL ÁREA

La dotación de la plantilla de las diferentes Zonas Básicas[59], desglosada por categorías, se recoge en la tabla 7.

Tabla 7. Dotación de plantilla en las diferentes ZBS

Z.B.S. 1 - Aspe		TOTAL	Z.B.S. 2 - Biar		TOTAL
A	Médico	11	A	Médico	4
	Pediatra	4		Pediatra	1
	Enfermera	15		Enfermera	4
B	Matrona	1	B	Matrona	1
	Trabajador Social	1		Trabajador Social	-
	Auxiliar Admin.	5		Auxiliar Admin.	1
D	Auxiliar Enfermería	3	D	Auxiliar Enfermería	-
E	Celador	5	E	Celador	1

Z.B.S. 3 – Elda (Marina E.)		TOTAL
A	Médico	18
	Pediatra	6
	Enfermera	18
B	Matrona	2
	Fisioterapeuta	2
	Trabajador Social	1
D	Auxiliar Admin.	6
	Auxiliar Enfermería	8
E	Celador	4

Z.B.S. 4 – Elda (Acacias)		TOTAL
A	Médico	10
	Pediatra	4
	Enfermera	14
B	Matrona	2
	Trabajador Social	1
C	Higienista Dental	1
D	Auxiliar Admin.	4
	Auxiliar Enfermería	3
E	Celador	2

Z.B.S. 5 – Monóvar		TOTAL
A	Médico	6
	Pediatra	2
	Enfermera	8
B	Matrona	1
	Fisioterapeuta	1
	Trabajador Social	1
C	Higienista Dental	1
	Técnico de Rayos	-
D	Auxiliar Admin.	4
	Auxiliar Enfermería	3
E	Celador	5

Z.B.S. 6 – Novelda		TOTAL
A	Médico	16
	Pediatra	4
	Enfermera	14
B	Matrona	2
	Fisioterapeuta	2
	Trabajador Social	1
C	Higienista Dental	1
	Técnico de Rayos	1
D	Auxiliar Admin.	6
	Auxiliar Enfermería	4
E	Celador	6

Z.B.S. 7 – Petrer		TOTAL
A	Médico	12
	Pediatra	4

Z.B.S. 8 – Pinoso		TOTAL
A	Médico	4
	Pediatra	1

En la tabla 8 se presentan los trípticos con las plantillas y horarios de los Centros de Salud en los que se ha realizado el trabajo. Algunos de ellos disponen de Unidades de Apoyo a los EAP, como Planificación Familiar, Salud Mental y Rehabilitación (Novelda y Petrer I) y Radiología (Novelda)

Tabla 8.

Centro de Salud Acacias (Elda)

Profesionales

DIRECTOR DE EQUIPO	COORD. ENFERMERÍA
Dr. D. Tertuliano Amat Sotos	Dª. Francisca Cases Balaguer
MEDICINA DE FAMILIA	
D. José Luis Berenguer Blay	Dª. Rosa Sáez Fernández
D. Carlos Muñoz Almagro	Dª. Josefa Soler Esquerdo
D. Fco. Albertos Bernabéu	D. Carlos Mendiola Olaya
D. José Joaquín Oriente Pérez	D. Ernesto Maestre Yagó
D. Tertuliano Amat Sotos	Dª. Isabel Boix Vera
PEDIATRÍA	
Dª. Clara Bernáldez Torralba	D. Vicente Pérez Bañón
Dª. Mª Luz Martínez Belinchón	
ENFERMERÍA	
Dª. Carmen Giménez Payá	Dª. Fca Cases Balaguer
D. José Romero Mallebrera	Dª. Alicia Tello Torres
Dª. Dolores Gil Esteban	Dª. Ana Vidal Bernabé
Dª. Magdalena Amorós Baidez	Dª. Ester Reché Lorca
D. Juan Vidal Payá	D. Jesús Seller García
D. Miguel Rodríguez Busquier	Dª. Ángela Deltell Olaya
D. Fabio Cañavate Payá	
HIGIENISTA DENTAL	
Dª. Lidia Plá García	
MATRONA	
Dª. Conchi Hernández Sánchez	Dª. Rosario Bartoll Ponz
TRABAJADORA SOCIAL	
Dª. Ángeles Gandía Sirera	
AUXILIARES DE ENFERMERÍA	
D. Juan Carlos Ávila Olivares	Dª. Emilia Valero Pascual
AUX. ADMINISTRATIVOS	
Dª. Montserrat Aguado Diago	Dª. Isabel Faus Ros
Dª. Mª Dolores Ródenas Mtnez	Dª. Luisa Carrilero Esteve
CELADORES	
D. José Mª Ferri Soariano	D. Francisco Alejo Segarra
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	
D. Sergio Bernabéu Pérez (Médico)	
D. Enrique López Gosalbez (Sexólogo)	
D. Clara Gonzálvez José (Auxiliar de Enfermería)	

Horarios

ACTIVIDAD	de Lunes a Viernes	
	Mañanas	Tardes
Cita Previa	8'00-14'00	14'00-20'00
Consulta Enfermería del Adulto	9'00-13'00	15'00-19'30
Consulta Enfermería de Pediatría	9'00-12'30	15'00-18'00
Extracciones (Previa Cita)	8'15-9'00	
Curas e Inyectables	9'00-14'00	17'00-20'00
(Cita y Demanda)		
Electrocardiografía (Programados)	9'00-10'00	15'00-16'00
Administración Atención al público	12'00-14'00	15'00-21'00
Consultas al Director	13'00-14'00	
Planificación Familiar	9'00-14'00	
Medicina de Familia	8'30-14'00	15'30-20'00
D. J.L. Berenguer Blay	Mie, Jue	Lun, Mar
Dª. R. Sáez Fernández	Mie, Jue	Lun, Mar
Dª. J. Soler Esquerdo	Lun, Mar, Jue	Mie
D. C. Muñoz Almagro	Lun, Mar, Jue	Mie
D. C. Mendiola Olaya	Lun, Mar, Mie	Jue
D. E. Maestre Yagó	Lun, Mar, Jue	Mie
D. F. Albertos Bernabéu	Lun, Mar, Mie	Jue
D. J.J. Oriente Pérez	Mie, Jue	Lun, Mar
D. T. Amat Sotos	Lun, Mar, Mie	Jue
Dª. I. Boix Vera	Mie, Jue	Lun, Mar
Pediatría	8'30-14'00	15'30-20'00
D. A. Tosao Sánchez	Mie, Jue	Lun, Mar
D. V. Pérez Bañón	Mie, Jue	Lun, Mar
Dª. M.L. Martínez Belinchón	Lun, Mar	Mie, Jue
Dª. C. Bernáldez Torralva	Lun, Mar	Mie, Jue

	Las consultas de los viernes variarán entre mañana y tarde Por necesidades organizativas.

CENTRO DE SALUD DE ASPE

Profesionales		Horarios		
DIRECTOR DE EQUIPO		ACTIVIDAD	de Lunes a Viernes	
Dr. José Luis Mira-Perceval Botella			Mañanas	Tardes
COORDINADOR DE ENFERMERÍA		Cita Previa	8'00-15'00	15'00-
D. Santiago Calatayud		20'00		
MEDICINA DE FAMILIA		Consulta Enfermería		
D. Manuel Serrano Garri	Dª. Marta Alcaraz Soria	del Adulto	9'30-13'00	16'00-
D. Ciro Pastor Tango Álvarez	Dª. Mª. Teresa Torres Rodríguez	19'30		
D. Fernando Corredor Rius	Dª. Mª. Luisa Santos Hernández			
D. José Luis Mira-Perceval Botella	D. José Antonio Pomata Muñoz	Consulta Enfermería		
		de Pediatría	9'30-14'00	15'30-
PEDIATRÍA		20'00		
D. José Luis Rico Peñarubia	Dª. Inmaculada Quiles García			
Dª. Victoria Cerro Majadas	Dª. Ana Olaya Martínez	Extracciones (Previa cita)	8'30-9'00	
ENFERMERÍA		Curas e Inyectables	8'30-10'00	18'30-
Dª. Ascensión Sáez Gómez	D. Manuel Montes Galiana	20'00		
Dª. Mª Teresa Piñeiro Valero	Dª. Mª. Teresa López Cencerrado	(Cita y Demanda)	12'30-14'30	
D. Arturo Morell Alemany	Dª. Mª. Enriqueta Vicedo Garrigós			
Dª. Amparo Asencio Cremades	Dª. Mª. José Ferrero Algarra	Electrocardiografía		
D. Santiago Calatayud Sánchez	Dª. Mª. Luisa Calatayud Alenda	(Programados)	12'30-15'00	
HIGIENISTA DENTAL	MATRÓN/A	Administración		
Dª. Mª. Luisa Rodenas Valero	Dª. Mar Pérez López	Atención al público	8'00-15'00	15'00-
		20'00		
AUXILIARES DE ENFERMERÍA				
Dª. Evangelina Gijón Guerrero	Dª. Juana Soriano Ambit	Consultas al	14'00-15'00	
Dª. Juana Isabel Ruiz Martínez		Director del Centro		
TRABAJADORA SOCIAL		Salud Mental	Lun, Jue, Vie	
Dª. Perpetuo Socorro Navarro				
		Planificación Familiar	Lun, Mar, Mie, Vie	
AUX. ADMINISTRATIVOS				
D. José Emilio Gil Yagues	Dª. Carolina Iris Espinosa	Medicina de Familia	8'30-14'00	15'30-
D. José Luis Sepulcre Aracil	Dª. Mª. José Calatayud Pérez	20'00		
CELADORES		D.M. Serrano	L, X, J	M
Dª. Ana Belén Gosalbez Alcalá	D. Bernardo Moreno	Dª. M. Alcaraz	M, X, J	L
D. José Gosalbez Gosalbez	D. Jaime Mazón Rufete	D. C. Pastor Tango	L, M, J	X
D. Juan Antonio Fernández		Dª. Mª. T. Torres	M, X, J	L
		D. F. Corredor Rius	L, X, J	M
PLANIFICACIÓN FAMILIAR		Dª. L. Santos	L, M, X	J
Dª. Isabel Garrido de Orte (Médico)	Dª. Virginia de Bustos (Sexóloga)	D. J.L. Mira-Perceval	L, M, X	J
Dª. Gloria Suarez Roca (Auxiliar Administrativo)		D. J.A. Pomata Muñoz	L, M, J	X
UNIDAD DE SALUD MENTAL		Pediatría	8'30-14'00	15'30-
Dª. Eulalia Carrato Vaz (Psiquiatra)	D. José Mª Bonete (Psiquiatra)	20'00		
D. Mª. Carmen Sempere Talens (Psicóloga)				
Dª. Guillermina Estela Berenguer (Enfermera)		D. J.L. Rico	M, J	L, X, V
		Dª. I. Quiles	L, M, X, V	J
CONSULTORIO AUXILIAR HONDÓN DE LAS NIEVES		Dª. V. Cerro	L, X, J, V	M
D. Abdel Muti Ahmad (Médico)	D. Manuel Gómez (Enfermero)	Dª. A. Olaya	Consultorios Auxiliares	
CONSULTORIO AUXILIAR HONDÓN DE LOS FRAILES		CONSULTORIOS AUXILIARES:		
D. Eleuterio Belmonte (Médico)	Dª. Cristina Blanes (Enfermera)			
		Hondón de las Nieves	D. Abdel-Muti Ahmad	
		Hondón de los Frailes	D. E. Belmonte	

Consultorio Auxiliar Avenida de Sax (Elda)

Profesionales	Horarios		
DIRECTOR DE EQUIPO	ACTIVIDAD	de Lunes a Viernes	
Dr. D. Joaquín Herrero Carbonell		Mañanas	Tardes
COORDINADOR DE ENFERMERÍA	Cita Previa	8'00-15'00	15'00-20'00
D. Carlos Sirvent Agulló			
MEDICINA DE FAMILIA	Consulta Enfermería		
Dª. Carmen Candela Ayala	del Adulto	9'30-14'00	16'00-20'00
D. Joaquín Herrero Carbonell			
D. Juan Carlos Gras Alberola			
Dª. Mª Carmen Conesa Salcedo	Consulta Enfermería		
D. Andrés. García Guardiola	de Pediatría	9'30-14'00	15'30-20'00
PEDIATRÍA			
D. Elias Javier Marín Sánchez	Extracciones (Previa Cita)	8'30-9'15	
D. Rogelio Miralles Chinchilla			
ENFERMERÍA	Curas e Inyectables	10'00-13'30	17'30-19'30
D. Carlos Sirvent Agulló	(Cita y Demanda)		
Dª. Silvia Delgado García			
D. Guillermo Candela Espinosa	Electrocardiografía		
D. Manuel J. Anaya Cuevas	(Programados)	12'00-14'00	
Dª. Patricia Rodríguez Pérez			
	Administración		
AUXILIARES DE ENFERMERÍA	Atención al público	12'00-14'00	
Dª. Marta Sanchís Boronat			
Dª. Concepción Abarca Tormo	Consultas al Director	13'30-14'30	
AUX. ADMINISTRATIVOS			
Dª. Beatriz Benabent Baeza			
Dª. Elisa Mª. Granja Montealegre	Medicina de Familia	8'30-14'00	15'30-20'00
Dª. Emilia Martín Pérez			
Dª. Mª. Ángeles Egea Belda			
	Dª. C. Candela Ayala	Lun, Mar, Jue	Mie, Vie
CELADORES			
Dº. Carmen Bellot Sempere	Dª. C. Conesa Salcedo	Lun, Mie, Vie	Mar, Jue
	D. A. García Guardiola	Lun, Jue, Vie	Mar, Mie
	D. J.C. Gras Alberola	Mar, Mie, Vie	Lun, Jue
	D. J. Herrero Carbonell	Mar, Mie, Jue	Lun, Vie
	Pediatría	8'30-14'00	15'30-20'00
	D. J. Marín Sánchez	Lun, Mar, Vie	Mie, Jue
	D. R. Miralles Chinchilla	Mie, Jue	Lun, Mar, Vie

Centro de Salud de Biar

Profesionales		Horarios		
DIRECTOR DE EQUIPO		ACTIVIDAD	de Lunes a Viernes	
Dr. D. Fernando Díaz González			Mañanas	Tardes
COORDINADOR DE ENFERMERÍA		Cita Previa	8'00-15'00	
Dª. Carmen Pilar Nieto Pedraza				
MEDICINA DE FAMILIA		Consulta Enfermería del Adulto	9'30-13'00	
D. Fernando Díaz González				
D. José Selva Soriano		Consulta Enfermería de Pediatría	9'30-13'00	
D. Andrés Genovés Esplugues	(Consultorios Auxiliares de Cañada y Campo de Mirra)			
D. Joan Giménez i Giner	(Consultorio Auxiliar de Benejama)	Extracciones (Previa cita)	8'30-9'15	(Mar y Jue)
PEDIATRÍA		Curas e Inyectables (Cita y Demanda)	8'00-10'00 12'00-15'00	
Dª. Maribel García Pérez				
ENFERMERÍA		Electrocardiografía (Programados)	13'30-15'00	(Mar y Jue)
Dª. Carmen Pilar Nieto Pedraza				
Dª. Armonía Cestero Suárez				
Dª. Mª Carmen Valiente Azorín				
Dª. Margarita Soler Albero		Administración Atención al público	8'00-15'00	
MATRÓNA		Consultas al Director del Centro	Previa Cita	
Dª. Concha Ripoll Lillo				
AUXILIARES DE ENFERMERÍA		Matrona		
Dª. Mª Dolores Tro Esteve		Biar	9'00-15'00	Jue, Vie
AUX. ADMINISTRATIVO				
D. José Luis López Toledo		Benejama	9'00-15'00	Mie
		Cañada	9'00-15'00	Lun
CELADORES		Campo de Mirra	9'00-15'00	Mar
D. Tomás Joaquín Sánchez Richart				
		Medicina de Familia	Mañana Observaciones	
		D. F. Díaz González	Lun a Vie	
		D. J. Selva Soriano	Lun a Vie	
		D. J. Giménez i Giner	Lun a Vie (Benejama)	
		D. A. Genovés Esplugues	Lun, Mie, Vie (Cañada) Mar, Jue (Campo Mirra)	
		Pediatría	Mañana Observaciones	
		Dª M. García Pérez (Pediatra) - Dª A. Cesteros Suárez (Enfermera)		
		Centro de Salud de Biar	9'30-12'00	Lun, Mie, Vie
		Cons. Auxiliar Benejama	9'30-12'00	Mar, Jue
		Cons. Auxiliar Cañada	12'00-15'00	Mar, Jue
		Cons. Aux. Campo de Mirra	13'00-15'00	Lun

CENTRO DE SALUD DE NOVELDA

Profesionales

DIRECTOR DE EQUIPO — COORDINADOR ENFERMERÍA
Dra. Magdalena Hernández Sánchez — Dª. Mª Dolores Pastor Linares

MEDICINA DE FAMILIA

Dª. Magdalena Hernández Sánchez	D. Gerardo Arroyo Fernández
D. Luis Arce Uribe	Dª. Mª Soledad Oliva Ruiz
Dª. Isabel Prieto Erades	Dª. Mª Luisa Gomis Pomares
D. Carlos Gil Ponce	D. Francisco Prieto Pérez
D. Julio Javier Olaya Monteagudo	Dª. Paz Ortega Ruiz
D. Carlos Botella Estrada	Dª. Rosario Oliver Martínez

PEDIATRÍA

Dª. Carmen Moreno del Collado	Dª. Encarnación Ortuño Adán
D. Santiago Galiana Llinares	D. Alejandro Pidal Moreno

ENFERMERÍA

Dª. Carmen Puerto Muñoz	Dª. Dolores Pastor Linares
Dª. Dolores Sáez Gómez	Dª. Mª Angustias Linde Esteve
D. José Jover Pastor	D. Manuel Beltrá Escolano
Dª. Amparo Serrano Méndez	Dª. Mª Teresa Gisbert Sanjuan
Dª. Mª Ángeles Durá Berenguer	Dª. Mª Carmen Galinsoga Cañellas
D. Rafael Pomares Alcaraz	Dª. Flor Ramírez Alpera
D. José López Chaves	

AUXILIARES DE ENFERMERÍA

Dª. Magdalena Beltrá Pérez	Dª. Alicia Abad Amorós
Dª. Mª Carmen Carmona Sobrino	Dª. Mª Dolores Llopis Chorro

AUX. ADMINISTRATIVOS

Dª. Ana Sánchez Fenoll	Dª. Elena Castelló Cantos
D. José Miguel Berenguer Payá	Dª. Mª José Castelló Cantos
Dª. Juani Navarro Gómez	Dª. Rosa Mª Diez Brotons

CELADORES

D. Ricardo Guillermo López	Dª. Rosario Marín Calderón

DENTISTA	TRABAJADORA SOCIAL
D. Francisco Asensio Mira	Dª. Isabel Vergel Fernández

MATRÓN/A	FISIOTERAPEUTAS
Dª. Josefa Martín Salvador	D. Marcos Villaplana Alcázar
Dª. Antonia García Posades	Dª. Mª Teresa Pérez Sempere

TÉCNICO ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA
D. José Moreno Cano

PLANIFICACIÓN FAMILIAR
Dª. Isabel Garrido de Orte (Médico)
Dª. Virginia de Bustos Lillo (Sexóloga)
Dª. Gloria Suarez Roca (Auxiliar Administrativo)

UNIDAD DE SALUD MENTAL
Dª. Eulalia Carrato Vaz (Psiquiatra)
Dª. Mª. Carmen Semper Talens (Psicóloga)
Dª. Guillermina Estela Berenguer (Enfermera)

CONSULTORIO AUXILIAR LA ROMANA
Dª. Rosa Pastor López (Médico)
Dª. Rocío Cañas Romero (Enfermera)

Horarios

ACTIVIDAD	de Lunes a Viernes Mañanas	Tardes
Cita Previa	8'00-15'00	15'00-21'00
Consulta Enfermería del Adulto	8'30- 13'30	16'30-19'00
Consulta Enfermería de Pediatría	9'00-14'00	16'30-18'30
Extracciones (Previa cita)	8'30-9'30 (La Romana Mar y Jue)	
Curas e Inyectables (Cita y Demanda)	9'00-13'30	19'00-20'00
Electrocardiografía (Programados)	10'30-11'30	18'00-19'00
Administración Atención al público	8'00-15'00	15'00-21'00
Consultas al Director del Centro	Previa Cita	
Salud Mental	Lun, Mar, Mie, Vie	
Planificación Familiar	Lun, Mie, Jue	
Radiología	8'30-14'00	(Previa Cita)
Medicina de Familia	8'30-14'00	15'30-20'00
Dª. M. Hernández Sánchez	Lun a Vie	-
D. G. Arroyo Fernández	Lun a Vie	-
D. L. Arce Uribe	Mar a Vie	Lun
Dª. Mª S. Oliva Ruiz	Lun a Jue	Vie
Dª. I. Prieto Erades	Lun a Vie	-
Dª. Mª L. Gomis Pomares	Lun a Vie	-
D. C. Gil Ponce	Lun, Mar, Mie, Vie	Jue
D. F. Prieto Pérez	Lun a Vie	-
D. J.J. Olaya Monteagudo	Mar	Lu, Mi, Ju, Vi
Dª. P. Ortega Ruiz	Lun, Jue, Vie	Mar, Mie
D. C. Botella Estrada	Lun	Mar a Vie
Pediatría	8'30-14'00	15'30-20'00
Dª. C. Moreno del Collado	Lun a Vie	-
Dª. E. Ortuño Adán	Mar a Vie	Lun
D. S. Galiana Llinares	Lun, Mie, Jue Vie	Mar
D. A. Pidal Moreno	Lun, Mar	Mie, Jue, Vie

Consultorio Auxiliar La Romana

Dª. R. Pastor López (Médico)	Lun a Vie	Algayat: Lun, Vie
Dª. A. Olaya Martínez (Pediatra)	Lun, Mie, Vie	
Dª. R. Cañas Romero (Enfermera)	Lun a Vie	Algayat: Mar, Mie, Jue

Tabla 8 (continuación)

CENTRO DE SALUD DE MONOVAR

Profesionales		Horarios		
DIRECTOR DE EQUIPO Dr. D. Guillermo Maciá Beviá		ACTIVIDAD	de Lunes a Viernes Mañanas	Tardes
COORDINADOR DE ENFERMERÍA D. Miguel Richart Pérez		Cita Previa 20'00	8'00-15'00	15'00-
MEDICINA DE FAMILIA Dª. Concepción Albert Martínez D. Manuel Carlos Navarro Macia D. José Luis Moltó Dª. Pilar Marcos Martínez	D. Carlos Cid Cerdán D. Vicente Gil Guillén D. Manuel Díez Díez	Consulta Enfermería del Adulto 19'30	9'30-13'00	16'00-
PEDIATRÍA D. Guillermo Maciá Beviá	D. José Alberdi Mendicute	Consulta Enfermería de Pediatría 20'00	9'30-14'00	15'30-
ENFERMERÍA D. Juan Martí i Margarit D. Salvador García Casas Dª. Miriam Peña Llorente Dª. Isabel Domenech Bernabéu	D. Miguel Richart Pérez Dª. Maria Ángeles Amat Juan Dª. María José Galiana Gómez D. Martín Ruiz Pulgar	Extracciones (Previa cita)	8'30-9'15	
HIGIENISTA DENTAL Dª. Ana Gomáriz		Curas e Inyectables 20'00 (Cita y Demanda)	11'00-13'30	17'30-
FISIOTERAPEUTA Dª. Josefina Durá		Electrocardiografía (Programados) 18'00	10'00-11'00	17'00-
MATRÓN D. Juan Carlos Flores Álvarez		Administración Atención al público 21'00	8'00-15'00	15'00-
AUXILIARES DE ENFERMERÍA Dª. Mª. José Perlasía Riquelme Dª. Inmaculada Rocamora Alverola	Dª. Mª. Vicenta Galiana Escandell	Consultas al 20'30 Director del Centro	13'30-14'30 (Lun, Mar, Vie) (Mie, Jue)	19'30-
TRABAJADORA SOCIAL Dª. Mª José Grau García		Salud Mental	Mar, Jue	
AUX. ADMINISTRATIVOS/AS Dª. Elvira Albert García Dª. Rosa Cerdá Ramón	Dª. Reyes Torres Montoya Dª. María Luisa Picó Peinado	Rehabilitación	Mar, Jue, Vie	Lun, Mie
CELADORES Dª. Sara Goig Real Dª. Mª. Isabel Martínez Sánchez D. Miguel Ángel Martí Botella	D. José Ángel Sellers López Dª. Mª. Ángeles Gran García	Medicina de Familia 20'00 Dª. C. Albert Martínez D. C. Cid Cerdán D. M.C. Navarro Maciá D. V. Gil Guillén D. J. L. Moltó Calabuig D. M. Déz Díez	8'30-14'00 Los horarios variarán según las guardias de los médicos durante la semana.	15'30-
UNIDAD DE SALUD MENTAL D. Adrian Ripoll (Psiquiatría) Dª. Mª. Dolores Samper Pérez (Psicología)		Pediatría 20'00	8'30-14'00	15'30-
		D.G. Maciá Beviá D. J. Alberdi Mendicute	Lun, Mar, Vie Mie, Jue	Mie, Jue Lun, Mar, Vie

	CONSULTORIOS AUXILIARES: XINORLET 8'30-10'00 D. V. Gil Miércoles D. M. C. Navarro Viernes CASAS DEL SEÑOR 10'00-12'30 D. V. Gil Miércoles D. M. C. Navarro Viernes

Centros de Salud de Petrer (1 y 2 respectivamente)

Profesionales

DIRECTOR DE EQUIPO
Dr. Juan Cruz Blanes

COORDINADOR ENFERMERÍA
D. Alejandro Ciscar Salelles

Petrer 1	Petrer 2

MEDICINA DE FAMILIA

D. Javier Mataix Sancho	Dª. Celina Sanchis Escudero
D. Ismael Ata-Ismael	D. Juan Luis Hernández Juan
D. José Vicente Vaquer Pérez	D. Ernesto Viñes Martínez
D. Luis Maestre Amat	D. Domingo Orozco Beltrán
Dª. Josefa Sanchis Gascó	Dª. Concepción Hernández García
D. Antonio Palacios del Cerro	D. Fernando Pellín Vidal
Dª. Carmen Gallego González	Dª. Raquel Esquembre Menor

PEDIATRÍA

D. Dante Coronado Torres	D. Juan Cruz Blanes
Dª. Simona Más Antón	Dª. Mª. Dolores Teva Galán
Dª. Caridad Tapia Collados	

ENFERMERÍA

Dª. Raquel Albert Muñoz	D. Rafael Botella Puerto
D. Alberto Poveda Bernabéu	Dª. Concepción Ferrando Gran
Dª. Rosa Cascales Miralles	Dª. Mª Isabel López Vázquez
D. Feliciano Royo de Dios	Dª. Genoveva Ortega Maestre
Dª. Inmaculada Pérez Pont	Dª. Pilar Millá Perseguer
D. Vicente Berenguer Pons	Dª. M. Dolores Tornos Villaplana
Dª. Mª Teresa Cayuelas Martínez	
D. Alejando Ciscar Salelles	
Dª. Consuelo Poveda Carbonell (Enfermera)	

AUXILIARES DE ENFERMERÍA

Dª. Rita Amat García	Dª. Ruth Fuster Silvestre
Dª. Ana Rico Ponte	Dª. Teresa González Ferris
Dª. Emilia Alfonso Samper	
Dª. Mariola Moltó González	

AUX. ADMINISTRATIVOS

Dª. Mª. José Gutierrez Rodríguez	Dª. Alicia Martínez Beltrán
Dª. Mª. Ángeles Peinado Toledo	Dª. Asunción Tortosa Abad
Dª. Mª. Luisa Carrillo González	Dª. Isabel Campos Parra
Dª. Josefina Guerra Payá	Dª. Gracia Sánchez Mercedes
Dª. Mª. Dolores Prieto Avellán	

CELADORES

Dª. Mª. Amparo Albert Crespo	D. José Máximo Mira Guillén
Dª. Anabel Serrat Martín	D. Felipe Martínez Martínez
Dª. Basilisa García Calero	

SERVICIOS COMUNES (Ubicados en Petrer 1)

HIGIENISTA DENTAL	TRABAJADORA SOCIAL
Dª. Pilar Martorell Grau	Dª. Mercedes Justamante Belda

Horarios

ACTIVIDAD	de Lunes a Viernes Mañanas	Tardes
Cita Previa	8'00-14'00	14'00-20'00
Consulta Enfermería del Adulto	9'00-14'00	15'00-19'00
Consulta Enfermería de Pediatría	9'00-14'00	15'00-20'00
Extracciones (Previa cita)	8'15-9'00	
Curas e Inyectables (Cita y Demanda)	9'15-10'00 12'00-14'00	19'00-20'00
Electrocardiografía (Programados)	12'00-13'00	17'00-19'00
Administración Atención al público	9'00-14'00	15'00-21'00
Consultas al Director del Centro	Previa Cita	
Salud Mental	Petrer 1	
Planificación Familiar	Petrer 1	
Medicina de Familia	8'30-14'00	15'30-20'00

D. I. Ata Ismael *
D. J. Mataix Sancho *
D. J.V. Vaquer Pérez *
D. A. Palacios del Cerro *
Dª. J. Sanchis Gascó *
Dª. C. Gallego González *
D. L. Maestre Amat *
Dª. C. Sanchís Escudero **
Dª. C. Hernández García **
D. F. Pellín Vidal **
D. E. Viñes Martínez **
D. D. Orozco Beltrán **
D. J.L. Hernández Juan **

Los profesionales les atenderán por la mañana o por la tarde según el día de la semana

Pediatría	8'30-14'00	15'30-20'00

Dª. S. Más Antón * Los profesionales les atenderán

MATRÓN/A	FISIOTERAPEUTAS	Dª. C. Tapia Collados *	por la mañana o por la tarde
Dª. Vicenta Chulvi Bort	D. Rafael Mira Galváñ	D. D. Coronado Torres *	según el día de la semana
Dª. Mª. Carmen Gascó Ases	Dª. Encarni Amorós Cañizares	D. J. Cruz Blanes **	Mie, Jue, (Vie***) Lun, Mar
PLANIFICACIÓN FAMILIAR		Dª. Mª. D. Teva Galán **	Lun, Mar, (Vie***) Mie, Jue
D. Javier García Pardo (Médico)	Dª.M Teresa Diez Sales (Sexóloga)		
UNIDAD DE SALUD MENTAL		(*) Centro de Salud Petrer I (**) Centro de Salud Petrer II (***) Puede pasar a la tarde	
D. Adrian Ripoll Rodríguez (Psiquiatra)			
D. Mª. Dolores Samper Pérez (Psicóloga)			

Centro de Salud de Pinoso

Profesionales	Horarios		
DIRECTOR DE EQUIPO	ACTIVIDAD	de Lunes a Viernes	
Dr. D. José Luis Martínez Lázaro		Mañanas	Tardes
COORDINADOR DE ENFERMERÍA	Cita Previa	9'00-15'00	
Dª. Miren Nekane Otazu Leoz			
MEDICINA DE FAMILIA	Consulta Enfermería del Adulto	9'00-13'00	
D. José Luis Martínez Lázaro			
D. Vicente Sabater Amat	Consulta Enfermería de Pediatría	12'00-14'00	
D. Tomás Román Lorenzo			
D. Ramón García Pérez (Consultorio Auxiliar La Algueña)	Extracciones (Previa cita)	8'00-8'30	(Mar y Vie)
PEDIATRÍA			
Dª. Catalina Martínez Juan	Curas e Inyectables (Cita y Demanda)	9'00-14'00	
ENFERMERÍA			
Dª. Ana Cristina Alonso Puig			
D. Antonio Mira Cantó	Electrocardiografía (Programados)	10'00-13'00	
Dª. Ángeles Onrubia Pérez			
Dª. Miren Nekane Otazu Leoz			
D. José Manuel Fernández Túnez (Consultorio Auxiliar La Algueña)	Administración Atención al público	8'00-15'00	
MATRÓNA			
Dª. Gloria Sánchez Soria	Consultas al Director del Centro	Previa Cita	
TRABAJADORA SOCIAL			
Dª. Mariola Figueira Bueno			
	Medicina de Familia	9'00-15'00	
AUXILIARES DE ENFERMERÍA		Observaciones	
Dª. Petra Izcaray Matas			
	D. J.L. Martínez Lázaro	Lun a Vie	
AUX. ADMINISTRATIVO	D. V. Sabater Amat	Lun a Vie	
D. Manuel Palacios Miñambres	D. T. Román Lorenzo	Lun a Vie	
D. Rafael Galera Abellá	D. R. García Pérez	Lun a Vie	(La Algueña)
CELADORES			
D. Francisco Esteban Morales	Pediatría	Mañana	
		Observaciones	
	Dª C. Martínez Juan (Pediatra)		
	Centro de Salud de Pinoso	9'00-15'00	Lun, Mie, Jue
		11'30-15'00	Mar, Vie

Centro de Salud de Sax

Profesionales	Horarios		
DIRECTOR DE EQUIPO	ACTIVIDAD	de Lunes a Viernes	
Dr. D. José Juan Vidal Piqueras		Mañanas	Tardes
COORD. ENFERMERÍA	Cita Previa	8'00-15'00	15'00-
Dª. Helena Hernández Benedicto	21'00		
MEDICINA DE FAMILIA	Consulta Enfermería	8'30-10'00	
D. Jesús Álvarez Valero	del Adulto	12'30-14'00	
D. José María Hernández Maestre			
D. José Cecilio Moreno Iruela	Consulta Enfermería		
Dª. Asunción Antolín Linares	De Pediatría	10'30-13'30	
D. José Juan Vidal Piqueras			
	Extracciones (Previa Cita)	8'15-9'00	
PEDIATRÍA			
Dª. Elvira Lidón Segura	Curas e Inyectables	10'30-12'30	
D. Francisco Martínez Román	(Cita y Demanda)	13'30-14'00	
ENFERMERÍA	Electrocardiografía		
D. Octavio Bautista Fresneda	(Programados)	12'30-13'00	
D. Javier Bucho Paes			
Dª. María Antonia Payá García	Administración		
Dª. Carmen Boluda Soriano	Atención al público	8'00-14'00	14'00-
Dª. Helena Hernández Benedicto	22'00		
Dª. María Teresa Pinedo Velázquez			
	Consultas al Director	14'00-15'00	
MATRÓNA			
Dª. Cristina Seva Soler			
	Medicina de Familia	9'00-14'00	Observaciones
AUXILIAR DE ENFERMERÍA			
Dª. Consuelo Sánchez Pérez	D. J. Álvarez Valero	Lun a Vie	
	D. J.Mª Hernández Maestre	Lun a Vie	
AUX. ADMINISTRATIVOS	D. J.C. Moreno Iruela	Lun a Vie	
Dª. Isabel Miralles López	Dª. A. Antolín Linares	Lun a Vie	
Dª. Asunción Vilella Ros	D. J.J. Vidal Piqueras	Lun a Vie	(En Salinas)
CELADORES	Pediatría	Mañanas	Observaciones
D. Vicente Herrero Alarcón			
Dª. Catalina Bañón Alcaraz	Dª. E. Lidón Segura	9'00-14'00	
	D. F. Martínez Román	9'00-11'30	(En Sax)
	D. F. Martínez Román	12'00-13'00	(En Salinas)

Centro de Salud de Villena

Profesionales

DIRECTOR DE EQUIPO — COORD. ENFERMERÍA
Dr. D. J. Antonio Ruiz Marhuenda — Dª. Dolores Velasco Navarro

MEDICINA DE FAMILIA
D. J. Antonio Ruiz Marhuenda — D. Antonio Navarro Hernández
Dª. Catalina Toril Romero — D. José Mª Herrero de la Vega
D. Javier Pla Osca — Dª. Josefa Tellez Gallardo
D. Federico Martínez Pastor — D. José V. Vilaplana Bornai
D. Francisco de Paula Liceras Ferreres

PEDIATRÍA
Dª. Gema Lucas Morales — Dª. José Briones Sánchez
Dª. José María Chinchilla Molina

ENFERMERÍA
Dª. Mª Dolores Velasco Navarro — Dª. Susana Monroy Esquembre
Dª. Mª Carmen Sarrió Seguí — Dª. Dolores Menor Ibáñez
Dª. Francisca Pérez Sánchez — Dª. Mª Carmen Esquembre Bellod
Dª. Presentación López Muñoz — Dª. Mª José Postigo Hernández
Dª. Francisca Flor García — D. Pedro Pardo Bonet
Dª. Virtudes Hernández López

MATRONA — TRABAJADORA SOCIAL
Dª. Ana Querol Hernández — Dª. Mª Catalina Hernández Aznar

HIGIENISTA DENTAL — ODONTÓLOGO
Dª. Rosario Espinosa Garrido — D. Andrés V. Roca Hernández

FISIOTERAPUETAS
D. Fco. José Ruescas Cañizares — Dª. Rosario Mondejar Martín
D. Mario Francés Sanchís

AUXILIARES DE ENFERMERÍA
Dª. Mª Luisa Pulgar Cano — Dª. Mª Carmen Martín Martínez
Dª. Águeda Carpena Torres

AUX. ADMINISTRATIVOS
Dª. Ana Ferrándiz Verdejo — Dª. Mª José Asensi Alario
Dª. Carmen Alonso Serrano — D. Abilio Sánchez López

CELADORES
D. Antonio Martínez García — D. Juan Pi Figuerola
D. Pedro Agustín Lillo Mico — D. Francisco Muñoz Forte
Dª. Adoración Domene Diaz — D. J. Ignacio Puche Barrachina

PLANIFICACIÓN FAMILIAR
Dª. Isabel Mª Silva Reus (Médico)
D. Pedro Martínez Martínez (Sexólogo)
Dª. María Barceló Sanjuan (Auxiliar Administrativo)

UNIDAD SALUD MENTAL
Dª. Josefa Barragán Ortiz (Psiquiatra)
D. José María Bonete Llacer (Psiquiatra)
Dª. Mª Ángeles Torres Alfosea (Psicóloga)
Dª. Cristina Valero Benavent (Enfermera)

Horarios

ACTIVIDAD	de Lunes a Viernes Mañanas	Tardes
Cita Previa	8'00-15'00	15'00-20'00
Consulta Enfermería del Adulto	8'30-13'00	15'00-20'00
Consulta Enfermería de Pediatría	15'00-19'00	
Extracciones (Previa Cita)	8'30-9'30	
Curas e Inyectables (Cita y Demanda)	11'30-13'30	15'00-19'00
Electrocardiografía (Programados)	Según Unidad Básica de Asistencia	
Administración Atención al público	09'00-14'00	17'00-21'00
Consultas al Director	Previa cita	
Medicina de Familia	8'30-14'00	15'30-20'00

Los horarios varían según las guardias de los médicos durante la semana

D. J.A. Ruiz Marhuenda
D. A. Navarro Hernández
Dª. C. Toril Romero
D. J.Mª Herrero de la Vega
D. J. Pla Oscar
Dª. J. Tellez Gallardo
D. F~P. Liceras Ferrere
Dª. J.V. Vilaplana Bornay
D. F. Martínez Pastor

Pediatría	8'30-14'00	15'30-20'00

Los horarios varían según las guardias de los médicos durante la semana

Dª. G. Lucas Morales
Dª. J. Brions Sánchez
Dª. J. Mª Chinchilla Molina

5.1.4. UNIDADES COLABORADORAS EN EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

La Unidad de Epidemiología Clínica de la Universidad Miguel Hernández y la Unidad de Investigación y Docencia del Área 17 han colaborado en la confección del protocolo, la prueba piloto, la validación de la calidad de los datos, el programa informático, la obtención de los resultados y la interpretación de los mismos, aportando la experiencia de sus componentes en estudios epidemiológicos para la planificación y gestión de servicios sanitarios.

La Unidad de Epidemiología Clínica está compuesta por un profesor titular de Medicina Familiar y Comunitaria, un profesor asociado y un colaborador honorífico y se ubica en el Departamento de Medicina Clínica, en el Hospital Clínico Universitario de San Juan (Alicante).

La Unidad de Investigación y Docencia fue constituida en Octubre de 2001 por la Dirección del Área 17, siguiendo las líneas de mejora de la calidad asistencial. Está integrada por varios médicos de familia, pertenecientes a distintos Centros de Salud y un diplomado en enfermería. Se ubica en Dirección de Área, en el CS Acacias de Elda, y dispone de un despacho compartido de trabajo y de un aula de formación, con material informático para el trabajo y la docencia.

Entre sus objetivos destacan:

- Desarrollar actividades que garanticen el cumplimiento del Plan de Salud de la Comunidad.
- Coordinación con la Unidad Docente para la formación de MIR de Medicina Familiar y Comunitaria.
- Establecimiento y puesta en marcha de las líneas de investigación del Área.
- Apoyo a la Dirección en la consecución de los objetivos asistenciales y de mejora de calidad marcados por la Consellería de Sanidad (Cartera de Servicios y Contrato de Gestión de AP)
- Colaboración con la EVES en la elaboración del programa anual de formación continuada del Área 17, organizando los cursos y seminarios que se acuerden con el mismo.

La Unidad está desarrollando una línea de investigación sobre Situación y Necesidades en la Práctica Clínica (SyN-PC), tanto en Medicina General como en Pediatría y Enfermería, línea a la que pertenece este estudio, y sus miembros han actuado en todo momento de soporte en la investigación, supervisando todas las fases del estudio y llevando a cabo, entre otras, funciones como:

- Búsqueda bibliográfica.
- Estructura del protocolo, prueba piloto y confección final de la hoja de definiciones operativas
- Reuniones con el equipo investigador para adiestramiento y homogenización de conceptos
- Codificación e introducción de los datos al programa informático.
- Valoración y control de calidad de los datos.
- Análisis e interpretación de resultados.

5.2. MÉTODO

5.2.1. ESQUEMA GENERAL DEL ESTUDIO

El estudio surge ante necesidad de conocer la actividad asistencial de las consultas de pediatría en el área 17 de la Comunidad Valenciana y por no haber encontrado en la bibliografía estudios con datos primarios que evaluasen los tipos, motivos y diagnósticos de consulta. Tampoco existen estudios que aborden con datos primarios los factores que condicionan la presión asistencial.

Ante la necesidad de conocer datos asistenciales para poder planificar y gestionar un área de salud, se autoriza a la Unidad de Investigación y Docencia del Área 17 a iniciar un proyecto de investigación que tiene como objetivo específico conocer los indicadores de actividad asistencial con datos primarios.

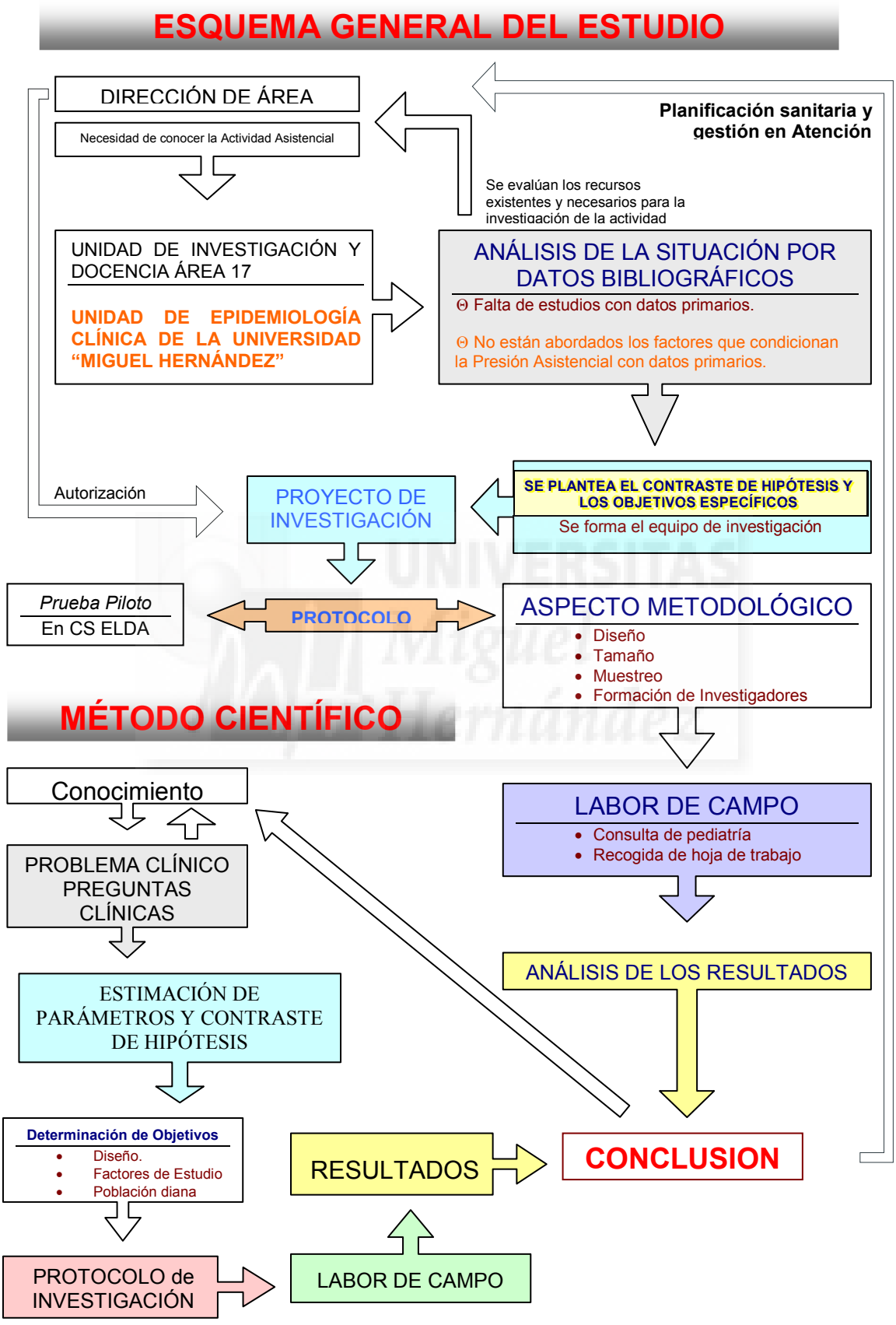
Para realizar el proyecto de investigación se siguen las etapas del método científico[62], una vez identificado el problema que se quiere investigar se realiza un análisis del conocimiento actual, se determinan los diferentes contrastes de hipótesis que se quieren verificar, se enuncian los objetivos primarios y secundarios a través de la delimitación de factor de estudio, criterio de evaluación y población diana, y son desarrolladas todas las

etapas del protocolo de investigación[63-66] que se explica a lo largo de la exposición del método.

El conocimiento de los resultados del estudio va a permitir identificar una serie de problemas para posteriormente realizar su priorización y programación. El esquema general del estudio y su similitud con el método científico se observa en la figura 5.

UNIVERSITAS Miguel Hernández

Figura 5. Esquema general del estudio (Pág. Siguiente)



5.2.2. RESUMEN METODOLÓGICO DEL ESTUDIO

La intención de este estudio es obtener **datos primarios de la actividad asistencial en las consultas de pediatría** en el Área de Salud 17 de la Comunidad Valenciana, conocer la realidad asistencial desde principio a fin de la jornada. No se parte de la información recogida en las historias clínicas, ni de la que figura en los registros de hojas de trabajo, ni en los datos del SIGAP, en los que podría existir un sesgo de cumplimentación. Nuestros datos son primarios, el origen es la propia consulta y además en el momento real en que la información se produce. Para ello se organiza el trabajo de la manera que a continuación se expone con brevedad y que luego se explicará con más extensión y calidad de detalles.

Para obtener los datos primarios se confecciona un protocolo de recogida, en el que de forma lógica y consensuada, se presentan las posibilidades en una consulta de pediatría de AP. El cuestionario incluye datos del paciente y de su familia, de la persona que acompañaba al niño, del tipo, motivo y tiempo de duración de la consulta, la actividad del pediatra durante la misma, manejo de la historia clínica, exploración, petición de pruebas, tratamiento y derivaciones planteadas.

El protocolo se rellena para cada paciente atendido en consulta, en domicilio o por teléfono el día del estudio. La recogida de datos la efectúan cuatro médicos, dos pediatras y dos médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, con motivo de la realización de sus tesis doctorales, así como otros tres pediatras que aceptan hacer ellos mismos la recogida de los datos primarios de sus consultas tras mantener con ellos un curso de adiestramiento y homogenización de conceptos (charla telefónica) para unificar criterios. De cada jornada se recoge una hoja de resumen, donde constan los datos globales de asistencia, y una fotocopia de la hoja de trabajo diario que los pediatras entregan en sus centros para confeccionar el SIGAP.

5.2.3. DISEÑO DEL ESTUDIO

5.2.3.1. TIPO DE ESTUDIO

El diseño del estudio es observacional-transversal, analítico y multicéntrico.

5.2.3.2. AMBITO DEL ESTUDIO

El estudio se realizó en un día de la semana en diez Centros de Salud pertenecientes a nueve poblaciones del Área de Salud 17 de la Comunidad Valenciana. Los Centros de Salud que participaron fueron:

- 3 Centros Urbanos- Población mayor de 50.000 hab.-

  2 Centros de Salud de Elda, que dan cobertura a una población de 54.682 habitantes.

  C.S. Marina Española II (Centro auxiliar avenida de Sax) con 24.639 habitantes.

  C.S. Acacias con 19.940 habitantes.

- 5 Centros Semiurbanos- Población entre 15.000 y 50.000 hab.-

  1 Centro de Salud de Aspe, que da cobertura a una población de 18.830 habitantes

  1 Centro de Salud de Novelda, que da cobertura a una población de 25.773 habitantes

  1 Centro de Salud de Petrer, que da cobertura a una población de 29.061 habitantes

  1 Centro de Salud de Villena, que da cobertura a una población de 18.122 habitantes. El municipio de Villena tiene 32.994 habitantes y dos C.S. (Villena 1 con 18.122 habitantes y Villena 2 con 14.872 habitantes, incluyendo los 122 habitantes de La Encina).

- 4 Centros Rurales- Población menor de 15.000 hab.-

  1 Centro de Salud de Biar, que da cobertura a una población de 6.514 habitantes

  1 Centro de Salud de Monóvar, que da cobertura a una población de 12.097 habitantes

  1 Centro de Salud de Pinoso, que da cobertura a una población de 7.502 habitantes

  1 Centro de Salud de Sax, que da cobertura a una población de 9.863 habitantes.

En función de las diferentes Zonas de Salud del Área y de la población en cada Zona (urbana, semiurbana o rural) las **Consultas seleccionadas por Centros** fueron: una en el

Centro de Salud de Aspe, una en el Centro de Salud de Biar, una en cada centro de salud de Elda, una en el Centro de Salud de Monóvar, una en el Centro de Salud de Novelda, una en uno de los Centros de Salud de Petrer, una en el Centro de Salud de Pinoso, una en el Centro de Salud de Sax y una en uno de los Centros de Salud de Villena.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

La población incluida en el estudio ha sido todo paciente atendido por el pediatra durante la jornada laboral de 1 día, en consulta, domicilio, urgencias, o telefónicamente.

5.2.3.3. MUESTREO ALEATORIO Y PÉRDIDAS.

Se realiza un muestreo aleatorio estratificado por Centros de Salud y aleatorio simple por clave médica de todos los pediatras de los Centros de Salud. La **selección de los pediatras para el estudio** se obtiene por muestreo aleatorio simple de las claves médicas de todos los pediatras de los centros.

Se efectúan charlas telefónicas con los pediatras de los distintos Centros de Salud que han sido elegidos y tras conocer si están dispuestos a participar, se les explica la sistemática y objetivos del estudio previamente al trabajo de campo. La colaboración para la recogida de datos en las consultas es voluntaria, de modo que en estas reuniones se detectan aquellos pediatras que tras haber sido elegidos en el sorteo aleatorio no quieren participar. En caso de ocurrir lo citado anteriormente, hay previsto un mecanismo de sustitución pasando al siguiente número elegido hasta conseguir el total de profesionales predeterminado por centro. En caso de que el pediatra se encuentre ausente el día del estudio, por libranza de guardia u otro motivo, la actitud es similar, pasando al siguiente día aleatorizado.

La acogida por parte de los médicos es buena. No hay ningún profesional que rechace participar en el estudio. De los 33 pediatras se seleccionaron por sorteo aleatorio a 10. A todos los profesionales se les ofrece la posibilidad de recoger ellos mismos los datos de sus consultas, oferta que es aceptada por tres de ellos de forma desinteresada.

El número de profesionales pediatras en cada población es el siguiente:

- Aspe: 1 Centro con 4 pediatras (1 seleccionado)
- Biar: 1 Centro con 1 pediatra (1 seleccionado)
- Elda: 1 Centro con 3 pediatras (1 seleccionado), y otro centro con 4 pediatras (1 seleccionado).

- Monóvar: 1 Centro con 2 pediatras (1 seleccionado)
- Novelda : 1 Centro con 4 pediatras (1 seleccionado)
- Petrer: 2 Centros, uno con 3 pediatras y otro centro con 3 pediatras (1 seleccionado)
- Pinoso: 1 Centro con 1 pediatra (1 seleccionado)
- Sax: 1 Centro con 2 pediatras (1 seleccionado)
- Villena: 2 Centros, uno con 3 pediatras y otro centro con 3 pediatras, (1 seleccionado)

5.2.3.4. CALCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL

Se calcula un **tamaño muestral representativo** utilizando la fórmula de variables cualitativas para poblaciones infinitas:

$$\mathbf{N=Z^2p(1-p)/e^2 = Z^2(pxq)/e^2}$$

Por no conocer las proporciones de los resultados esperados de actividad asistencial con datos primarios se asume la proporción más desfavorable que es p = 0'5, por lo que para completar la variabilidad del parámetro que se desea estimar su complementario es:

q = 1-p ó 1-0'5 = 0'5 = q.

El comité científico consesúa para el cálculo del tamaño muestral los siguientes valores:

- La precisión o "e" con que se desea obtener la estimación es del 4 %, que es la amplitud deseada de intervalo de confianza.
- El nivel de confianza o"Z" deseado se fija en el 95%, ello se corresponde con un alfa de 5% (Z al 95% = 1,96).

$$\mathbf{N = (1,96)^2 \text{ x } 0,25/ (0,04)^2 = 600,25}$$

N = 600,25

A continuación se modifica con la fórmula del cálculo de tamaño muestral para poblaciones finitas utilizando una población de 33.343 niños (M) de 0 a 14 años incluidos según el censo SIP del Área 17:

N' = N / 1 + N/M

N'=600,25 / 1+600,25/33.343= 589,6

N'= 589,6

Se asumen unas pérdidas de 6% para cada variable a través de la siguiente fórmula:

N_A = N'(1/1-R) R=0,06

N_A = 589,6 (1/1-0'06) = 627,23=628

Así pues, la muestra que se requiere para el estudio es de 628 pacientes y se ha redondeado a 630.

5.2.3.5. LABOR DE CAMPO

La recogida de datos la obtienen, dirigen y coordinan 4 médicos formados en investigación clínica y epidemiología (2 Pediatras y 2 médicos de Medicina Familiar y Comunitaria) con motivo de la realización de sus trabajos de investigación para sus tesis doctorales. Participan en el trabajo de campo los pediatras del Área que, seleccionados al azar y previa preparación para la cumplimentación correcta del protocolo del estudio, deciden colaborar voluntariamente en la recogida de datos de su propia actividad asistencial. Los Pediatras que realizan la labor de campo son tres, uno del Centro de Salud de Biar, uno del Centro de Salud de Marina Española (Consultorio Auxiliar Avenida de Sax) y uno del Centro de Salud de Sax.

Se convoca una reunión con los 4 médicos que van a obtener, dirigir y coordinar la recogida de datos, en la cual se procede al sorteo aleatorio de los centros y pediatras que van a formar parte del estudio, así como el del día a realizar la labor de campo. Se presenta el protocolo de recogida destacando la importancia del trabajo de campo, se incide en la necesidad de homogeneizar los criterios y aclarar dudas para minimizar el sesgo de recogida. Para ello se establece un debate sobre las dudas y se explica exhaustivamente el protocolo. Posteriormente los diferentes Centros de Salud son distribuidos de forma aleatoria entre los 4 médicos para coordinar la labor de campo.

De esta reunión surge la necesidad de realizar una prueba piloto para comprobar las posibles dificultades en la obtención y codificación de las variables del estudio y poder

redactar, tras analizar los resultados de la misma, un manual de procedimiento para garantizar la homogeneidad de los datos.

5.2.3.6. PRUEBA PILOTO

La prueba piloto se realiza en la consulta de pediatría de uno de los cuatro médicos que coordinan el estudio con la ayuda de un médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, recogiendo la actividad asistencial de cinco jornadas completas en una misma semana.

Elegidos 10 puntos al azar, se calcula el Índice Kappa entre el médico de Familia y el pediatra titular de la consulta en la Unidad de Epidemiología Clínica del Departamento de Medicina, obteniéndose un Kappa que oscila entre 0,7-0,8, por lo que se acepta el protocolo para la realización del trabajo al ser Kappa sustancial en la interpretación de Landis y Koch[59].

De este análisis surge la hoja de "definiciones operativas para completar la hoja de recogida de datos del estudio", (Anexo 4) que es entregada y explicada a los pediatras en una reunión llevada a cabo antes de la realización del trabajo de campo.

5.2.3.7. LOS DÍAS ELEGIDOS

El trabajo de campo se realiza durante un día, en principio, de la segunda quincena de Enero de 2003. El día de la semana se elige al azar, resultando el miércoles 15 de Enero. Se escoge esta quincena, tras la finalización de las vacaciones de Navidad, para tener el mínimo problema con las ausencias de los pediatras de sus consultas. En caso de que el pediatra estuviera ausente el día del estudio, por libranza de guardia u otro motivo, se pasa al siguiente día aleatorizado. Se establece que el horario de recogida de datos sea de 8-14'30 h. por la mañana y de 14'30-21 h. por la tarde. Al no obtener una muestra suficiente, se ha ampliado la recogida de datos hasta alcanzar el tamaño muestral preestablecido (tabla 77).

5.2.3.8. INCIDENCIAS DEL ESTUDIO

Para detectar las posibles incidencias del día de recogida, desde la Unidad de Investigación y Docencia, se llama a todos los pediatras que voluntariamente han aceptado recoger ellos mismos los datos de su actividad asistencial, al finalizar la jornada laboral. A continuación se reflejan las incidencias detectadas y como se resuelven:

- En el Centro de salud de Monóvar: por no encontrarse el pediatra el día propuesto para la recogida de datos, por asuntos familiares, ni el siguiente día aleatorio, por libranza de guardia, la recogida de datos se aplaza hasta un tercer día aleatorio.
- En el Centro de salud de Novelda: por baja médica de la persona participante en el estudio, la recogida de datos se realiza el día correspondiente por un sustituto. Analizados los datos, se comprueba que el procedimiento de recogida no se ha realizado correctamente. Una vez reincorporada la persona que originalmente debía intervenir en el estudio, se realiza una nueva recogida de datos.

5.2.3.9. PROTOCOLO DEL ESTUDIO

Desde la Unidad de Investigación y Docencia del Área 17 se elabora un protocolo de recogida de datos denominado Hoja de Recogida de Datos de Actividad Asistencial, (Anexo 1) y un segundo protocolo denominado Hoja de Resumen de Datos (Anexo 2)**.**

En este protocolo de recogida de datos de la Actividad Asistencial, se reflejarán, para cada paciente que se valora en consulta el día del estudio, el CS al que pertenece el paciente, los datos relativos a su identificación (nombre, apellidos, edad, sexo) si es inmigrante , huérfano, adoptado, con quien viene el paciente(padre, madre, familiar, no familiar, solo, abuelos), el tipo de consulta que plantea y el motivo y/o motivos de consulta, el diagnóstico para el motivo de consulta cuando viene por un motivo clínico, así como la actividad para el motivo principal , el plan de actividades, si utiliza la historia o no, si da tratamiento por escrito, las interrupciones en consulta y la duración de la consulta.

Variables cuantitativas:

- Datos de identificación del paciente: edad.
- Tiempo y duración de la consulta: hora de entrada y salida del paciente de la consulta.

Todas las variables cuantitativas se recogieron a través de preguntas abiertas.

Variables cualitativas:

- Nombre y apellidos del paciente.
- Sexo del paciente.
- Tipo de consulta: Cita previa, sin cita, telefónica, domiciliaria, demanda, urgente, programada.
- Con quien viene el paciente:

- Motivo o motivos de consulta: principal (agudo, crónico, administrativo, recibir o entregar resultados de pruebas) o secundario (agudo, crónico, administrativo, recibir o entregar resultados de pruebas).
- Diagnósticos principales y secundarios realizados cuando el paciente acude por una patología aguda.
- La actividad para el motivo principal.
- El plan de actividades.
- Si utiliza la historia.
- Si se da tratamiento por escrito.
- Interrupciones en consulta.

Las variables cualitativas se recogieron utilizando tanto preguntas abiertas (no categorizadas) como cerradas (categorizadas):

- Preguntas abiertas para identificar el tiempo de consulta, indicando la hora de entrada y de salida de cada paciente.
- Preguntas abiertas para identificar el nombre y apellidos del paciente, la edad el paciente, y variable cerrada para indicar el sexo.
- El tipo de consulta queda estructurado en pregunta cerrada.
- Con quien viene se emplea pregunta cerrada para madre, padre, abuelos y otros familiares y para no familiares pregunta abierta.
- Para el motivo de consulta figuran:
  - Para el motivo de consulta clínico agudo (fiebre, tos, mocos, anorexia, dolor abdominal) se utiliza pregunta cerrada y pregunta abierta para traumatismo y otros motivos, así como para codificar el diagnóstico principal y secundario anotado por el pediatra.
  - Para el motivo de consulta clínico crónico (cefalea, dolor abdominal, tos, mocos) se utiliza pregunta cerrada y pregunta abierta para otros motivos.
  - Se usa pregunta cerrada cuando es motivo administrativo (receta, certificado escolar, certificado de deporte) y pregunta abierta para quien va dirigida la interconsulta.
- Se utiliza pregunta cerrada para si se va a recoger o entregar una prueba y pregunta abierta para el tipo de prueba.
- Los juicios diagnósticos quedan estructurados en preguntas abiertas.

- La actividad para el motivo principal se expresa con pregunta cerrada.
- El plan de actividades se expresa como pregunta cerrada salvo para el tipo de especialista al que se remite el paciente.
- Las interrupciones en consulta se expresan como preguntas cerradas.

En el protocolo de resumen de datos de la jornada (Anexo 2) se especifica, por parte del que realiza la labor de campo y para cada día de trabajo, las siguientes variables:

Variables cualitativas:

Las características del centro de salud (centro docente, no docente, informatizado; centro rural, semiurbano o urbano). Las variables cualitativas se recogieron en forma de cuestiones cerradas.

Variables cuantitativas:

Hora de inicio y fin de la consulta a demanda, total de consultas de pacientes con cita y sin cita (total de pacientes citados que no acuden), número de avisos domiciliarios realizados, total de interrupciones en toda la consulta, número de veces que el médico utiliza el teléfono para llamar a los pacientes. Las variables cuantitativas que representan los datos del resumen diario se recogieron en forma de cuestiones abiertas.

5.2.3.10. ESTUDIO DE LA ACTIVIDAD RECOGIDA EN LA HOJA DE TRABAJO / CITA PREVIA

Además de los datos recogidos según el protocolo, se recogen datos de la Hoja de **Trabajo** u **Hoja de Cita Previa** (anexo 3). Este documento lo utiliza el facultativo en su consulta a diario y lo cumplimenta al final de la misma.

En esta hoja de trabajo, se refleja la actividad a realizar en la jornada, aparecen los pacientes citados con cita previa, la hora que se cita al paciente, el nombre del profesional, la fecha, la hora final de la consulta y presenta un cuadro resumen que se completa al terminar la tarea diaria. En este cuadro se recoge la información siguiente:

- Pacientes citados
- Pacientes no presentados (pacientes citados que no acuden)
- Duración de la consulta
- Consultas administrativas

- Consultas protocolizadas o programadas
- Primeras consultas

  Segundas consultas

- Programas de Salud
- Derivaciones a Radiología
- Derivaciones a Laboratorio
- Derivaciones a especializada
- Pacientes sin cita

La hoja de trabajo es la base para cumplimentar los datos del SIGAP (Sistema de Información para la Gestión en Atención primaria). La información del SIGAP que se origina de cada una de las consultas de Atención Primaria ,tanto de Medicina General como de Pediatría, se cuantifica en cada Centro de salud, para calcular los datos globales para el Centro y se envía a Dirección de Área donde se codifican los datos de toda el Área. Posteriormente los datos recogidos se envían a los Servicios Centrales en Valencia (Servicio de Análisis de la Actividad Asistencial de la Agencia Valenciana de la Salud).

5.2.3.11. METODO DE RECOGIDA DE DATOS PARA LA VALIDACIÓN DE LA HOJA DE TRABAJO / CITA PREVIA

Se han revisado las hojas de trabajo / cita previa de los pediatras de los centros de Salud participantes en el estudio los días señalados con anterioridad. Se compara lo anotado en la hoja de trabajo por el pediatra (anexo 3) con lo anotado en la encuesta por el observador externo.

5.2.3.12. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

- Criterio de inclusión

Se incluye en el estudio a todo paciente que acude a las consultas de los CS seleccionados el día del estudio.

Se incluye todo paciente valorado en consulta, domicilio, urgencias o telefónicamente por el pediatra seleccionado el día que duró el estudio pertenezca o no a su CS y a su cupo.

- Criterio de exclusión

  Se excluye al pediatra que declina su participación en el estudio.

5.2.4. LA GESTIÓN DE LA CONSULTA EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Para responder al objetivo primario se va a utilizar la metodología desarrollada por Casajuana [67] para la gestión de la consulta. Este autor basa la ordenación funcional de las consultas de AP en organizar apropiadamente dos herramientas fundamentales: la demanda asistencial y el tiempo de asistencia. Propone para la gestión de la demanda organizar circuitos de asistencia, y para la gestión del tiempo de consulta, trabajar con la agenda de los profesionales.

El autor propone, antes de definir el diseño organizativo apropiado para cada EAP, realizar un análisis teórico previo, para intentar adaptar los planes de acción a la realidad concreta de cada EAP. Este análisis teórico debe llevar a conocer la actuación del EAP desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo.

Para realizar un análisis cuantitativo de la demanda, se usan como indicadores básicos la Presión asistencial y la Frecuentación. El análisis cualitativo de la demanda utiliza un modelo de análisis basado en la clasificación de las visitas según su motivo y si son o no previsibles (tabla 9).

Al realizar de esta manera el análisis cualitativo de la demanda, se reconvierten todos los datos recogidos en el protocolo del estudio SyN-PC en las situaciones que se observan en la siguiente tabla de 2x2 (tabla 9). En el anexo 5 se especifica la codificación en la base de datos de todas las variables recogidas en los protocolos de trabajo del estudio. De esta forma se clasifica la actividad asistencial, relacionando las necesidades de asistencia con la naturaleza de la consulta, en función de su previsibilidad. Al relacionar las necesidades de asistencia con la naturaleza de las consultas, para la gestión de la demanda, la actividad asistencial en el centro se podrá catalogar en 4 situaciones como se especifica en la tabla 9.

Tabla 9 : Contenido específico de los cuatro tipos básicos de consulta.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN EL CENTRO: TABLA DE 2X2			
		NECESIDADES	
		ASISTENCIALES	ADMINISTRATIVAS
NATURALEZA DE LA CONSULTA	PREVISIBLE	Situación A **REVISIÓN DE CRÓNICOS** **RECOGIDA DE PRUEBAS** **ACTIVIDADES PREVENTIVAS**	Situación B **RECETAS** **VOLANTES** **INFORMES** **CERTIFICADOS**
	IMPREVISIBLE	Situación C **PATOLOGÍAS AGUDAS** **ALTAS HOSPITALARIAS**	Situación D **INFORMES** **VOLANTES** **CERTIFICADOS** **RECETAS**

En general, las consultas previsibles deben considerarse por iniciativa del profesional y las imprevisibles se considerarán por iniciativa del paciente.

Los cuatro tipos básicos de consultas se presentan en las siguientes situaciones:

Situación A o necesidades de asistencia que son previsibles. Se corresponde fundamentalmente con la recogida de pruebas complementarias por parte del paciente y las consultas de revisión, tanto de crónicos como de patología aguda.

Situación B o necesidades administrativas previsibles. Se corresponde fundamentalmente con las recetas de crónicos o de especialistas, volantes para revisión de especialista, informes programados, etc.

Situación C o necesidad asistencial no previsible. Esta demanda no es gestionable ya que se corresponde principalmente con patología aguda, patología crónica reagudizada, o algún documento importante imprevisible como el alta hospitalaria.

Situación D o necesidad administrativa no previsible. Incluye aspectos como solicitud de informes, volantes para analítica, volantes para especialistas, recetas de altas hospitalarias, etc.

5.2.5. CODIFICACIÓN DE LOS MOTIVOS DE CONSULTA

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) fue utilizada hasta hace unos treinta años para registrar movilidad en AP. Resultó útil al facilitar la comparación de datos entre países, pero tenía inconvenientes para codificar síntomas y problemas de salud frecuentes al haberse desarrollado para estadísticas de mortalidad y basarse en enfermedades y no en problemas de salud.

El Comité Internacional de Clasificación de la WONCA [(68)] desarrolló en 1979 la Clasificación Internacional de Problemas de Salud en AP. Tenía un apartado para codificar síntomas mal definidos, pero se basaba en la estructura de la CIE y era inadecuada para la AP. En su tercera edición (1983) aumentó la fiabilidad de los registros, pero no resolvió los problemas estructurales para su utilización en AP.

En la Conferencia sobre Atención Primaria de Salud, de la OMS en Alma-Ata [(1)] se aceptó que una AP correcta era clave para conseguir el objetivo de "Salud para todos en el año 2000". Posteriormente, tanto la OMS como la WONCA reconocieron que sólo se podría desarrollar una AP adecuada, capaz de establecer prioridades y de llevar a cabo los planes establecidos, si los planificadores sanitarios contaban con la información apropiada, lo que llevó al desarrollo de nuevos sistemas de clasificación.

A finales de 1978, la OMS estableció un grupo de trabajo que desarrolló la Clasificación de Razones de Consulta (CRC), más tarde convertida en la Clasificación Internacional de la Atención Primaria. (CIAP) Se entiende por razón de consulta el enunciado, expresado por el paciente, del motivo por el que acude. Expresa la demanda de cuidados del paciente. Puede ser un signo, un síntoma, una enfermedad, una solicitud de prueba diagnóstica o terapéutica o una cuestión administrativa. Habitualmente, las razones de consulta se corresponden con los problemas de salud que el médico formula al final de la consulta y que requieren tratamiento, se enuncien o no como razones de consulta.

Las clasificaciones de enfermedades se organizan para codificar la interpretación que hacen los profesionales de los problemas de salud de los pacientes. Al contrario, la Clasificación de Razones de Consulta está orientada hacia el paciente, no hacia el profesional, y trata la información desde la perspectiva del enfermo. El profesional debe aclarar con el paciente la razón de la consulta, o demanda de cuidados, antes de interpretarla y transformarla

en un problema de salud, expresado como diagnóstico o como decisión en el proceso de atención.

La CIAP fue publicada por la WONCA en 1987. Con ella, por primera vez, se pueden clasificar a la vez, y con una sola clasificación, tres componentes importantes de la consulta: la razón de la misma, el problema atendido y el proceso de atención. La conexión entre ellos permite estudiar y categorizar las consultas, desde su razón hasta su resolución.

Actualmente está en vigor la CIAP-2 (segunda versión de la CIAP) [68]. Se estructura en 17 capítulos organizados por aparatos y sistemas orgánicos (tabla 10) y 7 componentes normalizados para cada uno de los capítulos (tabla 11).

Tabla 10.

CAPÍTULOS DE LA CIAP-2	
A	Problemas generales e inespecíficos
B	Sangre, órganos hematopoyéticos y sistema inmunitario
D	Aparato digestivo
F	Ojo y anejos
H	Aparato auditivo
K	Aparato circulatorio
L	Aparato locomotor
N	Sistema nervioso
P	Problemas psicológicos
R	Aparato respiratorio
S	Piel y faneras
T	Aparato endocrino, metabolismo y nutrición
U	Aparato urinario
W	Planificación familiar, embarazo, parto y puerperio
X	Aparato genital femenino y mamas
Y	Aparato genital masculino y mamas
Z	Problemas sociales

Tabla 11.

COMPONENTES DE LA CIAP-2	
1	Signos y síntomas
2	Procedimientos diagnósticos y preventivos
3	Procedimientos terapéuticos
4	Resultados de pruebas complementarias
5	Procedimientos administrativos
6	Derivaciones, seguimiento y otras razones de consulta
7	Enfermedades y problemas de salud: enfermedades infecciosas, neoplasias, lesiones, anomalías congénitas, otros

La CIAP-2 permite codificar la opinión de los profesionales acerca del problema de salud del paciente, en forma de signos o síntomas o como diagnósticos, utilizando los componentes 1 y 7. Muchos problemas de salud en AP no se expresan como diagnósticos de enfermedades, sino como signos y síntomas que se incluyen en el componente 1. En ocasiones, en el acto médico ni siquiera hay un problema de salud, como es el caso de las vacunaciones, solicitud de recetas u otras cuestiones burocráticas. Este sistema de codificación permite codificar estos episodios, no perdiendo la información de los mismos como ocurría con los anteriores.

La CIAP-2 permite registrar todo el espectro de problemas atendidos en las consultas de AP, tanto orgánicos, como psiquiátricos o sociales. La nueva versión ha supuesto un gran avance en el campo de las clasificaciones de problemas de salud en AP, pero aún presenta algunas imperfecciones que se supone que se corregirán en ediciones posteriores.

Para la tabulación y tratamiento estadístico de los resultados obtenidos en el estudio se ha recurrido a este sistema de clasificación (CIAP-2), pudiendo de esta forma codificar los diferentes problemas de salud y motivos de demanda que se han producido en las consultas. A pesar de la enorme dificultad que conlleva codificar algunas demandas, este sistema ha permitido la clasificación con un elevado grado de fiabilidad y de esta forma el cruce de diferentes variables que han posibilitado obtener los resultados que en este estudio se presentan.

Tras revisar todas las encuestas (n=630), los resultados son 590 diagnósticos registrados, los cuales se clasifican en 88 códigos diferentes de la CIAP-2.

5.2.6. INDICADORES DE VALIDEZ. COCIENTES DE PROBABILIDAD. INDICE KAPPA.

Los indicadores de **validez** son:

- Sensibilidad (S). Falsos negativos.
- Especificidad (E). Falsos positivos.
- Valor Predictivo Positivo (VP+)
- Valor Predictivo Negativo (VP-)

Los indicadores de **utilidad clínica** son:

- Cociente de Probabilidad Positivo (CP+).
- Cociente de Probabilidad Negativo (CP-).

El indicador de **consistencia o fiabilidad** nos lo aporta el índice Kappa.

La Sensibilidad **(S)** es la capacidad de una prueba para detectar la enfermedad. Los falsos negativos son los pacientes que teniendo el problema no son detectados por falta de S en la prueba utilizada. Por tanto, en la práctica clínica, cuando se interpreta la S deben conocerse cuales son las consecuencias de obtener falsos negativos. Una prueba con una S del 100% no tiene falsos negativos, a medida que disminuye el valor de la S aumenta la posibilidad de trabajar con falsos negativos.

La **Especificidad (E)** es la capacidad de una prueba diagnóstica para detectar la normalidad o descartar la enfermedad sospechada. Los Falsos positivos son los pacientes que no teniendo el problema se detectan como enfermos por la falta de E de la prueba. Por tanto, en la práctica clínica, cuando se interpreta la E deben conocerse cuales son las consecuencias de obtener falsos positivos. Una prueba con una E del 100% no tiene falsos positivos, a medida que disminuye el valor de la E aumenta la posibilidad de trabajar con falsos positivos.

La **Probabilidad Preprueba (PrPre)**, es la estimación, antes de realizar la prueba, de la posibilidad que tiene el paciente de tener la enfermedad que es sospechada clínicamente. Se basa fundamentalmente en la experiencia clínica, en la intuición o en los estudios previos (se selecciona la mejor evidencia disponible). La PrPre cuantifica el grado de sospecha clínica existente de que un paciente tenga la enfermedad antes de realizar la prueba, ejerciendo una influencia primordial en el proceso diagnóstico.

En la toma de decisiones, las preguntas que debe hacerse el clínico, una vez conocido el resultado de la prueba son:

- Si el resultado es positivo: ¿qué probabilidad tiene el paciente de padecer realmente la enfermedad? La respuesta a esta pregunta corresponde al **Valor Predictivo Positivo (VP+)**.
- Si el resultado es negativo: ¿qué probabilidad tiene el paciente de no padecer realmente la enfermedad? La respuesta a esta pregunta corresponde al **Valor Predictivo Negativo (VP-)**.

El **Complementario del VP- (1-VP-)** representa la probabilidad de que un paciente con resultado negativo tenga la enfermedad.

Conociendo la S, la E y la PrPre, los valores predictivos se calculan de dos formas: bien por el teorema de Bayes, bien elaborando una tabla de 2x2 o tabla de contingencia que de resolución a un supuesto práctico.

En este trabajo el cálculo ha sido realizado por una tabla de 2x2, tal como se expresa en la tabla 12, con las fórmulas que aparecen reflejadas en la figura 6.

Tabla 12: Tabla de contingencia o Tabla 2x2.

		Método de certeza (verdad o mayor aproximación posible a la verdad)	
Prueba Diagnóstica a validar	Positivo o alterado	a=Positivo y enfermo	b=Positivo y sano
	Negativo o normal	c=Negativo y Enfermo	d=Negativo y sano

Figura 6:

Sensibilidad= **a** (prueba y enfermos) / **a+c** (enfermos)

Falsos(-) = **c**(prueba y enfermos) / **a+c** (enfermos)

Especificidad= **d** (prueba – y no enfermos) / **b+d** (no enfermos)

Falsos (+)= **b**(prueba+ y no enfermos) / **b+d**(no enfermos)

Valor Predictivo Positivo = **a** (prueba+y enfermos) / **a+b** (todos los positivos)

Valor Predictivo Negativo = **d** (prueba-y no enfermos) / **c+d** (todos los negativos)

Cociente de Probabilidad Positivo = Positivo entre los enfermos / Positivo entre los no enfermos = **a/a+c** / **b/b+d** = S / Falsos positivos

Cociente de Probabilidad Negativa = Negativos entre los enfermos / Negativos entre no enfermos = **c/a+c** / **d/b+d** = Falsos Negativos / E

Esta información se integra en un esquema de decisiones clínicas sencillas: partiendo de una PrPre se llega a la Probabilidad Postprueba: en la que al VP+ se le denomina Probabilidad postprueba del resultado positivo (Prpost+), y al complementario del VP- (1-VP) probabilidad postprueba del resultado negativo, que es la probabilidad de que un paciente con resultado negativo tenga la enfermedad, como se ha mencionado antes.

La figura 7 expresa gráficamente lo comentado anteriormente, y la figura 8 amplía el esquema y lo transforma en árbol de decisión clínica añadiéndole los valores de los coeficientes de probabilidad y de la fiabilidad calculada, como se explica a continuación. Los árboles de decisión son algoritmos en los que se representan las estrategias disponibles de forma que puedan abordarse cuantitativamente los problemas de toma de decisiones [69].

Figura 7:

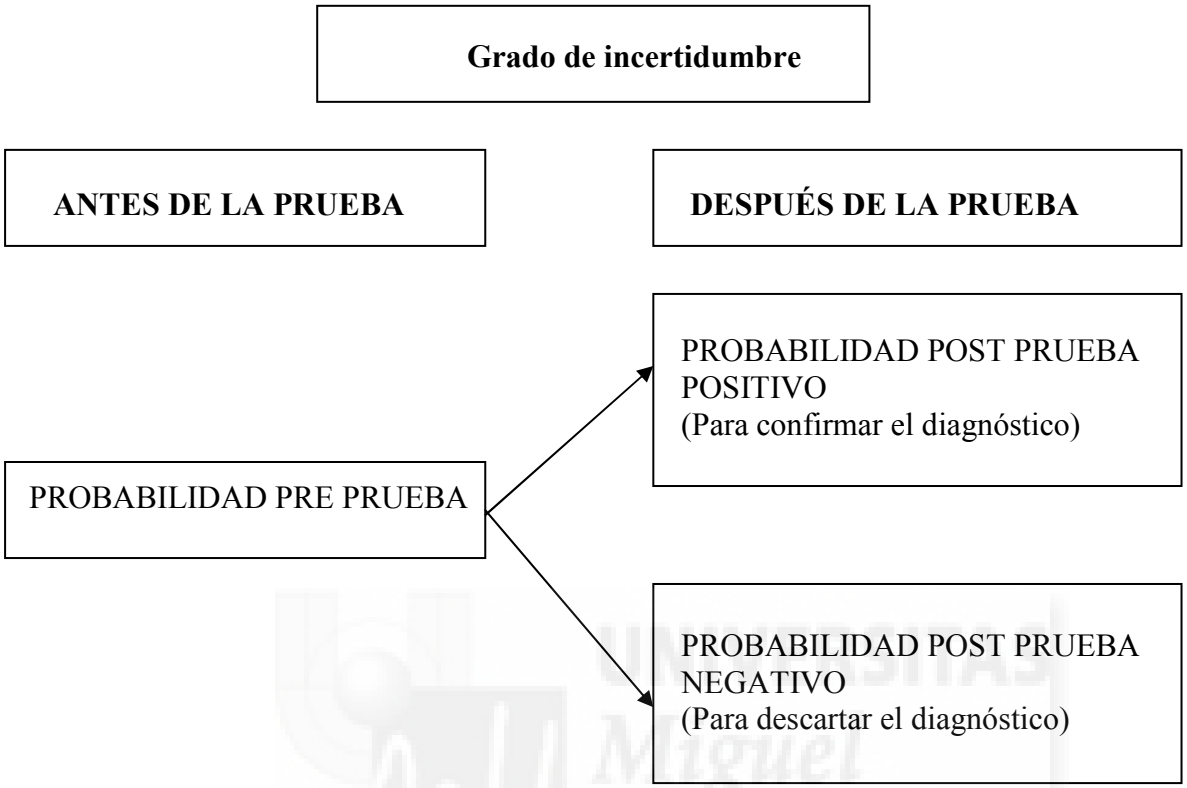


Figura 8: Modelo empleado de árbol de decisiones clínicas

Árbol de decisión clínica

Antes de la prueba		**Después de la prueba**		**Fiabilidad**
Validez		Rendimiento Probabilidad PostPrueba	Utilidad Clínica Cocientes de Probabilidad (MBE)	Kappa Landis y Koch
Probabilidad Preprueba	+			K =
	-			
f(-)=				
f(+)=				% pérdidas =

La utilización de los valores predictivos (VP) tiene sus limitaciones al estar muy influenciados por la prevalencia, por lo que cada vez más se aceptan como los mejores indicadores de utilidad clínica los **Coeficientes de probabilidad (CP)** de Likehood –ratio, también llamados también llamados Indicadores de Verosimilitud o razón de Probabilidad.

Según la escuela canadiense de epidemiología clínica, el CP es la medida de precisión más exacta e importante para determinar la utilidad clínica de una prueba [(57)]. Estos nos

indican hasta qué punto el resultado de una prueba diagnóstica aumenta o disminuye la probabilidad preexamen de un trastorno objetivo, es decir la utilidad clínica de una prueba está determinada principalmente por la precisión con la que se identifica el trastorno objetivo.

En el cálculo de los CP interviene la S (o su complementario) y la E (o su complementario) por lo que se consideran indicadores más estables que los valores predictivos.

En la figura 6 se presentan las fórmulas para el cálculo de los CP.

La interpretación de los CP en la toma de decisiones según el grupo canadiense de Epidemiología clínica [70] para construir las GPC (Guías de Práctica Clínica) es la siguiente:

- **Nivel A** CP + >10 y CP - <0'1: Genera **cambios amplios** y a menudo concluyentes desde la probabilidad preexamen hasta la probabilidad postexamen, el CP+ para confirmar y el CP- para descartar.
- **Nivel B** CP+ entre 5-10 y CP- entre 0'1-0'2: Genera **cambios moderados** desde la probabilidad preexamen hasta la probabilidad postexamen.
- **Nivel C** CP+ entre 2-5 y CP- entre 0'2-0'5: Genera **cambios pequeños**, pero en ocasiones importantes, en la probabilidad.
- **Nivel D** CP+ entre 1-2 y CP-entre 0'5-1: Altera la probabilidad preprueba en un grado **insignificante** y rara vez importante.
- **Nivel E** CP+ <1 y CP- >1. Altera la probabilidad preprueba de forma **contradictoria** (nivel sugerido por el Grupo de Epidemiología Clínica del departamento de Medicina clínica de la Universidad Miguel Hernández).

Otro aspecto fundamental en el examen clínico es la **consistencia o fiabilidad** que tienen las actuaciones médicas, lo que queda definido por el valor del **índice Kappa**.

El índice Kappa se utiliza para evaluar las concordancias y discrepancias entre varias decisiones clínicas. Básicamente consiste en calcular el grado de concordancia que hay en las decisiones clínicas y eliminar el papel del azar.

El índice Kappa indica el desacuerdo en las observaciones clínicas, la variabilidad interobservador e intraobservador. La variabilidad interobservador es el grado de desacuerdo entre varios observadores independientes, y la variabilidad intraobservador es el grado de desacuerdo de las decisiones del observador pero en momentos diferentes.

Basándose en la Tabla de contingencia que aparece en la tabla 13, se analiza la variabilidad entre varios observadores calculando el índice Kappa con las siguientes fórmulas:

Tabla 13:

		Observador 1		
		POSITIVO	NEGATIVO	TOTAL
Observador 2	POSITIVO	**a**	**b**	**a +b**
	NEGATIVO	**c**	**d**	**c+d**
	TOTAL	**a+c**	**b+d**	**a+b+c+d**

Acuerdo esperado simple = $\frac{a+d}{a+b+c+d}$

Se determina el porcentaje de acuerdo entre los dos observadores que puede ser explicado por el azar:

Acuerdo esperado por azar = $\frac{(a+c)x(a+b)+(b+d)x(c+d)}{a+b+c+d}$

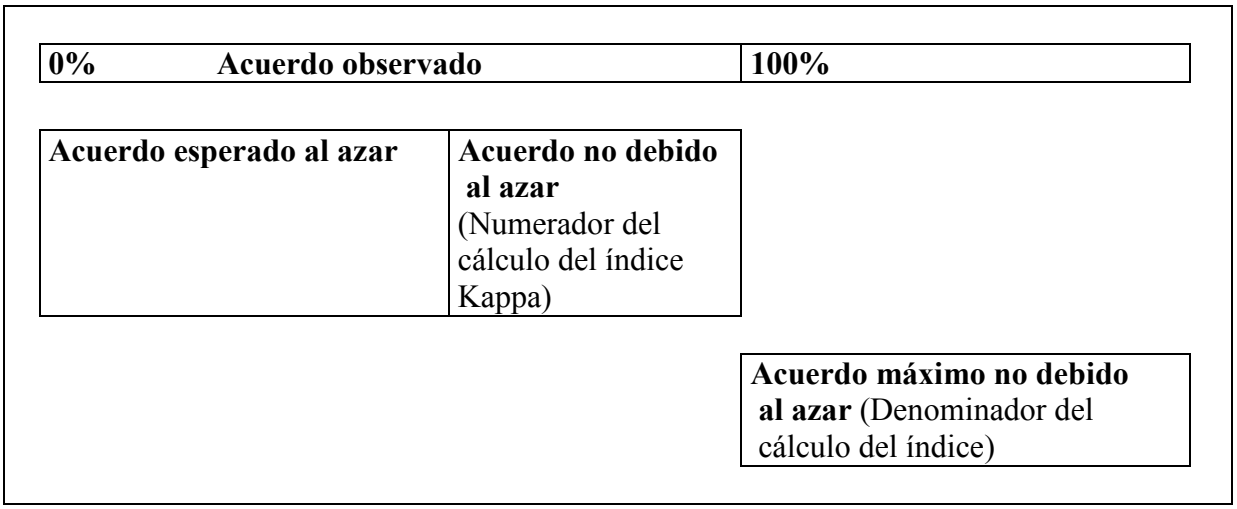
Se estima el máximo acuerdo que pueden tener los dos observadores no debido al azar:

Acuerdo máximo no debido al azar = 100 - Acuerdo esperado al azar

El índice Kappa cuantifica el índice de acuerdo real no debido al azar en relación con la coincidencia máxima posible debida al azar:

I.Kappa = $\frac{\text{Acuerdo observado no atribuible al azar}}{\text{Máximo acuerdo posible no atribuible al azar}}$

Esquema adoptado de Sackett: Porcentaje de acuerdo observado



El valor máximo para índice Kappa es 1, que indica coincidencia o acuerdo total. El mínimo es 0, que indicaría que el azar lo puede explicar todo (o desacuerdo total). En general puede afirmarse que un índice Kappa es óptimo si se sitúa por encima de 0,7, bueno si se sitúa por encima de 0,5 y aceptable si supera 0,4 [71]. Según la clasificación de Landis y Koch[58] para construir las GPC se puede interpretar de la siguiente manera:

Tabla 14: Interpretación del índice Kappa.
Clasificación de Landis y Koch.

Valores del índice Kappa	Fuerza de concordancia
<0	Escasa
0-0,20	Leve
0,21-0,40	Media
0,41-0,60	Moderada
0,61-0,80	Sustancial
0,81-1	Casi perfecta

5.2.7. PROCESAMIENTO INFORMÁTICO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Para el procesamiento informático se crea una base de datos en Microsoft Access 2000 en la que se incluyen todos los registros de las hojas de recogida de datos de la Actividad Asistencial, los datos de los resúmenes de la jornada y todas las hojas de trabajo de los pediatras. Para el análisis estadístico se utiliza el programa SPSS 10.0 (versión para

Windows), realizando en primer lugar un análisis descriptivo de las variables y posteriormente tablas de contingencia cruzando todas ellas.

En función del tipo de variable se han aplicado los test estadísticos necesarios, fundamentalmente X^2 para variables cualitativas y t de Student y ANOVA para cuantitativas. La significación estadística se fijó en $p<0'05$ y los límites de confianza se han calculado al 95% para las variables más importantes. Tras el análisis bivariante se realizó un multivariante de las que resultaron significativas.

En el estudio analítico se comparan 2 documentos de actividad asistencial del mismo médico y del mismo día de la consulta, para cuantificar el sesgo de medición. Para la validación de documentos, se enfrentan los resultados del estudio con los aportados por los médicos para el SIGAP en tablas de 2x2.

5.2.8. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

La búsqueda bibliográfica se realiza en la Universidad Miguel Hernández. Las bases de datos consultadas son EMBASE y MEDLINE. La estrategia de búsqueda se efectúa mediante la identificación de los descriptores: Pediatrics, Children, Primary care, Medical care, Health services, Frecuentation, Quality, Management; Epidemiology Evidence based medicine... (Pediatría, Atención Primaria, Práctica clínica, Actividad asistencial, Presión asistencial, Calidad asistencial, Gestión clínica, Epidemiología clínica, Medicina basada en la Evidencia...) unidos entre sí por el indicador AND. En la búsqueda no se establecieron límites por idioma, año ni tipo de estudios dada la escasez de bibliografía sobre el tema.

Además, se revisan los libros de ponencias de los últimos años de los principales congresos de Pediatría, Medicina de Familia y Atención Primaria de nuestro país con el fin de recoger comunicaciones o ponencias que pudieran ser interesantes, y que no hubiesen sido publicadas en las revistas científicas referidas o en las bases de datos consultadas.

La citación bibliográfica se cumplimenta en el texto según el orden de entrada, y su registro se realiza en función de las normas de Vancouver [(72)].

UNIVERSITAS Miguel Hernández

6 RESULTADOS

UNIVERSITAS
Miguel
Hernández

6. RESULTADOS

6.1. RESULTADOS GENERALES. RESULTADOS DESCRIPTIVOS. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA ESTUDIADA.

6.1.1. TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra utilizada es de 630 encuestas recogidas en el trabajo de campo. Cada encuesta pertenece a un paciente, por lo que nuestro tamaño muestral se refiere a 630 pacientes.

El censo de población infantil (desde 0 a 14 años) en el Área de Salud, en la fecha de la recogida de datos es de 33.323 habitantes.

Las encuestas se recogen el miércoles 15 de enero del 2003, en 10 consultas de pediatría por un observador externo adiestrado.

En las encuestas se refleja el motivo de consulta, éste puede ser único o por el contrario, un paciente puede acudir por más de un motivo de consulta. El tamaño de la muestra cuando trabajamos con motivos de consulta es de 1279 motivos.

Estos motivos de consulta han sido codificados siguiendo la clasificación de la CIAP-2. Los 590 diagnósticos registrados se clasificaron en 88 códigos de CIAP-2.

Estos motivos de consulta también han sido clasificados tras relacionarlas "necesidades de asistencia " (o necesidades de valoración médica) con la " naturaleza de la consulta" en función de su previsibilidad. De modo que se tipifican 4 tipos de consultas: asistenciales previsibles, asistenciales imprevisibles, administrativas previsibles y administrativas imprevisibles.

6.1.2. DATOS DEMOGRÁFICOS

6.1.2.1. SEXO

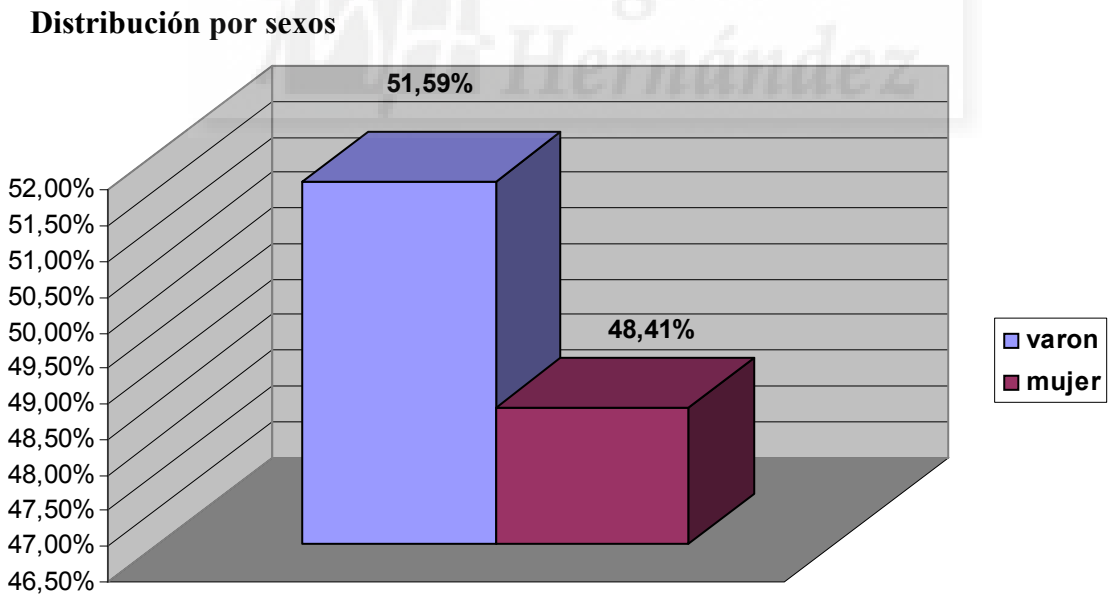
La valoración por sexo se describe en la tabla 15 y se visualiza en la figura 9.

El porcentaje según el sexo se compara con el de la población del Área de Salud. La proporción de varones es superior a la de mujeres tanto en la muestra del estudio como en la población del Área de Salud.

Tabla 15:

sexo		frecuencia	porcentaje
validos	varón	325	51,59%
	mujer	305	48,41%
	total	630	100,00%

Figura 9:



6.1.2.2. EDAD

La tabla 16 recoge las medidas de tendencia central y dispersión respecto a la edad de los niños incluidos en el estudio.

Tabla 16:

DISTRIBUCION POR EDAD

N		Media	Mediana	Moda	Desv. Típica	Mínimo	Máximo
Validos	Perdidos						
590	40	6,09	5,17	2,31	4,36	0,24	15,18

La distribución de la población por edades, estableciendo intervalos de un año, se muestra en la tabla siguiente.

Tabla 17:

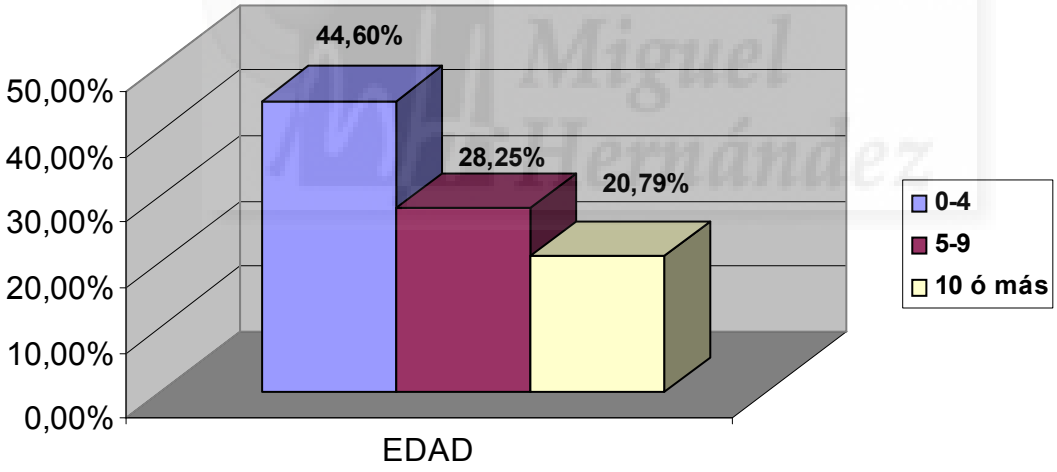
EDAD	frecuencia	porcentaje	porcentaje acumulado
<1	64	10,16%	10,16%
1-2	69	10,95%	21,11%
2-3	59	9,37%	30,48%
3-4	48	7,62%	38,10%
4-5	41	6,51%	44,60%
5-6	44	6,98%	51,59%
6-7	41	6,51%	58,10%
7-8	21	3,33%	61,43%
8-9	35	5,56%	66,98%
9-10	37	5,87%	72,86%
10-11	22	3,49%	76,35%
11-12	27	4,29%	80,63%
12-13	28	4,44%	85,08%
13-14	30	4,76%	89,84%
14-15	20	3,17%	93,02%
>15	4	0,63%	93,65%
perdidos	40	6,35%	100,00%
total	630	100,00%	

Si se agrupan los niños por edades utilizando los mismos criterios que en la pirámide poblacional (grupos de 0 a 4 años, de 5 a 9 y de 4 a 10) los resultados obtenidos en la muestra son los de la tabla 18 y la figura 10.

Tabla 18:

	EDAD	frecuencia	porcentaje
Válidos	0-4	281	44,60%
	5-9	178	28,25%
	10 ó más	131	20,79%
	total	590	93,65%
perdidos sistema		40	6,35%
total		630	100,00%

Figura 10:



6.1.3. DURACIÓN DE LA CONSULTA

En la tabla 19 se observan los indicadores de tendencia central y dispersión, y la distribución según el número de minutos de duración de la consulta se observan en la tabla 20.

Tabla 19:

DURACION DE LA CONSULTA

N							
Validos	Perdidos	Media	Mediana	Moda	Desv. Típica	Mínimo	Máximo
626	4	7,33	5,00	5,00	5,62	1	45

Según los datos del SIGAP para el mes de enero de 2003 (momento de realización del estudio) en el Área objeto del estudio, la duración en minutos por consulta pediátrica a demanda en los centros de salud es de 6,5.

UNIVERSITAS Miguel Hernández

Tabla 20:

Duración (minutos)		Frecuencia	porcentaje	porcentaje validos	porcentaje acumulado
Validos	1	1	0,16%	0,16%	0,16%
	2	17	2,70%	2,72%	2,88%
	3	36	5,71%	5,75%	8,63%
	4	40	6,35%	6,39%	15,02%
	5	278	44,13%	44,41%	59,42%
	6	35	5,56%	5,59%	65,02%
	7	33	5,24%	5,27%	70,29%
	8	27	4,29%	4,31%	74,60%
	9	18	2,86%	2,88%	77,48%
	10	75	11,90%	11,98%	89,46%
	11	5	0,79%	0,80%	90,26%
	12	6	0,95%	0,96%	91,21%
	13	3	0,48%	0,48%	91,69%
	14	2	0,32%	0,32%	92,01%
	15	17	2,70%	2,72%	94,73%
	16	5	0,79%	0,80%	95,53%
	17	3	0,48%	0,48%	96,01%
	20	4	0,63%	0,64%	96,65%
	21	1	0,16%	0,16%	96,81%
	25	4	0,63%	0,64%	97,44%
	29	2	0,32%	0,32%	97,76%
	30	4	0,63%	0,64%	98,40%
	34	2	0,32%	0,32%	98,72%
	35	4	0,63%	0,64%	99,36%
	37	1	0,16%	0,16%	99,52%
	38	1	0,16%	0,16%	99,68%
	41	1	0,16%	0,16%	99,84%
	45	1	0,16%	0,16%	100,00%
	Total	626	99,37%	100,00%	
Perdidos sistema		4	0,63%		
Total		630	100,00%		

6.1.4. TIPOS DE CONSULTA

En las siguientes tablas (21,22,23,24,25) se muestran los diferentes tipos de consulta según la forma de acceder al sistema.

Tabla 21:

Con cita previa		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Validos	NO	216	34,29	34,29
	SI	414	65,71	100,0
	Total	630	100,0	

Tabla 22:

Sin cita previa		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Validos	NO	493	78,25	78,25
	SI	137	21,75	100,0
	Total	630	100,0	

Tabla 23:

Consulta urgente		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Validos	NO	610	96,8	96,8
	SI	20	3,2	100,0
	Total	630	100,0	

Tabla 24:

programada		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	610	96,8	96,8
	SI	20	3,2	100,0
	Total	630	100,0	

Tabla 25:

Examen de salud		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Validos	NO	592	94,0	94,0
	SI	38	6	100,0
	Total	630	100,0	

6.1.5. CARACTERÍSTICAS DE LOS CENTROS

6.1.5.1. DISPERSIÓN GEOGRÁFICA.

En la tabla 26 se presentan los porcentajes de la muestra en función de la dispersión geográfica. Los Centros de Salud clasificados como Rurales son aquellos con población < de 15.000 habitantes, los clasificados como Semiurbanos son aquellos con población entre 15.000 y 50.000 habitantes, los centros Urbanos son aquellos con población > de 50.000 habitantes. La población de la muestra es mayoritariamente Semiurbana (53,33%).

Tabla 26:

n = 630	rural	semiurbano	urbano	Total
Frecuencia	160	336	134	630
% del total	25,40%	53,33%	21,27%	100,00%

6.1.5.2. INFORMATIZACIÓN DE LAS CONSULTAS.

La tabla 27 presenta los valores de los Centros con consultas informatizadas frente a los que no lo están. Aunque la cita previa está informatizada en la mayoría de los Centros del Área, la consulta informatizada sólo está en 2 Centros de Salud. La población de la muestra pertenece mayoritariamente a centros no informatizados (59,52%).

Tabla 27:

n = 630	Informatizado	No informatizado	Total
Frecuencia	255	375	630
% del total	40,48%	59,52%	100,00%

6.1.5.3. DOCENCIA MIR.

La tabla 28 presenta el porcentaje y la muestra de los centros acreditados para la docencia frente a los que no lo están. El porcentaje de la muestra pertenece mayoritariamente a Centros docentes (60,48%).

Tabla 28:

n = 630	docente	no docente	Total
Frecuencia	381	249	630
% del total	60,48%	39,52%	100,00%

6.1.6. PRESIÓN ASISTENCIAL

En la tabla 29 se visualiza el descriptivo de frecuencias según los datos de nuestro estudio para los pacientes CITADOS según la Hoja de resumen de datos y los pacientes VISTOS (citados + programados + sin cita + domicilios - no acuden) según las encuestas del estudio, y que representa la presión asistencial diaria.

Tabla 29:

PRESIÓN ASISTENCIAL	CITADOS	VISTOS
N	630	630
Media	24,35	37,06
Error típico de la media	2,39	3,64
Mediana	23,00	32
Moda	19	32
Desviación típica	9,16	16,11
Mínimo	10	11
Máximo	47	68
Percentiles 50	23	32
75	28	49
90	42	60

6.1.7. MOTIVOS DE CONSULTA SEGÚN " NECESIDADES DE ASISTENCIA"

En la tabla 30 se presentan los motivos de consulta, de acuerdo a las necesidades de asistencia de las mismas, diferenciándolos en asistenciales, administrativas y mixtas, es decir aquellas que constan de motivos de los dos tipos. Dentro de las consultas asistenciales distinguimos a efectos de frecuencia y porcentaje entre las que tienen contenido clínico, las que son para dar resultados de pruebas pedidas con antelación y las que constan de ambos motivos. Las consultas administrativas son aquellas con motivos burocráticos, las consultas mixtas se subdividen en distintas sumas de motivos como vemos en la tabla contigua.

En la figura 11 se representan los motivos de consulta con los porcentajes que aparecen en la tabla, las consultas con motivo único presentan los porcentajes más altos, y dentro de estos los clínicos (75,32 %) representan un porcentaje mayor que los burocráticos

(2,08 %).Si observamos las consultas con varios motivos, la combinación con porcentaje más alto es aquella en la que se unen un motivo clínico con uno burocrático (10,74 %).

En la figura 12 se representan los datos de la tabla 30 agrupando los motivos en tres grupos asistenciales, administrativos y mixtos, la proporción como se aprecia en la figura es mayor para los motivos asistenciales (87,98 %).

Tabla 30:

MOTIVOS DE CONSULTA		FREC.	% VÁLIDO	NECESIDADES DE ASISTENCIA	FREC.	% VÁLIDO
Válidos	Clínico	470	75,32%	Asistencial	549	87,98%
	Dar resultados	14	2,24%			
	clínico + resultados	16	2,56%			
	Examen Salud	27	4,33%			
	Examen Salud + Clínico	9	1,44%			
	Burocrático	13	2,08%	Administrativa	13	2,24%
	Dar resultados + burocrático	2	0,32%	Mixta	75	0,96%
	Dar resultados + burocrático+ clínico	4	0,64%			
	Clínico +Burocrático	67	10,74%			
	Examen Salud + Clínico + Burocrático	2	0,32%			
Perdidos		6	0,95%			
Total		630				

Figura 11: Distribución de los motivos de consulta según sean únicos (Clínicos, Dar resultados, Burocráticos) o la combinación de varios de ellos.

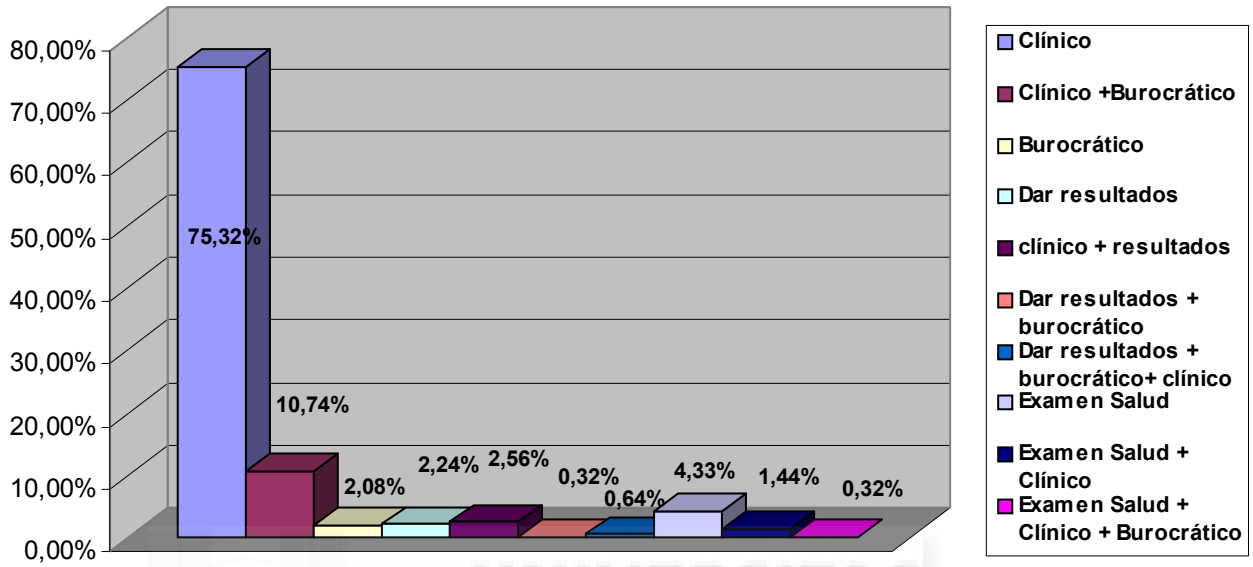
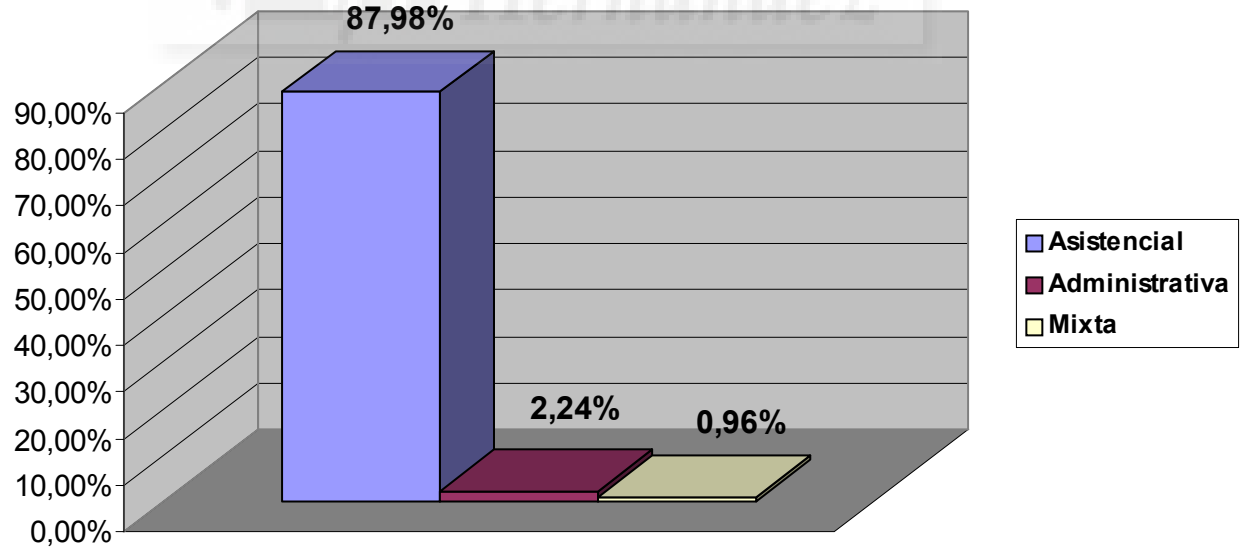


Figura 12: Distribución de los motivos de consulta según necesidades de asistencia.



Cuando se depuran los motivos de consulta y se trabaja con aquellos que son únicos, el tamaño muestral se reduce a 200, que corresponden a 200 pacientes que acuden por un único motivo de consulta. La tabla 31 representa la muestra y el porcentaje según el número

de motivos. La tabla 32 representa el porcentaje y el tamaño muestral para las distintas consultas al relacionar las necesidades de asistencia con la naturaleza de la consulta, cuando el motivo de consulta es único, también se presentan sus correspondientes intervalos de confianza. La figura 13 muestra los datos de la tabla 32.

Tabla 31:

Motivos de consulta por paciente

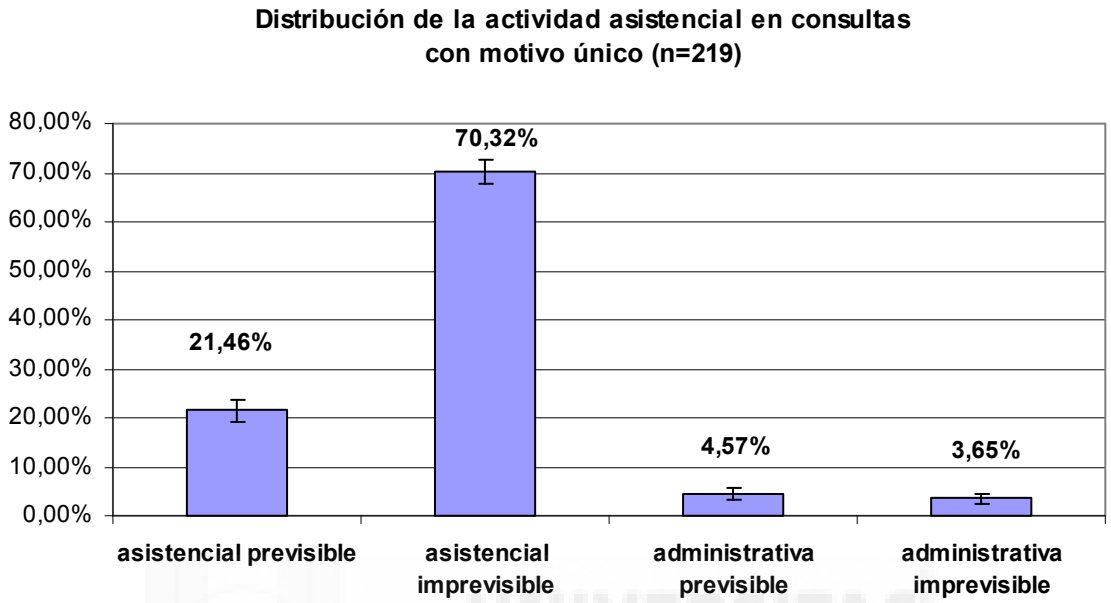
Nº Motivos	Total	%
1	219	16,27%
2	420	31,20%
3	393	29,20%
4	184	13,67%
5	80	5,94%
6	36	2,67%
7	14	1,04%
perdidos	0	0,00%
	1.346	100,00%

Tabla 32:

Pacientes que consultan por motivo único

	Asistencial		Administrativa	
	Previsible	Imprevisible	Previsible	Imprevisible
n	47	154	10	8
%	21,46%	70,32%	4,57%	3,65%
IC	19,21-23,71	67,82-72,82	3,45-5,69	2,65-4,65

Figura 13:


Distribución de la actividad asistencial en consultas con motivo único (n=219)
80,00%
70,00%
60,00%
50,00%
40,00%
30,00%
20,00%
10,00%
0,00%
21,46%
70,32%
4,57%
3,65%
asistencial previsible
asistencial imprevisible
administrativa previsible
administrativa imprevisible

6.1.8. ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES EN EL ESTUDIO. CLASIFICACIÓN CIAP-10.

Los motivos de consulta se han codificado por diagnósticos según la CIAP-10 y se muestran en la tabla 33.

Tabla 33:

Diagnóstico según código CIAP-10

		Frecuencia	%	% acumulado
VÁLIDOS	A08	1	0,18%	0,18%
	A09	1	0,18%	0,36%
	A29	2	0,36%	0,72%
	A77	5	0,90%	1,62%
	A78	2	0,36%	1,97%
	A80	1	0,18%	2,15%
	A82	1	0,18%	2,33%
	A97	12	2,15%	4,49%
	A99	3	0,54%	5,03%
	B29	2	0,36%	5,39%
	B78	1	0,18%	5,57%
	D01	4	0,72%	6,28%
	D02	1	0,18%	6,46%
	D05	1	0,18%	6,64%
	D08	3	0,54%	7,18%
	D12	2	0,36%	7,54%
	D18	3	0,54%	8,08%
	D20	2	0,36%	8,44%
	D70	23	4,13%	12,57%
	D73	1	0,18%	12,75%
	D81	1	0,18%	12,93%
	D82	1	0,18%	13,11%
	D83	3	0,54%	13,64%
	D84	2	0,36%	14,00%
	D96	1	0,18%	14,18%
	F29	1	0,18%	14,36%
	F70	2	0,36%	14,72%
	F71	1	0,18%	14,90%
	F75	1	0,18%	15,08%
	F85	1	0,18%	15,26%
	F99	1	0,18%	15,44%
	H70	1	0,18%	15,62%
	H71	12	2,15%	17,77%
	K81	1	0,18%	17,95%
	L01	1	0,18%	18,13%
	L02	1	0,18%	18,31%
	L12	1	0,18%	18,49%
	L20	5	0,90%	19,39%

	L29	2	0,36%	19,75%
	L72	1	0,18%	19,93%
	L74	1	0,18%	20,11%
	L77	3	0,54%	20,65%
	L85	1	0,18%	20,83%
	L87	1	0,18%	21,01%
	L92	1	0,18%	21,18%
	L99	1	0,18%	21,36%
	N01	1	0,18%	21,54%
	N70	1	0,18%	21,72%
	N73	2	0,36%	22,08%
	N95	1	0,18%	22,26%
	P13	1	0,18%	22,44%
	R05	1	0,18%	22,62%
	R21	4	0,72%	23,34%
	R74	286	51,35%	74,69%
	R75	2	0,36%	75,04%
	R76	35	6,28%	81,33%
	R77	3	0,54%	81,87%
	R78	32	5,75%	87,61%
	R80	15	2,69%	90,31%
	R90	8	1,44%	91,74%
	R96	3	0,54%	92,28%
	S02	1	0,18%	92,46%
	S03	1	0,18%	92,64%
	S06	2	0,36%	93,00%
	S09	1	0,18%	93,18%
	S14	1	0,18%	93,36%
	S16	1	0,18%	93,54%
	S17	1	0,18%	93,72%
	S19	4	0,72%	94,43%
	S29	2	0,36%	94,79%
	S71	1	0,18%	94,97%
	S74	3	0,54%	95,51%
	S75	1	0,18%	95,69%
	S82	1	0,18%	95,87%
	S84	1	0,18%	96,05%
	S86	1	0,18%	96,23%
	S87	2	0,36%	96,59%
	S88	2	0,36%	96,95%
	S89	3	0,54%	97,49%
	S94	1	0,18%	97,67%
	S99	1	0,18%	97,85%
	T04	4	0,72%	98,56%
	U71	3	0,54%	99,10%
	X16	1	0,18%	99,28%
	Y74	1	0,18%	99,46%
	Y81	2	0,36%	99,82%
	Y99	1	0,18%	100,00%
	TOTAL	557	100,00%	
PERDIDOS		73		
TOTAL		630		

Diagnóstico por aparatos

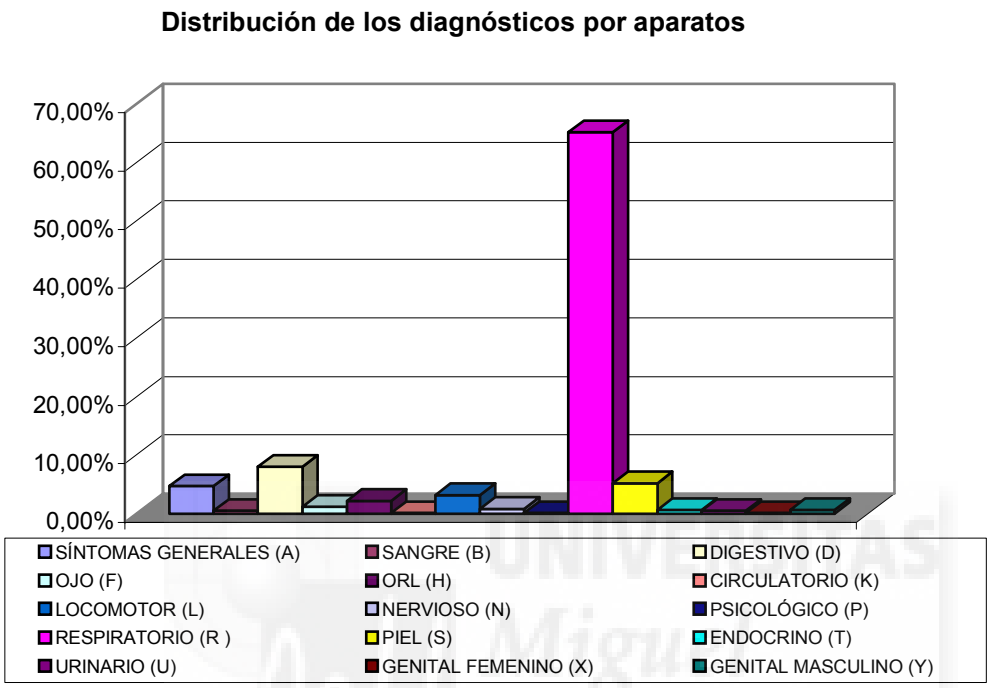
La distribución de los diagnósticos por aparatos en 15 grandes grupos se muestra en la tabla 34 y su visualización se aprecia en la figura 14. La letra entre paréntesis es la que corresponde a cada grupo de diagnósticos por aparatos

Tabla 34:

Distribución de los Diagnósticos por aparatos

		Frecuencia	%	% sobre válido	% acumulado
VÁLIDOS	SÍNTOMAS GENERALES (A)	28	4,69%	5,03%	5,03%
	SANGRE (B)	3	0,50%	0,54%	5,57%
	DIGESTIVO (D)	48	8,04%	8,62%	14,18%
	OJO (F)	7	1,17%	1,26%	15,44%
	ORL (H)	13	2,18%	2,33%	17,77%
	CIRCULATORIO (K)	1	0,17%	0,18%	17,95%
	LOCOMOTOR (L)	19	3,18%	3,41%	21,36%
	NERVIOSO (N)	5	0,84%	0,90%	22,26%
	PSICOLÓGICO (P)	1	0,17%	0,18%	22,44%
	RESPIRATORIO (R)	389	65,16%	69,84%	92,28%
	PIEL (S)	31	5,19%	5,57%	97,85%
	ENDOCRINO (T)	4	0,67%	0,72%	98,56%
	URINARIO (U)	3	0,50%	0,54%	99,10%
	GENITAL FEMENINO (X)	1	0,17%	0,18%	99,28%
	GENITAL MASCULINO (Y)	4	0,67%	0,72%	100,00%
	TOTAL	557	93,30%	100,00%	
PERDIDOS		40	6,70%		
TOTAL		597			

Figura 14:



En la tabla 35 se relacionan los diagnósticos con la necesidad de asistencia y naturaleza de la consulta.

Tabla 35:

Diagnósticos	Total	Asistencial previsible	Asistencial imprevisible	Administrativa previsible	Administrativa imprevisible
A	28	5	22	0	0
B	3	0	3	0	0
D	48	2	45	0	1
F	7	1	6	0	0
H	13	1	12	0	0
K	1	1	0	0	0
L	19	2	17	0	0
N	5	0	5	0	0
P	1	0	1	0	0
R	389	7	381	0	1
S	31	2	28	0	1
T	4	2	2	0	0
U	3	2	1	0	0
X	1	0	1	0	0
Y	4	0	4	0	0
Total	557	25	529	0	3

6.2. RESULTADOS PARA EL OBJETIVO PRIMARIO.

En la tabla 36 se aprecia la distribución de la actividad asistencial en las consultas de pediatría tras relacionar necesidades de asistencia con naturaleza de la consulta según su previsibilidad. Se presentan el tamaño muestral para cada categoría, los porcentajes para cada tipo, así como sus intervalos de confianza al 95 %, para la muestra de pacientes o encuestas valoradas en el estudio.

Tabla 36:

n=630 (pacientes)	Asistencial previsible	Asistencial imprevisible	Administrativa previsible	Administrativa imprevisible
n	72	534	11	13
%	11,43%	84,76%	1,75%	2,06%
Intervalo de confianza	8,95-13,91	81,95-87,57	0,73-2,77	0,95-3,17

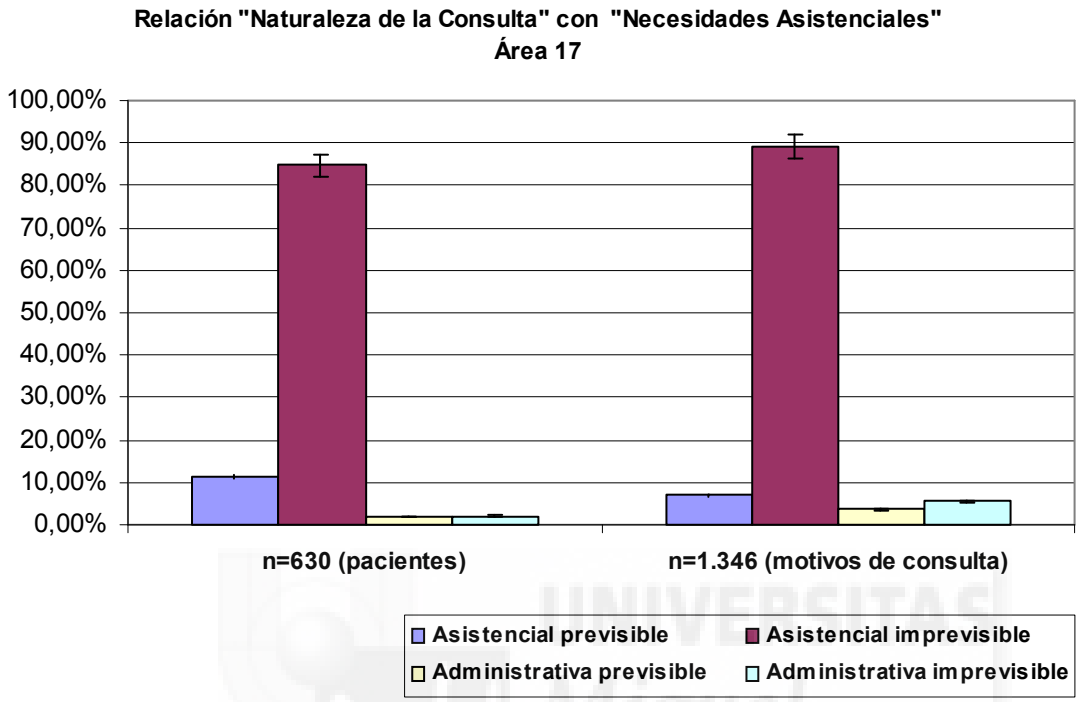
La tabla 37 presenta los mismos valores para la muestra motivos de consulta (tamaño muestral, porcentaje e intervalo de confianza).

Tabla 37:

n=1.346 (motivos de consulta)	Asistencial previsible	Asistencial imprevisible	Administrativa previsible	Administrativa imprevisible
n	88	1.141	47	70
%	6,88%	89,21%	3,67%	5,47%
Intervalo de confianza	5,53-8,23	87,55-90,87	2,67-4,67	4,26-6,68

La figura 15 es la representación gráfica de las tablas 36 y 37. La distribución es similar en las dos muestras siendo mayoritaria la proporción de consultas por motivos asistenciales, que en números totales supone el 96,09% (6,88 + 89,21) de los motivos de consulta, coincidiendo con el porcentaje de las consultas con carga asistencial que es de 96,19 % (11,43+ 84,76).

Figura 15:



6.3. RESULTADOS PARA LOS OBJETIVOS SECUNDARIOS.

6.3.1. RESULTADO PARA EL OBJETIVO NÚMERO 1.

6.3.1.1. CENTROS DE SALUD DEL ÁREA 17.

Las siguientes tablas muestran los resultados, en porcentajes con sus respectivos intervalos de confianza, para cada uno de los Centros de Salud del área, tras relacionar las necesidades de asistencia con la naturaleza de la consulta en función de su previsibilidad.

En las tablas 38 y 39 se trabaja con la muestra de encuestas escogidas, que equivalen al número de pacientes vistos.

En la tabla 38 se representan las consultas de pediatría con necesidades de asistencia médica para cada Centro, en función de la naturaleza previsible o imprevisible de la consulta.

Tabla 38:

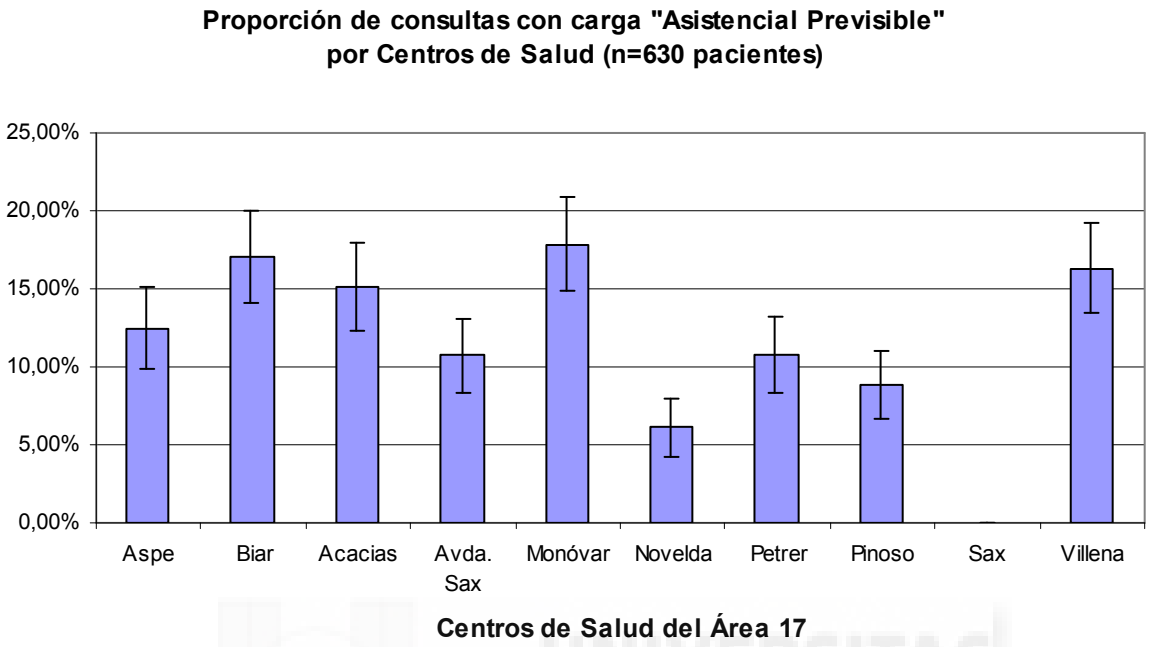
n=630	Asistencial			
	Previsible		Imprevisible	
Centro de Salud	%	Intervalo confianza	%	Intervalo confianza
Aspe	12,50%	9,92-15,08	80,00%	**76,88-83,12***
Biar	17,07%	14,13-20,01	73,17%	**69,71-76,63***
Acacias	15,09%	12,29-17,89	80,19%	**77,08-83,30***
Av. Sax	10,71%	**8,30-13,12***	82,14%	79,15-85,13
Monóvar	17,86%	14,87-20,85	82,14%	79,15-85,13
Novelda	6,12%	**4,25-7,99***	88,78%	**86,32-91,24***
Petrer	10,74%	**8,32 - 13,16***	88,59%	**86,11-91,07***
Pinoso	8,82%	6,61-11,03	88,24%	81,39-87,09
Sax	0,00%		100,00%	
Villena	16,33%	13,44-19,22	79,59%	76,44-82,74

***Diferencias significativas al 95%**

En las figuras 16 y 17 se representan estos valores para cada Centro.

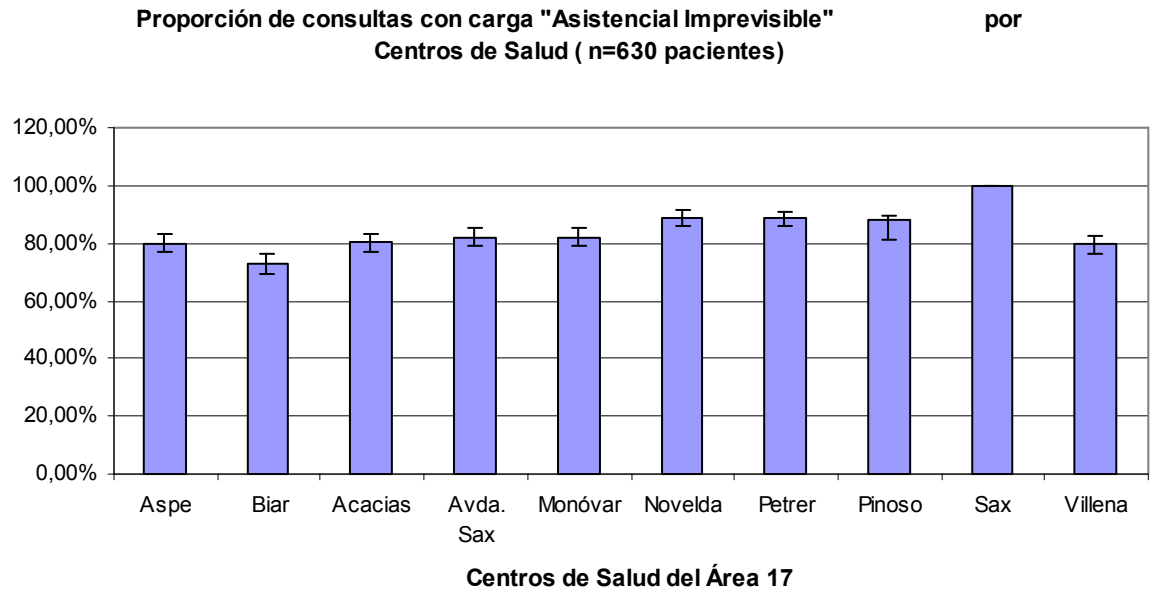
En la figura 16 se representan para cada Centro de Salud, la proporción de consulta con carga asistencial previsible. A este respecto es posible agrupar a todos los centros de salud en dos grupos, los que presentan mayor proporción de consultas con carga asistencial previsible (C.S. Aspe, C.S. Biar, C.S. Acacias, C.S. Monóvar y C.S. Villena) y los de menor proporción de consultas (C.S. Av. Sax, C.S. Novelda, C.S. Petrer y C.S. Pinoso) que muestran diferencias significativas al compararlos, pero no se aprecian diferencias significativas entre los Centros pertenecientes al grupo con mayor carga asistencial previsible, sin embargo los centros con menor carga asistencial sí presentan diferencias significativas entre ellos (C.S Av. Sax , C.S Novelda y C.S. Petrer). El Centro de salud de Sax no se ha incluido en la figura al no haber consultas de tipo asistencial previsible el día de la recogida de datos .

Figura 16:



En la figura 17 se presentan los valores por Centros para las consultas con carga asistencial imprevisible. Como se aprecia en la figura, existen diferencias significativas entre dos grupos de Centros Los Centros de Salud con mayor proporción de consulta asistencial imprevisible son: C.S Novelda, C.S. Petrer y C.S. Pinoso. El segundo grupo lo componen: C.S. Aspe, C.S. Acacias, C.S. Av. Sax, C.S. Monóvar y C.S. Villena que presentan el menor porcentaje de consultas asistenciales impredecibles. Sólo el C.S. de Biar presenta una menor proporción de consultas respecto a los otros Centros (al tener una muestra más pequeña) y se observan diferencias significativas con todos ellos exceptuando el C.S. Villena. El C. S. Sax es el que tiene mayor proporción de consultas asistenciales imprevisibles (100%) ya que en ese centro sólo hubo consultas de este tipo el día que se hizo la recogida de datos.

Figura 17:



En la tabla 39 se presentan las consultas que no precisan asistencia médica, y que corresponden a aquellas con carga administrativa, y se vuelven a subclasificar en función de la naturaleza previsible o imprevisible de dicha carga, para cada Centro de Salud se presenta su porcentaje y sus intervalos de confianza.

Tabla 39:

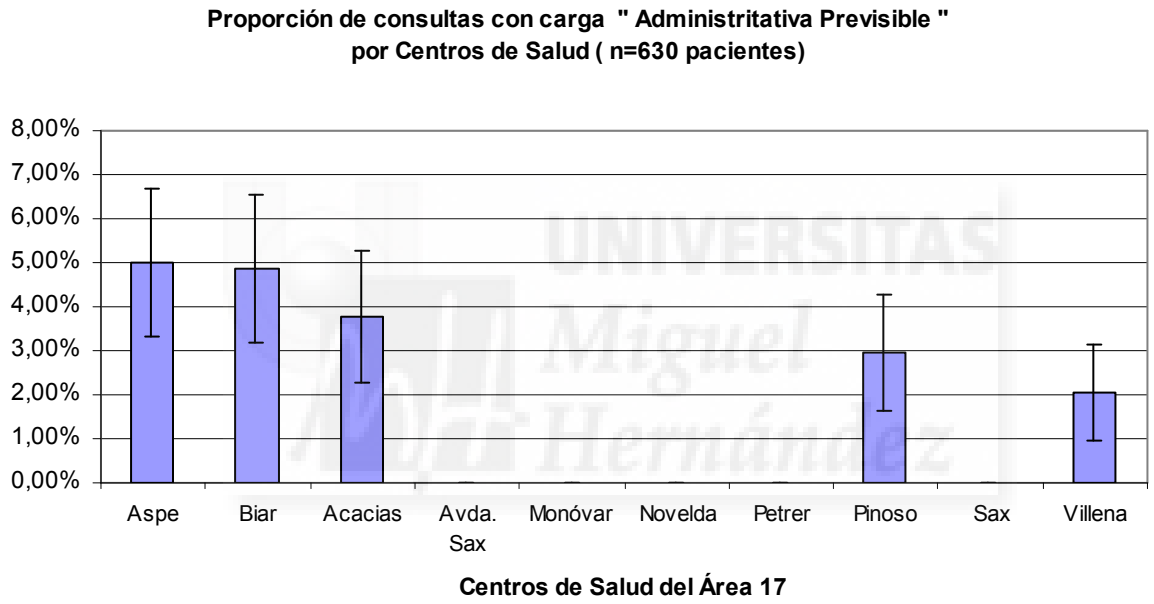
n=630	Administrativa			
	Previsible		Imprevisible	
Centro de Salud	%	Intervalo confianza	%	Intervalo confianza
Aspe	5,00%	**3,30-6,70***	2,50%	**1,28-3,72***
Biar	4,88%	**3,20-6,56***	4,88%	**3,20-6,56***
Acacias	3,77%	2,28-5,26	0,94%	**0,19-1,69***
Av. Sax	0,00%		7,14%	**5,13-9,15***
Monóvar	0,00%		0,00%	
Novelda	0,00%		5,10%	**3,38-6,82***
Petrer	0,00%		0,67%	**0,03-1,31***
Pinoso	2,94%	1,62-4,26	0,00%	
Sax	0,00%		0,00%	
Villena	2,04%	**0,94 - 3,14***	2,04%	**0,94-3,14***

***Diferencias significativas al 95%**

En las figuras 18 y 19 se presenta la carga administrativa previsible y la administrativa imprevisible respectivamente por Centros.

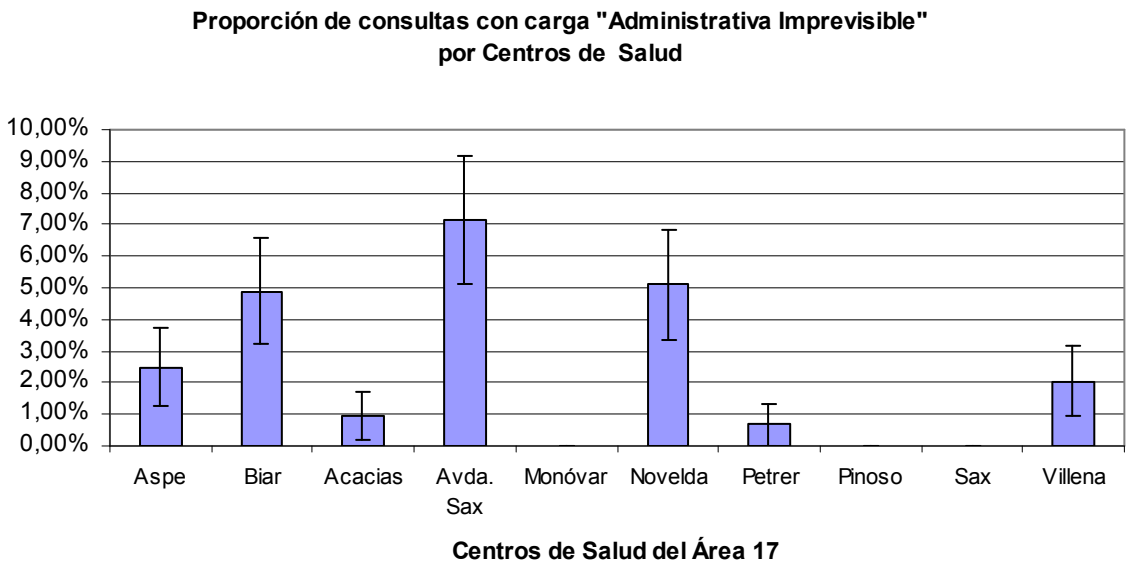
En la figura 18 se representa la proporción de consultas con carga administrativa previsible. Podemos observar que los únicos Centros que presentan consultas de este tipo son C.S. Aspe, C.S. Biar, C.S. Acacias, C.S. Pinoso y C.S. Villena. Los C.S. Aspe, C.S. Biar y C.S. Acacias son los que presentan mayor porcentaje de consultas con carga administrativa previsible. Los C.S. Pinoso y C.S. Villena son los que menor proporción de consultas administrativas previsibles. El C.S Pinoso por su intervalo de confianza queda incluido en ambos grupos. El C.S Villena presenta diferencias significativas con respecto a C.S. Aspe y C.S. Biar , con la proporción más baja de consultas administrativas previsibles.

Figura 18:



En la figura 19 se observa la proporción de consultas con carga administrativa imprevisible. Este tipo de consulta se distribuye en dos grupos. El primer grupo lo componen el C.S. Biar, C.S. Av. Sax y C.S. Novelda que son los que presentan mayor porcentaje de consultas con carga administrativa imprevisible. El segundo grupo lo integran el C.S. Aspe, C.S. Acacias, C.S. Petrer y C.S Villena que presentan menor porcentaje de consultas administrativas imprevisibles. Ambos grupos presentan diferencias estadísticamente significativas entre ellos pero no entre los centros que los componen.

Figura 19:



En las tablas 40 y 41 se trabaja con la muestra de motivos de consulta. El número de motivos de consulta es mayor que el número de pacientes vistos, ya que muchos de ellos presentan más de un motivo de consulta.

La tabla 40 representa los motivos de consulta considerados de carácter asistencial, y se subdivide, igual que en las tablas previas, en aquellas de naturaleza previsible frente a los que son imprevisibles. La tabla siguiente incluye el tamaño muestral, el porcentaje y los intervalos de confianza para cada Centro de Salud.

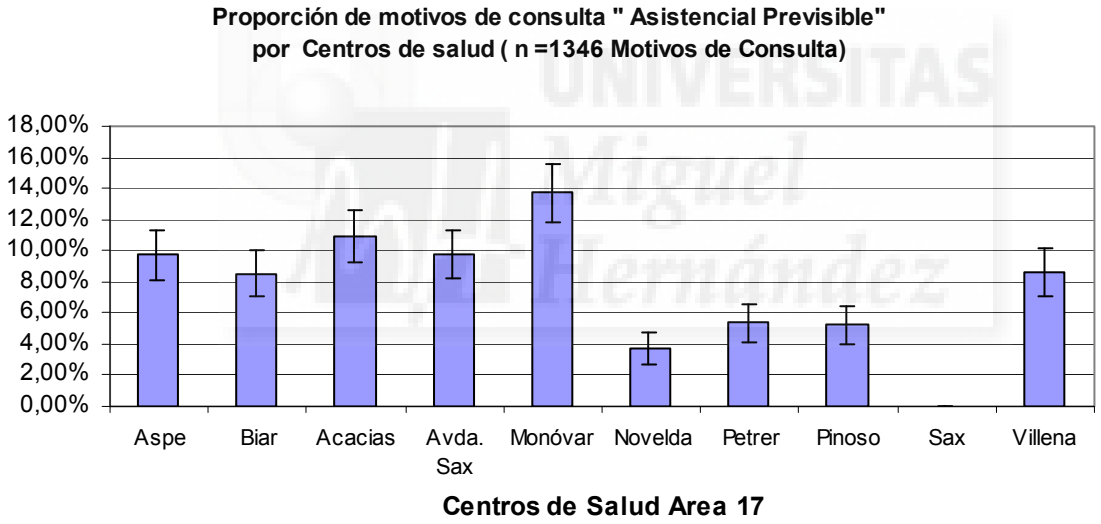
Tabla 40:

n=1.346	Asistencial			
	Asistencial Previsible		Asistencial Imprevisible	
Centro de Salud	%	Intervalo confianza	%	Intervalo confianza
Aspe	9,72%	8,14-11,30	84,72%	**82,80-86,64***
Biar	8,54%	7,05-10,03	74,39%	**72,06-76,72***
Acacias	10,98%	9,31-12,65	84,39%	**82,45-86,33***
Av. Sax	9,76%	8,17-11,35	80,49%	**78,37-82,61***
Monóvar	13,73%	**11,89-15,57***	84,31%	82,37-86,25
Novelda	3,77%	**2,75-4,79***	72,33%	**69,94-74,72***
Petrer	5,35%	4,15-6,55	94,03%	**92,76-95,30***
Pinoso	5,22%	4,03-6,41	90,30%	**88,72-91,88***
Sax	0,00%		100,00%	
Villena	8,60%	**7,10-10,10***	89,25%	**87,60-90,90***

***Diferencias significativas al 95%**

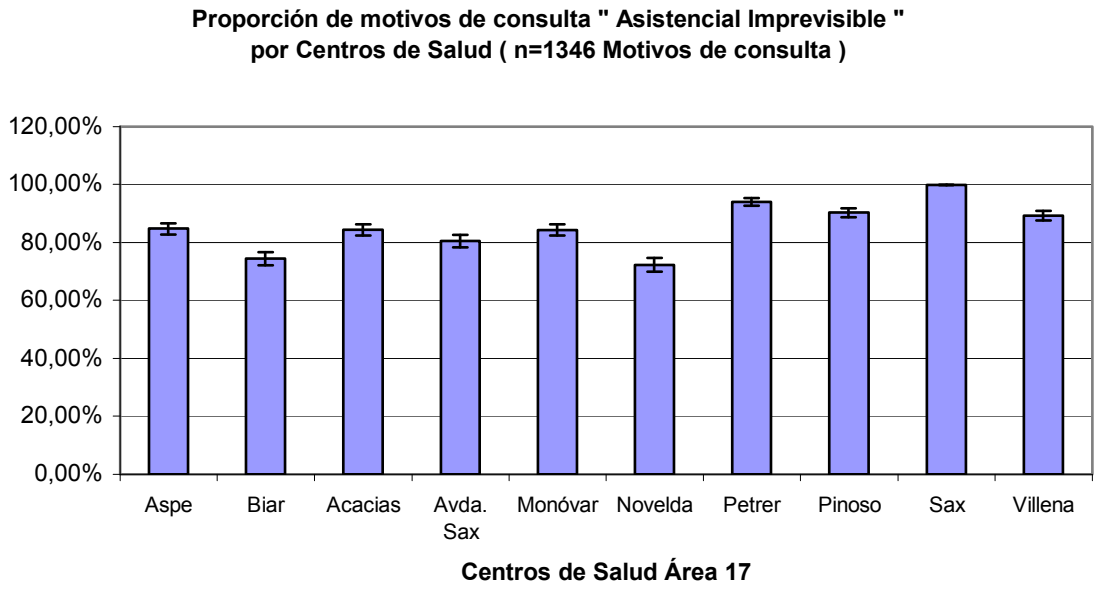
La figura 20 representa la proporción, por Centros de Salud, de consultas por motivos asistenciales previsibles. El C.S. de Sax no se incluye en la gráfica al carecer de motivos de consultas previsibles el día de la recogida de datos. A este respecto, se clasifica a todos los centros de salud en dos grupos, los que presentan mayor proporción de consultas con carga asistencial previsible (C.S. Aspe, C.S. Biar, C.S. Acacias, C.S. Av. Sax, C.S. Monóvar y C.S. Villena), y los de menor proporción de consultas (C.S. Novelda, C.S. Petrer y C.S. Pinoso), que muestran diferencias significativas al compararlos, pero no entre los miembros de cada grupo. El C.S. Monóvar es el que presenta mayor porcentaje de consultas asistenciales previsibles (13,73 %) y presenta diferencias estadísticamente significativas con el resto de centros exceptuando el C.S. Acacias ya que éste último presenta también una proporción muy alta de consultas asistenciales previsibles (10,98 %).

Figura 20:



La figura 21 representa los motivos de consulta clasificados como asistenciales imprevisibles. Los centros de salud que presentan la mayor proporción de consultas asistenciales imprevisibles son: C.S. Pinoso, C.S. Petrer y C.S. Villena, los dos últimos presentan diferencias estadísticamente significativas. Los centros con menor proporción de consultas asistenciales imprevisibles son: C.S. Biar y C.S. Novelda. Los C.S. Aspe, C.S. Acacias; C.S. Av. Sax y C.S. Monóvar presentan una proporción de consultas intermedias en relación con los dos grupos anteriores. El C.S. Sax es el que tiene mayor proporción de consultas asistenciales imprevisibles (100%) ya que en ese centro solo hubo consultas de este tipo.

Figura 21:



La tabla 41 muestra los motivos de consulta clasificados como administrativos, tanto previsibles como imprevisibles, para cada Centro de Salud, esta tabla presenta el porcentaje y el intervalo de confianza para cada tamaño muestral.

Tabla 41:

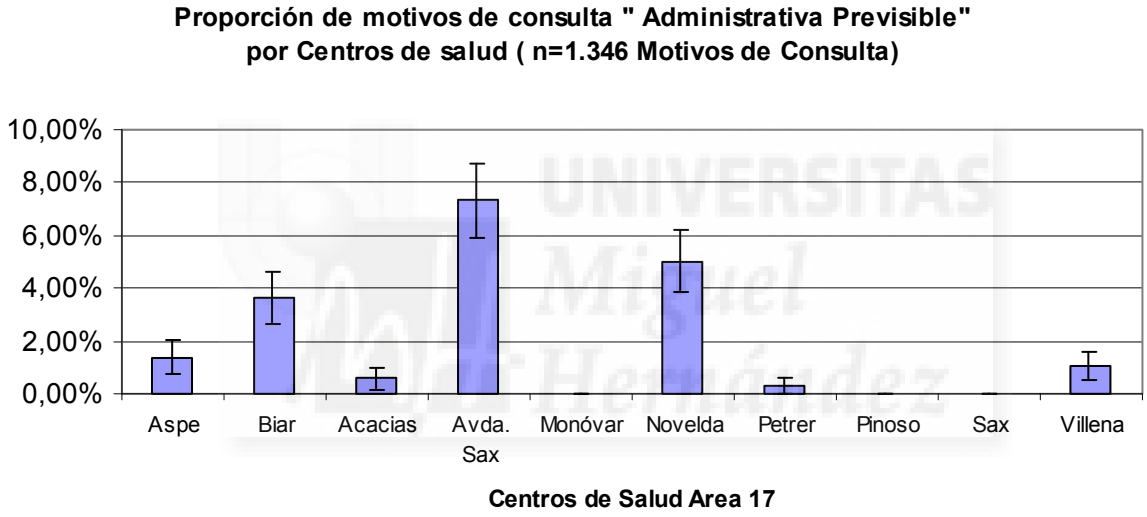
n=1.346	Administrativa			
	Administrativa Previsible		Administrativa Imprevisible	
Centro de Salud	%	Intervalo confianza	%	Intervalo confianza
Aspe	1,39%	**0,76-2,02***	4,17%	3,10-5,24
Biar	3,66%	**2,66-4,66***	13,41%	**11,59-15,23***
Acacias	0,58%	**0,17-0,99***	4,05%	**3-5,10***
Av. Sax	7,32%	**5,93-8,71***	2,44%	**1,62-3,26***
Monóvar	0,00%		1,96%	1,22-2,70
Novelda	5,03%	**3,86-6,20***	18,87%	**16,78-20,96***
Petrer	0,31%	**0,01-0,61***	0,31%	**0,01-0,61***
Pinoso	0,00%		4,48%	3,37-5,59
Sax	0,00%		0,00%	
Villena	1,08%	**0,53-1,63***	1,08%	0,53-1,63

***Diferencias significativas al 95%**

La figura 22 presenta los valores de la tabla 41 en cuanto a los motivos administrativos previsibles. Las consultas administrativas previsibles se distribuyen en dos grupos de centros, que presentan diferencias significativas al compararlos pero no entre sus componentes. El

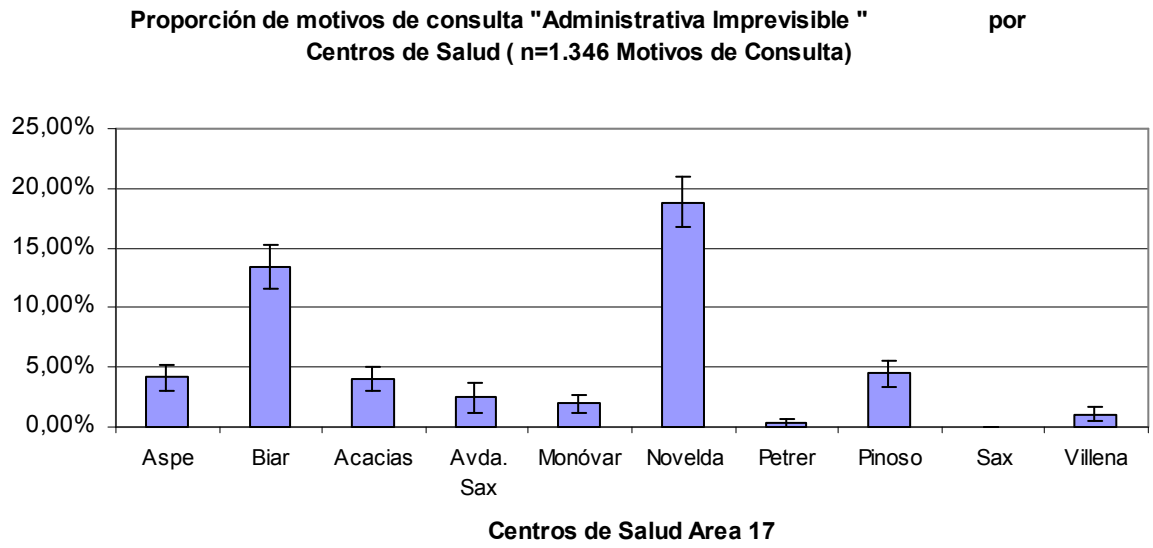
primer grupo es el que presenta mayor proporción de consultas de este tipo y se corresponde con : C.S. Biar, C.S. Av. Sax y C.S. Novelda; El C.S. Biar presenta diferencias significativas respecto del C.S. Av. Sax (al ser éste último el de mayor porcentaje de consultas administrativas previsibles). El segundo grupo es el que presenta menor porcentaje de consultas y lo constituyen: C.S Aspe, C.S. Acacias, C.S. Petrer y C.S. Villena; el C.S. Aspe presenta diferencias significativas con el C.S. Petrer porque éste último es el centro de menor proporción de consultas administrativas previsibles. El resto de C.S .no se muestran en la figura al no presentarse motivos de consulta tipo administrativa previsible el día de la recogida de datos.

Figura 22:



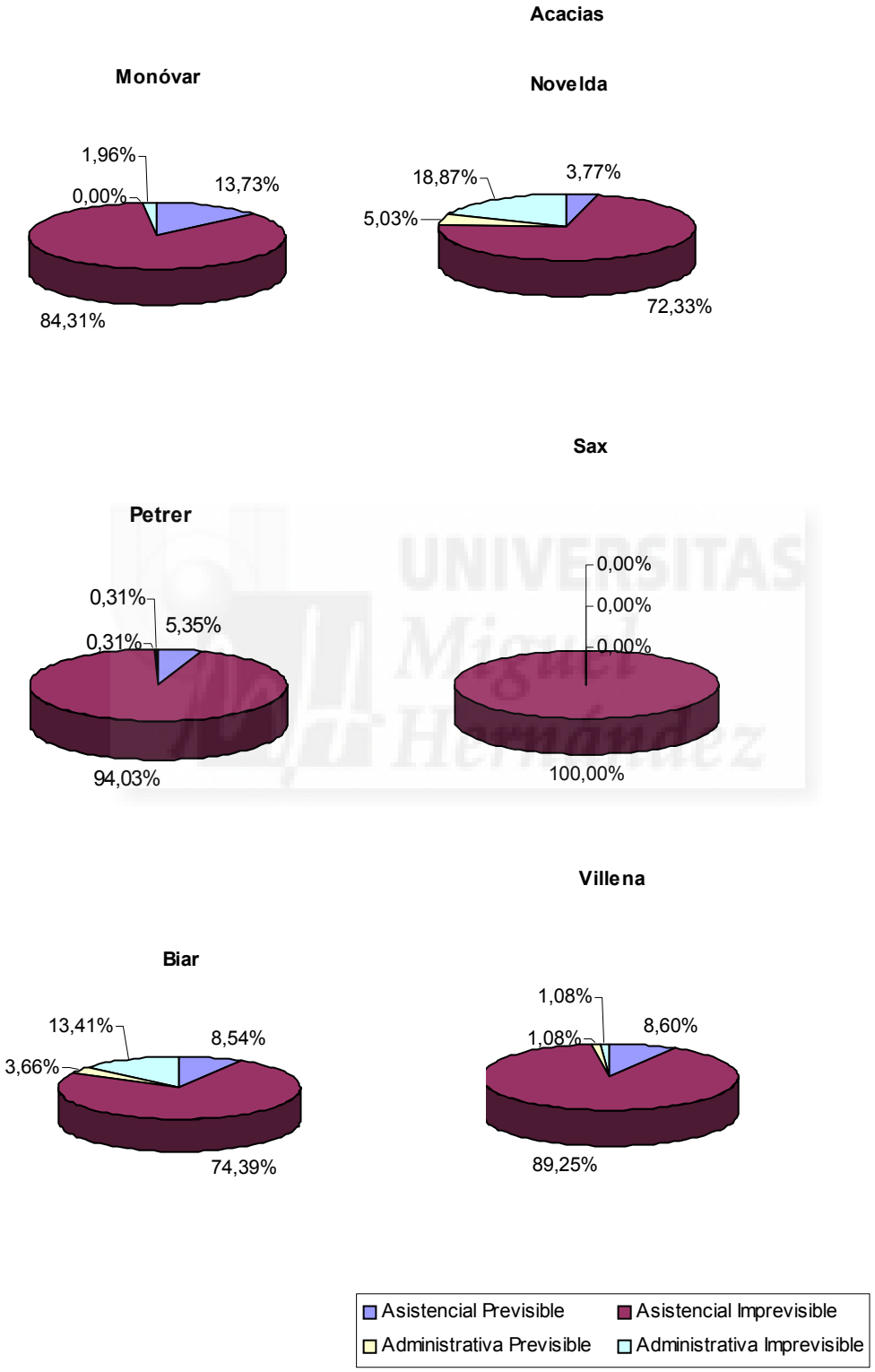
La figura 23 visualiza gráficamente los motivos de consulta que son administrativos imprevisibles. En el rango más alto de proporción de consultas administrativas imprevisibles están los C.S. Biar y C.S. Novelda que presentan diferencias estadísticamente significativas al ser este último el centro con mayor proporción de consulta de este tipo. En un rango intermedio se encuentran los C.S. Aspe, C.S. Acacias, C.S. Av. Sax y C.S. Pinoso, los dos últimos presentan diferencias estadísticamente significativas. En el rango más bajo de proporción de consultas administrativas imprevisibles se encuentran C.S. Monóvar, C.S. Petrer y C.S. Villena, presentando los dos primeros diferencias significativas al ser el C.S. Petrer el de menor proporción de consultas administrativas imprevisibles. Los tres grupos de centros presentan diferencias estadísticamente significativas al compararlos. El C.S. de Sax no se incluye en la gráfica al carecer de motivos de consultas administrativas imprevisibles el día de la recogida de datos.

Figura 23:



La figura 24 muestra 10 diagramas de sectores, cada uno de ellos corresponde a un Centro de salud del Área 17. En cada uno de los gráficos se visualiza el porcentaje de consultas al relacionar la naturaleza de la consulta (en función de su previsibilidad) con las necesidades de asistencia médica (asistenciales y administrativas). El tamaño muestral para realizar estos porcentajes es de n= 1346, es decir el número de motivos de consulta totales.

Figura 24:


Acacias
Monóvar
Novelda
1,96%
0,00%
13,73%
84,31%
18,87%
3,77%
5,03%
72,33%
Sax
Petrer
0,31%
5,35%
0,31%
94,03%
0,00%
0,00%
0,00%
100,00%
Villena
Biar
13,41%
8,54%
3,66%
74,39%
1,08%
1,08%
8,60%
89,25%
Asistencial Previsible
Asistencial Imprevisible
Administrativa Previsible
Administrativa Imprevisible

6.3.1.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS CENTROS.

Las características de los Centros a tener en cuenta son:

- Centros con **consulta informatizada;** no sólo el Centro está informatizado sino también la consulta.
- Centro acreditado para la **docencia** y con médicos MIR de MF y C en formación.
- **Dispersión geográfica** en función del tamaño del censo poblacional.

Los Centros informatizados son ": C.S. Acacias y C.S. Petrer.

Los Centros docentes son 4: C.S. Acacias, C.S. Monóvar, C.S. Novelda y C.S. Petrer.

Según la dispersión geográfica los grupos de Centros se constituyen de la siguiente manera:

- Centros Rurales son 4: C.S. Biar, C.S. Monóvar, C.S. Pinoso y C.S. Sax.
- Centros Semiurbanos son 4: C.S. Aspe, C.S. Novelda, C.S. Petrer y C.S. Villena.
- Centros Urbanos son 2: C.S. Acacias y C.A. Av. de Sax.

Las tablas 42 y 43 muestran los porcentajes y sus respectivos intervalos de confianza; la tabla 42 para necesidades asistenciales y la tabla 43 para necesidades administrativas, atendiendo a la informatización, docencia y dispersión geográfica de los Centros además se incluyen la naturaleza de la consulta y su previsibilidad.

Tabla 42:

n=630	Asistencial			
	Asistencial Previsible		Asistencial Imprevisible	
Centro de Salud	%	Intervalo confianza	%	Intervalo confianza
Informatizado	12,55%	9,96-15,14	85,10%	82,32-87,88
No informatizado	10,67%	8,26-13,08	84,53%	81,71-87,35
Docente	11,29%	8,82-13,76	85,83%	83,11-88,55
No docente	11,65%	9,14-14,16	83,13%	80,21-86,05
Rural	11,25%	8,78-13,72	85,00%	82,21-87,79
Semiurbano	10,42%	8,03-12,81	86,31%	83,63-88,99
Urbano	14,18%	11,46-16,90	80,60%	77,51-83,69

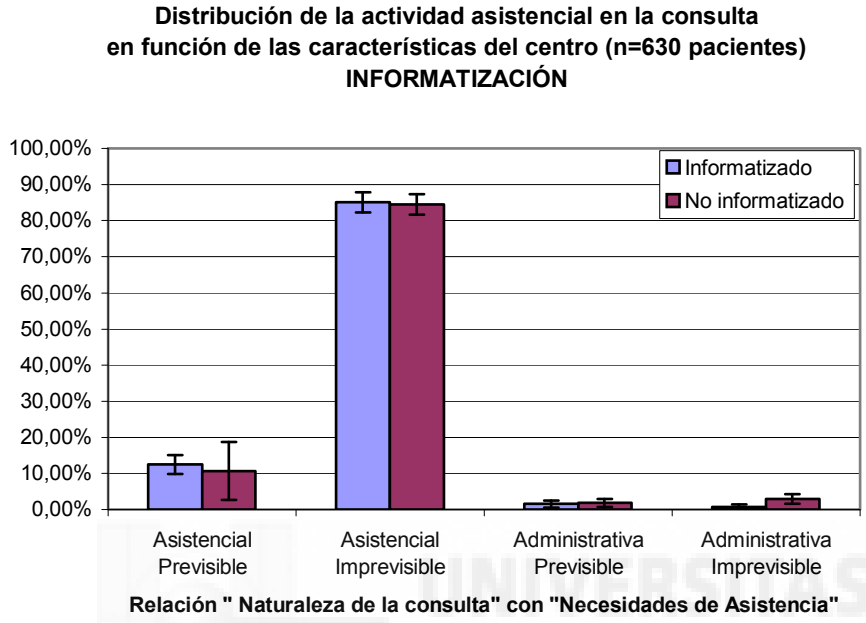
Tabla 43:

n=630	Administrativa			
	Administrativa Previsible		Administrativa Imprevisible	
Centro de Salud	%	Intervalo confianza	%	Intervalo confianza
Informatizado	1,57%	0,60-2,54	0,78%	**0,09-1,47***
No informatizado	1,87%	0,81-2,93	2,93%	**1,61-4,25***
Docente	1,05%	0,25-1,85	1,84%	0,79-2,89
No docente	2,81%	1,52-4,10	2,41%	1,21-3,61
Rural	2,50%	1,28-3,72	1,25%	0,38-2,12
Semiurbano	0,89%	**0,16-1,62***	2,38%	1,19-3,57
Urbano	2,99%	**1,66-4,32***	2,24%	1,08-3,40

***Diferencias significativas al 95%**

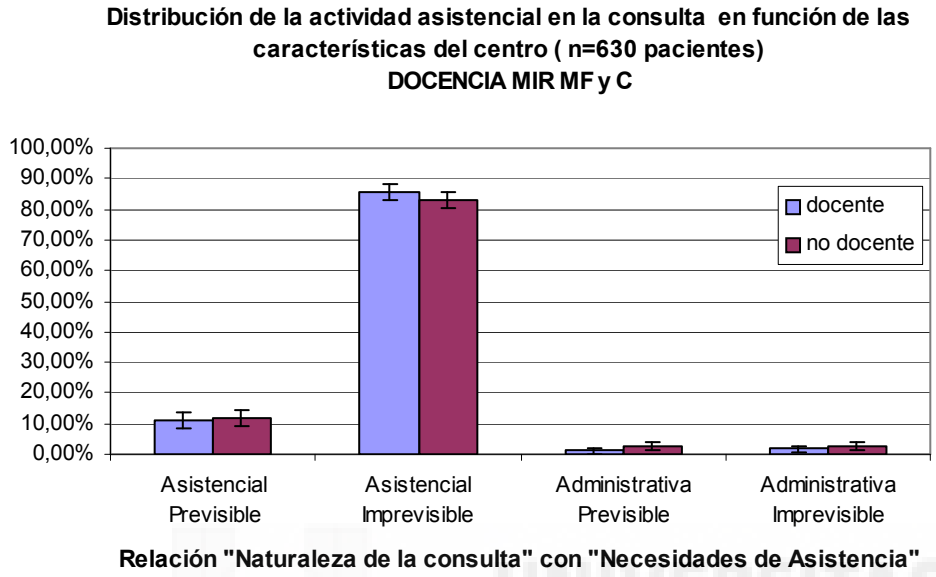
La figura 25 presenta gráficamente los datos de las tablas 42 y 43. La figura 25 visualiza la distribución de la actividad asistencial de los centros informatizados frente a los no informatizados. Se aprecian diferencias significativas en las consultas administrativas imprevisibles siendo la carga de consultas administrativas imprevisibles menor en los Centros informatizados. No se aprecian diferencias estadísticamente significativas respecto a las consultas asistenciales, ni tampoco respecto a las consultas con carga administrativa previsible.

Figura 25:



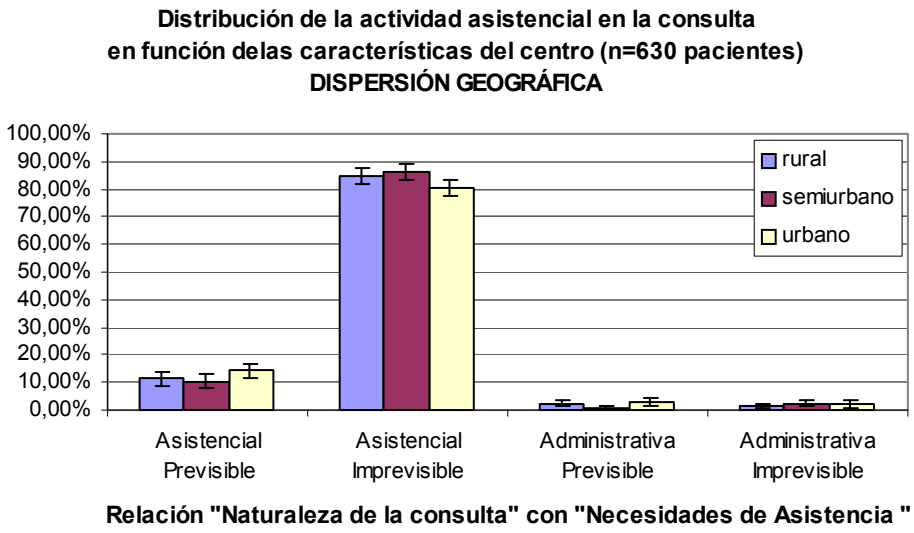
En la figura 26 se comparan los centros docentes con los no docentes, y la actividad asistencial queda distribuida en 4 tipos de consultas, al relacionar la naturaleza de la consulta con las necesidades de asistencia. No se aprecian diferencias significativas entre los distintos tipos de consulta.

Figura 26:



La Figura 27 presenta la distribución de la actividad asistencial por la dispersión geográfica, con los datos expuestos en las tablas 42 y 43. Sólo se aprecian diferencias significativas en las consultas administrativas previsibles en los centros semiurbanos y urbanos, con porcentajes opuestos. Los centros semiurbanos son los que presentan menor proporción de carga administrativa previsible y los Centros urbanos los de mayor proporción.

Figura 27:



En las tablas 44 y 45 trabajamos con la muestra motivos de consulta (n=1346).

Para el total de motivos de consulta, las características de informatización, docencia y dispersión geográfica, se distribuyen en la tabla 44 según las necesidades asistenciales y en la tabla 45 según las necesidades administrativas. Las tablas muestran el tamaño muestral que corresponde a cada grupo de Centros, sus porcentajes y sus respectivos intervalos de confianza. Además se establecen diferencias según la naturaleza de la consulta teniendo en cuenta su previsibilidad. Los datos de estas dos tablas se representan en las figuras 28, 29 y 30.

Tabla 44:

n=1.346	Asistencial			
	Asistencial Previsible		Asistencial Imprevisible	
Centro de Salud	%	Intervalo confianza	%	Intervalo confianza
Informatizado	6,08%	4,80-7,36	81,40%	**79,32-83,48***
No informatizado	7,33%	5,94-8,72	90,63%	**89,07-92,19***
docente	6,40%	5,09-7,71	83,49%	81,51-85,47
no docente	7,77%	6,34-9,20	86,73%	84,92-88,54
Rural	6,34%	**5,04-7,64***	87,31%	85,53-89,09
Semiurbano	5,49%	**4,27-6,71***	84,02%	82,06-85,98
Urbano	10,75%	**9,10-12,40***	83,64%	81,66-85,62

***Diferencias significativas al 95%**

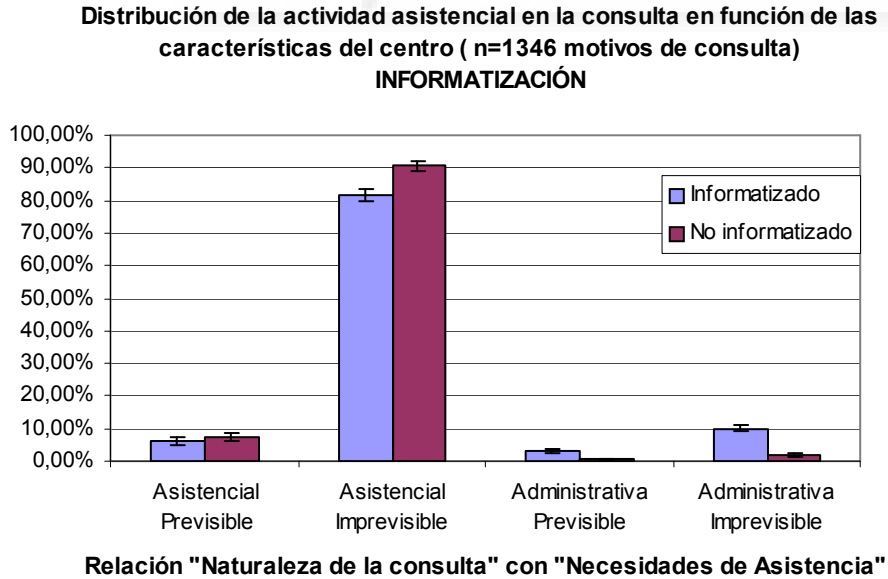
Tabla 45:

n=1.346	Administrativa			
	Administrativa Previsible		Administrativa Imprevisible	
Centro de Salud	%	Intervalo confianza	%	Intervalo confianza
Informatizado	2,81%	**1,93-3,69***	9,71%	**8,13-11,29***
No informatizado	0,41%	**0,07-0,75***	1,63%	**0,95-2,31***
Docente	2,09%	1,33-2,85	8,02%	**6,57-9,47***
No docente	0,97%	0,45-1,49	4,53%	**3,42-5,64***
Rural	0,91%	**0,40-1,42***	5,44%	4,23-6,65
Semiurbano	2,37%	**1,56-3,18***	8,11%	**6,65-9,57***
Urbano	1,87%	1,15-2,59	3,74%	**2,73-4,75***

***Diferencias significativas al 95%**

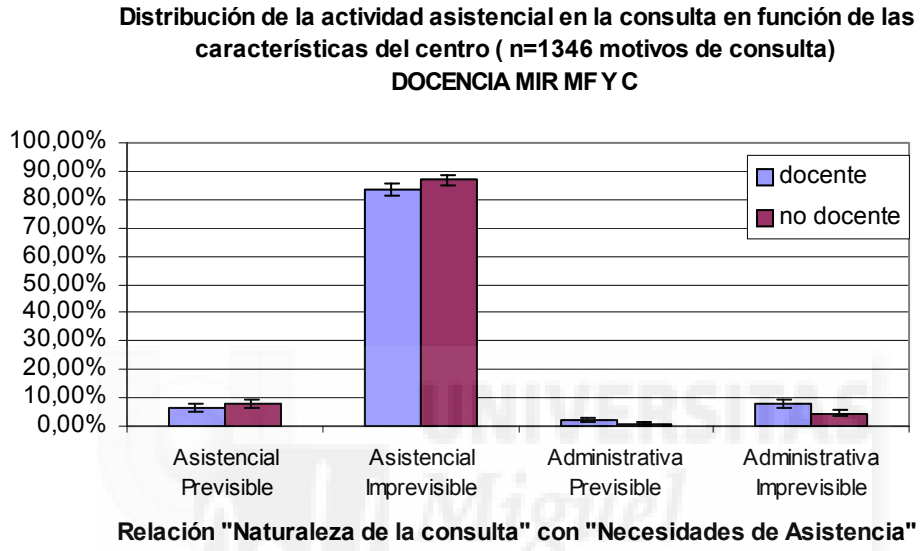
La figura 28 muestra la distribución de la actividad asistencial en los centros informatizados, frente a los no informatizados para los motivos de consulta. Existen diferencias estadísticamente significativas en las consultas asistenciales previsibles y en las administrativas tanto previsibles como imprevisibles.

Figura 28:



La figura 29 presenta la distribución de la actividad asistencial en los centros docentes frente a los no docentes para los motivos de consulta. Se encuentran diferencias significativas en las consultas con motivos administrativos imprevisibles presentando mayor proporción en los centros informatizados.

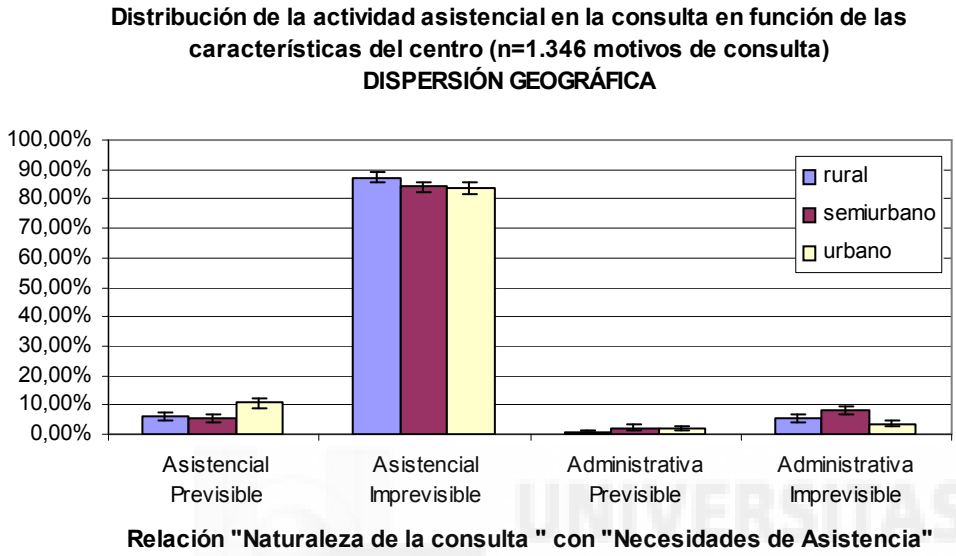
Figura 29:



La figura 30 refleja las diferencias que aporta la dispersión geográfica a los 4 tipos de consulta al clasificar la actividad asistencial respecto a los motivos de consulta.

Respecto a los motivos de consulta, no hay diferencias significativas en las consultas asistenciales imprevisibles. Se observan diferencias significativas en las consultas asistenciales previsibles de los centros urbanos respecto a los semiurbanos y rurales. Los dos tipos de consultas administrativas presentan diferencias significativas, las previsibles entre los centros rurales y semiurbanos y las imprevisibles entre los semiurbanos y urbanos.

Figura 30:



En la tabla 46 se valoran sólo las necesidades asistenciales sin tener en consideración la previsibilidad de la consulta, en función de las características de los Centros. El tamaño de la muestra son las encuestas, presentando la tabla los porcentajes y sus intervalos de confianza.

Tabla 46:

n = 630	Asistencial		Administrativa	
Centro de Salud	%	Intervalo confianza	%	Intervalo confianza
Informatizado	97,65%	96,47-98,63	2,35%	1,17-3,53
No informatizado	95,20%	93,53-96,87	4,80%	3,13-6,47
docente	97,11%	95,80-98,42	2,89%	1,58-4,20
no docente	94,78%	93,04-96,52	5,22%	3,48-6,96
Rural	96,25%	94,77-97,73	3,75%	2,27-5,23
Semiurbano	96,73%	95,34-98,12	3,27%	1,88-4,66
Urbano	94,78%	93,04-96,52	5,22%	3,48-6,96

En la tabla 47 se valora solo la naturaleza de la consulta en función de su previsibilidad, sin tener en cuenta las necesidades asistenciales de la misma, también en

función de las características de los Centros. El tamaño de la muestra son las encuestas, presentando la tabla los porcentajes y sus intervalos de confianza.

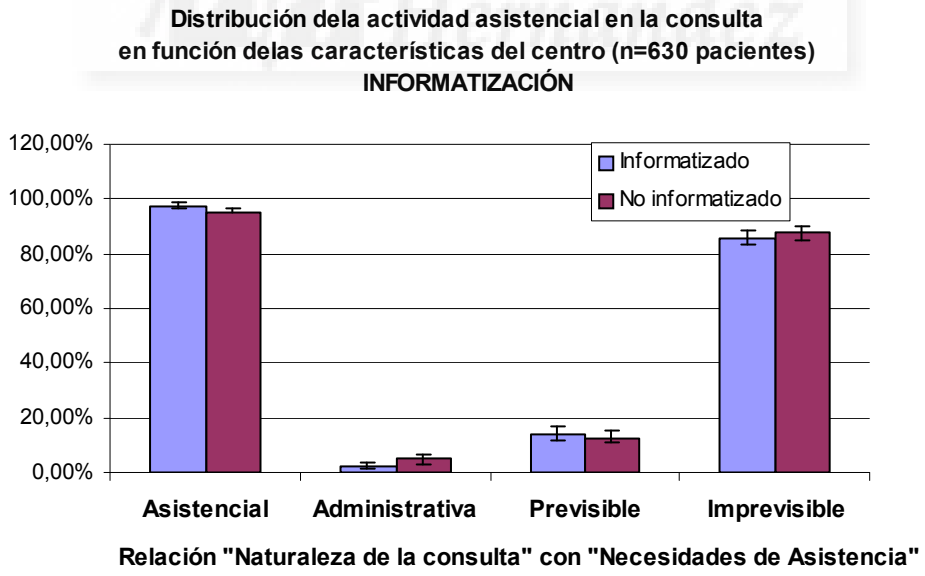
Tabla 47:

n = 630	Previsible		Imprevisible	
Centro de Salud	%	Intervalo confianza	%	Intervalo confianza
Informatizado	14,12%	11,40-16,84	85,88%	83,16-88,60
No informatizado	12,53%	9,94-15,12	87,47%	84,88-90,06
docente	12,34%	9,77-14,91	87,66%	85,09-90,23
no docente	14,46%	11,71-17,21	85,54%	82,79-88,29
Rural	13,75%	11,06-16,44	86,25%	83,56-88,94
Semiurbano	11,31%	**8,84-13,78***	88,69%	**86,22-91,16***
Urbano	17,16%	**14,22-20,10***	82,84%	**79,90-85,78***

***Diferencias significativas al 95%**

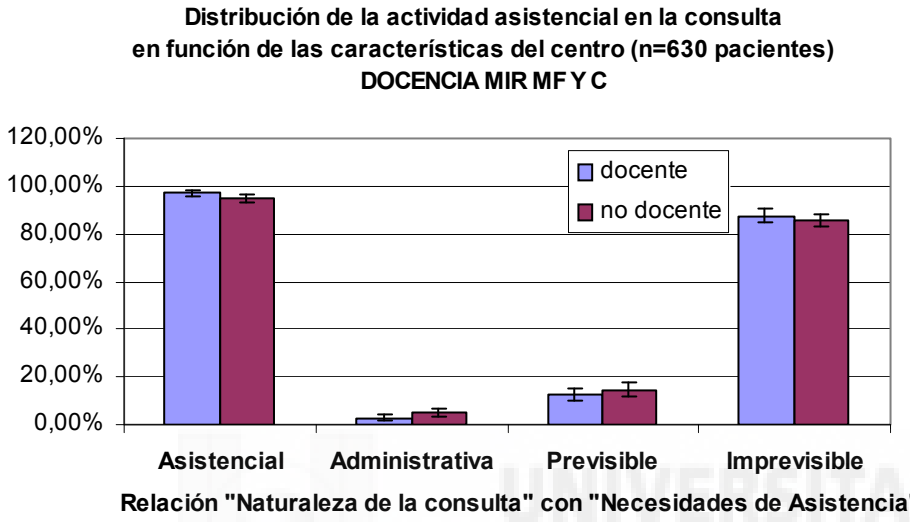
La figura 31 refleja los datos de las tablas 46 y 47 respecto a la informatización de la consulta. No se aprecian diferencias significativas al valorar las necesidades asistenciales y la previsibilidad de las consultas.

Figura 31:



La figura 32 refleja los datos de las tablas 46 y 47 respecto a la capacitación para la docencia de los Centros. Al igual que en la figura anterior no se aprecian diferencias significativas respecto a las necesidades asistenciales ni a la previsibilidad de las consultas.

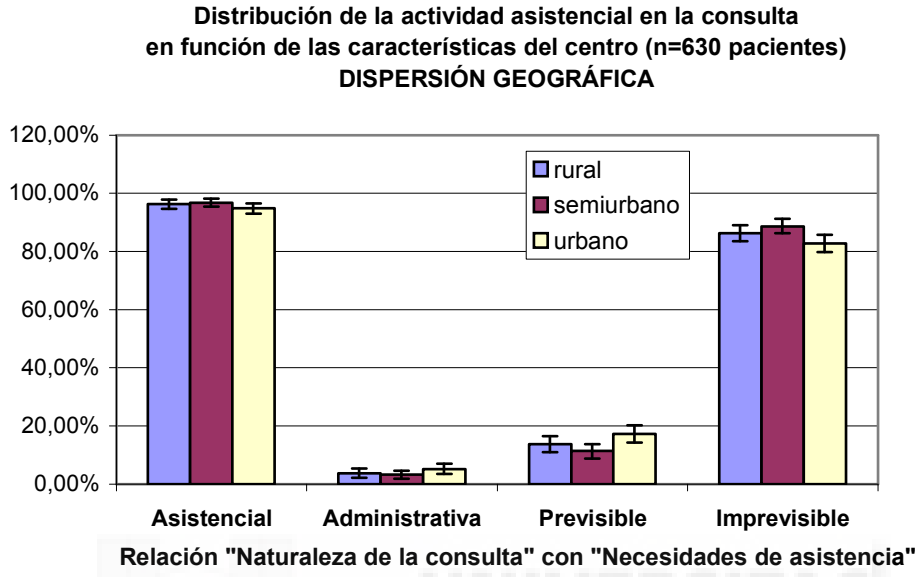
Figura 32:



La figura 33 refleja los datos de las tablas 46 y 47 respecto a la dispersión geográfica de los Centros.

Se observan diferencias significativas en las consultas previsibles e imprevisibles de los centros semiurbanos y urbanos. Las consultas previsibles son más numerosas en los centros urbanos y las imprevisibles en los semiurbanos.

Figura 33:



En la tabla 48 se valoran sólo las necesidades asistenciales sin tener en cuenta la previsibilidad de la consulta. En las tablas 48 y 49 el tamaño de la muestra son los motivos de consulta, presentando las tablas los porcentajes y sus intervalos de confianza.

Tabla 48:

n = 1346	Asistencial		Administrativa	
Centro de Salud	%	Intervalo confianza	%	Intervalo confianza
Informatizado	87,49%	**82,75-89,26***	12,51%	**10,74-14,28***
No informatizado	97,96%	**97,20-98,72***	2,04%	**1,28-2,80***
docente	89,88%	**88,27-91,49***	10,12%	**8,51-11,73***
no docente	94,50%	**93,28- 95,72***	5,50%	**4,28-6,72***
Rural	93,66%	**92,36-94,96**	6,34%	**5,04-7,64***
Semiurbano	89,51%	**87,87-91,15***	10,49%	**8,85-12,13***
Urbano	94,39%	**93,16-95,62***	5,61%	**4,38-6,84***

*** Diferencias significativas al 95%**

En la tabla 49 se incluye solo la naturaleza de la consulta en función de su previsibilidad, sin tener en consideración las necesidades asistenciales de la misma.

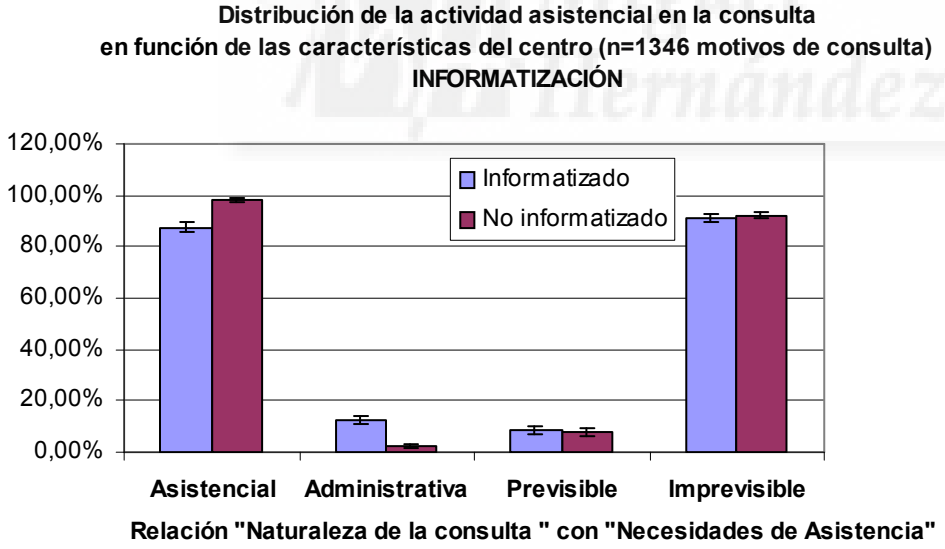
Tabla 49:

n = 1346	Previsible		Imprevisible	
Centro de Salud	%	Intervalo confianza	%	Intervalo confianza
Informatizado	8,89%	7,37-10,41	91,11%	89,59-92,63
No informatizado	7,74%	6,31-9,17	92,26%	90,83-93,69
docente	8,49%	7,00-9,98	91,51%	90,02-93,00
no docente	8,74%	7,23-10,25	91,26%	89,75-92,77
Rural	7,25%	**5,86-8,64***	92,75%	**91,36-94,14***
Semiurbano	7,87%	**6,43-9,31***	92,13%	**90,69-93,57***
Urbano	16,62%	**14,63-18,61***	87,38%	**85,61-89,15***

***Diferencias significativas al 95%**

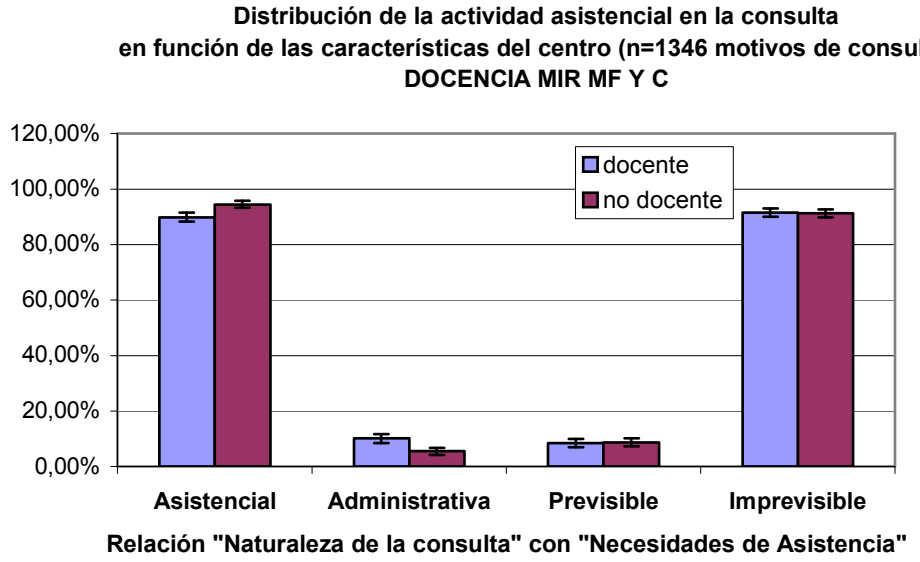
En la figura 34 se reflejan los datos de las tablas 48 y 49 respecto a la informatización de la consulta. Hay diferencias significativas en las consultas asistenciales y administrativas respecto a la informatización. Las consultas asistenciales se presentan en mayor proporción en los centros no informatizados y las administrativas en los centros informatizados.

Figura 34:



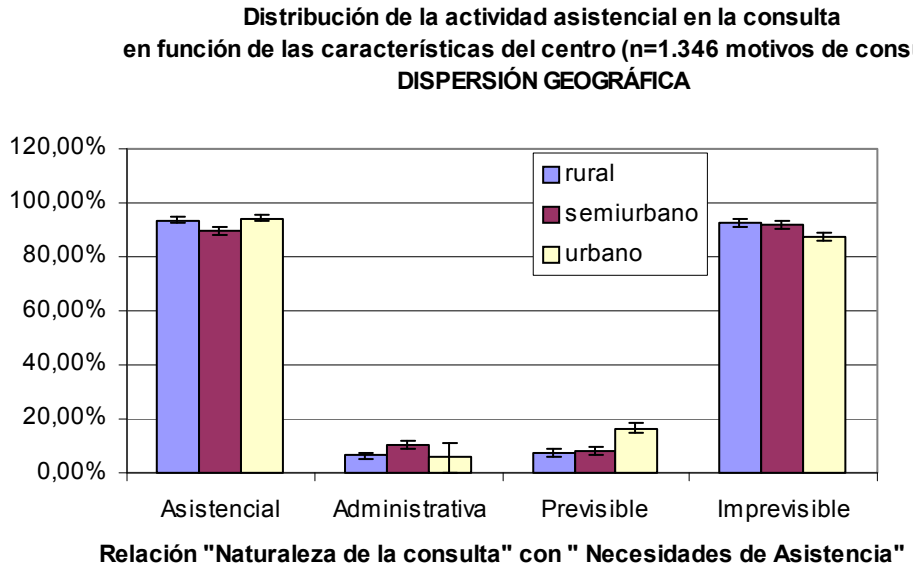
En la figura 35 se reflejan los datos de las tablas 48 y 49 respecto a la capacitación para la docencia de los centros. En este caso hay diferencias significativas en las consultas asistenciales y administrativas. Los centros no docentes presentan mayor número de consultas asistenciales que los docentes. Éstos últimos presentan mayor número de consultas administrativas. La previsibilidad de las consultas no presenta diferencias estadísticamente significativas.

Figura 35:



La figura 36 refleja los datos de las tablas 48 y 49 respecto a la dispersión geográfica de los centros. Existen diferencias significativas en todos los tipos de consulta. Los centros semiurbanos presentan diferencias significativas en las consultas administrativas y asistenciales respecto a los rurales y urbanos. Los centros urbanos presentan diferencias significativas en las consultas previsibles e imprevisibles respecto a los rurales y semiurbanos.

Figura 36:



6.3.1.3. TIPOS DE CONSULTA.

El paciente puede acudir con cita previa o sin ella. Cuando viene con cita, la consulta puede haberse producido por iniciativa del paciente (citados), o por iniciativa del médico (programados). Además el paciente puede acudir por un problema urgente.

La tabla 50, especifica el tamaño muestral, con sus correspondientes porcentajes e intervalos de confianza para la muestra de motivos de consulta (n= 1346), con arreglo a las necesidades de asistencia médica, y a su vez en función de la naturaleza previsible o imprevisible de la consulta. La información se presenta correlativamente para los pacientes citados, los que acuden urgentes y los pacientes programados. La tabla 51 es equiparable a la tabla 50, pero ésta refleja las características de las consultas administrativas.

Tabla 50:

	Asistencial					
n = 1.346	Previsible			Imprevisible		
	n	%	Intervalo confianza	n	%	Intervalo confianza
Citado						
SI	30	3,22%	**2,09-4,35***	802	86,14%	83,92-88,36
NO	58	13,98%	**10,64-17,32***	339	81,68%	77,96-85,40
Urgente						
SI	0	0,00%		40	100,00%	
NO	88	6,74%	5,38-8,10	1101	84,30%	82,33-86,27
Programada						
SI	20	46,51%	**31,60-61,42***	20	46,51%	**31,60-61,42***
NO	68	5,22%	**4,01-6,43***	1121	86,03%	**84,15-87,91***

***Diferencias significativas al 95%**

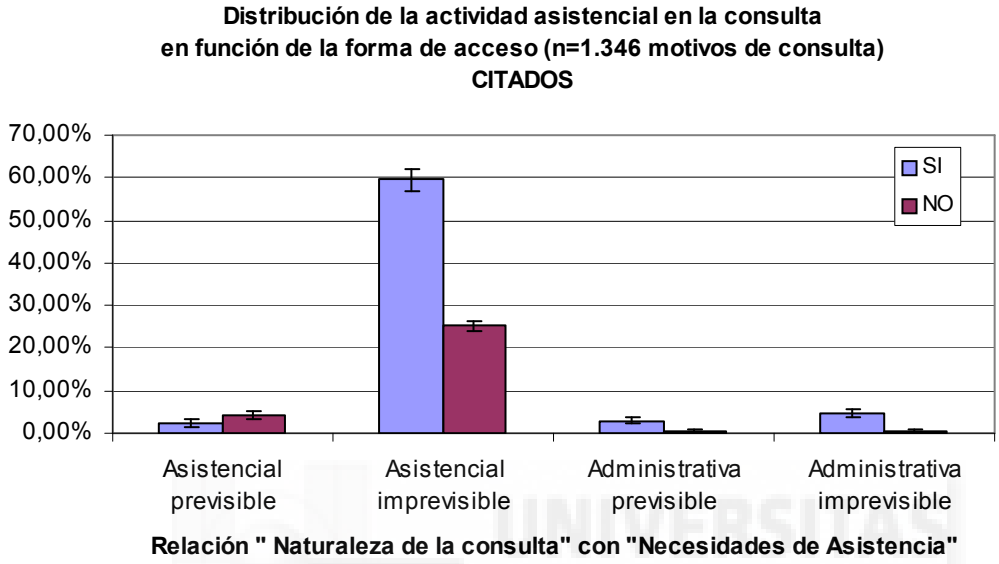
Tabla 51:

	Administrativa					
n = 1.346	Previsible			Imprevisible		
	n	%	Intervalo confianza	n	%	Intervalo confianza
Citado						
SI	38	4,10%	**2,83-5,37***	61	6,55%	**4,96-8,14***
NO	9	2,17%	**0,23-1,11***	9	2,17%	**0,77-3,57***
Urgente						
SI	0	0,00%		0	0,00%	
NO	47	3,60%	2,59-4,61	70	5,36%	4,14-6,58
Programada						
SI	1	2,33%	-2,18-6,84	2	4,65%	1,64-10,94
NO	46	3,53%	2,53-4,53	68	5,22%	4,01-6,43

***Diferencias significativas al 95%**

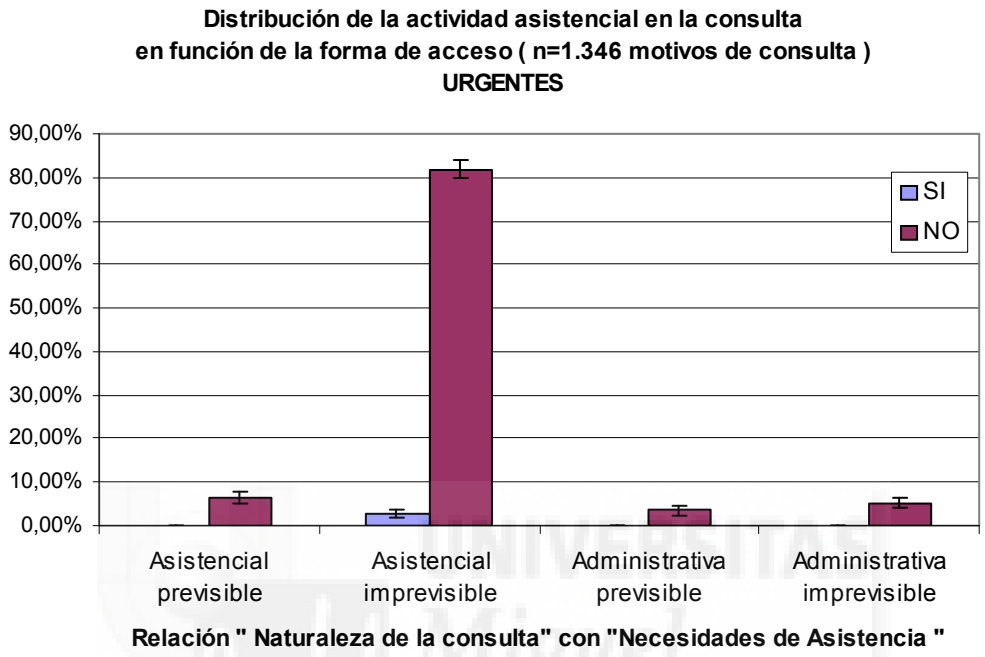
La figura 37 representa la distribución de la actividad asistencial para los pacientes citados, con los datos de las tablas 50 y 51. Se aprecian diferencias significativas en las consultas asistenciales previsibles, administrativas previsibles y administrativas imprevisibles. Los pacientes citados presentan mayor número de motivos de consulta administrativos previsibles e imprevisibles. Las consultas asistenciales previsibles son mayores en los pacientes no citados de forma significativa. No hay diferencias respecto a las consultas asistenciales imprevisibles en ambos grupos.

Figura 37:



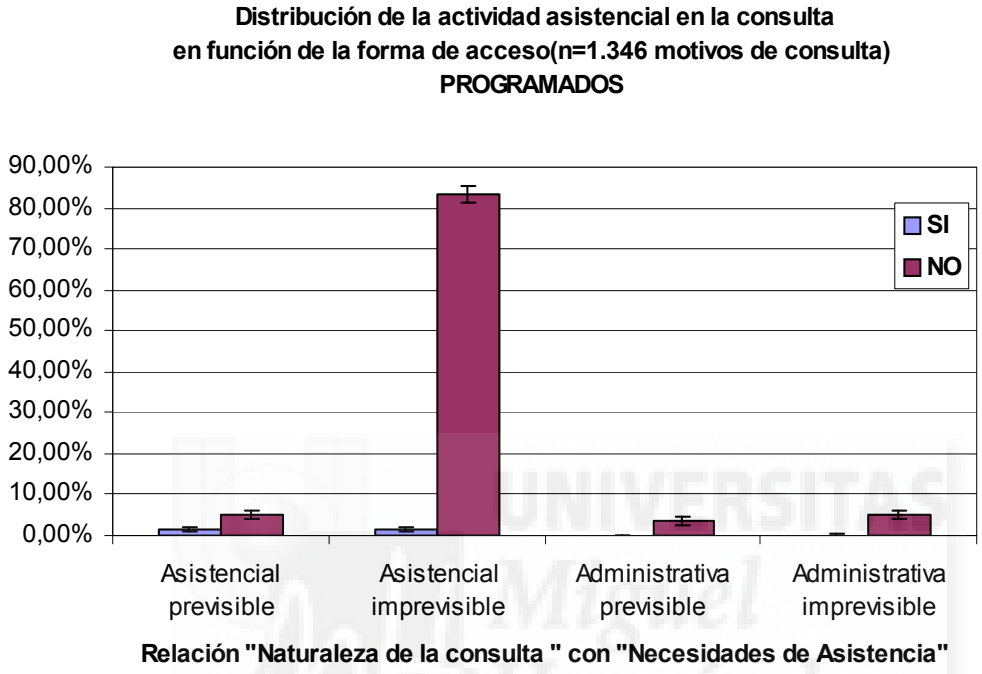
La figura 38 presenta la distribución de la actividad asistencial para los pacientes urgentes, con los datos de las tablas 50 y 51. No hay diferencias significativas en las consultas urgentes, al no haber consultas de tipo urgente administrativo ni previsibles ni imprevisibles.

Figura 38:



La figura 39 presenta la distribución de la actividad asistencial para los pacientes programados con los datos de las tablas 50 y 51. Se aprecian diferencias significativas en las consultas asistenciales previsibles e imprevisibles. Los pacientes programados aportan de forma sustancial más motivos de consulta asistenciales previsibles. Los motivos de consulta asistencial imprevisible son porcentualmente menores en los pacientes programados. Las consultas administrativas previsibles e imprevisibles no presentan diferencias significativas.

Figura 39:



6.3.1.4. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES.

En este apartado analizamos las características demográficas respecto al sexo y edad de los pacientes, y éstas, en función de los motivos de consulta.

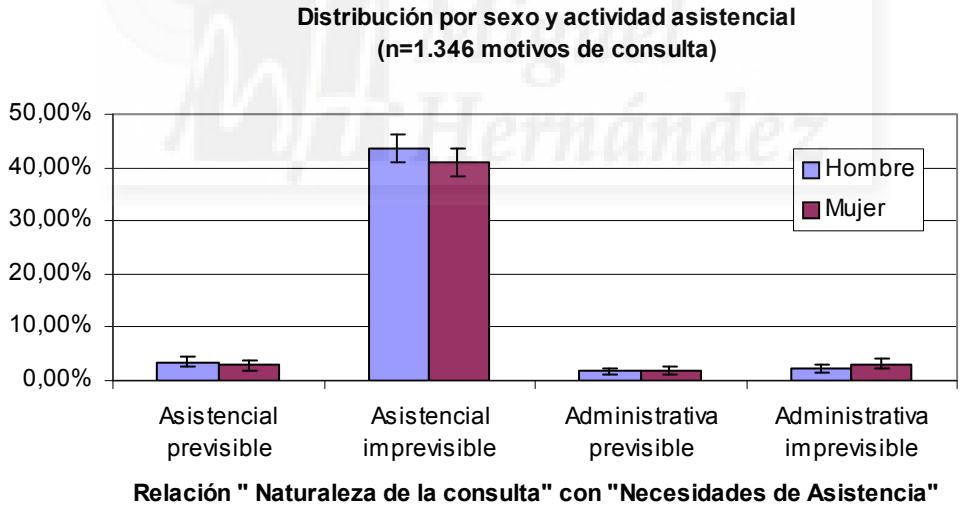
La tabla 41 presenta los valores atendiendo al sexo de los pacientes, muestra, porcentaje e intervalo de confianza para cada caso.

Tabla 52:

Sexo n = 1.346		Asistencial previsible	Asistencial imprevisible	Administrativa previsible	Administrativa imprevisible
	n	48	589	23	29
Hombre	%	3,57%	43,76%	1,71%	2,15%
	I.C.	2,58-4,56	41,11-46,41	1,02-2,40	1,38-2,92
	n	40	552	24	41
Mujer	%	2,97%	41,01%	1,78%	3,05%
	I.C.	2,06-3,88	38,38-43,64	1,07-2,49	2,13-3,97

En la figura 40 se observan los datos de la tabla 52. No hay diferencias significativas en cuanto al sexo al enfrentar las proporciones de los distintos tipos de actividad asistencial**.**

Figura 40:



En las tablas 53 y 54 se presentan los valores en función de los grupos de edad de los pacientes, muestra, porcentaje e intervalo de confianza para cada grupo(n=630 y n=1346, respectivamente). Las tablas presentan la muestra edad desconocida, aunque posteriormente no se presenta gráficamente.

Tabla 53:

		Asistencial	Asistencial	Administrativa	Administrativa
Grupos de Edad		previsible	imprevisible	previsible	imprevisible
Edad desconocida	n	6	29	2	2
	%	15%	74%	5%	5%
	IC	12,21-17,19	70,57-77,43	3,30-6,70	3,30-6,70
0-4	n	48	227	6	0
	%	17%	81%	2%	0%
	IC	**14,07-19,33***	**77,94-84,06***	0,91-3,09	0
5-9	n	10	162	0	4
	%	6%	92%	0%	2%
	IC	**4,15-7,85***	**89,88-94,12***		**0,91-3,09***
10-14	n	8	110	3	6
	%	6%	87%	2%	5%
	IC	**4,15-7,85***	**84,37-89,63***	0,91-3,09	**3,30-6,70***
mayores de 14	n	0	6	0	1
	%	0%	86%	0%	14%
	IC	0	**83,29-88,71***	0	**11,29-16,71***

***Diferencias significativas al 95%**

Tabla 54:

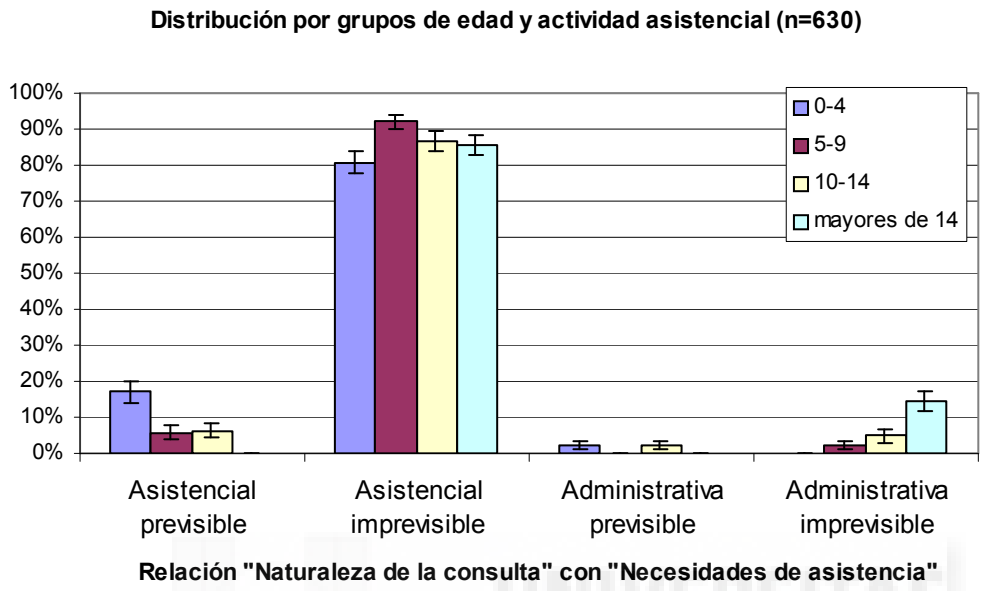
Grupos de Edad		Asistencial previsible	Asistencial imprevisible	Administrativa previsible	Administrativa imprevisible
Edad desconocida	n	6	60	11	3
	%	8%	75%	14%	4%
	IC	6,55-9,45	72,69-77,31	12,15-15,85	2,95-5,05
0-4	n	54	493	20	10
	%	9%	85%	3%	2%
	IC	**7,47-10,53***	**83,09-86,91***	2,09-3,91	**1,25-2,75***
5-9	n	15	342	6	21
	%	4%	89%	2%	5%
	IC	**2,95-5,05***	**87,33-90,67***	1,25-2,75	**3,84-6,16***
10-14	n	12	239	10	33
	%	4%	81%	3%	11%
	IC	**2,95-5,05***	**78,90-83,10***	2,09-3,91	**9,33-12,67***
mayores de 14	n	1	7	0	3
	%	9%	64%	0%	27%
	IC	**7,47- 10,53***	**61,44 - 66,56***		**24,63 - 29,37***

***Diferencias significativas al 95%**

En las figuras 41 y 42 se visualizan los grupos de edad para la muestra de encuestas (n=630) y motivos de consulta (n=1346).

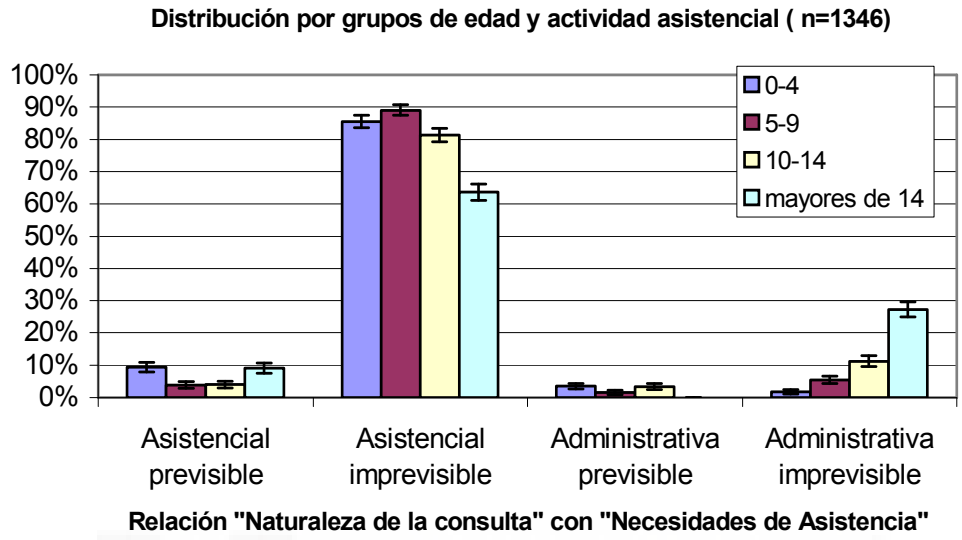
La figura 41 muestra diferencias significativas para las consultas asistencial previsible e imprevisible y administrativa imprevisible. Se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de menor edad y los grupos de edad restante. Los pacientes de menor edad generan el mayor número de consultas asistenciales imprevisibles. En las consultas asistenciales previsibles ocurre a la inversa los grupos de mayor edad son los que generan mayor número de consultas de este tipo Respecto a las consultas administrativas imprevisibles también el grupo de mayor edad presenta diferencias significativas con el de mayor edad siendo el que más carga administrativa imprevisible soporta.

Figura 41:



En la figura 42 se observan diferencias significativas en las consultas asistenciales previsibles, imprevisibles y administrativas imprevisibles. Las consultas asistenciales previsibles se presentan en mayor proporción en las edades extremas (los de menor y mayor edad)que en edades intermedias. En las consultas asistenciales imprevisibles ocurre a la inversa son más imprevisibles en los grupos de edades intermedias. Las consultas administrativas imprevisibles son más frecuentes en los grupos de mayor edad.

Figura 42:



6.3.1.5. PRESIÓN ASISTENCIAL.

Las tablas 55 y 56 presentan la distribución de porcentajes de consulta en función de los pacientes citados por profesional y día. En la tabla 55 se distribuye entre aquellos con presión asistencial de pacientes citados, mayor o menor de 24, que es la media de pacientes citados al día en la hoja de cita previa. En la tabla 56 el punto de corte se fija en 37, ya que es la media de pacientes vistos (citados + sin cita + domicilios +programados +exámenes de salud-no acuden) al día en el estudio SyN-PC, que corresponde a la presión asistencial real.

Tabla 55:

Citados/día		Asistencial previsible	Asistencial imprevisible	Administrativa previsible	Administrativa imprevisible
<=24	n	44	408	23	8
	%	9,11%	84,47%	4,76%	1,66%
	IC	**7,57-10,65***	82,54-86,40	3,62-5,90	**0,98-2,34***
>24	n	44	733	24	62
	%	5,10%	84,94%	2,78%	7,18%
	IC	**3,92-6,28***	83,03-86,85	1,90-3,66	**5,80-8,56***

*** Diferencias significativas al 95%**

Tabla 56:

PA media SyN-PC		Asistencial previsible	Asistencial imprevisible	Administrativa previsible	Administrativa imprevisible
<=37	n	31	184	6	5
	%	13,72%	81,42%	2,65%	2,21%
	IC	**11,88-15,56***	**79,34-83,50***	1,79-3,51	1,42-3,00
>37	n	41	350	5	8
	%	10,15%	86,63%	1,24%	1,98%
	IC	**8,54-11,76***	**84,81-88,45***	0,65-1,83	1,24-2,72

***Diferencias significativas al 95%**

La media aritmética de pacientes citados por profesional y día en el estudio fue de 24 pacientes, utilizando este dato en la figura 43 se representa gráficamente la distribución de los motivos de consulta al relacionar necesidades de asistencia con naturaleza de la consulta, en función de que la presión asistencial fuera mayor o menor del valor referencial citado.

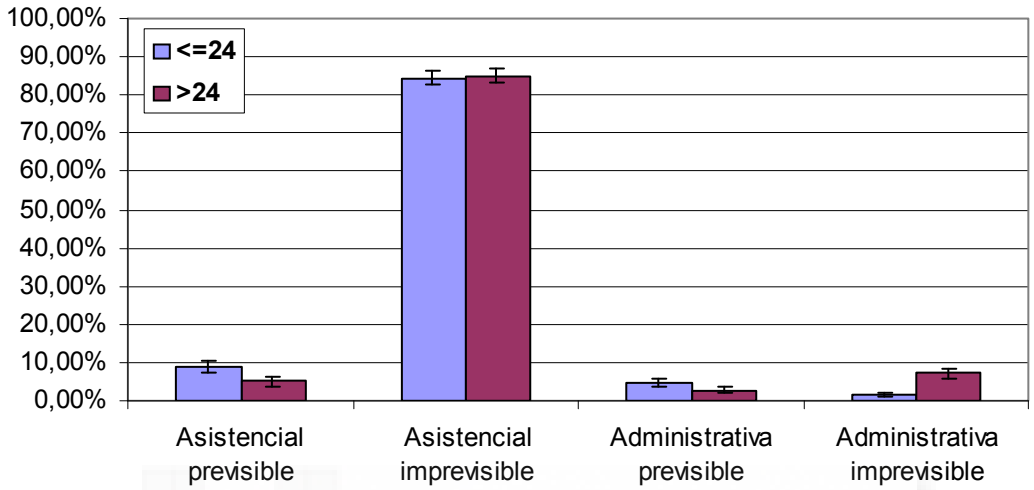
En la figura 43 se aprecian diferencias estadísticamente significativas en las consultas asistenciales previsibles y administrativas imprevisibles, las primeras presentan una proporción mayor cuando el número de pacientes es menor o igual a la media y las segundas se presentan en proporción mayor cuando el número de pacientes citados es mayor de la media. Para las consultas asistencial imprevisible y administrativas previsibles no se observan diferencias significativas.

La figura 44 muestra los datos de la tabla 56 donde se ven diferencias estadísticamente significativas en las consultas asistenciales previsibles e imprevisibles: las primeras son mayores cuando el número de pacientes citados es inferior a la media y las segundas cuando el número de pacientes es superior a la media. Para las consultas administrativas previsibles e imprevisibles no se aprecian diferencias significativas.

Las consultas administrativas previsibles no presentan diferencias significativas en ninguna de las dos gráficas.

Figura 43:

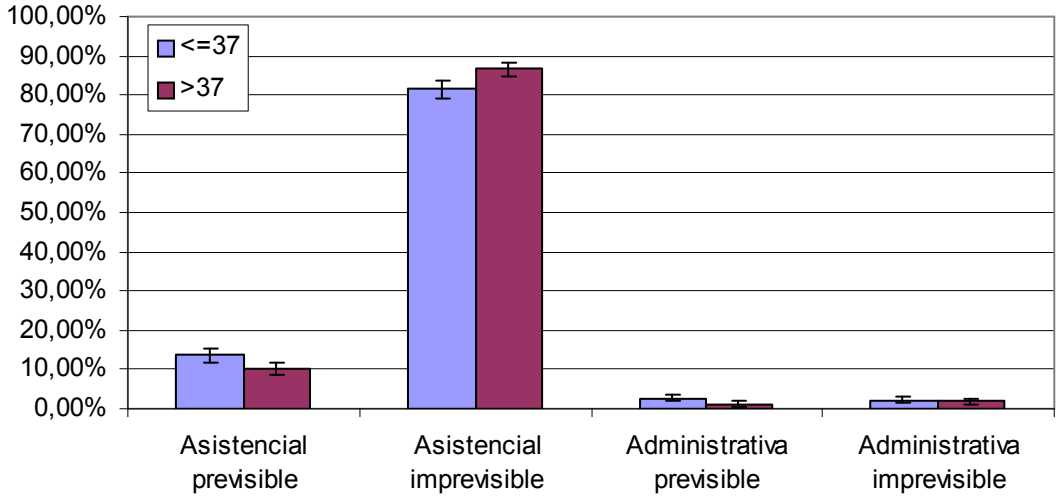
Distribución de la actividad asistencial en la consulta en función de la presión asistencial (n=1346 motivos de consulta)
CITADOS por PROFESIONAL y DÍA



Relación "Naturaleza de la consulta" con "Necesidades de Asistencia"

Figura 44:

Distribución de la actividad asistencial en función de la presión asistencial (n=1346 motivos de consulta)
(Presión asistencial media SyN-PC=37,05)



Relación "Naturaleza dela consulta con "Necesidades de Asistencia"

En las tablas y figuras siguientes se representa la relación entre los valores de presión asistencial para cada una de las consultas analizadas, 17 consultas médicas, y los tipos de consulta en función de la naturaleza y necesidad de asistencia. La tabla 57 muestra los estadísticos descriptivos.

Tabla 57: Estadísticos descriptivos.

N = 17	Media	Desviación típica
Presión Asistencial (PA)	37,06	16,11
Asistencial previsible (ASP)	4,24	2,14
Asistencial imprevisible (ASI)	31,41	14,65
Administrativa previsible (ADP)	0,65	1,00
Administrativa imprevisible (ADI)	0,76	0,97
Asistencial (AS)	35,65	15,82
Administrativa (AD)	1,41	1,33
Previsible (PRE)	4,88	2,60
Imprevisible (IMP)	32,18	14,92

6.3.1.5. TIEMPO ASISTENCIAL.

La tabla 58 presenta los datos correspondientes a la duración media de la consulta en función del tipo de consulta, al relacionar necesidades asistenciales con naturaleza de la consulta, además también incluye la desviación media, el tamaño muestral y los intervalos de confianza correspondientes.

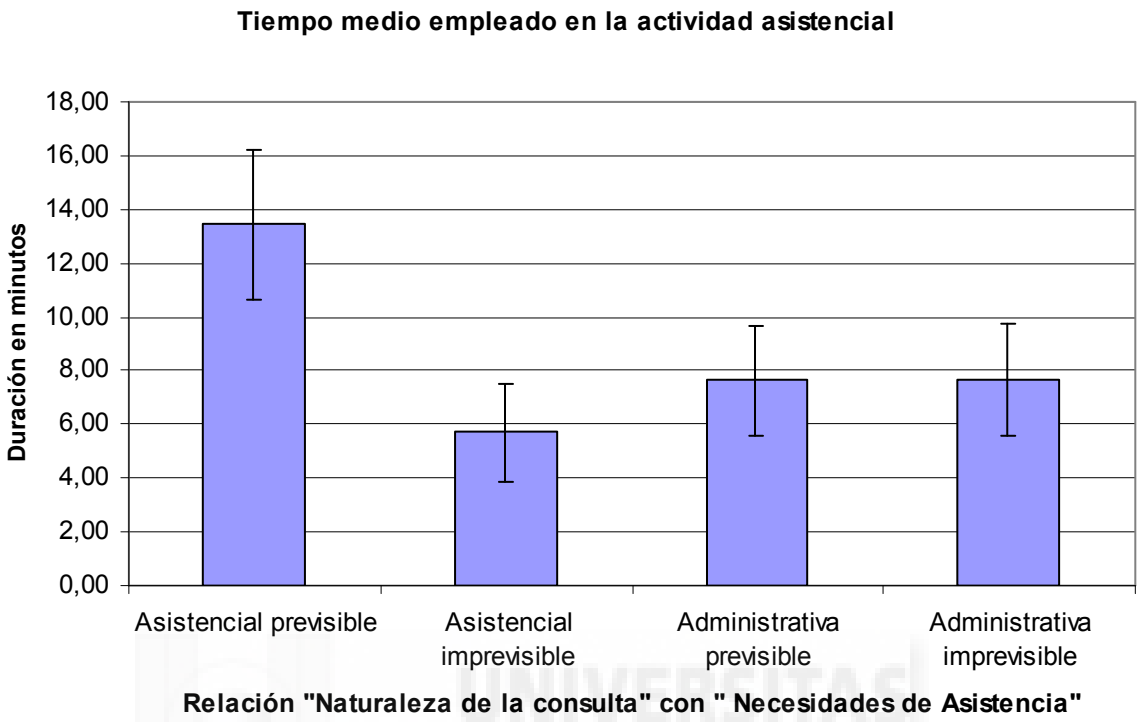
Tabla 58:

Tipo	Media	DE	n	IC
Asistencial previsible	**13,43***	5,64	72	**10,67-16,09***
Asistencial imprevisible	5,70	5,65	534	3,89-7,51
Administrativa previsible	7,64	4,61	11	5,57-9,71
Administrativa imprevisible	7,69	5,32	13	5,61-9,77

***Diferencias significativas al 95%**

En la figura 45 se presenta la duración media de las consultas expresada en minutos según la clasificación de los motivos de consulta al relacionar las necesidades de asistencia con la naturaleza de la consulta. Las consultas de tipo asistencial previsible son las que tienen una duración media más superior, de forma estadísticamente significativa. No se aprecian diferencias en el tiempo asistencial para los otros tipos de consulta.

Figura 45:



La tabla 59 presenta los datos igual que la tabla 58, pero en este caso se distribuyen las consultas en asistenciales vs. administrativas, y en previsibles vs. imprevisibles.

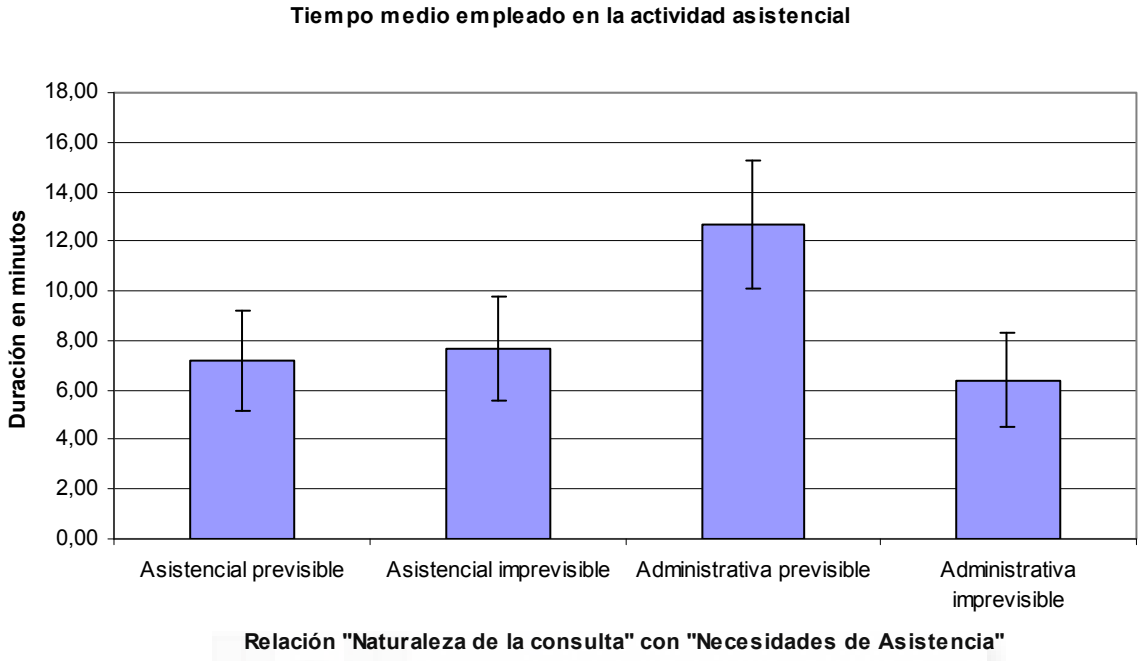
Tabla 59:

Tipo	Media	DE	n	IC
Asistencial	7,21	5,65	606	5,19-9,23
Administrativa	7,67	5,32	24	5,59-9,75
Previsible	**12,66***	5,64	83	**10,06-15,26***
Imprevisible	**6,41***	5,65	547	**4,50-8,32***

***Diferencias significativas al 95%**

En la figura 46 se observan los datos de la tabla 59, la duración media de las consultas asistenciales es similar a la de las administrativas, no observándose por tanto diferencias significativas. Sin embargo, las consultas previsibles si presentan diferencias significativas frente a las imprevisibles siendo de mayor duración las primeras (12,66 minutos).

Figura 46:



Si se distribuyen todas las consultas por el hecho de presentar un tiempo asistencial menor o mayor que el calculado como mediana de duración de la consulta en nuestro estudio (mediana = 5 minutos), y se analizan las características de las mismas en función de las necesidades de asistencia y la naturaleza de la consulta, los resultados obtenidos en la muestra, porcentaje e intervalos de confianza, quedan reflejados en la tabla 60.

Tabla 60:

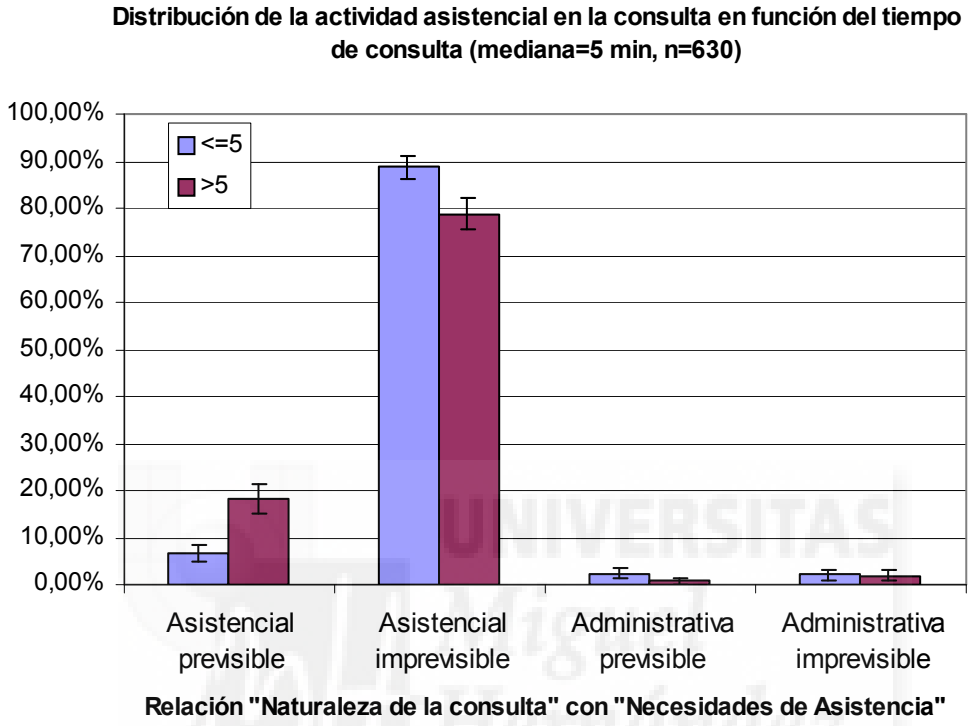
Duración consulta		Asistencial previsible	Asistencial imprevisible	Administrativa previsible	Administrativa imprevisible
<=5	n	25	334	9	8
	%	6,65%	88,83%	2,39%	2,13%
	IC	**4,70-8,60***	**86,37-91,29***	1,20-3,58	1,00-3,26
>5	n	46	198	2	5
	%	18,33%	78,88%	0,80%	1,99%
	IC	**15,31-21,35***	**75,69-82,07***	0,10-1,50	0,90-3,08

***Diferencias significativas al 95%**

Al expresar gráficamente los valores de la tabla 60, de acuerdo con el valor de la mediana de tiempo se aprecian diferencias significativas en las consultas asistenciales previsibles e imprevisibles. Las consultas asistenciales previsibles son las de mayor duración, resultado concordante con la figura 45. Las consultas asistenciales imprevisibles tienen una

duración inferior a 5 minutos. Ocurre lo mismo con las consultas administrativas previsibles e imprevisibles.

Figura 47:



Al plantear el mismo análisis del tiempo de consulta en función del valor de la mediana pero esta vez enfrentando las consultas sólo en dos grupos (asistenciales frente a administrativas, o previsibles frente a imprevisibles), se obtienen los resultados de la tabla 61.

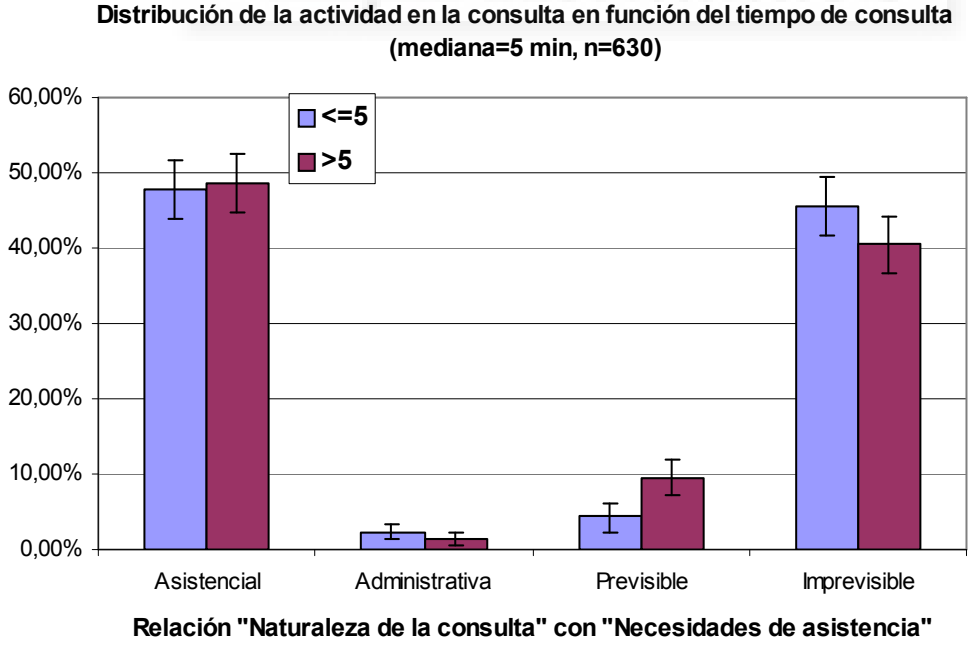
Tabla 61:

Duración consulta		Asistencial	Administrativa	Previsible	Imprevisible
<=5	n	359	17	34	342
	%	47,74%	2,26%	4,52%	45,48%
	IC	43,84-51,64	1,10-3,42	**2,90-6,14***	41,59-49,37
>5	n	244	7	48	203
	%	48,61%	1,39%	9,56%	40,44%
	IC	44,71-52,51	0,48-2,30	**7,26-11,86***	36,61-44,27

***Diferencias significativas al 95%**

La figura 48 muestra diferencias significativas entre las consultas previsibles. La proporción más alta de consultas previsibles tiene una duración mayor que la mediana de tiempo, al igual que las consultas asistenciales. Al observar, tanto las consultas administrativas como las imprevisibles, se aprecia que las proporciones mayoritarias emplean tiempos de consulta inferiores a la mediana del tiempo asistencial.

Figura 48:



Las siguientes tablas y figuras relacionan la duración total de la consulta, para cada una de las analizadas (17 consultas médicas), con los tipos de consulta al relacionar la naturaleza y necesidades asistenciales de ésta. Los estadísticos descriptivos se muestran en la tabla 62.

Tabla 62:

N = 17	Media	Desviación típica
Presión Asistencial (PA)	37,06	16,11
Asistencial previsible (ASP)	4,24	2,14
Asistencial imprevisible (ASI)	31,41	14,65
Administrativa previsible (ADP)	0,65	1,00
Administrativa imprevisible (ADI)	0,76	0,97
Asistencial (AS)	35,65	15,82
Administrativa (AD)	1,41	1,33
Previsible (PRE)	4,88	2,60
Imprevisible (IMP)	32,18	14,92

La tabla 63 presenta la influencia de la edad en la duración de la consulta y expresa la duración media para cada grupo de edad y sus intervalos de confianza. Se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las consultas asistenciales previsibles, para la duración de las consultas en todos los grupos de edad del estudio. También existen diferencias estadísticamente significativas en las consultas administrativas imprevisibles en relación con la duración de la consulta entre los más pequeños (0-4 años) y los mayores de 14 años, siendo la duración de la consulta estadísticamente mayor para los más pequeños.

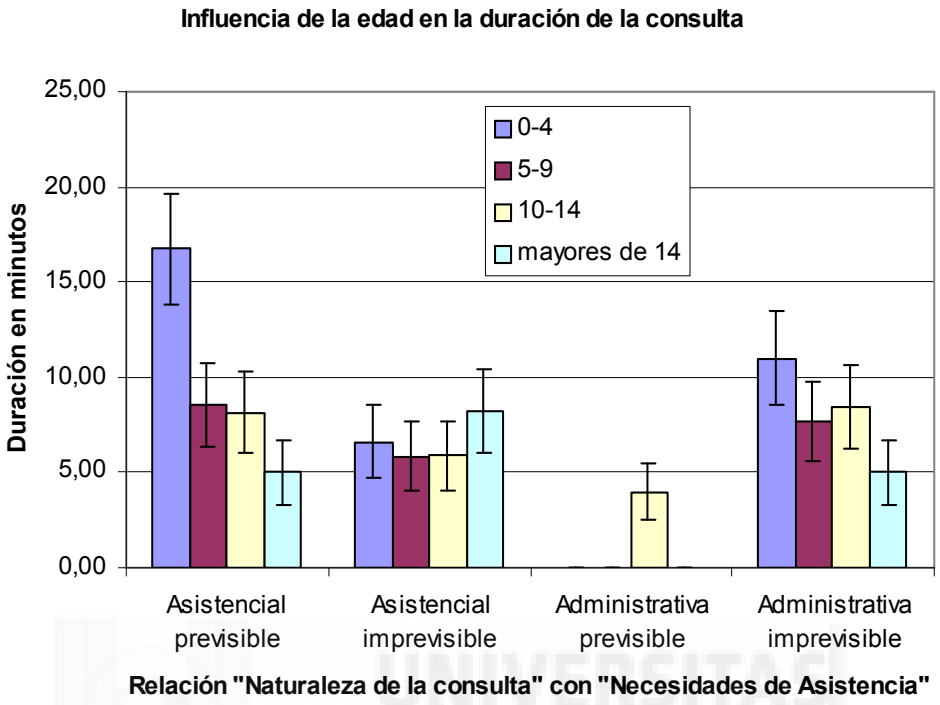
Tabla 63:

Grupos de Edad		Asistencial previsible	Asistencial imprevisible	Administrativa previsible	Administrativa imprevisible
Edad desconocida	n	6	29	2	2
	t (min)	7,50	8,45	3,00	6,50
	IC	5,44-9,56	6,28-10,62	1,67-4,33	4,57-8,43
0-4	n	45	193	0	6
	t (min)	16,73	6,63	0,00	11,00
	IC	**13,82-19,64***	4,69-8,57	0,00	**8,56-13,44***
5-9	n	11	165	0	3
	t (min)	8,55	5,85	0,00	7,67
	IC	**6,32-10,68***	4,02-7,68	0,00	5,59-9,75
10-14	n	8	125	3	7
	t (min)	8,13	5,88	4,00	8,43
	IC	**6,00-10,26***	4,04-7,72	2,47-5,53	6,26-10,60
mayores de 14	n	2	22	0	1
	t (min)	5,00	8,23	0,00	5,00
	IC	**3,30-6,70***	6,08-10,38	0,00	**3,30-6,70***

***Diferencias significativas al 95%**

En la figura 49 se reflejan los datos de la tabla 63.

Figura 49:



La tabla 64 muestra la influencia de la presión asistencial en la duración media de cada consulta, comparando aquellas con >= 24 pacientes vistos con las de >24 pacientes vistos.

En este caso se relaciona, la naturaleza de la consulta con las necesidades de asistencia y en la tabla 65, diferenciándose entre asistenciales y administrativas por un lado, y entre previsibles e imprevisibles por el otro.

Las consultas administrativas previsibles con menor presión asistencial tienen una duración media mayor por paciente. El resto de consultas no presenta diferencias estadísticamente significativas.

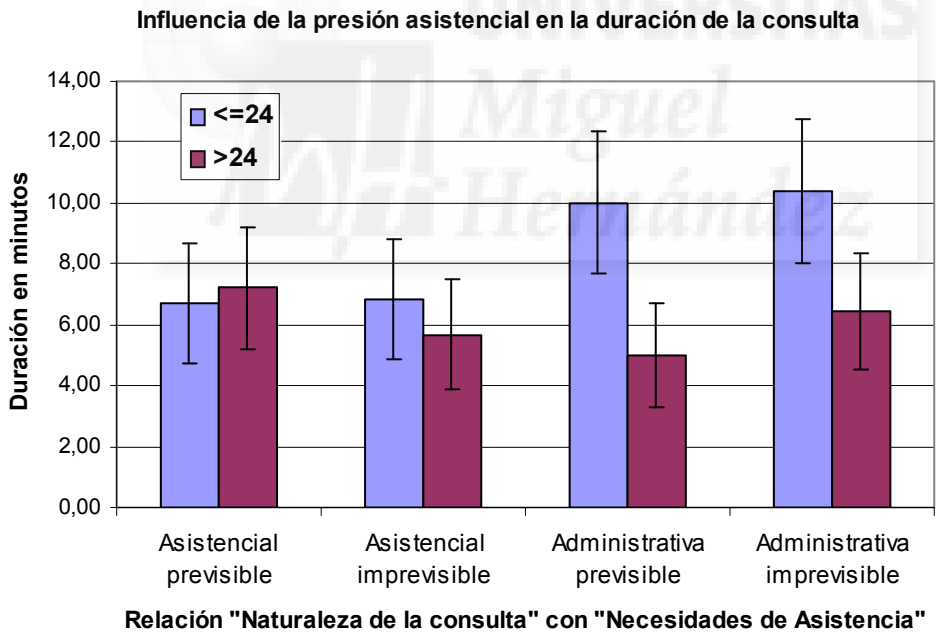
Tabla 64:

Duración consulta/PA =24		Asistencial previsible	Asistencial imprevisible	Administrativa previsible	Administrativa imprevisible
<=24	n	10	163	7	5
	t (min)	6,70	6,84	10,00	10,40
	IC	4,75-8,65	4,87-8,81	**7,66-12,34***	8,02-12,78
>24	n	5	215	2	7
	t (min)	7,20	5,68	5,00	6,43
	IC	5,18-9,22	3,87-7,49	**3,30-6,70***	4,51-8,35

***Diferencias significativas al 95%**

La figura 50 refleja los datos de la tabla 64**.**

Figura 50:



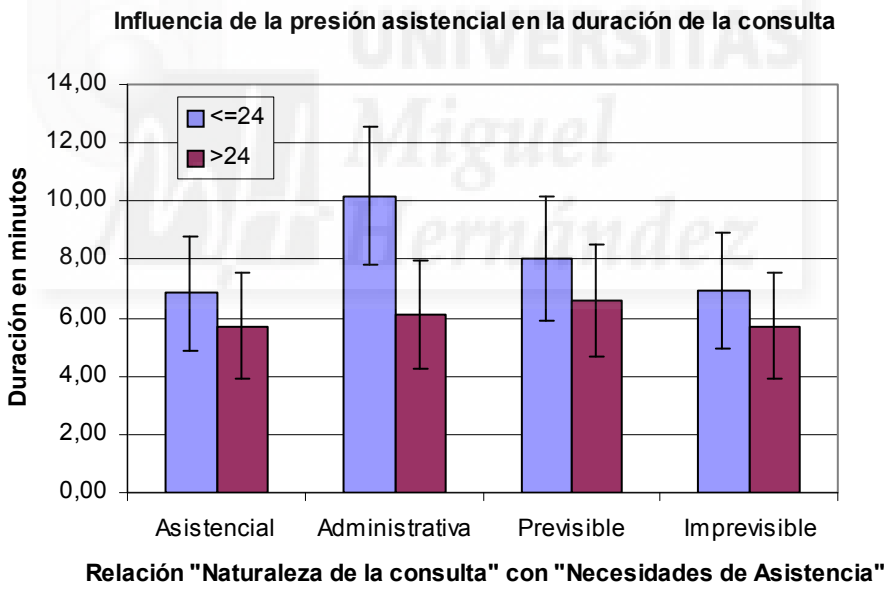
La figura 51 presenta los datos de la tabla 65, no hay diferencias significativas en ninguna de las consultas. En la figura 51 se pierden las diferencias significativas respecto a las consultas administrativas previsibles que se apreciaban en la figura 49.

Tabla 65:

Duración consulta /PA=24		Asistencial	Administrativa	Previsible	Imprevisible
<=24	n	173	12	17	168
	t (min)	6,83	10,17	8,06	6,95
	IC	4,86-8,80	7,81-12,53	5,93-10,19	4,96-8,94
>24	n	220	9	7	222
	t (min)	5,72	6,11	6,57	5,71
	IC	3,91-7,53	4,24-7,98	4,64-8,50	3,90-7,52

La figura 51 representa los datos de la tabla 65.

Figura 51:



Se repite el análisis previo, ahora con un punto de corte distinto en la presión asistencial. Las tablas 66 y 67 enfrentan consultas con una presión asistencial mayor o menor que la media del estudio (PA=37 pacientes). Como se aprecia en la figura 52 existen diferencias significativas en la duración de las consultas para todos los tipos de consulta salvo las consultas asistenciales imprevisibles. En la figura 53 las únicas consultas que presentan diferencias significativas en la duración de la consulta son las administrativas, ya que los

intervalos de confianza en el grupo de presión asistencial > de 37 son amplios al partir de una muestra pequeña.

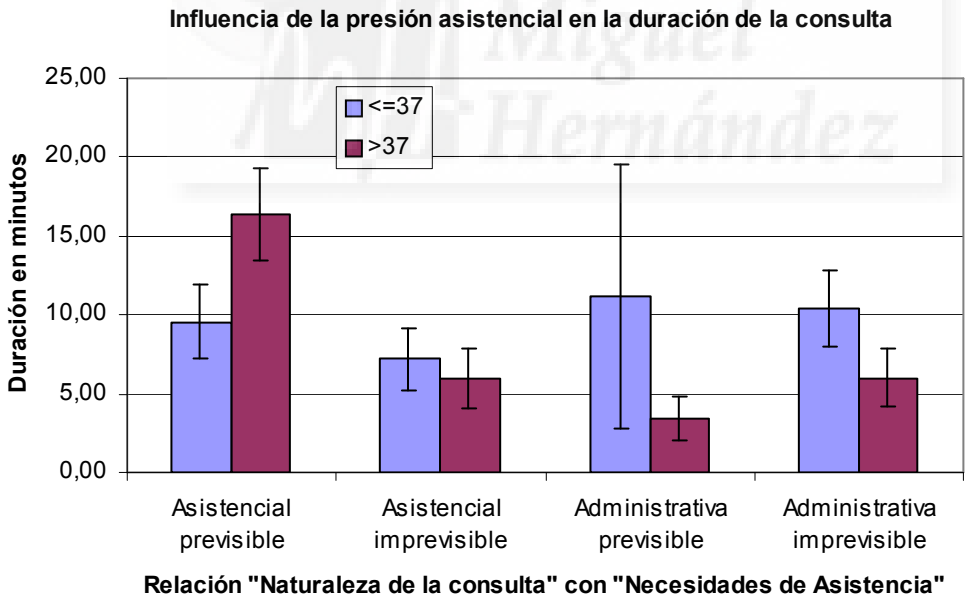
Tabla 66:

Duración consulta/PA =37		Asistencial previsible	Asistencial imprevisible	Administrativa previsible	Administrativa imprevisible
<=37	n	31	184	6	5
	t (min)	9,58	7,17	11,17	10,40
	IC	**7,28-11,88***	5,16-9,18	**8,71-13,63***	**8,02-12,78***
>37	n	41	350	5	8
	t (min)	16,34	5,96	3,40	6,00
	IC	**13,45-19,23***	4,11-7,81	**1,98-4,82***	**4,15-7,85***

***Diferencias significativas al 95%**

En la figura 52 se reflejan los datos de la tabla 66.

Figura 52:



La tabla 67 expresa los valores al enfrentar las necesidades asistenciales entre sí y la naturaleza de la consulta entre sí, aparece el tamaño muestral, la duración media y los intervalos de confianza al 95%.

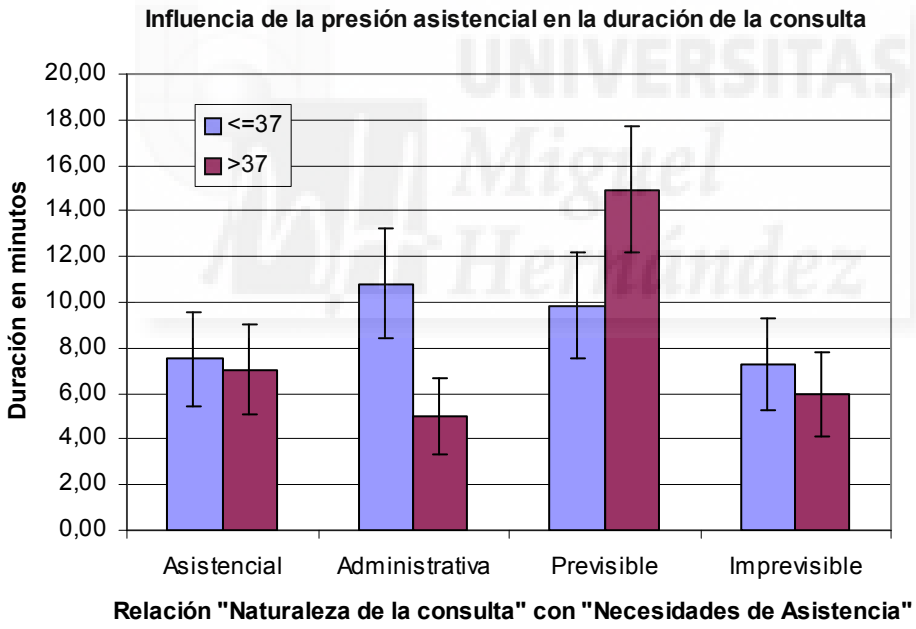
Tabla 67:

Duración consulta/PA =37		Asistencial	Administrativa	Previsible	Imprevisible
<=37	n	215	11	37	189
	t (min)	7,52	10,82	9,84	7,26
	IC	5,46-9,58	**8,39-13,25***	7,51-12,17	5,23-9,29
>37	n	391	13	46	358
	t (min)	7,05	5,00	14,93	5,96
	IC	5,05-9,05	**3,30-6,70***	12,15-17,71	4,11-7,81

***Diferencias significativas al 95%**

En la figura 53 se reflejan los datos de la tabla 67.

Figura 53:



A continuación se analiza la duración total de las 17 consultas estudiadas en función de la presión asistencial, presentando la duración en minutos y la presión asistencial en intervalos de 10 en 10 pacientes más, empezando por la presión asistencial más baja en la que coincide más de una consulta y terminando por la más alta, que sólo presenta un valor. Para cada intervalo de presión asistencial queda representada la consulta con duración mayor y la de duración menor.

La tendencia de estos valores es descendente. Para determinados intervalos de presión asistencial, como el intervalo de 41 a 50 pacientes citados, se aprecia una gran diferencia en la duración total de la consulta, en este caso entre 247 minutos (la duración más corta) y 439 minutos para la de duración más larga.

En la tabla 68 aparecen los valores para representar las figuras 54 y 55, ambas reflejan lo comentado anteriormente.

Tabla 68:

Intervalos presión asistencial	N (total=17)	Duración de la consulta en minutos			Diferencia Max-Min	Desviación Estándar	Varianza
		Máxima	Media	Mínima			
10 - 20	2	100	92,00	84	16	11,31	128,00
21 - 30	4	284	212,75	110	174	73,52	5.404,92
31 - 40	6	313	263,67	207	106	41,20	1.697,47
41 - 50	2	439	343	247	192	135,76	18.432,00
51 - 60	2	540	465	390	150	106,07	11.250,00
61 - 70	1	323	323	323	0	0,00	0,00

Figura 54:

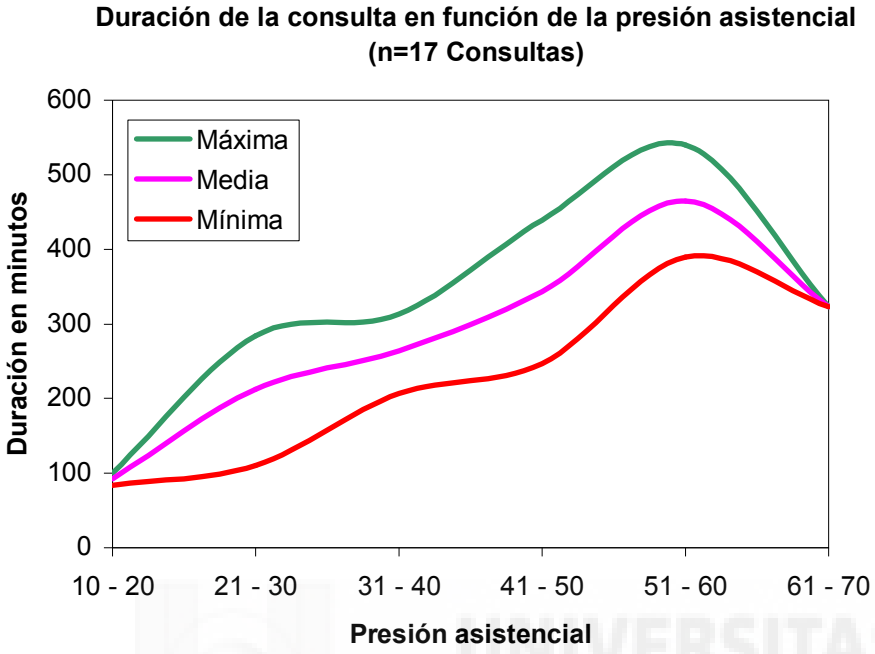
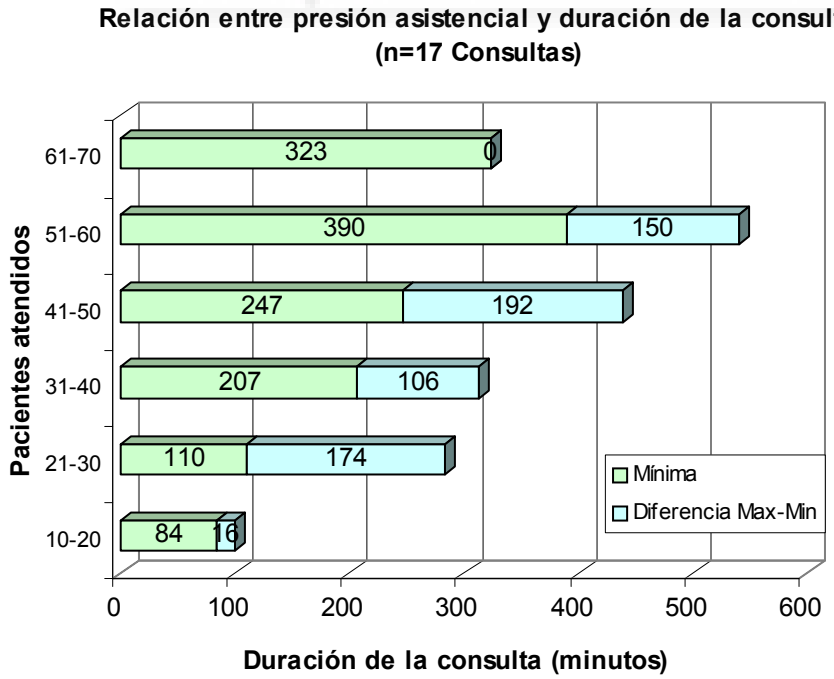


Figura 55:



6.3.1.6. ANÁLISIS MULTIVARIANTE

Las tablas siguientes presentan las correlaciones multivariantes utilizando las mismas variables independientes (edad, sexo, centro informatizado, centro docente, centro rural, duración de la consulta, presión asistencial) y variando la variable dependiente. En negrita se resaltan las variables que presentan diferencias significativas.

Tabla 69: Correlaciones multivariantes. Coeficientes.

Variables independientes	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
	B	Error estándar	Beta	t	Significación
Constante	0,817	0,421		1,940	0,053
EDAD	0,005058	0,010	0,020	0,483	0,629
SEXO	-0,01203	0,090	-0,005	-0,133	0,894
INFORMATIZADO	- 0,336	0,144	- 0,150	- 2,334	0,020
DOCENTE	0,498	0,198	0,216	2,511	0,012
RURAL	0,02988	0,175	0,012	0,171	0,864
DURACIÓN	- 0,02994	0,006	- 0,223	- 5,392	0,000
PRESIÓN ASISTENCIAL	0,02576	0,009	0,138	2,978	0,003
Variable dependiente: Asistencial Imprevisible (p = 0,000)					

Al hacer el estudio multivariante se enfrentan las consultas asistencial-imprevisible (variable dependiente) con la edad, sexo, centro informatizado, centro docente, centro rural y duración de la consulta (variables independientes). El modelo presenta significación estadística ($p< 0,05$) para las cuatro variables: informatizado, docente, duración de la consulta y presión asistencial (tabla 69).

La tabla 70 muestra la variabilidad explicada que en este caso es del 11,4%.

Tabla 70:

R	R cuadrado	R cuadrado ajustada	Error estándar de la estimación
,337	,114	,102	1,056

En la tabla 71 se presenta el estudio multivariante enfrentando las consultas asistencial-previsibles(variable dependiente) con las mismas variables independientes que en el caso anterior.

Tabla 71: Correlaciones multivariantes. Coeficientes.

Variables independientes	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Significación
	B	Error típico	Beta		
Constante	0,156	0,129		1,204	0,229
EDAD	- 0,009530	0,003	- 0,123	- 2,962	0,003
SEXO	0,02207	0,028	0,032	0,796	0,427
INFORMATIZADO	- 0,004378	0,044	- 0,006	- 0,099	0,921
DOCENTE	- 0,05866	0 061	- 0,083	- 0,961	0,337
RURAL	- 0,06837	0,054	- 0,091	- 1,274	0,203
DURACIÓN	0,01084	0,002	0,264	6,345	0,000
PRESIÓN ASISTENCIAL	-0,0005396	0,003	-0.009	-0,203	0,839
Variable dependiente: Asistencial Previsible (p=0,000)					

El modelo presenta una significación estadística ($p<0,05$) para las variables edad y duración de la consulta. La variabilidad explicada es del 10%.

Tabla 72:

R	R cuadrado	R cuadrado ajustada	Error estándar de la estimación
,316	,100	,088	,325

Al hacer el estudio multivariante enfrentando las consultas administrativas imprevisibles (variable dependiente) con las variables independientes anteriores se observa significación estadística en edad, centro informatizado y centro docente (tabla 73).

Tabla 73: Correlaciones multivariantes. Coeficientes.

Variables independientes	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Significación
	B	Error típico	Beta		
Constante	0,02827	0,144		0,196	0,845
EDAD	0,02560	0,004	0,255	7,133	0,000
SEXO	- 0,03099	0,031	- 0,035	- 1,002	0,317
INFORMATIZADO	- 0,645	0,049	- 0,729	-13,074	0,000
DOCENTE	0,623	0,068	0,685	9,152	0,000
RURAL	0,02714	0,060	0,028	0,453	0,650
DURACIÓN	0,002892	0,002	0,54	1,518	0,130
PRESIÓN ASITENCIAL	-0,003480	0,003	-0,047	-1,173	0,241
Variable dependiente: Administrativa Imprevisible (p=0,000)					

El modelo presenta una significación estadística (p>0,05) para las tres variables. La variabilidad explicada es del 33,2%, muy superior a los anteriores.

Tabla 74:

R	R cuadrado	R cuadrado ajustada	Error estándar de la estimación
,576	,332	,324	,362

En el estudio multivariante enfrentamos las consultas administrativas previsibles (variable dependiente) con las variables independientes. Sólo son variables significativas centro informatizado y centro docente (tabla 75).

Tabla 75: Correlaciones multivariantes. Coeficientes.

Variables independientes	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Significación
	B	Error típico	Beta		
Constante	0,03268	0,095		0,344	0,731
EDAD	0,0004016	0,002	0,007	0,170	0,865
SEXO	- 0,007581	0,020	- 0,016	- 0,373	0,710
INFORMATIZADO	- 0,132	0,032	- 0,273	- 4,079	0,000
DOCENTE	0,143	0,045	0,287	3,198	0,001
RURAL	0,04175	0,039	0,078	1,061	0,289
DURACIÓN	- 0,0001096	0,001	- 0,004	- 0,88	0,930
PRESIÓN ASITENCIAL	-0,00005632	0,002	-0,001	-0,029	0,977
Variable dependiente: Administrativa Previsible (p<0,002)					

El modelo presenta significación estadística (p<0,05) para las dos variables y la variabilidad explicada es l 4,15 muy inferior al modelo anterior.

Tabla 76:

R	R cuadrado	R cuadrado ajustada	Error estándar de la estimación
,202	,041	,029	,238

6.3.2. RESULTADOS PARA EL OBJETIVO NÚMERO 2

La Tabla 77 presenta los valores recogidos en el trabajo de campo y que aparecen en la Hoja Resumen de Jornada del estudio SyN-PC, a la par que los valores reflejados por los médicos para las mismas variables en las Hojas de Trabajo del SIGAP, también refleja para cada variable el valor hallado al revisar las Encuestas del SyN-PC. Los valores se presentan para cada Centro de Salud y para cada jornada de recogida de datos. Además, para cada valor se especifica la media aritmética, la desviación estándar, el tamaño muestral, los intervalos de confianza con los valores máximos y mínimos.

La Tabla 78 presenta los mismos datos agrupados por Centros de Salud, indicando como "n" los números de consultas recogidos en cada centro.

Los valores de la Hoja Resumen de Jornada del estudio SyN-PC son los denominados como: Citados, Duración, No Acuden, SinCita y Avisos.

Los valores al revisar las Encuestas del estudio SyN-PC son los denominados en la tabla como: Enc-Citados (para los pacientes citados), Enc - Durac (Duración de la consulta al restar a la hora de salida, la hora de entrada en global para toda la consulta), Enc - Durac2 (Duración total de la Consulta tras realizar el sumatorio de los minutos que dura la consulta de cada uno de los pacientes), Enc_NoCita (Pacientes sin cita que fueron valorados), Enc-Domi (Visitas domiciliarias). En las encuestas del estudio no se puede obtener el dato de los pacientes que teniendo cita previa no acudieron ese día a la consulta.

Los valores de la Hoja de Trabajo del SIGAP son los denominados en la tabla como: HT-Citados (pacientes que aparecen citados en la Hoja de trabajo), HT-Durac (Duración global de la consulta), HT NoPres (Pacientes citados que no acuden a consulta), HT NoCit (Pacientes valorados sin tener cita previa), HT-Domic (Avisos domiciliarios). Los profesionales de cada Centro reflejan diariamente su actividad asistencias en la Hoja de Trabajo. Estos datos se agrupan por Centros y se envían a Dirección de Área para la realización de la estadística del SIGAP.

Tabla 77:

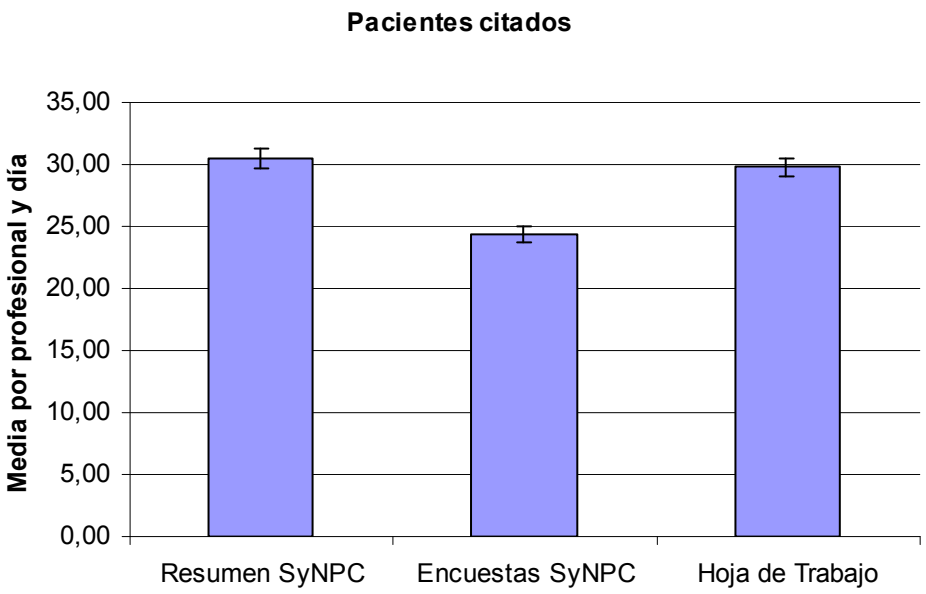
Centro	Citados	Enc_Citadas	HT_Citad	Duración	Enc_Durac	Enc_Durac2	HT_Durac	No acuden	HT_NoPres	SinCita	Enc_NoCit	HT_NoCit	Avisos	Enc Domi	HT Domic
C.S. Acacias	26	19	24	225	240	260	205	4	4	9	8	9	0	0	0
C.S. Acacias	35	20	28	240	290	274	250	10	9	7	8	7	0	0	0
C.S. Acacias	14	10	15	120	264	48	120	6	6	2	1	2	0	0	0
C.S. Acacias	29	21	28	272	332	206	300	7	7	8	8	8	0	0	0
C.S. Aspe	35	19	32	338	338	283	300	9	9	18	16	21	0	0	0
C.S. Av. Sax	22	21	22	300	323	346	290	6	2	1	5	8	0	0	0
C.S. Biar	25	24	24	270	300	222	300	0	0	2	0	2	1	1	1
C.S. Biar	12	10	12	90	110	100	105	2	1	1	1	1	0	0	0
C.S. Monóvar	19	18	20	250	250	235	210	0	0	6	7	6	0	0	0
C.S. Novelda	47	47	47	270	390	390	300	1	1	8	8	8	0	0	0
C.S. Novelda	33	27	33	260	290	285	240	4	3	9	9	9	0	0	0
C.S. Petrer	35	33	35	383	373	404	323	3	3	22	21	22	0	0	0
C.S. Petrer	40	30	40	394	379	420	360	8	9	15	15	15	0	0	0
C.S. Petrer	36	28	36	338	327	313	333	8	8	10	8	10	0	0	0
C.S. Pinoso	34	28	34	360	360	323	360	13	13	40	36	40	0	0	0
C.S. Sax	31	23	31	255	255	110	197	8	0	6	0	6	0	0	0
C.S. Villena	45	36	45	280	280	247	290	1	1	7	6	7	0	0	0
1.- Media aritmética	30,47	24,35	29,76	273,24	300,06	262,71	263,71	5,29	4,47	10,06	9,24	10,65	0,06	0,06	0,06
2.- Desviación estándar	9,86	9,16	9,67	80,96	67,60	105,13	75,37	3,82	4,05	9,63	8,95	9,54	0,24	0,24	0,24
3. -n	518	414	506	4.645	5.101	4.466	4.483	90	76	171	157	181	1	1	1
4. -IC	0,77	0,72	0,76	6,32	5,28	8,21	5,89	0,30	0,32	0,75	0,70	0,74	0,02	0,02	0,02
5. -IC_Min	29,70	23,64	29,01	266,91	294,78	254,50	257,82	5,00	4,15	9,31	8,54	9,90	0,04	0,04	0,04
6. -IC_Max	31,24	25,07	30,52	279,56	305,34	270,92	269,59	5,59	4,79	10,81	9,93	11,39	0,08	0,08	0,08

Tabla 78:

Centro de salud	Citados	Enc_Citadas	HT_Citad	Duración	Enc_Durac	Enc_Durac2	HT_Durac	NoAcuden	HT_NoPres	SinCita	Enc_NoCit	HT_NoCit
C.S. Acacias	104	70	95	857	1.126	788	875	27	26	26	25	26
C.S. Aspe	35	19	32	338	338	283	300	9	9	18	16	21
C.S. Av. Sax	22	21	22	300	323	346	290	6	2	1	5	8
C.S. Biar	37	34	36	360	410	322	405	2	1	3	1	3
C.S. Monóvar	19	18	20	250	250	235	210	0	0	6	7	6
C.S. Novelda	80	74	80	530	680	675	540	5	4	17	17	17
C.S. Petrer	111	91	111	1.115	1.079	1.137	1.016	19	20	47	44	47
C.S. Pinoso	34	28	34	360	360	323	360	13	13	40	36	40
C.S. Sax	31	23	31	255	255	110	197	8	0	6	0	6
C.S. Villena	45	36	45	280	280	247	290	1	1	7	6	7
1.- Media aritmética	30,471	24,353	29,765	273,24	300,06	262,71	263,71	5,2941	4,4706	10,059	9,2353	10,647
2. - Desviación estándar	9,86	9,1579	9,673	80,959	67,6	105,13	75,367	3,8204	4,0484	9,6272	8,948	9,539
3. - n	518	414	506	4.645	5.101	4.466	4.483	90	76	171	157	181
4. - IC	0,7696	0,7151	0,7553	6,3218	5,2787	8,2092	5,8852	0,2983	0,3161	0,7518	0,6987	0,7449
5.- IC_Min	29,701	23,638	29,009	266,91	294,78	254,5	257,82	4,9958	4,1545	9,3071	8,5366	9,9022
6. - IC_Max	31,24	25,068	30,52	279,56	305,34	270,92	269,59	5,5924	4,7867	10,811	9,934	11,392

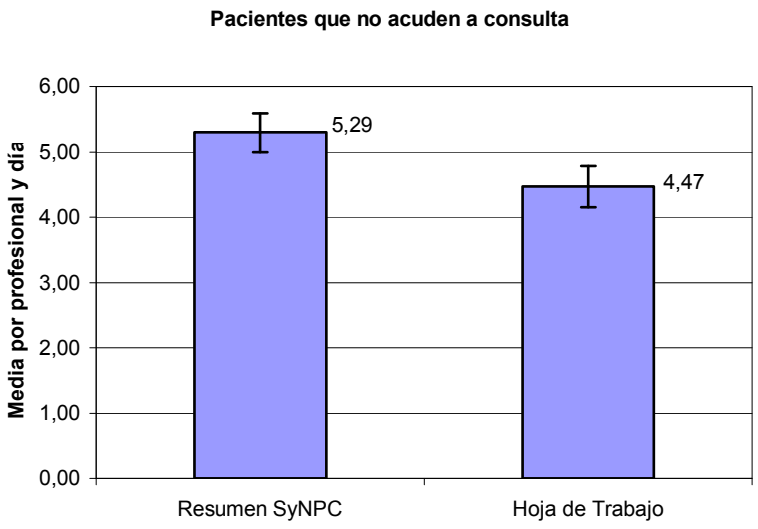
La figura 56 presenta los valores de la media por profesional y día de los pacientes citados, con sus intervalos de confianza, en función de los 3 documentos de recogida de datos (Resumen de Jornada del SyN-PC, Encuestas del SyN-PC, Hoja de Trabajo del SIGAP). Se aprecian diferencias estadísticamente significativas en los pacientes citados en las Encuestas respecto a los citados en el Resumen y en la Hoja de Trabajo.

Figura 56:



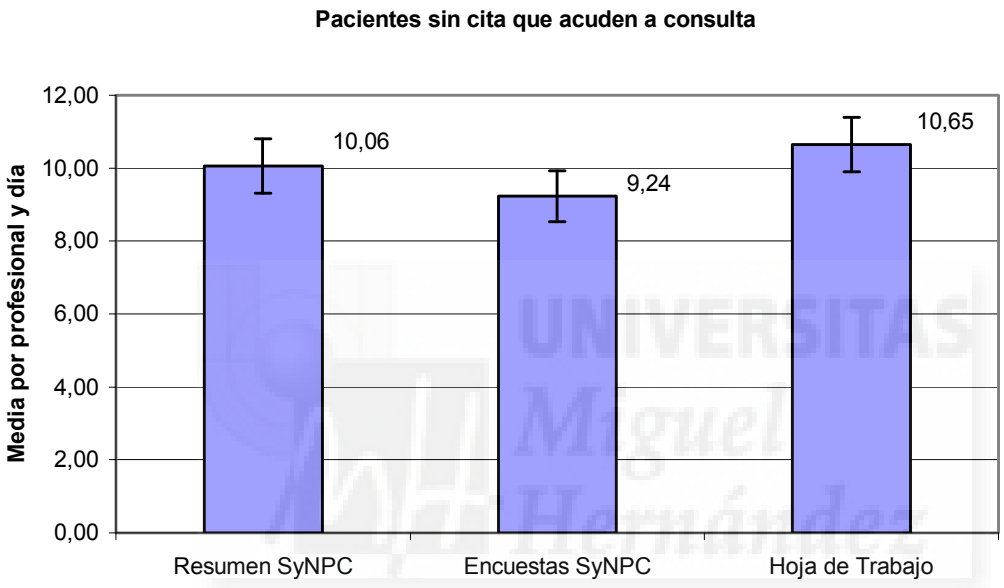
La figura 57 representa los valores de la media por profesional y día de los pacientes citados y que no acuden a la consulta, con sus intervalos de confianza, en función de los dos documentos de la recogida de datos (Resumen de Jornada del SyN-PC y Hoja de Trabajo del SIGAP). Se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre los dos documentos. Este dato no se puede conseguir en las encuestas SyN-PC, ya que los pacientes aunque citados no han sido valorados.

Figura 57:



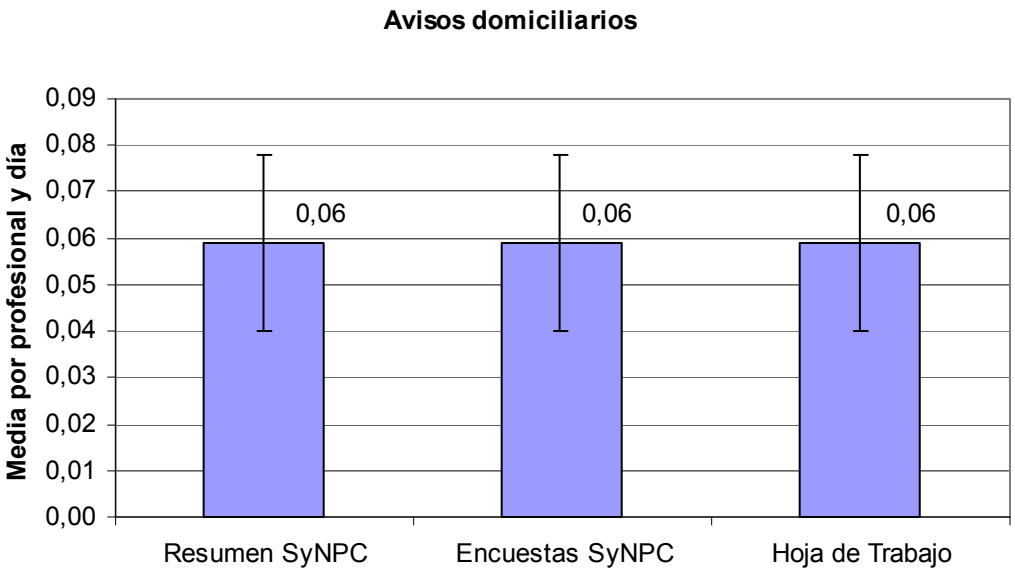
La figura 58 muestra los valores de la media por profesional y día de los pacientes sin cita previa que han sido valorados en consulta, con sus intervalos de confianza, en función de los tres documentos de la recogida de datos (Resumen de Jornada del SyN-PC, Encuestas del SyN-PC, Hoja de Trabajo del SIGAP). Se aprecian diferencias estadísticamente significativas en los pacientes sin cita de las encuestas respecto a los pacientes del Resumen y la Hoja de Trabajo.

Figura 58:



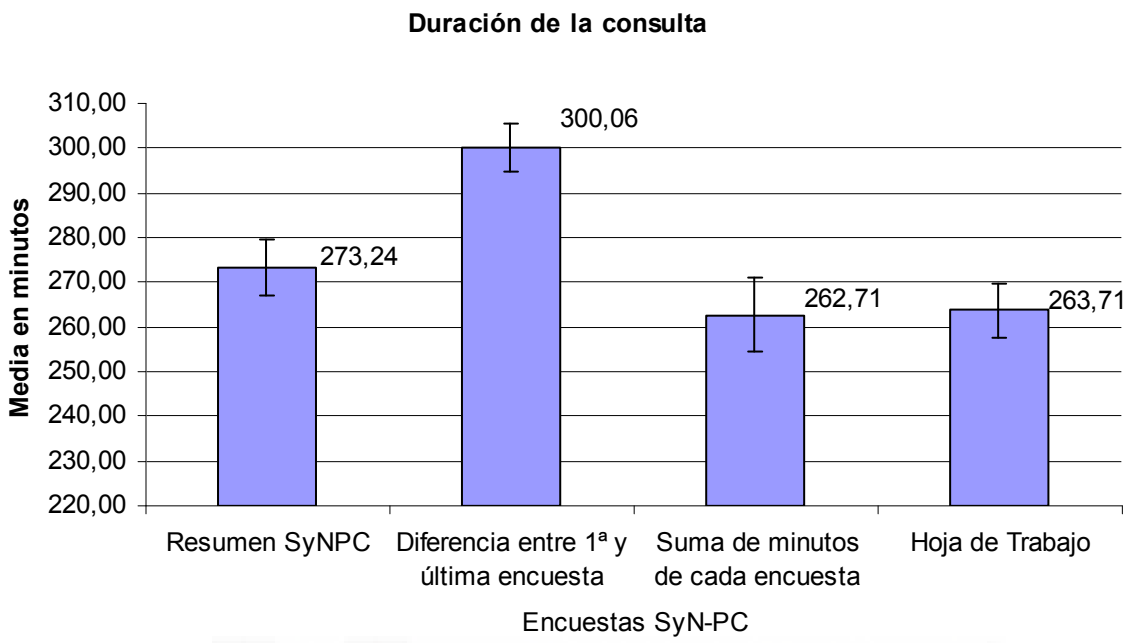
En la figura 59 se representan los valores de la media por profesional y día de los pacientes que han sido valorados en sus domicilios, con sus intervalos de confianza, de acuerdo a los 3 documentos de recogida de datos (Resumen de Jornada del SyN-PC, Encuestas del SyN-PC, Hoja de trabajo del SIGAP). No hay diferencias estadísticamente significativas entre los 3 documentos, con intervalos de confianza coincidentes.

Figura 59:



La figura 60 muestra la duración media en minutos de la consulta, con sus intervalos de confianza, en función de los 3 documentos de recogida de datos. Para las Encuestas del SyN-PC hay 2 valores distintos, el primero la diferencia entre la primera y última encuesta y el segundo la suma de minutos de cada una de las encuestas. Se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre los valores de las encuestas (diferencia entre 1ª y última encuesta) respecto a los otros dos documentos (Resumen SyN-PC y Hoja de Trabajo).

Figura 60:



6.3.3. RESULTADOS PARA EL OBJETIVO NÚMERO 3

Las Tablas 79,80,81 y 82 son tablas de 2x2 en las que se cruzan, para cada tipo de consulta: lo referido por el médico en la Hoja de Trabajo, con lo reflejado en las encuestas SyN-PC (patrón oro para comparar). Cada una de estas tablas incluye 2 tablas de 2x2:

- La tabla 79 para consultas programadas y consultas de Programas de Salud.
- La tabla 80 para consultas primera y consulta segunda.
- La Tabla 81 para consultas de administrativas y consultas programadas.
- La Tabla 82 para consultas con solicitud de pruebas de laboratorio y para consultas con solicitud de radiología.

El tamaño muestral es de 630 registros cruzados en las tablas 2x2.

Tabla 79:

Consulta programada		Encuestas		
		SI	NO	TOTAL
Hoja de trabajo	SI	15	7	22
	NO	5	603	608
	TOTAL	20	610	630

Examen de salud		Encuestas		
		SI	NO	TOTAL
Hoja de trabajo	SI	20	0	20
	NO	18	592	610
	TOTAL	38	592	630

Tabla 80:

Primera consulta		Encuestas		
		SI	NO	TOTAL
Hoja de trabajo	SI	534	37	571
	NO	5	54	59
	TOTAL	539	91	630

Segunda consulta		Encuestas		
		SI	NO	TOTAL
Hoja de trabajo	SI	21	4	25
	NO	3	602	605
	TOTAL	24	606	630

Tabla 81:

Consulta administrativa		Encuestas		
		SI	NO	TOTAL
Hoja de trabajo	SI	9	4	13
	NO	77	540	617
	TOTAL	86	544	630

Consulta especializada		Encuestas		
		SI	NO	TOTAL
Hoja de trabajo	SI	25	4	29
	NO	4	592	596
	TOTAL	29	596	630

Tabla 82:

Laboratorio		Encuestas		
		SI	NO	TOTAL
Hoja de trabajo	SI	22	1	23
	NO	8	599	607
	TOTAL	30	600	630

Radiología		Encuestas		
		SI	NO	TOTAL
Hoja de trabajo	SI	6	5	11
	NO	2	617	619
	TOTAL	8	622	630

Comparando los registros de la Hoja de Trabajo con las encuestas del estudio SyN-PC en las Tablas de 2x2 previas, se calculan los indicadores de validez (Sensibilidad, Especificidad, Falsos +, Falsos -) y también los indicadores de utilidad clínica o nivel de evidencia (CP + CP-) y la consistencia o fiabilidad (Índice Kappa). Todos estos resultados se especifican en la tabla 83.

En la Tabla 83 se ha calculado para cada tipo de consulta (Programada, Examen Salud, Primera v, Segunda visita, Administrativa; Derivación a Especializada, Solicitud de analíticas y Solicitud de pruebas de laboratorio) la Sensibilidad, la Especificidad, los valores predictivos positivos y negativos con su complementario, la Eficacia, la probabilidad

preprueba y el índice Kappa. Tras obtener estos valores se reflejan el nivel de evidencia y la consistencia en función de los valores del Kappa.

Tabla 83:

	Consulta programada	Examen salud	Primera 1ª consulta	Segunda 2ª consulta	Consulta administrativa	Consulta especializada	Laboratorio	Radiología
Sensibilidad	75,0%	52,6%	99,1%	87,5%	10,5%	86,2%	73,3%	75,0%
Especificidad	98,9%	100,0%	59,3%	99,3%	99,3%	99,3%	99,8%	99,2%
Vp+	68,2%	100,0%	93,5%	84,0%	69,2%	86,2%	95,7%	54,5%
Vp-	99,2%	97,0%	91,5%	99,5%	87,2%	99,3%	98,7%	99,7%
1-(Vp-)	0,8%	3,0%	8,5%	0,5%	12,8%	0,7%	1,3%	0,3%
Cp +	68,18	0,00	2,43	125,00	15,00	123,14	366,15	94
Cp -	0,25	0,47	0,02	0,13	0,90	0,15	0,27	0,25
Eficacia	98,0%	97,0%	93,0%	99,0%	87,0%	98,0%	99,0%	99,0%
Probabilidad preprueba	3,00%	6,00%	86,00%	4,00%	14,00%	5,00%	5,00%	1,00%
Kappa	0,704457	0,676185	0,684105	0,851365	0,151395	0,851395	0,822868	0,626081
Nivel evidencia Cp +	A	A	C	A	A	A	A	A
Nivel evidencia Cp -	C	C	A	B	D	B	C	C
Consistencia	sustancial	sustancial	sustancial	casi perfecta	leve	casi perfecta	casi perfecta	sustancial

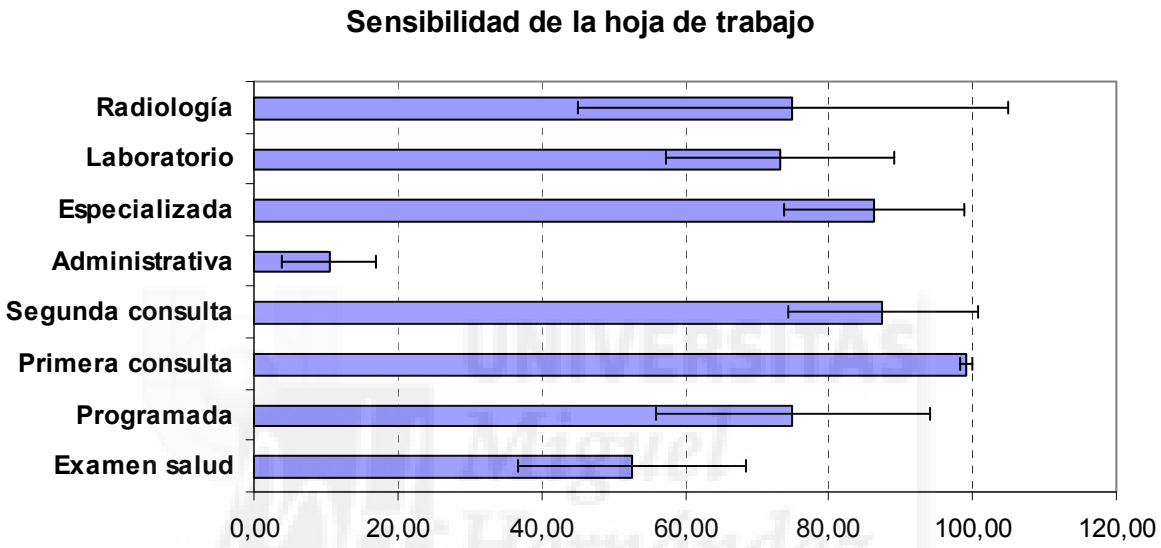
La tabla 84 presenta los intervalos de confianza de la sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivos y negativos, del complementario del valor predictivo negativo, de la eficacia y de la probabilidad preprueba, para cada tipo de consulta, las derivaciones y las peticiones de pruebas complementarias en las Hojas de trabajo.

Tabla 84:

		Examen salud	Programada	Primera consulta	Segunda consulta	Administrativa	Especializada	Laboratorio	Radiología
Sensibilidad	n	38	20	539	24	86	29	30	8
	%	52,60	75,00	99,10	87,50	10,50	86,20	73,30	75,00
	IC_Min	36,72	56,02	98,30	74,27	4,02	73,65	57,47	44,99
	IC_Max	68,48	93,98	99,90	100,73	16,98	98,75	89,13	105,01
Especificidad	n	592	603	91	606	619	602	609	624
	%	100,00	98,90	59,30	99,30	99,30	99,30	99,80	99,20
	IC_Min	100,00	98,07	49,21	98,64	98,64	98,64	99,45	98,50
	IC_Max	100,00	99,73	69,39	99,96	99,96	99,96	100,15	99,90
Vp +	n	20	22	571	25		29	22	6
	%	100,00	68,20	93,50	84,00	69,20	86,20	95,70	54,50
	IC_Min	100,00	48,74	91,48	69,63	44,10	73,65	87,22	14,55
	IC_Max	100,00	87,66	95,52	98,37	94,30	98,75	104,18	94,25
Vp -	n	610	608	59	605	617	601	608	624
	%	97,00	99,20	91,50	99,50	87,20	99,30	98,70	99,70
	IC_Min	95,65	98,49	84,38	98,94	84,56	98,63	97,80	99,27
	IC_Max	98,35	99,91	98,62	100,06	89,84	99,97	99,60	100,13
1-(Vp -)	n	610	608	59	605	617	601	608	624
	%	3,00	0,80	8,50	0,50	12,80	0,70	1,30	0,30
	IC_Min	1,65	0,09	1,38	-0,06	10,16	0,03	0,40	-0,13
	IC_Max	4,35	1,51	15,62	1,06	15,44	1,37	2,20	0,73
Eficacia	n	630	630	630	630	630	630	630	630
	%	97,00	98,00	93,00	99,00	87,00	98,00	99,00	99,00
	IC_Min	95,67	96,91	91,01	98,22	84,37	96,91	98,22	98,22
	IC_Max	98,33	99,09	94,99	99,78	89,63	99,09	99,78	99,78
Probabilidad preprueba	n	630	630	630	630	630	630	630	630
	%	6,00	3,00	86,00	4,00	14,00	5,00	5,00	1,00
	IC_Min	4,15	1,67	83,29	2,47	11,29	3,30	3,30	0,22
	IC_Max	7,85	4,33	88,71	5,53	16,71	6,70	6,70	1,78

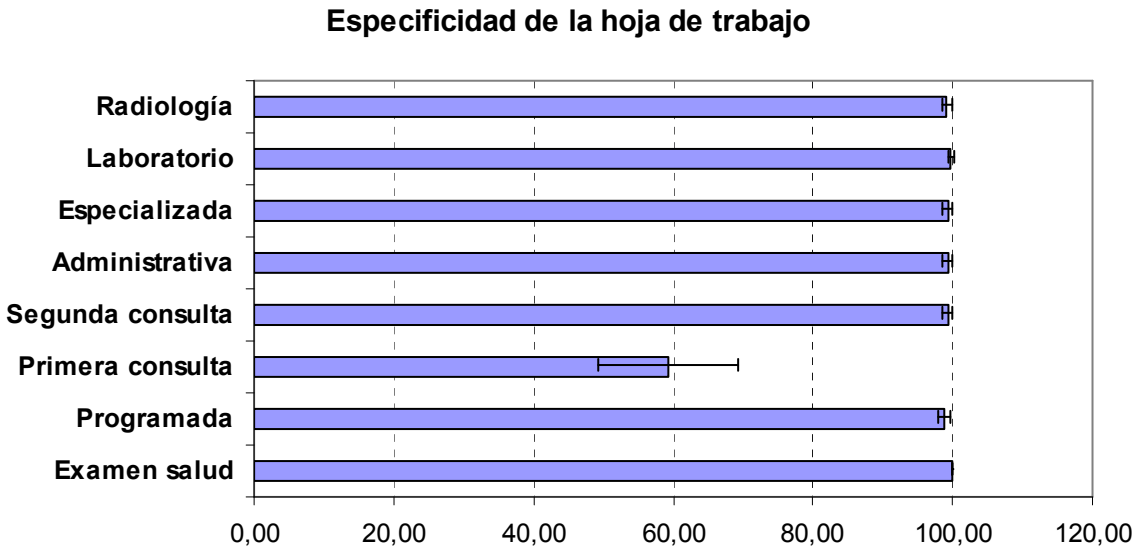
La figura 61 representa gráficamente los valores obtenidos para la **Sensibilidad de la Hoja de Trabajo**, con sus intervalos de confianza, para los 5 tipos de consulta, las derivaciones a especializada y las peticiones de laboratorio y radiología. Aquellos valores con una muestra más pequeña presentan los intervalos de confianza más amplios, como es el caso de las peticiones de Laboratorio y Radiología.

Figura 61:



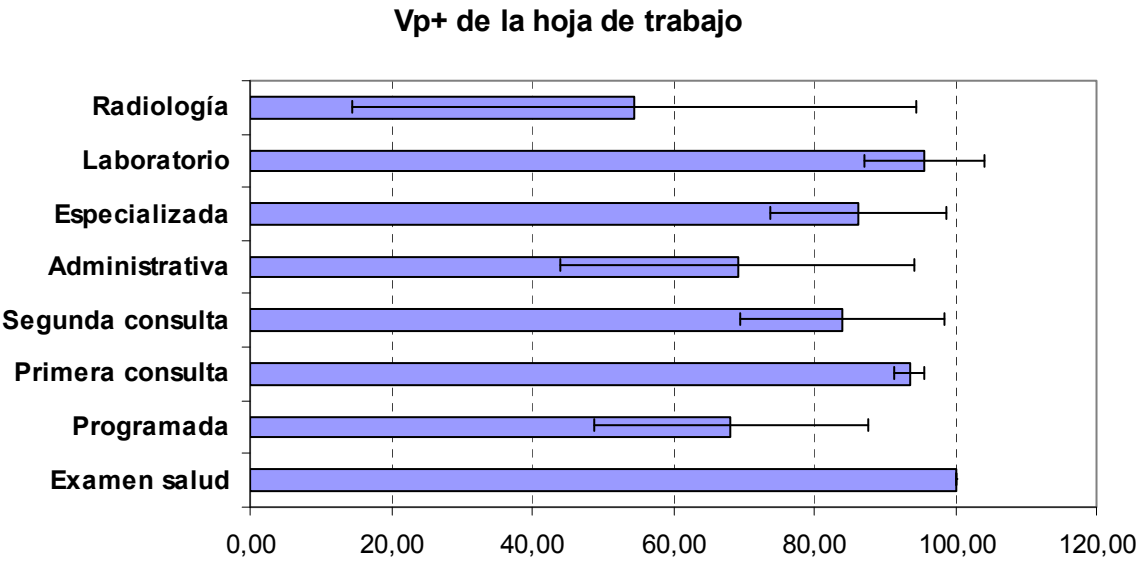
La figura 62 representa gráficamente los valores obtenidos para la **Especificidad de la Hoja de Trabajo,** con sus intervalos de confianza, para los 5 tipos de consulta, las derivaciones a especializada y las peticiones de laboratorio y radiología. Aquellos valores con una muestra más grande presentan los intervalos de confianza más amplios, como es el caso de las primeras consultas.

Figura 62:



En la figura 63 se representa gráficamente los valores obtenidos para el **Valor Predictivo Positivo de la Hoja de trabajo,** con sus intervalos de confianza**,** para los 5 tipos de consulta, las derivaciones a especializada y las peticiones de laboratorio y radiología. Aquellos valores con una muestra más pequeña, presentan los intervalos de confianza más amplios, como es el caso de las consultas administrativas y las peticiones de radiología.

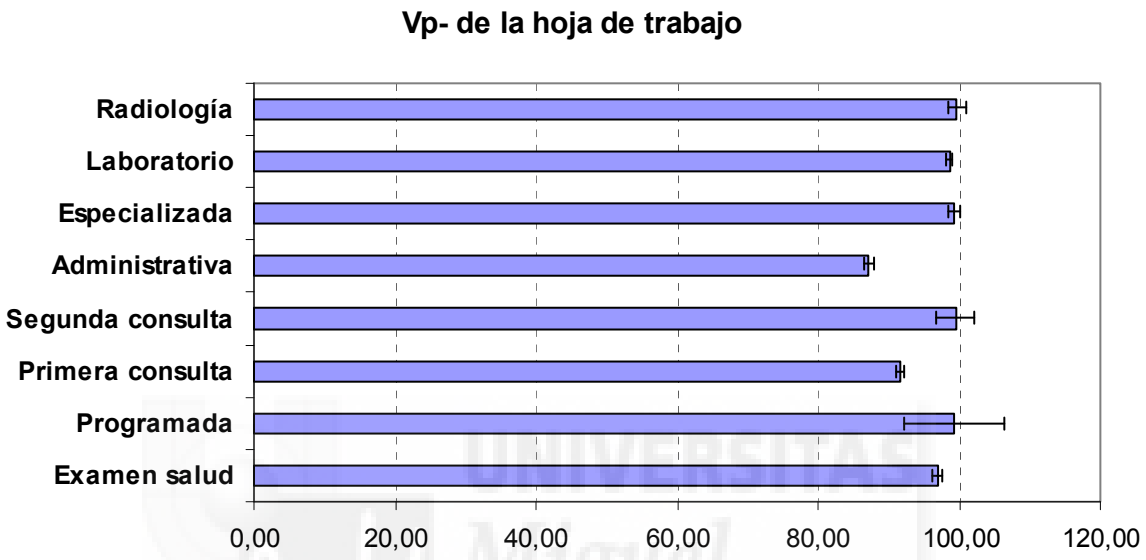
Figura 63:



La figura 64 representa gráficamente los valores obtenidos para el **Valor Predictivo Negativo de la Hoja de Trabajo,** con sus intervalos de confianza, para los 5 tipos de

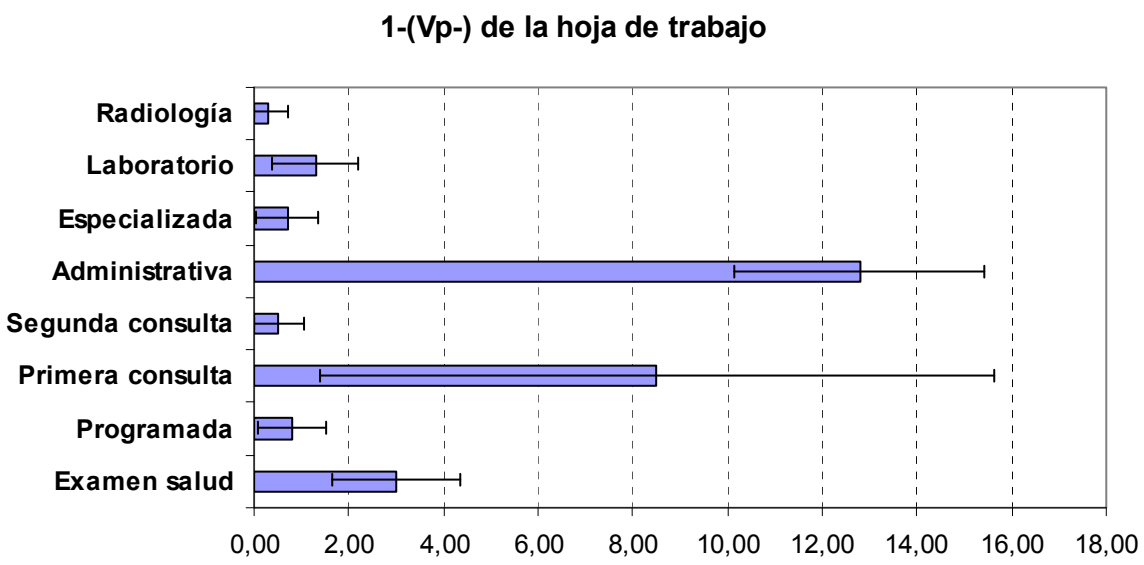
consulta, las derivaciones a especializada y las peticiones de laboratorio y radiología. Aquellos con un valor predictivo próximo al 100 % presentan intervalos de confianza muy pequeños, como es el caso de las peticiones de laboratorio, y radiología, derivaciones a especializada y segundas consultas.

Figura 64:



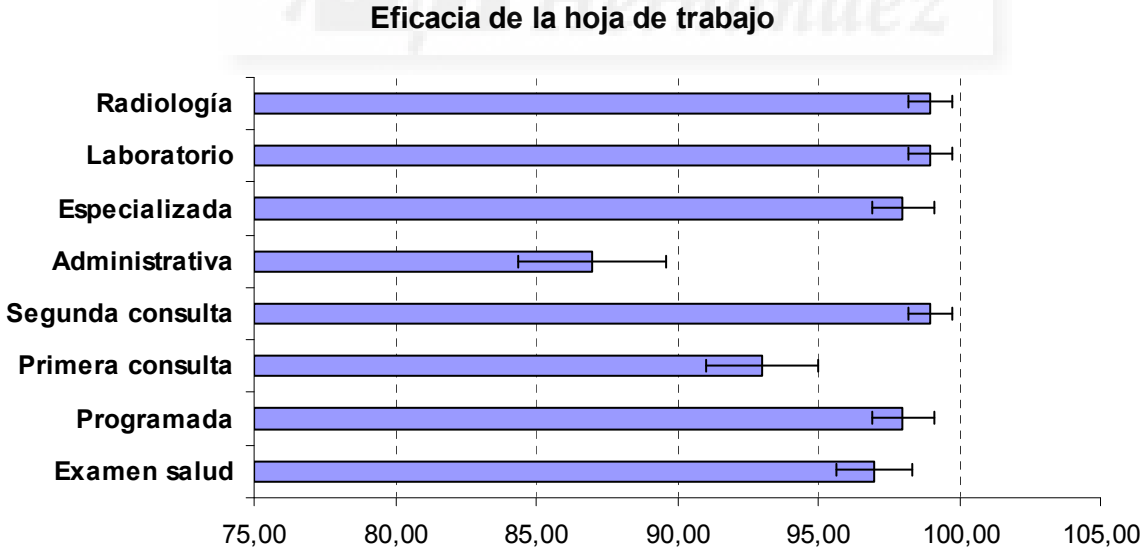
En la figura 65 se representa gráficamente los valores obtenidos para el **Complementario del Valor Predictivo negativo de la Hoja de Trabajo,** con sus intervalos de confianza, para los 5 tipos de consulta, las derivaciones a especializada y las peticiones de laboratorio y radiología. Aquellos con el complementario del valor predictivo negativo próximo a 0 tienen un intervalo de confianza más pequeño, como es el caso de las segundas consultas y las peticiones a radiología.

Figura 65:



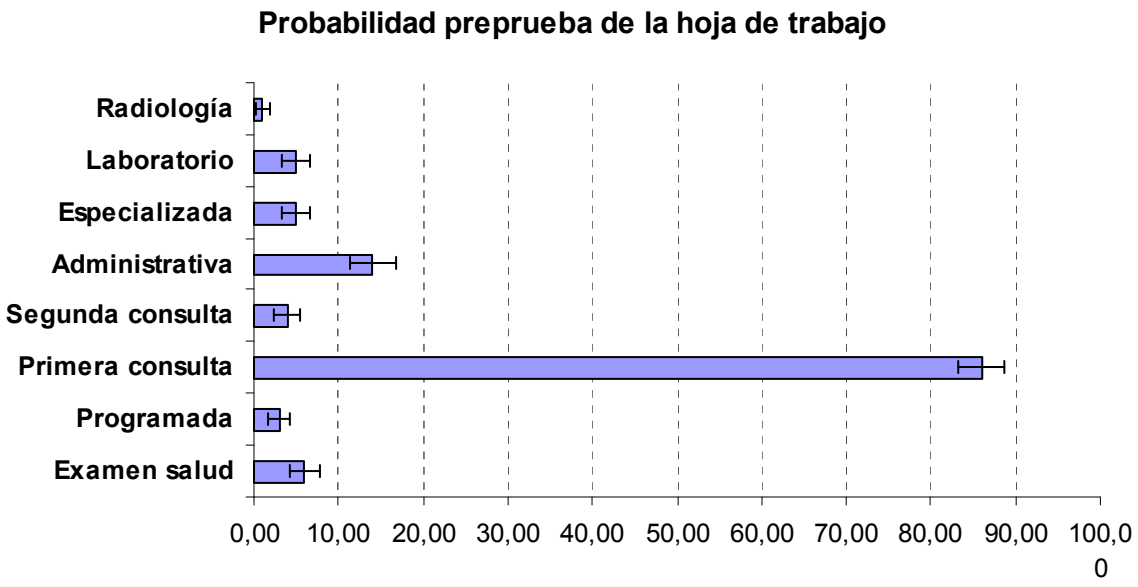
La figura 66 representa gráficamente los valores obtenidos para la eficacia de la **Hoja de Trabajo,** con sus intervalos de confianza, para los 5 tipos de consulta, las derivaciones a especializada y las peticiones de laboratorio y radiología.

Figura 66:



En la figura 67 se representa gráficamente los valores obtenidos para la **Probabilidad Preprueba de la Hoja de Trabajo,** con sus intervalos de confianza para los 5 tipos de consulta, las derivaciones a especializada y las peticiones de laboratorio y radiología.

Figura 67:



6.3.4. RESULTADOS PARA EL OBJETIVO NÚMERO 4

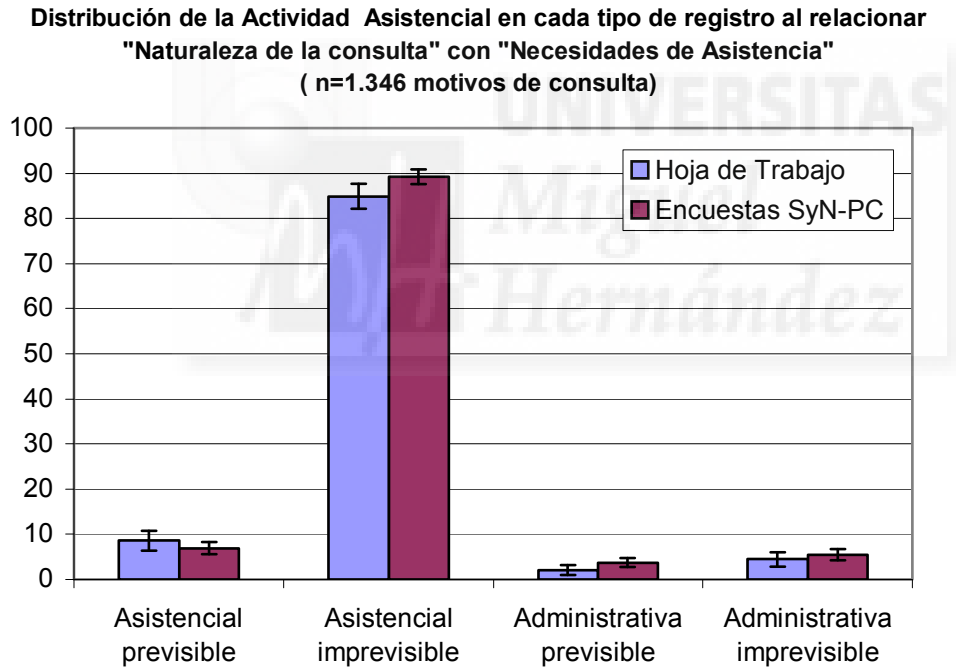
Al comparar los dos tipos de registros para la actividad asistencial, es decir, la hoja de trabajo del SIGAP que rellena el médico y las encuestas de trabajo del SyN-PC, que rellena un observador externo, se aprecian diferencias en cuanto a la clasificación de motivos de consulta tras relacionar la naturaleza de la consulta con las necesidades de asistencia. En las hojas de trabajo y en las encuestas SyN-PC quedan registrados principalmente los motivos de consulta asistenciales previsibles e imprevisibles.

Tabla 85:

		Asistencial Previsible	Asistencial Imprevisible	Administrativa Previsible	Administrativa Imprevisible
Hoja de Trabajo	n	54	535	13	28
	%	8,57	84,92	2,06	4,44
	IC	6,38-10,76	82,13-87,71	0,95-3,17	2,84-6,05
Encuestas SyN-PC	n	88	1.141	47	70
	%	6,88	89,21	3,67	5,47
	IC	5,53-8,23	87,55-90,87	2,67-4,67	4,26-6,68

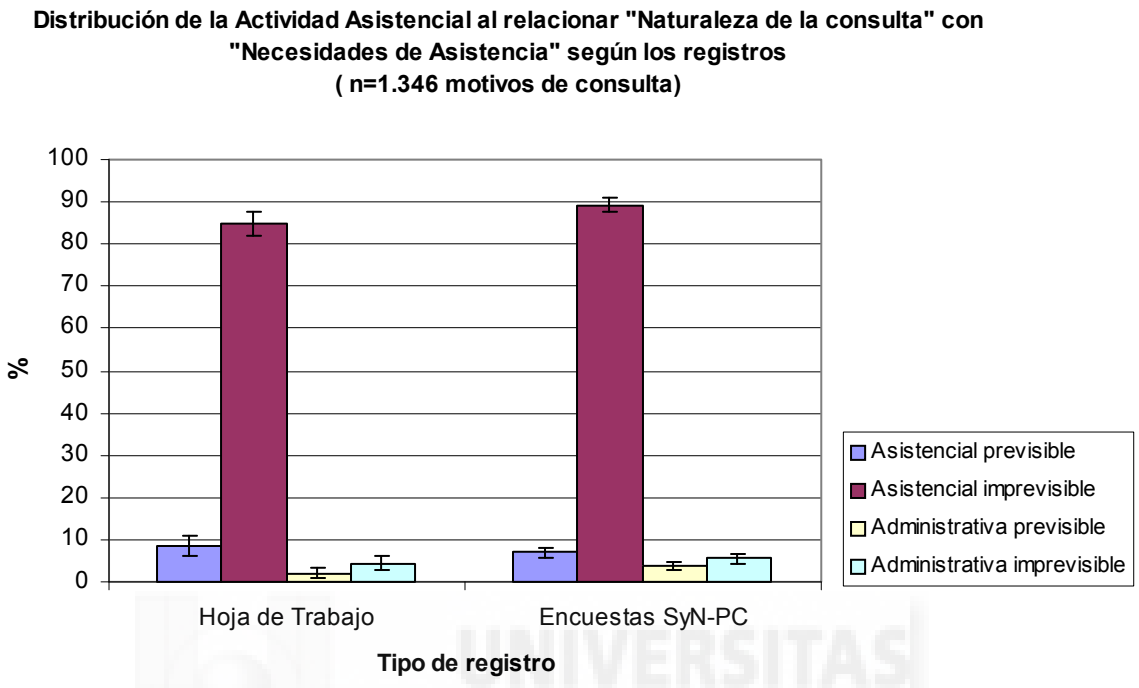
En la figura 68 se aprecian todos los datos expuestos en la tabla 85.

Figura 68:



La figura 69 expone también la distribución de los tipos de consulta en los dos tipos de registros. Se observa el predominio de las consultas asistenciales imprevisibles tanto en la Hoja de Trabajo como en las Encuestas del SyN-PC.

Figura 69:



6.3.5. RESULTADOS PARA EL OBJETIVO NÚMERO 5

En las siguientes figuras se representan los árboles de decisión clínica para cada tipo de consulta, derivación especializada y petición de pruebas complementarias de la Hoja de Trabajo del SIGAP.

*Figura 70: Árbol de decisión clínica para consultas **PROGRAMADAS** en la Hoja de Trabajo.*

Antes de la prueba		**Después de la prueba**		**Fiabilidad**
Validez		Rendimiento Probabilidad PostPrueba	Utilidad Clínica Cocientes de Probabilidad (MBE)	Kappa Landis y Koch
Probabilidad Preprueba 3% f(-)= 25% f(+)= 1%	+	68,20%	68,18(A)	K = 0,70 Sustancial
	-	0,80%	0,25(C)	

*Figura 71: Árbol de decisión clínica para consultas **EXAMEN DE SALUD** en la Hoja de trabajo.*

Antes de la prueba		**Después de la prueba**		**Fiabilidad**
Validez		Rendimiento Probabilidad PostPrueba	Utilidad Clínica Cocientes de Probabilidad (MBE)	Kappa Landis y Koch
Probabilidad Preprueba 6% f(-)= 47,4% f(+)= 0%	+	100%	0(A)	K = 0,68 Sustancial
	-	3%	0,47(C)	

*Figura 72: Árbol de decisión clínica para consultas **PRIMERAS** en la Hoja de trabajo.*

Antes de la prueba	**Después de la prueba**		**Fiabilidad**
Validez	Rendimiento Probabilidad PostPrueba	Utilidad Clínica Cocientes de Probabilidad (MBE)	Kappa Landis y Koch
Probabilidad +	93,5%	2,43(C)	K = 0,68
Preprueba -	8,5%	0,02(A)	Sustancial
86%			
f(-)= 0,9%			
f(+)= 40,7%			

*Figura 73: Árbol de decisión clínica para consultas **SEGUNDAS** en la Hoja de trabajo.*

Antes de la prueba	**Después de la prueba**		**Fiabilidad**
Validez	Rendimiento Probabilidad PostPrueba	Utilidad Clínica Cocientes de Probabilidad (MBE)	Kappa Landis y Koch
Probabilidad +	84%	125(A)	K = 0,85
Preprueba -	0,5%	0,13(B)	Casi perfecta
4%			
f(-)= 12,5%			
f(+)= 0,7%			

*Figura 74: Árbol de decisión clínica para consultas **ADMINISTRATIVAS** en la Hoja de trabajo.*

Antes de la prueba	**Después de la prueba**		**Fiabilidad**
Validez	Rendimiento Probabilidad PostPrueba	Utilidad Clínica Cocientes de Probabilidad (MBE)	Kappa Landis y Koch
Probabilidad Preprueba +	69,2%	15(A)	K = 0,15 Leve
Probabilidad Preprueba -	12,85%	0,90(D)	
14%			
f(-)= 89,5%			
f(+)= 0,7%			

*Figura 75: Árbol de decisión clínica para consultas **DERIVACIÓN A ESPECIALIZADA** en la Hoja de trabajo.*

Antes de la prueba	**Después de la prueba**		**Fiabilidad**
Validez	Rendimiento Probabilidad PostPrueba	Utilidad Clínica Cocientes de Probabilidad (MBE)	Kappa Landis y Koch
Probabilidad Preprueba +	86,2%	123(A)	K = 0,85 Casi perfecta
Probabilidad Preprueba -	0,7%	0,15(B)	
5%			
f(-)= 13,8%			
f(+)= 0,7%			

*Figura 76: Árbol de decisión clínica para consultas **PETICIÓN PRUEBAS DE LABORATORIO** en la Hoja de trabajo.*

Antes de la prueba	**Después de la prueba**		**Fiabilidad**
Validez	Rendimiento Probabilidad Postprueba	Utilidad Clínica Cocientes de Probabilidad (MBE)	Kappa Landis y Koch
Probabilidad +	95,7%	366,15(A)	K = 0,82
Preprueba -	1,3%	0,27(C)	Casi perfecta
5%			
f(-)= 26,7%			
f(+)= 0,2%			

*Figura 77: Árbol de decisión clínica para consultas **PETICIÓN DE RADIOLOGÍA** en la Hoja de Trabajo.*

Antes de la prueba	**Después de la prueba**		**Fiabilidad**
Validez	Rendimiento Probabilidad PostPrueba	Utilidad Clínica Cocientes de Probabilidad (MBE)	Kappa Landis y Koch
Probabilidad +	54,5%	94(A)	K = 0,63
Preprueba -	0,3%	0,25(C)	Sustancial
1%			
f(-)= 25%			
f(+)= 0,8%			

6.3.6. RESULTADO PARA EL OBJETIVO NÚMERO 6

Los resultados obtenidos en los árboles de decisiones clínicas tras validar las hojas de trabajo, permiten desarrollar unas guías de práctica clínica para el registro de la actividad asistencial, con respecto a los distintos tipos de consulta, las derivaciones a especializada y las peticiones de pruebas complementarias de las hojas de trabajo. La guía de práctica clínica viene representada en la tabla 86.

Tabla 86:

CONSULTA VALIDADA	Probabilidad preprueba	NIVEL DE EVIDENCIA CP + (Confirmar)	NIVEL DE EVIDENCIA CP- (Descartar)	Falsos positivos	Falsos negativos	FIABILIDAD
PROGRAMADA	3	A	C	1	25	Sustancial
EXAMEN DE SALUD	6	A	C	0	47,4	Sustancial
PRIMERA	86	C	A	40,7	0,9	Sustancial
SEGUNDA	4	A	B	0,7	12,5	Casi Perfecta
ADMINISTRATIVA	14	A	D	0,7	89,5	Leve
DERIVACIÓN A ESPECIALIZADA	5	A	B	0,7	13,8	Casi Perfecta
PETICIÓN DE LABORATORIO	5	A	C	0,2	26,7	Casi Perfecta
PETICIÓN DE RADIOLOGÍA	1	A	C	0,8	25	Sustancial

UNIVERSITAS Miguel Hernández

7 DISCUSIÓN

UNIVERSITAS
Miguel
Hernández

7. DISCUSIÓN

7.1. ESQUEMA GENERAL DE LA DISCUSIÓN

Se presenta la discusión de este trabajo de investigación en tres apartados [63]:

A. En el primer apartado se realiza el análisis de la metodología empleada en el estudio.
B. En el segundo apartado, más extenso, se analizan los resultados obtenidos, interpretando los mismos y cuantificando los objetivos planteados en el estudio.

La valoración de los resultados es llevada a cabo de forma sistemática y por objetivos, siguiendo el siguiente esquema:

- Recapitulación concisa de los hallazgos principales
- Limitaciones del estudio al respecto según los objetivos.
- Comparación con otros estudios relacionados, explicando las diferencias y coincidencias.
- Implicaciones teóricas y prácticas de los hallazgos.

C. En el tercer apartado se indican líneas futuras de investigación incluyendo las deducciones más pertinentes del presente trabajo para sustentar futuros estudios.

Hay pocos estudios que valoren la actividad asistencial mediante observación directa en consulta con un observador externo, única forma de poder evaluar el grado de registro de la actividad probablemente debido a la dificultad que este método conlleva. Este trabajo pretende aportar una metodología diferente para conocer la validez y fiabilidad de las fuentes de información que se utilizan en las consultas de pediatría, no sólo para conocer la organización de las consultas, sino para su planificación y gestión, por lo que se considera que esta investigación puede ser muy relevante para la práctica clínica.

La masificación asistencial y el consecutivo agotamiento del profesional, problemas patentes en la actividad asistencial de la Atención Primaria, impulsan la gestión clínica como una iniciativa dirigida a optimizar la práctica clínica, consiguiendo la mejor calidad asistencial para los pacientes, las mejores condiciones de trabajo para los profesionales, y la mejor relación coste-efectividad para la Administración Sanitaria [50].

Conocer la realidad asistencial de nuestra demanda, determinándola, no sólo de forma cuantitativa sino también cualitativa, es el primer paso en la gestión clínica de las consultas del Área de Salud. Los planteamientos generalizados y teóricos para resolver los problemas de sobrecarga asistencial que presenta la Atención Primaria, no son eficaces si no partimos del conocimiento veraz de la realidad asistencial de los Equipos de Atención Primaria donde aplicarlos.

Esta realidad puede estar sesgada ya que los estudios sobre gestión clínica utilizan fuentes secundarias sin evaluar la calidad, fiabilidad y homogeneidad de los registros que analizan [56,73] (Validez, Utilidad clínica y Fiabilidad).

La cuantificación de la actividad asistencial con datos primarios y la validación de los sistemas de registro utilizados, constituye un estudio de investigación pertinente, interesante, factible y viable [62] ya que aporta respuestas a un problema importante, parcialmente conocido y que podemos analizar con los medios que disponemos en esta investigación, aportando información para mejorar en la planificación y gestión de la consulta.

Se han respetado las diferentes etapas del método científico, como se observa en el esquema general del estudio (Figura 5), en el apartado de Método del presente trabajo. Cada fase del método científico se corresponde con una tarea realizada en el proyecto de investigación y protocolo del estudio [66,69].

7.2. ANÁLISIS DE LA METODOLOGIA EMPLEADA EN EL ESTUDIO

La investigación en este estudio se ha diseñado como un proceso sistemático, organizado y objetivo [63], destinado a responder las cuestiones planteadas en los objetivos del mismo.

Se ha aplicado y respetado todas las **etapas del método científico**, tal como se expresa en el apartado de material y métodos, en la metodología general planteada en el estudio, realizando el proceso de investigación de forma **sistemática**.

El **protocolo de investigación** utilizado especifica todos los detalles del estudio, con lo que se ha efectuado el trabajo con conocimiento y uniformidad por parte de todos los investigadores, lo que aporta **organización** al proceso de investigación.

Las conclusiones del estudio se presentan de forma objetiva, basándonos en los hechos observados, medidos y analizados durante el proceso de investigación que estamos presentando.

El tipo y el diseño del estudio han sido adecuados:

- Es un estudio observacional-descriptivo-transversal. (Multicéntrico, con datos primarios):
  - Los estudios observacionales no ejercen un control directo sobre el factor de estudio, solo observan, miden y analizan las variables.
  - Los estudios descriptivos nos aportan datos con finalidad puramente descriptiva. Generan hipótesis etiológicas que deben contrastarse con estudios posteriores.
  - Los estudios transversales examinan la relación entre distintas variables en una población definida en un momento de tiempo determinado. Son, por definición, descriptivos.
- Los estudios descriptivos transversales son:
  - Estudios de prevalencia.
  - Estudios de concordancia.
  - Evaluación de pruebas cruzadas.
- Las ventajas de los estudios de prevalencia y de asociación cruzada son:
  - Suelen estudiar muestras representativas de la población objeto de estudio, lo que facilita la extrapolación de resultados.
  - Se pueden estudiar varias enfermedades o factores de riesgo en un solo estudio.
  - Se realizan en un corto periodo de tiempo.
  - Permiten estimar la prevalencia y ayudan a la planificación de los servicios sanitarios.
  - Son el primer paso en la realización de muchos estudios prospectivos.
- Las desventajas de los estudios de prevalencia y de asociación cruzada son:
  - Falta de secuencia temporal, lo que dificulta para evaluar relaciones de causa efecto.
  - No son útiles para enfermedades poco frecuentes.
  - Hay posibilidades de que exista un sesgo de supervivencia en los estudios de asociación cruzada.
  - Posibilidad de sesgo debido a la no-respuesta.

La aplicación de los estudios transversales en la investigación en la práctica clínica responde a preguntas de gran relevancia clínica, sobre todo en lo referente al proceso diagnóstico y a la validación y consistencia de los síntomas, signos y pruebas complementarias. Son diseños básicos para investigar, entender y aplicar los conceptos de probabilidad preprueba, postprueba y cocientes de probabilidad en el proceso diagnóstico. También son útiles para estudiar la precisión y consistencia de las mediciones clínicas a la hora de eliminar el papel del azar cuando se analiza la concordancia de dos ó más observaciones clínicas [(74)].

El diseño transversal utilizado es el recomendado para validar pruebas diagnósticas, cuantificar los indicadores de utilidad clínica y la consistencia de la prueba validada. Los diseños transversales por definición tienen limitaciones y sesgos que vienen dadas por la falta de secuencia temporal al realizarse una sola medición.

Por tanto, permite estimar en un momento dado los objetivos primarios en el Área, pero no permite comparar o verificar los objetivos secundarios, y no podemos ver la longitudinalidad del proceso, ya que para ello es necesario un diseño prospectivo y de seguimiento.

El diseño del estudio tiene como finalidad dar respuesta, de forma **válida y precisa**, a los objetivos trazados (estudio programado para evitar cualquier error en la respuesta a los objetivos planteados). Por ello es diseñado el estudio para minimizar los errores tanto aleatorios como sistemáticos. A menor error aleatorio, mayor precisión tendrá el estudio. A menor error sistemático, más validez será y la estimación del parámetro tendrá el verdadero valor del fenómeno que estamos analizando.

En el planteamiento de diseño, se pretende conseguir la mayor validez interna, lo que refleja el grado en que los resultados son válidos, es decir, libres de error. Los errores sistemáticos y los efectos de confusión afectan a la validez interna. La validez externa es el grado en que los resultados del estudio pueden ser generalizados a otras poblaciones distintas a la estudiada. La primera condición es que tengan validez interna, pero la generalización depende de la consistencia de los resultados de distintos estudios y de mecanismos plausibles que expliquen de forma razonable un efecto, lo que implica juicios de valor por los investigadores.

7.3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

7.3.1. DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN.

SEXO

Consultan más los varones (51,59%). Este ligero predominio masculino que se aprecia en los niños del estudio también aparece al considerar el total de los niños del Área 17 (51,5%) y en numerosos estudios descriptivos realizados en las consultas de pediatría extrahospitalaria en nuestro país [75-82].

EDAD

Por grupos de edad, son los más pequeños los que más consultan. Al distribuir la población estudiada en tres grupos de edad (0-4, 5-9 y 10-14 años) el 44,60% de la población demandante pertenece al primer grupo, lo que no ocurre en el Área 17 donde representan el 31,43 %. Dado que la población muestral es elegida entre los atendidos en consulta, este hecho indica que los más pequeños acuden en mayor número, al menos en los días de mayor inclusión de pacientes. En edades más tempranas (hasta los 2 años) es cuando están protocolizadas un mayor número de exámenes de salud, hecho que podría explicar la mayor afluencia de estos niños a las consultas.

DURACIÓN

En el Área 17 el tiempo por consulta en Pediatría es el más bajo de todas las Áreas de la Comunidad Valenciana, con 7,2 minutos por consulta. , los datos del SIGAP apuntan una duración media de 6,5 minutos por consulta a demanda. La duración media de la consulta obtenida en el estudio es de 7,33 minutos, por tanto se aproxima a los datos del SIGAP. Al comparar la duración de las consultas con los datos procedentes de organismos oficiales, el valor obtenido en este estudio es inferior a todos los referidos. En la Comunidad Valenciana el tiempo medio de visita en Pediatría en el año 2001 era de 11 minutos.

La cifra de poco más de siete minutos por consulta es insuficiente, incluso para los adultos. Ver a un niño precisa un mínimo de 15 minutos [83], ya que como se ha referido previamente, en pediatría apenas existen consultas administrativas, que suelen ser más breves, y son explorados la práctica totalidad de niños, con el esfuerzo añadido en ocasiones de tener que calmar su llanto o su inquietud además de desvestirlos y vestirlos.

PRESIÓN ASISTENCIAL

Considerando los pacientes vistos en el estudio SyN-PC (la suma de los citados + sin cita + programados + domicilios y restando después los que no acuden) la media 37,06 se aproxima a la presión asistencial calculada en el SIGAP que es de 40 (aunque no se recogieron los datos de un centro de salud por lo que la cifra real es menor). La media de pacientes citados en el estudio es de 24,35. Es decir, cada médico valora al día una media de 13 pacientes más que los reflejados al inicio de la jornada como previsión de la consulta.

La presión asistencial en este estudio es bastante más elevada si se compara con los datos de la Comunidad Valenciana y otras comunidades autónomas (tabla 87), aunque no se pueden establecer comparaciones definitivas al no tratarse de un período completo de un año. Resulta curioso, si se compara la presión asistencial obtenida en este estudio con la obtenida en el estudio de hiperfrecuentación en la consulta de pediatría en el Área 17 (teniendo en cuenta sólo los centros de Salud de Acacias, Novelda y Petrer), las cifras coinciden [84].

UNIVERSITAS Miguel Hernández

Tabla 87:

FUENTE		PA
Memoria 1996 C. Valenciana [85]		26,4
Memoria 1998 Área 17 C. Valenciana[86]		28,9
Memoria 1998 INSALUD (Zaragoza Área 3)[87]		21
Servicio Canario de Salud 1998 [88]		27
Memoria 1999 Área 14C. Valenciana [89]		23,6
Comunidad de Madrid. INSALUD. 1996 [90]	1988	16
	1993	17
	1996	22
Memoria Servicio Gallego de Salud 1998 [91]		26,83
Memoria 1999 INSALUD (Asturias)[92]		19
Memoria 1999C. Valenciana [93]		26,5
Memoria 1999INSALUD [95]		25,84
Memoria Servicio Gallego de Salud 2000 [96]		23,9
Memoria2000. C. Valenciana [94]		26,3
Servicio Navarro de Salud 2000[97]		20,1
Memoria 2000 INSALUD [98]		25,57
Memoria 2000 INSALUD (Asturias)[99]		25,7
Memoria 2001INSALUD (Ceuta)[100]		22,6
Memoria 2001 Servicio Vasco de Salud [101]		20,7
Memoria 2001 Servicio Catalán de Salud [102]		17,3
Memoria 2001 Área 17.C. Valenciana [103]		23
Memoria 2001C. Valenciana [104]		22,2
Comunidad de Madrid. 2002 Área 9 INSALUD[105]		32,58
SIGAP Área 17 Enero 2003 [106]		40

MOTIVOS DE CONSULTA

Los motivos de consulta según necesidades de asistencia presentan una proporción muy elevada de consultas Asistenciales (87,98%) frente a las consultas Administrativas (2,24%) y Mixtas (Asistenciales y Administrativas; 0,96%). Estos datos no coinciden con los obtenidos en estudio SyN-PC realizado sobre la población adulta[107,108] donde se observa una proporción similar en los 3 tipos de consultas.

Si se tiene en cuenta la demanda en función del número de motivos de consulta destaca la mayor proporción de pacientes que acuden por 2 y 3 motivos a la consulta (31% y

29% respectivamente). La distribución de los pacientes con motivo único, respecto a la naturaleza y necesidades de la consulta presenta un patrón similar a la muestra total.

ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES

Al clasificar las enfermedades por diagnósticos según la CIAP-10, un sesgo estacional con predominio de la patología del aparato respiratorio (71,23%). También se aprecia en este caso una mayor proporción de diagnósticos en consultas asistenciales imprevisibles al considerar los cuatro tipos de actividad asistencial.

7.3.2. OBJETIVO PRIMARIO:

Se cuantifican las consultas en función de la metodología de Casajuana, tanto para la muestra de pacientes como para la muestra de motivos de consulta, con distribución homogénea de los tipos de ambas muestras.

El hecho de categorizar las consultas en función de su contenido clínico y previsibilidad según la metodología de J.Casajuana [(67)], es muy interesante desde el punto de vista de la gestión y muy práctico, pero al tratarse de una metodología novedosa de organización de consulta, no existen elementos de comparación. Utilizar más de un motivo de consulta por paciente puede alterar un poco los resultados, dado que, en general, hay que asumir que las personas vienen básicamente por una causa asistencial o administrativa, pero es difícil que coincidan ambas a la vez como motivo principal. Por ello es posible que, al utilizar más de un motivo de consulta, se sobrerregistren las asistenciales. Por otro lado, al tratarse de una evaluación del sistema sanitario español, es difícil la comparación con estudios realizados en otros países. La extrapolación de los resultados es solo aplicable al modelo español.

Las consultas por motivos asistenciales suponen un 96,09% (6,88 + 89,21), cifra similar a las consultas con carga asistencial en ellas con un porcentaje del 96,19% (11,43 + 84,76). Las consultas de motivo único asistencial suponen un 91,78 % (21,46 + 70,32), lo que indica que al aumentar el número de motivos de consulta aumenta la carga asistencial de las mismas. Estos resultados difieren de los obtenidos en el estudio SyN-PC realizado en la población adulta [(107)] donde los porcentajes entre consultas asistenciales y administrativas prácticamente coinciden pese a existir un ligero predominio de las primeras frente a las segundas (50,16% y 49,84%, respectivamente).

Al revisar la literatura es posible encontrar un ejemplo de distribución aproximada del número y tipo de visitas en función del grado de organización (tomado de Casajuana 2001), sería el que apreciamos en la siguiente tabla:

Tabla 88:

	ASISTENCIALES		ADMINISTRATIVAS	
	Mínima organización	Circuitos organizados	Mínima organización	Circuitos organizados
Previsibles	30%	35%	48%	13%
Imprevisibles	20%	50%	2%	2%

Mínima organización: PA= 60 visitas /día

Circuitos organizativos implantados: PA= 30 visitas /día

Con los resultados obtenidos en este estudio se puede confeccionar una tabla para compararla con la anterior:

Tabla 89:

	ASISTENCIALES			ADMINISTRATIVAS		
	N=630 Pacientes	N= 1346 Motivos de consulta	N= 219 Pacientes con motivo único	N=630 Pacientes	N= 1346 Motivos de consulta	N= 219 Pacientes con motivo único
Previsibles	11,4%	6,8%	21,5%	1,8%	3,7%	4,6%
Imprevisibles	84,7%	89,2%	70,3%	2,1%	5,5%	3,7%

PA media = 37 visitas /día

De la observación de la tabla se deduce que las consultas de nuestra Área de Salud tienen una presión asistencial próxima a los circuitos organizados. En los circuitos organizados la proporción de consultas asistenciales es mayor que la de consultas administrativas. En los sistemas con mínima organización ocurre lo contrario, con mayores proporciones para las consultas administrativas. En este estudio la proporción de consultas asistenciales es mayor que la de consultas administrativas. Por tanto, las consultas del Área de Salud estudiadas están bien organizadas.

La distribución de los tipos de consulta para aquellas visitas que sólo tienen un motivo de consulta, en los motivos de consulta globales y en los pacientes, presenta valores que se corresponden con las consultas organizadas.

Las consultas asistenciales de los circuitos organizados, tienen un porcentaje de consultas asistenciales imprevisibles mayor que el de las previsibles, cosa que confirma este estudio. Las consultas administrativas en los circuitos organizados, presentan una proporción mayor de consultas administrativas previsibles frente a las imprevisibles, mientras en este estudio ocurre lo contrario, salvo en las consultas administrativas de los pacientes con motivo único, donde coincide la proporción con los circuitos más organizados.

7.3.3. OBJETIVOS SECUNDARIOS:

7.3.3.1. OBJETIVO NÚMERO 1

A. Gran variabilidad en los resultados obtenidos por centros

No hay ningún Centro de Salud que, por sus resultados presente una mejor organización de todas sus consultas. Todos ellos están organizados en lo que respecta a las consultas asistenciales imprevisibles y administrativas previsibles (pequeños porcentajes para recetas). Las consultas asistenciales previsibles presentan una mínima organización. Las consultas administrativas imprevisisibles presentan una mínima organización en la mayoría de los centros excepto para los centros de Biar y Novelda con buena organización. Estos datos se observan en la tabla siguiente donde se comparan los porcentajes de los cuatro tipos de consulta, en cada Centro de Salud siguiendo el ejemplo de Casajuana.

Tabla 90:

	ASISTENCIALES		ADMINISTRATIVAS	
	PREVISIBLE	IMPREVISIBLE	PREVISIBLE	IMPREVISIBLE
Mínima organización	**30%**	**20%**	**48%**	**2%**
Aspe	9,7%	84,7%	1,4%	4,2%
Biar	8,5%	74,4%	3,7%	13,4%
Acacias	11%	84,4%	0,6%	4,1%
Av. Sax	9,8%	80,5%	7,3%	2,4%
Monóvar	13,7%	84,3%	0	2%
Novelda	3,8%	72,3%	5%	18,9%
Petrer	5,4%	94%	0,3%	0,3%
Pinoso	5,2%	90,3%	0	4,5%
Sax	0	100%	0	0
Villena	8,6%	89,3%	1,1%	1,1%
Circuitos Organizados	**35%**	**50%**	**13%**	**12%**

Los centros de salud de Biar, Av. Sax, Monóvar y Novelda están más organizados porque presentan dos indicadores de circuitos organizados; los de Sax, Petrer y Pinoso menos organizados ya que presentan solo un indicador y los Centros de Aspe, Acacias y Villena presentan una organización intermedia con solo un indicador de organización y con cifras más próximas a circuitos organizados.

Al comparar los distintos Centros de Salud (tabla 91), se observa que los cuatro tipos de consulta no siguen un patrón típico, posiblemente por problemas de potencia muestral, habría que disponer de una muestra mayor, ya que al estratificar por centros se pierde tamaño muestral.

Tabla 91:

TIPOS DE CONSULTA	MUESTRA UTILIZADA	
	PACIENTES	MOTIVOS DE CONSULTA
ASISTENCIAL PREVISIBLE	Destacan 4 Centros con menor proporción de estas consultas frente al resto (Av. Sax, Novelda, Petrer y Pinoso) con dispersión geográfica diferente y sólo uno de ellos es docente y está informatizado (Petrer).	Destacan 3 Centros con menor proporción de consultas frente al resto (Novelda, Petrer y Pinoso).Los primeros son semiurbanos y el último es rural. Sólo uno de ellos es docente y está informatizado (Petrer).
ASISTENCIAL IMPREVISIBLE	Dos Centros semiurbanos (Novelda y Petrer) y uno rural (Pinoso) son los que mayor porcentaje de consultas de este tipo presentan. Hay un Centro rural (Sax) que destaca entre todos los demás ya que la totalidad de las consultas que presenta son Asistenciales imprevisibles.	Dos centros semiurbanos (Petrer y Villena) y uno rurales (Pinoso) son los que mayor porcentaje de consultas Asistenciales imprevisibles presentan.
ADMINISTRATIVA PREVISIBLE	Sólo cinco Centros (la mitad de los del estudio) presentan consultas administrativa previsibles. Los porcentajes de este tipo de consultas son muy pequeños (se receta poco). Destacan tres centros con mayor proporción de consultas frente al resto (Aspe, Biar y acacias), cada uno de ellos con una dispersión geográfica diferente, y sólo uno de ellos es Centro docente e informatizado (Acacias).	Destacan tres Centros con mayor proporción de consultas (Biar, Av. Sax y Novelda), cada uno pertenece a una dispersión geográfica diferente.
ADMINISTRATIVA IMPREVISIBLE	Hay tres centros con mayor porcentaje de consultas frente al resto (Biar, Av. Sax y Novelda) y cada uno pertenece a una dispersión geográfica diferente. Los porcentajes para este tipo de consultas son pequeños (se deriva poco al especialista).	Existen dos centros que presentan un porcentaje de consultas mayor, uno es semiurbano (Novelda) y otro es rural (Biar).

Al valorar la relación del resto de factores analizados con la actividad asistencial, se aprecian diferencias estadísticamente significativas expresadas en el cuadro siguiente:

CARACTERÍSTICAS DE LOS CENTROS	MUESTRA UTILIZADA	
	PACIENTES	MOTIVOS DE CONSULTA
INFORMATIZADO	Los centros informatizados presentan menor porcentaje de consultas Administrativas imprevisibles.	Los centros informatizados presentan menor porcentaje de consultas asistenciales imprevisibles. Las consultas Administrativas previsibles e imprevisibles se presentan en menor proporción en los centros no informatizados.
NO INFORMATIZADO		
DOCENTE		Los centros docentes presentan mayor predominio de consultas Administrativas imprevisibles.
NO DOCENTE		
RURAL		Los centros rurales presentan porcentajes intermedios de consultas Asistenciales previsibles respecto a los centros Semiurbanos y Urbanos. Menor proporción de consultas administrativas previsibles que los Semiurbanos.
SEMIURBANO	Menor proporción de consultas Administrativas previsibles que los Centros Urbanos.	Menor proporción de consultas asistenciales Previsibles que los Centros Rurales y Urbanos. Mayor proporción de consultas Administrativas previsibles que los Centros Rurales. Mayor proporción de consultas Administrativas imprevisibles que los Centros Urbanos.
URBANO	Mayor proporción de consultas Administrativas previsibles que los Centros Semiurbanos.	Mayor proporción de consultas Asistenciales previsibles que los centros Rurales y Semiurbanos. Menor proporción de consultas Administrativas imprevisibles que los Centros Semiurbanos.

TIPOS DE CONSULTA	MUESTRA UTILIZADA: MOTIVOS DE CONSULTA
PACIENTES CITADOS	Los pacientes citados presentan menor proporción de consultas Asistenciales Previsibles y mayor proporción de consultas Administrativas Imprevisibles y Administrativas Previsibles.
PACIENTES URGENTES	Los pacientes urgentes sólo presentan consultas Asistenciales Imprevisibles
PACIENTES PROGRAMADOS	Los pacientes programados presentan menor proporción de Consultas Asistenciales Imprevisibles y mayor proporción de Consultas Asistenciales Previsibles.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	MUESTRA UTILIZADA: MOTIVOS DE CONSULTA	
GRUPOS DE EDAD	ASISTENCIALES PREVISIBLES	ADMINISTRATIVAS IMPREVISIBLES
O-4 AÑOS	La proporción de este tipo de consultas disminuye progresivamente a la par que va aumentando la edad de los pacientes.	La proporción de este tipo de consultas aumenta progresivamente a la par que va aumentando la edad de los pacientes.
5-9 AÑOS		
10-14 AÑOS		
MAYORES DE 14 AÑOS		

PRESIÓN ASISTENCIAL (PA)	MUESTRA UTILIZADA: MOTIVOS DE CONSULTA
PA= ó < 24	Las consultas Asistenciales Previsibles presentan mayor proporción cuando la presión asistencial es menor o igual a 24. Las consultas Administrativas Imprevisibles presentan menor proporción cuando la presión asistencial es menor o igual a 24.

TIEMPO ASISTENCIAL	MUESTRA UTILIZADA: PACIENTES
DURACIÓN MEDIA	Las consultas Asistenciales Previsibles mayor duración media.
TIEMPO EMPLEADO EN LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL	Las consultas por motivos Imprevisibles utilizan menos tiempo asistencial que aquellas por motivos Previsibles.
MEDIANA DE DURACIÓN DE LA CONSULTA (5 minutos)	La proporción de motivos de consulta que mayoritariamente condicionan una duración mayor de la misma (mayor que la mediana) son: Asistenciales-previsibles y Asistenciales-Imprevisibles. La proporción de motivos de consulta que mayoritariamente condicionan una duración menor de la misma (menor que la mediana) son : Asistenciales-imprevisibles.
INFLUENCIA DE LA EDAD EN LA DURACIÓN DE LA CONSULTA.	Las consultas Asistenciales Previsibles tienen una duración mayor en el grupo de menor edad (0-4 años) que en el resto de edades. Las consultas administrativas Imprevisibles tienen una duración menor en el grupo de mayor edad (mayor de 14 años).
INFLUENCIA DE LA PRESIÓN ASISTENCIAL EN LA DURACIÓN DE LA CONSULTA (PA = 37)	A menor presión asistencial aumenta el tiempo dedicado a la actividad asistencial para las consultas de tipo: Administrativas-previsibles, Administrativas-imprevisibles y Administrativas. A mayor presión asistencial aumenta el tiempo dedicado a las consultas Asistenciales-previsibles.
INFLUENCIA DE LA PRESIÓN ASISTENCIAL EN LA DURACIÓN DE LA CONSULTA (PA = ó <24)	Se observa gran variabilidad por profesional, con diferencias de hasta 3 horas dentro del mismo intervalo de presión asistencial.

Los centros **informatizados** y los **no informatizados** presentan porcentajes pequeños de consultas administrativas-imprevisibles, sobretodo los primeros. Los centros no informatizados presentan proporciones pequeñas de consultas Administrativas-previsibles. Todo ello indica que los centros pueden tener más circuitos para la organización de la demanda, aunque este dato no es muy valorable (o es poco valorable) dada la escasa proporción de consultas de tipo administrativo. Lo mismo sucede al comparar los centros de

salud **urbanos** frente a los **semiurbanos,** con una mejora de la organización para los centros urbanos.

Los centros **docentes** destacan por el predominio de consultas Administrativas imprevisibles, por tanto se deriva más (especialista, laboratorio...).

Con respecto a la forma de acceder al sistema / tipo de cita, los pacientes con cita previa presentan mayor proporción de consultas administrativas imprevisibles, aunque las consultas predominantes son las Asistenciales-imprevisibles. Los pacientes urgentes sólo consultan por motivos asistenciales aunque los procesos / patologías suelen ser banales en la mayoría de los casos.

Los pacientes con consulta **programada** presentan escaso porcentaje de consultas Asistenciales-imprevisibles, ya que habitualmente son citados para revisión de alguna patología o para la realización de exámenes de salud.

En el análisis por **grupos de edad,** los pacientes de menor edad presentan la proporción más alta de consultas Asistenciales-previsibles debido a la realización en esas edades de exámenes de salud y a que dicha población consulta más y se le vuelve a citar para la revisión de alguna patología. Por el contrario los pacientes de mayor edad consultan principalmente por motivos Administrativos- imprevisibles (certificados médicos para el colegio, instituto, gimnasia...). Al relacionar la edad con el tiempo empleado en la actividad asistencial se observa que las consultas asistenciales previsibles tienen una duración mayor en el grupo de menor edad, ya que la mayoría de consultas de este tipo se corresponden con exámenes de salud en los que se explora más detenidamente al niño, se le vacuna, se dan recomendaciones higiénico-dietéticas y en gran número de ocasiones se consulta al pediatra en relación con alguna patología aguda. Las consultas Administrativas-imprevisibles tienen una duración menor en el grupo de mayor edad debido a que la mayoría de ellas son consultas de tipo burocrático (certificados médicos) y se invierte menos tiempo en la realización de las mismas.

Al revisar la **Presión asistencial** se observa que cuando es menor las consultas Asistenciales-previsibles se presentan en mayor proporción, al disponer de más tiempo se puede revisar a la población mejor. A menor Presión asistencial las consultas Administrativas –imprevisibles aumentan, hay más tiempo para explorar al paciente, detectar posibles anomalías y, derivar al especialista correspondiente.

El **tiempo empleado en la actividad asistencial** aporta unos resultados muy lógicos, consultas imprevisibles más cortas y previsibles más largas. En la población adulta [85] ocurre lo contrario, las consultas previsibles son más cortas.

Resulta llamativo, pese a no haber valorado su significación estadística, que se aprecie tanta diferencia entre unos profesionales y otros respecto a la duración total de la consulta. Al igual que en la literatura es posible considerar que, el estilo de práctica clínica (conjunto de peculiaridades de la forma de trabajar del médico), es una de las causas de la variabilidad en la práctica clínica del facultativo.

El estilo de práctica clínica depende entre otros factores de la formación recibida, de la percepción de la medicina, de factores de personalidad, del sistema organizativo en el que trabaje, de la motivación y satisfacción laboral y en general, de incentivos personales y económicos [109]. El estilo de la práctica clínica, como exponen algunos autores, interfiere en la duración de la consulta [110]. Los médicos con una orientación más psicosocial dedican más minutos a cada paciente en su consulta [109]. Todos estos factores podrían ser los responsables de hasta tres horas de diferencia entre profesionales dentro de un mismo intervalo de presión asistencial.

B. Estudio inferencial bivariante

Al considerar la consulta **Asistencial Imprevisible** (As I) como variable dependiente se obtiene una R^2 del 11,4%. El modelo explica poco pero lo que explica es congruente.

En la tabla 92 aparecen las variables que obtuvieron significación estadística al compararlas entre sí en el estudio de correlación, así como las relaciones entre ellas.

Tabla 92:

VARIABLES	RELACIÓN ENTRE ELLAS
Consulta AsI ... centro docente ... P asistencial	Las consultas AsI se presentan en mayor proporción en los centros docentes y con mayor P asistencial.
Consulta AsI ... centro informatizado ... duración de la consulta	Las consultas AsI se presentan en menor proporción si el centro está informatizado y si la consulta tiene más duración.

Por tanto existen factores no conocidos en este estudio que pueden explicar el modelo. Por ejemplo las características del médico (paternalista,..) o del paciente (hiperfrecuentador,..)

Si se toma como variable dependiente la consulta **Asistencial Previsible** (AsP) se observa que el modelo explica poco (R^2 = 10%). Son variables predictoras la edad y la duración de la consulta como muestra la tabla siguiente.

Tabla 93:

VARIABLES	RELACIÓN ENTRE ELLAS
Consulta AsP ... edad del niño ...duración de la consulta	Las consultas AsP son más frecuentes a menor edad del niño y cuando la consulta tiene mayor duración.

A la vista de estos resultados, podemos deducir que existen factores como la actitud del médico (más organizado, más colaborador con enfermería,...) que pueden explicar el modelo.

Si se considera la consulta **Administrativa Imprevisible** (AdI) como variable dependiente el modelo explica bastante, el 33,2 %. La tabla siguiente muestra las variables que obtuvieron significación estadística.

Tabla 94:

VARIABLES	RELACIÓN ENTRE ELLAS
Consulta Ad I ... edad del niño ...centro docente	Las consultas AdI se presentan en mayor proporción a mayor edad del niño y en centros docentes.
Consulta Ad I ... centro informatizado	Las consultas AdI se presentan en menor proporción en los centros informatizados.

Al considerar como variable dependiente la consulta **Administrativa Previsible** (AdP) el modelo explica poco, sólo el 4,1 %.

Las variables con significación estadística se presentan en la tabla siguiente.

Tabla 95:

VARIABLES	RELACIÓN ENTRE ELLAS
Consulta Ad P ... centro docente	Los centros docentes tienen mayor carga Ad P en las consultas.
Consulta Ad P ... centro informatizado	Los centros informatizados tienen menor carga Ad P en las consultas.

Otros factores podrían explicarla variabilidad de este tipo de modelo, probablemente referentes a las características del paciente, el niño a diferencia del adulto presenta más patología aguda que crónica y esto conlleva a que se recete poco.

7.3.3.2. OBJETIVO NÚMERO 2

En la tabla 96 se representan los resultados significativos en relación con las variables reflejadas en la hoja de trabajo para la recogida de la actividad asistencial.

Tabla 96:

VARIABLES	RESULTADOS OBTENIDOS
Pacientes citados	Infravaloración de los pacientes citados en la HT por el pediatra. Falta de homogeneidad de los datos entre los dos documentos recogidos por el observador externo. Falta de concordancia del resumen de la jornada.
Pacientes citados que no acuden	Bien reflejado en la HT por el Pediatra.
Pacientes sin cita	Bien reflejado en la HT por el Pediatra.
Domicilio	Bien reflejado en la HT por el Pediatra.
Duración de la consulta	El Tiempo asistencial es bien valorado en la HT por el Pediatra. Falta de homogeneidad de los datos entre los dos documentos recogidos por el observador externo. Falta de concordancia del resumen de la jornada.

El médico refleja bien en la hoja de trabajo:

- Los pacientes que acuden a consulta sin cita previa.
- Los avisos domiciliarios realizados (en pediatría son escasos).

- El médico valora bien su tiempo asistencial. No hay diferencias significativas entre el tiempo reflejado en la hoja de trabajo y el sumatorio de los minutos que dura cada encuesta.

Se observan diferencias entre el tiempo reflejado por el médico en la hoja de trabajo y el reflejado en las encuestas, si se considera la diferencia entre la hora de inicio de la primera consulta y la hora de finalización de la última. Este hecho se puede explicar porque el profesional, al realizar su cálculo de tiempo, ya descuenta aproximadamente el que se ha podido perder por interrupciones en la consulta de distinta índole (Tendencia del registro).

El cálculo de la duración de la consulta en la hoja de resumen por el observador externo no coincide con los valores reflejados en las encuestas, por lo que la interpretación puede ser la existencia de un error de cálculo por parte del observador externo y se considera como patrón oro para comparar la suma en minutos de la duración de cada encuesta del estudio. Resulta llamativo observar estas diferencias en la duración de la consulta entre las encuestas y la hoja resumen. Esto puede estar demostrando que no se ha descontado el tiempo utilizado en la realización de exámenes de salud, el posible descanso del profesional a lo largo de la consulta u otro tipo de posibles interrupciones, ya que el tiempo reflejado en las encuestas (diferencia entre primera y última encuesta) es el más alto de todos.

Hay que tener en cuenta que si bien la valoración del tiempo de consulta es correcta, los "tiempos muertos "pueden ampliar en casi 40 minutos la duración de la actividad asistencial, por lo que el profesional dispondrá de este tiempo menos para realizar otras actividades dentro de su horario laboral.

La diferencia entre ambos cálculos para las encuestas es de 37 minutos (es decir, diferencia de tiempo cuantificado en las encuestas al calcular "la suma de minutos de cada encuesta" frente a la diferencia entre la primera y última encuesta"), tiempo razonable para realizar exámenes de salud, o bien un pequeño descanso en la consulta.

Las diferencias de tiempo cuantificado entre la Hoja de resumen y las encuestas son, bien 27 minutos de infrarregistro respecto a "la diferencia entre la primera y última encuesta", bien de 12 minutos de sobrestimación en la duración de la consulta respecto al patrón oro.

Las diferencias entre la Hoja de Resumen y la HT de la duración de la consulta son de 10 minutos, con una infravaloración del tiempo por parte del médico respecto a la hoja resumen.

El médico sobreestima los pacientes citados, reflejando en la hoja de trabajo una media de 6 pacientes más por día que los valores recogidos en las encuestas, lo que supone aproximadamente un 25% de sobreestimación.

Se aprecian diferencias significativas entre los pacientes citados en las encuestas y en la hoja de resumen, estando también sobreestimado este dato en el resumen. El observador externo en la hoja de resumen sobreestima en 7 pacientes más diarios, lo que supone una sobreestimación de aproximadamente un poco más del 255. Este hecho refleja la falta de homogeneidad en los datos recogidos por los observadores externos.

El dato de pacientes citados por día lo utiliza posteriormente el SIGAP para el cálculo de la presión asistencial. Si bien el número de pacientes citados aparece sobreestimado en nuestros resultados, el dato que refleja el SIGAP de presión asistencial se aproxima al hallado al analizar los resultados del estudio.

Estos datos hacen concluir que la información recogida es aceptable desde el punto de vista cuantitativo, pero no lo es desde el punto de vista cualitativo.

7.3.3.3. OBJETIVO NÚMERO 3

La cumplimentación de la **consulta programada** por el médico en el documento para el registro de la actividad asistencial (Hoja de Trabajo) presenta las siguientes características:

- Es más específica (98,9%) que sensible (75%), al tener una S de menor porcentaje presenta falsos negativos pero muy pocos falsos positivos. Es decir, la Hoja de Trabajo deja sin registrar algunas consultas programadas, aunque las registradas son reales.
- Los falsos negativos influyen en los valores de los CP negativos, de modo que cuando el pediatra cumplimenta la consulta como programada se confirma de forma concluyente que lo es, pero si no está cumplimentada se descarta de forma moderada (puede serlo o no).
- La prevalencia de este tipo de consulta es baja, y presenta problemas de validez, por lo que el valor predictivo positivo es bajo, la predicción positiva llega al 68,2%, y el valor predictivo negativo es alto.

- La consistencia o concordancia una vez eliminado el papel del azar, es sustancial.

La cumplimentación del **examen de salud** por el médico en la Hoja de Trabajo presenta las siguientes características:

- Es más específica que sensible, al tener una S baja (S=52,6%) presenta una importante proporción de falsos negativos. El valor de E es del 100%. Es decir, la Hoja de Trabajo deja sin registrar muchos exámenes de salud.
- El gran porcentaje de falsos negativos influye en el CP Negativo, de modo que cuando el pediatra cumplimenta la consulta como examen de salud se confirma de forma concluyente que lo es, pero si no está cumplimentada, se descarta de forma moderada (puede serlo o no serlo). Por tanto, el registro de los exámenes de salud se confirma mejor que se descarta.
- Pese a que la prevalencia de este tipo de consultas es baja, el VP Positivo es máximo ya que la E es alta y el VP Negativo también.
- La consistencia, una vez eliminado el papel del azar, es sustancial.

La cumplimentación de la **primera consulta** por el pediatra en la Hoja de Trabajo presenta las siguientes características:

- Es más sensible que específica, lo que implica que se aceptan más falsos positivos (S=99,1%) que falsos negativos (E =59,3%). Es decir, que se sobrerregistran las primeras consultas.
- Cuando el médico cumplimenta la consulta como primera se confirma de forma moderada que lo es, puesto que el nivel de evidencia para confirmar es de tipo C, debido al elevado número de falsos positivos. Si la consulta no se ha cumplimentado como primera es posible descartar de forma concluyente (CP negativo próximo al cero).
- La prevalencia de este tipo de consultas es alta, por tanto el valor predictivo positivo también lo es.
- La consistencia, una vez eliminado el papel del azar, es sustancial.

La cumplimentación de la **segunda consulta** por el pediatra en la Hoja de Trabajo presenta las siguientes características:

- Presenta una excelente validez, ya que S y E son > ó = 80%, con pocos falsos negativos (12,5%) y positivos (0,7%). Es decir, la segunda consulta queda bien reflejada en la Hoja de Trabajo.
- Confirma de forma concluyente y descarta de forma moderada. Se pierde evidencia para descartar debido al porcentaje de falsos negativos.
- El VP negativo es muy alto, ya que la prevalencia es baja y la E y el CP negativo tipo B son altos. Esta baja prevalencia es la que justifica el VP positivo disminuido.
- La consistencia, una vez eliminado el papel del azar, es casi perfecta para la cumplimentación de este tipo de consultas.

La cumplimentación de la **consulta administrativa** por el pediatra en la hoja de trabajo presenta las siguientes características.

- Es mucho más específica que sensible, presenta una S muy baja (S=10,5%); lo que implica que se aceptan más falsos negativos que positivos. Por tanto, la consulta administrativa está infrarregistrada de manera notable. El valor de la E está próximo al 100%.
- El gran porcentaje de falsos negativos influye en los valores de los CP negativos, de modo que cuando el médico cumplimenta la consulta como administrativa se confirma de forma concluyente que lo es, pero la ausencia de cumplimentación no descarta que lo sea. La falta de cumplimentación no permite descartar, pues presenta un nivel de evidencia en el CP negativo tipo D o cambios insignificantes.
- La prevalencia de este tipo de consulta es baja, y presenta problemas de validez, por lo que el valor predictivo positivo es bajo, la predicción positiva llega al 69,2%, y el valor predictivo negativo es moderado.
- La consistencia es leve, pese a la eficacia del 87%, ya que este tipo de consultas presenta un exceso de falsos negativos al tener la S más baja.

La cumplimentación de la **derivación a asistencia especializada** por el médico en la Hoja de Trabajo presenta las siguientes características:

- Presenta una excelente validez, ya que la S y E superan el 80%. Por tanto, se aceptan pocos falsos positivos y negativos. Ello significa que la Hoja de Trabajo refleja adecuadamente las derivaciones a asistencia especializada.
- Cuando el médico cumplimenta la consulta como de derivación a la atención especializada, se confirma de forma concluyente que se ha derivado, pero si se cumplimenta se descarta de forma sustancial.
- El VP negativo es muy alto, ya que la prevalencia es baja y la E y el CP negativo son altos. Esta baja prevalencia es la que justifica el VP positivo disminuido.
- La consistencia es casi perfecta.

La cumplimentación de la **solicitud de pruebas de laboratorio** por el pediatra en la Hoja de Trabajo presenta las siguientes características:

- Es más específica (99,8%) que sensible (75%), lo que implica que se aceptan más falsos negativos que positivos, aunque ambas están cerca del 80%. Es decir, la Hoja de Trabajo deja sin registrar algunas solicitudes de laboratorio, aunque las registradas son reales.
- Cuando el pediatra cumplimenta la consulta como petición de prueba de laboratorio se confirma de forma concluyente que se ha solicitado, pero si no se cumplimenta, se descarta el hecho solo de forma moderada. Es decir, es posible que se hayan solicitado y no esté reflejado.
- Pese a que la prevalencia de este tipo de consulta es baja, el VP positivo es alto ya que la E es alta y el nivel de evidencia para confirmar también lo es.
- La consistencia es casi perfecta.

La cumplimentación de la **solicitud de pruebas de radiología** por el pediatra en la Hoja de Trabajo presenta las siguientes características:

- Es más específica (99,2%) que sensible (75%), lo que implica que se aceptan más falsos negativos que positivos. Es decir, la Hoja de Trabajo deja sin registrar algunas solicitudes de laboratorio, aunque las registradas son reales...

- Confirma de forma concluyente y descarta de forma moderada. Es decir, el registro de este tipo de consultas se confirma mejor que se descarta debido al porcentaje de falsos negativos.
- El VP negativo es muy alto, ya que la prevalencia es baja y la E y los CP negativos son altos. Esta baja prevalencia es la que justifica el VP positivo disminuido.
- La consistencia es sustancial.

Con esta metodología tan novedosa podemos concluir a modo de resumen:

La Hoja de Trabajo es un buen sistema de información para:

- Las **segundas consultas**
- Las **derivaciones a especializada**.

Por tanto, puede utilizarse para evaluar estas actividades.

La Hoja de Trabajo No es un buen sistema de información para:

- Los **exámenes de salud y consultas administrativas** por quedar infrarregistrados.
- Las **primeras consultas** por quedar sobrerregistradas.
- Las **consultas programadas**, las **peticiones de laboratorio** y **radiología** por dejar sin registrar algunas consultas, aunque las registradas son reales.

Por tanto, no debería utilizarse para evaluar dichas actividades.

Las consultas más prevalentes (primeras consultas y administrativas) presentan malos indicadores de validez para la Hoja de Trabajo.

La información recogida es más válida para las consultas con menor prevalencia, especialmente segundas consultas y derivación a asistencia especializada.

7.3.3.4. OBJETIVO NÚMERO 4

El análisis de la información reflejada en la Hoja de Trabajo presenta una realidad diferente a la detectada con datos primarios. Hay una apreciación infravalorada de la actividad asistencial previsible e imprevisible y de la actividad administrativa previsible e imprevisible. Esto indica:

- Mala calidad de los datos recogidos.
- Influencia de las definiciones operativas del SIGAP a la hora de clasificar las consultas.

7.3.3.5. OBJETIVO NÚMERO 5

La MBE [64,57,111] consiste en poder seleccionar, en la toma de decisiones, la mejor evidencia científica para el beneficio de nuestros pacientes. La investigación clínica por parte de los médicos, al mismo tiempo que realizan su actividad asistencial, es la base de la Epidemiología clínica. El médico del siglo XXI deberá aplicar los resultados de la MBE en su toma de decisiones clínicas, y deberá aplicar la Epidemiología clínica en sus investigaciones.

Tanto la MB como la EC pretenden construir Guías de Práctica Clínica[112,113,114] para mejorar la toma de decisiones en cualquier etapa del proceso clínico.

Con esta investigación se ha pretendido determinar la validez, utilidad clínica y fiabilidad de la información recogida en la hoja de actividad asistencial destinada al SIGAP. Con los datos obtenidos, se han construido árboles de decisión clínica para mejorar la toma de decisiones en gestión clínica. Es decir, para la gestión clínica de las consultas, la toma de decisiones se realizará en función de la evidencia científica obtenida en este trabajo.

La metodología utilizada es muy novedosa, y aunque reconocida y aceptada por la comunidad internacional científica, no existen estudios parecidos en los que se aplique el concepto de **árbol de decisión clínica** (englobando criterios de Ppre o cuantificación de sospecha clínica, Falsos + y Falsos -, Post, Cp y su interpretación como establece la MBE, y Fiabilidad interpretada según la clasificación de Landis y Koch) para la validación de los sistemas de registro para la gestión en atención primaria.

En otras parcelas de la investigación sí que existen estudios con utilización de ADC y GPC [115,116,117].

Como se define con anterioridad en este trabajo, se acepta que la realidad asistencial de las consultas de nuestra Área de Salud está bien reflejada en los sistemas de registro existentes, si la validez presentaba una S y E ambas mayor o igual al 80%. Estos resultados de validez se consiguen en las Hojas de trabajo para el SIGAP, y solo para las consultas que son segundas visitas y para aquellas en las que se ha derivado a atención a especializada. Estos datos se localizan fácilmente en los árboles de decisión clínica como los complementarios de los Falsos negativos (la Sensibilidad) y de los Falsos positivos (la Especificidad).

A través de la interpretación de las probabilidades preprueba y postprueba se pretende conseguir, con respecto a la utilidad clínica, unos resultados de Cp + y Cp – en la categoría A o B, al interpretarlos según los criterios de la MBE, para poder confirmar y descartar de forma

concluyente o moderada. Estos resultados de utilidad clínica sólo se consiguen en las hojas de trabajo para el SIGAP, y sólo para las consultas que son segundas visitas o aquellas en las que se ha derivado a atención especializada.

Al analizar la Fiabilidad a través del cálculo del Índice Kappa, que consiste en eliminar las concordancias eliminando el papel del azar, se obtienen indicadores de fiabilidad sustancial o casi perfecta en la mayoría de los tipos de consulta en la hoja de trabajo (excepto para las consultas administrativas).

7.3.3.6. OBJETIVO NÚMERO 6

Las GPC son informes elaborados de manera sistemática con el objetivo de guiar al profesional sanitario y al paciente sobre las intervenciones sanitarias más adecuadas en el abordaje de una condición clínica específica, en circunstancias sanitarias concretas [118].

Las GPC [112,113] son excelentes instrumentos para mejorar la toma de decisiones, permitiendo cuantificar la incertidumbre que se asume en la práctica clínica y ser críticos con las evidencias que se van obteniendo en la investigación. Tanto la MBE como la EC dirigen sus esfuerzos a la investigación para la obtención de árboles de decisión clínica, y a la construcción de GPC para su utilización de forma sistemática en busca de una mejora en la calidad y eficiencia asistencial. Una GPC ha de tener en cuenta en su metodología, entre otros, los siguientes elementos clave: estar desarrollada por equipos multidisciplinarios, estar basada en revisiones sistemáticas de la bibliografía y presentar unas recomendaciones explícitas y acordes con el nivel de evidencia [119].

En las GPC se integran reglas de decisiones basadas en la evidencia. Con ellas se pretende aportar una metodología que permita la toma de decisiones rápidas en la interpretación de los datos que se recogen.

Para corroborar los resultados obtenidos por el presente trabajo, es preciso que otros investigadores utilizando la misma metodología, realicen un estudio similar. Éste estudio ya se ha realizado con anterioridad en la población adulta de nuestra área de salud [107], y se han presentado sus resultados con las correspondientes GPC, obteniéndose concordancias en algunos aspectos que confieren mayor validez externa a nuestros resultados.

UNIVERSITAS
Miguel
Hernández

8 CONCLUSIONES

UNIVERSITAS
Miguel
Hernández

8. CONCLUSIONES

8.1. OBJETIVO PRIMARIO

- La carga asistencial clínica predomina sobre la administrativa, que es mínima. Con un porcentaje del 96,1 % para las consultas asistenciales y oscila entre el 4-9,1% para las administrativas.
- El porcentaje obtenido en actividades preventivas es bajo y oscila entre el 7% para los motivos de consulta y el 11,4% para los pacientes.
- El porcentaje de usuarios sin cita es elevado (21,8 %). En la mayoría de los casos no existen motivos médicos que justifiquen la asistencia sin cita o urgente.

8.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Los factores que se relacionan con la actividad asistencial son:
  - La **informatización de la consulta**, se asocia con una disminución de actividad asistencial imprevisible y administrativa tanto previsible como imprevisible.
  - La **actividad docente**, se asocia a una mayor actividad asistencial previsible y administrativa tanto previsible como imprevisible.
  - La **edad** de los pacientes, se asocia de forma inversa con la actividad asistencial previsible y en forma directa con la administrativa imprevisible. A menor edad del paciente más asistencial previsible y menos administrativa previsible.
  - El **tiempo** de consulta se asocia de forma inversa con la actividad asistencial imprevisible y de forma directa con la asistencial previsible. A más duración más actividad asistencial previsible.
  - La **presión asistencial** se asocia de forma directa con la asistencial imprevisible. A más presión más actividad asistencial imprevisible.
  - La dispersión geográfica, la forma de acceder al sistema, el sexo y resto de variables analizadas no muestran asociación significativa.
- En la hoja de actividad se infrarregistra la consulta programada, el examen de salud, la consulta administrativa, laboratorio y radiología. Se sobrerregistra la primera consulta. Es adecuada solo para reflejar las segundas consultas y derivaciones a especializada.

- De acuerdo con los resultados obtenidos respecto a los indicadores de validez, la Hoja de trabajo infravalora la actividad asistencial y administrativa tanto previsible como imprevisible. Por tanto, tiene que utilizarse con prudencia cuando se utiliza como fuente de datos básica para conocer el proceso clínico, ya que se ha cuantificado un sesgo de medición importante.

UNIVERSITAS Miguel Hernández

UNIVERSITAS Miguel Hernández

9 BIBLIOGRAFÍA

UNIVERSITAS
Miguel
Hernández

9. BIBLIOGRAFÍA

1. - OMS / UNICEF. Conferencia de Atención Primaria. Alma-Ata. OMS-Ginebra 1978.

2. - Martín-Zurro A, Cano Pérez J.F. Atención Primaria de Salud. En: Martín Zurro A, Cano Pérez J.F. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 4ª edición. Madrid Hartcourt Brace; 1999. p. 3-15.

3. - Cantalejo M, Mir R, Capella R. Atención Primaria: ¿es realmente la puerta de entrada al sistema sanitario?. Aten Primaria 1999, 21: 120-121.

4. - Bono Santos E. La Atención Primaria de Salud. En: Gallo Vallejo F.J. y cols. Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid 1997; 31-38.

5. - Donabedian A. Los espacios de la Salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atencióm médica. México: Fondo de cultura económica, 1988.

6. - Durán J, Jodar G, Porciello V, Parellada N, Martín A, Pradas J. Reforma de la Atención Primaria de salud: resultados económicos, asistenciales y de satisfacción. Aten Primaria 1999; 23: 474-78.

7. - Martín-Zurro A, Cano Pérez J.F. Atención Primaria de Salud. En: Martín Zurro A, Cano Pérez J.F. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 4ª edición. Madrid Hartcourt Brace; 1999. p.60-61

8. - Decreto 42/1986 de la Comunidad Valenciana de Definición y Estructura de la Atención Primaria de la Salud.

9. - Comisión Nacional de Especialidades. Guía de formación de especialistas: pediatría y sus áreas específicas. Pediatr Aten Primaria. 1999; 1 (2): 155-64.

10. - Crespo Hernández M. Bases fundamentales del programa MIR. An Esp Pediatr 2003; 58 (supl 4): 385-394.

11. - Crespo Hernández M. Formación de especialistas en pediatría y en las subespecialidades pediátricas. Pediatr Aten Primaria. 1999; 1 (2): 37-52.

12.- Bras J. La pediatría en asistencia primaria. En: Bras J, De la Flor JE, Masdival RM. Pediatría en Atención Primaria. Barcelona. Springer-Verlag Ibérica. 1997:34.

13. - Escribano E. La pediatría en el modelo español de Atención Primaria. Pediatr Aten Primaria. 2000; 2 (6): 185-89.

14. - Decreto 230/1991, de 9 de diciembre, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se amplia la edad que delimita la atención pediátrica. DOGV 1689 del 23 de Diciembre de 1991.

15. - Grupo de consenso de Pediatría de Atención Primaria. La calidad de la asistencia Pediátrica de Atención Primaria en los Sistemas Sanitarios Públicos Españoles. 2001.

16. - Constitución Española de 1978 (BOE 29 de Diciembre de 1978).

17. - Ley 14/86 General de Sanidad (BOE 29 de Abril de 1986).

18. - Real Decreto 137/84 sobre Estructuras Básicas de Salud.

19. - Ley Orgánica 5/82, de 1 de Julio, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana (BOE 10 de Julio de 1982).

20. - Ley 8/87 de 4 de Diciembre, de Creación del Servicio Valenciano de Salud de la Generalitat Valenciana (DOGV 724 DE 16 DE Diciembre de 1987).

21. - Decreto 87/99, de 30 de Julio, del Reglamento Orgánico y funcional de la Consellería de Sanidad (DOGV 3551 de 2 de Agosto de 1999).

22. - Orden del 20 de Noviembre de 1991, de la Consellería de Sanidad, de reglamento de Organización y Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria en la Comunidad Valenciana. DOGV 1961 de 26 de Diciembre de 1991.

23. - Orden de 27 de Diciembre de 1993 por la que se establece el Mapa Sanitario de la Comunidad Valenciana (DOGV 2175 de 30 de Diciembre de 1993).

24. - Orden de 26 de Septiembre de 1997 que modifica parcialmente las Zonas y Áreas de Salud de la Comunidad Valenciana (DOGV 3095 DEL 8 DE Diciembre de 1997).

25. - Ley 3/2003, de 6 de Febrero, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana (DOGV 14 de Febrero de 2003).

26. - Olm Font. Diccionario Básico de Gestión. 1ª Edición. Madrid. Ed. Ergon 2000.

27. - Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Consejería de Salud de Andalucía. 12/2001. 1ª Edición. ISBN 8486. 024-8.

28. - Candelas García C. Implantación de la excelencia en la gestión de una entidad aseguradora. Trabajos de Investigación Master en Dirección Aseguradora MDA. En http://www.icea.es

29. - Gené J, Durán J. Gestión en Atención Primaria. En: Martín Zurro A y Cano Pérez J. Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 4ª ed. Madrid. Hartcourt Brace 1999: p. 69-81.

30. - Del Llano J, Ortún Rubio v, Martín Moreno JM, Millán Núñez Cortes, Gené Badía J. Gestión Sanitaria. Innovación y desafíos. Barcelona Masson SA, 1999.

31. - Consellería de Sanitat. Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2001-2004. Valencia. Generalitat Valenciana; 2001.

32. - OMS. Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la salud en el sigloXXI. Adaptado de la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Junio 21-25, 1997. Yakarta. Indonesia.

33- "Fifty-First World Health Assembly". WHA51.7. Agende item 19. 16 de Mayo de 1998. Health for all policy for the twenty first century.

34. - Durán MA. Los servicios sanitarios y los planes de salud. Revisiones en Salud pública. 1995; 4: 171-90.

35. - Decisión Nº 1786/2002/CE del Parlamento Europeo y del Consejo del 23 de Septiembre de 2002 relativa a la adopción de un programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud pública (DOCE L 271/pag 1-11del 9 de Octubre de 2002).

36. - Consellería de Sanitat. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Valencia. Generalitat Valenciana. 2000.

37. - Consellería de Sanitat. Subsecretaría para la Agencia Valenciana de la Salud. Contrato de Gestión en Atención Primaria. Valencia. Generalitat Valenciana . 2000.

38. - Pascual de la Torre M, Rivero Cuadrado A, Cózar Ruiz R. "Sistemas de información sanitaria en Atención Primaria". En: Rivero Cuadrado A, Zamanillo Sarmiento C, Ruiz Ferran J. " El proceso Asistencial: su gestión a través de los

sistemas de información asistenciales". Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. Fundación Sanitas 2000. ISBN 84-7670-530-1. p. 76-92.

39. - Jiménez Villa J, Cutillas Castell S, Martín Zurro A, Grupo de Trabajo MPAR-5. Evaluación de resultados en Atención Primaria: El proyecto MPAR-5. Aten Primaria 2000; 25 (9): 653-60, 662.

40. - Fusté J. Hacia la definición de un conjunto mínimo de datos en Atención Primaria. Aten Primaria 2002; 30 (4): 229-35.

41. - Comité Internacional de Clasificación de la WONCA. Clasificación internacional de la Atención Primaria. 2ª edición. Ed. Masson 1999.

42. - Sistema de Información para la Gestión en atención Primaria. SIGAP. Manual de definiciones. Enero 2002. Consellería de Sanidad. Subsecretaria para la Agencia Valenciana de la Salud. Servicio de Análisis de la Actividad Asistencial.

43. - EQUIPO CESCA. Los sistemas de registro en atención Primaria de Salud. Coordinación Juan Gervás. Ed. Díaz de Santos S.A. 1987. p. 212-18.

44. - López Picazo JJ, Agulló F, Villaescusa M, Cerezo JM. Datos clínicos esenciales de la historia clínica de Atención Primaria: una experiencia de evaluación y mejora. Aten Primaria 2002; 30: 92-98.

45. - Alonso López F, Cristos C.J, Brugos Larrumbe A, García Molina F, Sánchez Perruca L, Guijarro Eguskizaga A et al. Informatización en la Atención Primaria. Documentos Semfyc. Nº 13. 2001.

46. - Merino M. La informatización de la primaria y los pediatras. Pediatr Aten Primaria 2000; 2 (6): 16-21.

47. - Pita S. Epidemiología. Conceptos básicos. En: Tratado de Epidemiología Clínica. DTO de Medicina y Psiquiatría Universidad de Alicante. Dupont-Pharma. 1994. p. 39-54.

48. - Jenicek M. Cleroux R. Epidemiología. Principios-Técnicos-Aplicaciones. Barcelona. Salvat 1987.

49. - Armijo RR. Epidemiología básica en atención Primaria de Salud. Madrid, Díaz de Santos, 1993.

50. - Sakett DL, Haynes RB, Guyalt GH, Tugwell P. Epidemiología clínica. Una ciencia básica para la medicina clínica. 2ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 1994.

51. - Fox RC. The evaluation of medical uncertainty. Milbank Mem Fund Q Health Soc 1980; 58: 1-49.

52. - Gil VF, Belda J, Merino J. ¿Es la Epidemiología clínica una ciencia básica para los médicos prácticos?. Medifam 1994; 4:29-32.

53. - Gabriel Sánchez R, Pladevall Vila M. Evaluación de la evidencia en medicina: Revisiones sistemáticas y metaanálisis. En Sánchez J. "Epidemiología clínica y Bioestadística. Madrid 1998. Ed. IDEPSA.

54. - Merino J, Gil V. Concepto de Epidemiología Clínica: su aplicación en Atención Primaria. En: Tratado de Epidemiología Clínica. Madrid: Dupont Pharma, 1995. p. 20-22.

55. - Dolsac Espinosa JI, Cebrián Martín C, Apezteguía Arroz J, García Latorre FJ, Bastarós García JC. ¿Existe el consenso en los sistemas de información de actividad asistencial en atención primaria?. Centro de Salud 1994; 2 (8): 633-638.

56. - Urbina O, Marcuello C, Serrano GD, García FJ. ¿Son adecuados los indicadores que se utilizan en Atención Primaria para medir la eficiencia?. Aten Primaria 1997; 20: 191-94.

57. - Sackett DL. Medicina basada en la evidencia. Cómo ejercer y cómo enseñar la Medicina Basada en la Evidencia. Madrid: Churchill-Livinstone, 1997.

58. - Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics 1977; 33: 159-74.

59. - Dirección de Área 17. Plan de Acogida de Atención Primaria del Área 17. Elda: Noviembre de 2002.

60. - Decreto 126/99 del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se crea el Sistema de Información Poblacional (DOGV 396 de 25 de Junio de 1986.

61. - Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana. Memoria del Área 17 de atención Primaria. 1999.

62. - Argimón JM, Jiménez J. Métodos de investigación aplicados a la Atención Primaria de salud. Madrid: Mosby/Doyma libros S.A. 1991.

63. - Contadiopoulos AP, Champagne F, Potvin L, Denis JL, Boyle P. Preparar un proyecto de investigación, Barcelona, SG editores. 1991.

64. - Gomez de la Cámara A. Manual de medicina Basada en la Evidencia. Jarpyo editores S.A. 1998.

65. - Gil V, Merino J, Orozco D, Quirce F. Métodos de investigación en Atención primaria. Universidad Miguel Hernández 1999: 310-50.

66. - Rebagliato M, Arranz M. Metodología de investigación en Epidemiología. Madrid: Díaz Santos 1996.

67. - Casajuana J. Módulo 1. La organización funcional del Equipo de Atención Primaria. Madrid: Semfyc; 2002.

68. - Comité internacional de Clasificación de la Wonca. Clasificación Internacional de la Atención Primaria. CIAP-2. 2ª edición. Ed. Masson 1999.

69. - Gabriel R, Rodríguez F, Castrillo J.M.. Toma de decisiones: Metodología. En: Tratado de Epidemiología clínica. Madrid : Dupont Pharma, 1995. p.409-21.

70. - Jaeschke R, Guytatt GH, Sackett DL. Guías para usuarios de la literatura médica (III). ¿Cómo utilizar un artículo sobre un examen diagnóstico? ¿Cuáles son los resultados? ¿Me ayudaran en la asistencia a mis pacientes?. The Evidence Based Medicine Working Group. Jama (Ed. Española) 1997: 45-50.

71. - De Irala J, Martínez –Gonzalez M.Epidemiología Clínica. Diagnóstico Precoz. En : Epidemiología Aplicada. Barcelona. Ariel S.A. 2005.p. 392-94.

72. - Estilos de Vancouver 2000. Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a Revistas Biomédicas. Disponible en:

http://www.fisterra.com/recursos_web/mbe/vancouver. asp

73. - Indicadores de evaluación de la actividad profesional: Asistencia, docencia e investigación. Documentos semfyc Nº 19. 2002.

74. - Gil Guillén V. Estudios transversales en la práctica clínica. Investigación diagnóstica. Pruebas diagnósticas. En: Gómez de la Cámara A. Manual de Medicina Basada en la Evidencia. Jarpyo editores S.A. 1998.

75. - Salom Pérez A, Marmaneu Laguia MD, Paricio Talayero JM. Indicadores de rendimiento de consulta pediátrica. IV Reunión Anual de la Sección de pediatría Extrahospitalaria de la AEP. An Esp Pediatr 1990: 99-100.

76. - Durá Travé T, Gúrpide Ayarra N. Presión asistencial, frecuentación y morbilidad pediátrica en un centro de salud. Diferencias etarias y estacionales. Aten Primaria 2001; 27 (4): 244-9.

77. - Valls Duran T, Carballo Pazo C, Martínez Martos R, Martínez González P, Espinosa Arévalo M. Estudio de la demanda en las consultas pediátricas extrahospitalarias de Vigo. An Esp Pediatr 1989; 30 (1): 45-50.

78. - Sección de Pediatría Extrahospitalaria de la Asociación Española de Pediatría. Estudio del contenido de las consultas en pediatría extrahospitalaria. An Esp Pediatr 1990; 32 (3): 241-45.

79. - Morlán Sala A, González Sanz FJ, Herrador Cansado P, Gollonet Larre ML, Del Pozo Vindel F. Epìdemiología clínica de 15.014 consultas pediátricas atendidas en un año en un equipo de Atención Primaria. II Reunión Anual de la sección de Pediatría Extrahospitalaria de la AEP. An Esp Pediatr 1997, supl 97. 65-6.

80. - Pérez Castro I, Gallego García D, Gude Sanpedro F. Morbilidad pediátrica en un centro de salud. An Esp Pediatr 1991,24 (1). 15-18.

81. - Chacón del Castillo M, López Genillo C, Isabel Saldaña V, Sepúlveda Martín A, Mendaña Fernández A, González Pérez M. Estudio de las asistencias pediátricas en un PAC de Atención Primaria del medio rural. Centro de Salud 2001: 372-81.

82. - Lapeña López de Armentia S, Reguero Celada S, García Rabanal M, Gutiérrez Fernández M, Abadía I, González Aparicio H. Estudio epidemiólogico de las urgencias pediátricas en un hospital general. Factores implicados en una demanda inadecuada. An Esp Pediatr 1996; 44. 121-25.

83. - García Puga JM. Dificultades en el ejercicio pediátrico en Atención Primaria. An Esp Pediatr 2001; 54 (4): 368-74.

84. - Tapia Collado C. Análisis de la hiperfrecuentación en las consultas de Pediatría de atención Primaria (tesis doctoral). Facultad de Medicina. Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. Elche 2003.

85. - Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana. Memoria 1996.

86. - Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana. Memoria del Área17. Elda. 1999.

87. - INSALUD. Zaragoza. Gerencia de Atención Primaria Área 3. Memoria de Actividad Asistencial. 1998.

88. - Servicio Canario de Salud. Memoria actividad asistencial 1998.

89. - Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana. Dirección de Atención Primaria. Memoria de actividad de Área14. 1999.

90. - Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Evolución de la actividad asistencial de atención Primaria. 1996.

91. - Servicio Gallego de Salud. Memoria de actividad en Atención Primaria 1999.

92. - Consejería de Salud y Servicios sanitarios del Principado de Asturias. Memoria de actividad 1998-99.

93. - Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana. Memoria 1999.

94. - Consellería de Sanitat. Generaltiat Valenciana. Memoria 2000.

95. - INSALUD. Memoria 1999. Indicadores de actividad en Atención Primaria.

96. - Servicio Gallego de Salud. Memoria de actividad en Atención Primaria 2000.

97. - Servicio Navarro de Salud. Memoria de Atención Primaria 2000.

98. - INSALUD. Memoria 2000. Evolución de los indicadores de actividad en asistencia primaria.

99. - Gabinete de Estudios de la Dirección Territorial del INSALUD. Evolución y situación actual del Sistema Sanitario en Asturias. 2001.

100. - INSALUD. Indicadores de Actividad Ceuta. Atención Primaria. 2001.

101. - Anuario El Médico 2001: 200-206.

102. - Generalitat de Cataluña. Servicio Catalán de Salud. Memoria 2001.

103. - Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana. Memoria del área 17. Atención Primaria. 2001.

104. - Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana. Memoria 2001.

105. - INSALUD. Comunidad de Madrid. Memoria de actividad asistencial. Atención Primaria Área 9. 2002.

106. - Sistema de Información para la Gestión en Atención Primaria. SIGAP. Área 17. Enero 2003.

107. - Prieto Erades I. Estudio de epidemiología clínica sobre la actividad asistencial en Atención Primaria en un Área de Salud de la Comunidad Valenciana (tesis doctoral). Facultad de Medicina. Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. Elche.2003.

108. - Pedrera V, Orozco D, Gil V, Prieto I, Moya MI, Sanchis C. Características de la demamda sanitaria en las consultas de medicina de familia de un área de salud de la Comunidad Valenciana. Aten Primaria 2004; 33 (1): 31-37.

109. - Mira JJ, Llinás G, Orozco D, Palazón I, Vitaller J. Validación de un instrumento para identificar estilos de práctica profesional del médico de atención primaria. Aten Primaria 1998; 21:14-22.

110. - Howie JGR, Hopton JL, Heaney DJ, Porter AM. Attitudes to medical care, the organization of work, and stress among general practitioners. Br J Gen Pract 1992; 18: 4-15.

111. - Del Llano J, Gol J. Medicina basada en la evidencia (II). Med Clin 2000; 114 Supl 2.

112. - Brotons C. Toma de decisiones: Guías de Práctica Clínica. En: Investigación y práctica clínica. Módulo 2. Madrid. Instituto de comunicación científica. 1999; 31. p.121-30.

113. - Gabriel R, Rodríguez F. Metodología para la toma de decisiones. En: Investigación y práctica clínica. Módulo 2. Madrid. Instituto de comunicación científica. 1999; 31.p. 131-38.

114. - Gil VF, Peinado E, Obrador E, Pascual R, Pérez Barba C, Merino J. Validez de las pruebas diagnósticas para confirmar o descartar una apendicitis aguda. Med Clin 2000; 114 (Supl 2): 46-51.

115. - Grupo de Trabajo de la guía de práctica clínica sobre ERGE. Manejo del paciente con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Guía de práctica Clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, semFYC y Centro Cochrane Iberoamericano, 2000. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada: 1.

116. - Grupo de Trabajo de la guía de práctica clínica sobre Rectorragia. Manejo del paciente con rectorragia. Guía de Práctica Clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, semFYC y Centro Cochrane Iberoamericano, 2000. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada: 2.

117. - Brotons C, Royo-Bordonada M.A, Alvarez-Sala L, Armario P, Artigao R, Conthe P et al. Adaptación española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular (I). Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC). Aten Primaria 2004; 34 (8): 427-32.

118. - Lohr KN, Field MJ. A provisional instrument for assessing clinical practice guidelines. En: Field MJ, Lohr KN, editors. Guidelines for clinical practice. From development to use. Washington DC. National Academy Press, 1992.

119. - Scottish Intercollegiate Guidelines Netwark SIGN 50: a guideline developers' handbook. Edinburgh: SIGN, 2001.

10 ANEXOS

UNIVERSITAS
Miguel
Hernández

10. ANEXOS

10.1. ANEXO 1.HOJA DE RECOGIDA DE DATOS. ACTIVIDAD ASISTENCIAL

FN ____/_____/_____ ENTRADA_____:_____ SALIDA _____:_____

LLAMADO POR MÉDICO ☐

NOMBRE_____ APELLIDOS_____

EDAD _____ SEXO: ☐M ☐H

☐INMIGRANTE ☐HUÉRFANO ☐ADOPTADO

VIENEN: ☐PADRE ☐MADRE ☐FAMILIAR (_____)

☐SOLO ☐ABUELOS ☐NO FAMILIAR _____

TIPO DE CONSULTA

☐CITA PREVIA ☐SIN CITA ☐URGENCIA ☐TELEFÓNICA

☐DOMICILIARIA ☐PROGRAMADA ☐EXAMEN DE SALUD

MOTIVO DE CONSULTA

A) PRINCIPAL

CLÍNICO AGUDO: ☐FIEBRE ☐TOS ☐MOCOS ☐ANOREXIA

☐DOLOR ABDOMINAL ☐TRAUMATISMO_____

☐OTROS_____

CLÍNICO CRÓNICO: ☐CEFALEA ☐DANE ☐TOS ☐ MOCOS

☐OTROS_____

JUICIO DIAGNOSTICO_____

ADMINISTRATIVO: ☐RECETA ☐INTERCONSULTA A_____

CERTIFICADO: ☐ESCOLAR ☐DEPORTE

☐ESPECIALISTA (previo a intervención quirúrgica)_____

RESULTADOS PRUEBAS _____

☐RECIBIR ☐ENTREGAR

B) SECUNDARIO ("YA QUE")

CLINICO AGUDO: ☐FIEBRE ☐TOS ☐MOCOS ☐ANOREXIA

☐DOLOR ABDOMINAL ☐TRAUMATISMO_____

☐OTROS_____

CLÍNICO CRÓNICO: ☐CEFALEA ☐DANE ☐TOS ☐ MOCOS

☐OTROS_____

ADMINISTRATIVO: ☐RECETA ☐INTERCONSULTA A_____

CERTIFICADO: ☐ESCOLAR ☐DEPORTE

☐ESPECIALISTA_____

RESULTADOS PRUEBAS _____

☐RECIBIR ☐ENTREGAR

ACTIVIDADES PARA EL MOTIVO PRINCIPAL

☐GUARDERIA ☐CONTROL DE ESFINTERES

☐ PESO ☐ TALLA ☐TA ☐Tº

EXPLORACIÓN: ☐SI ☐NO

☐GARGANTA ☐OIDO ☐CUELLO ☐TORAX ☐ABDOMEN

☐OTROS

PRUEBAS: ☐SANGRE ☐ORINA ☐HECES

☐RADIOGRAFÍA ☐ECO ☐ECG

ACTI. PREVENTIVAS: ☐ACCIDENTES ☐DIETA

☐HIGIENE BUCODENTAL ☐SUEÑO ☐OTROS_____

☐ENFERMERÍA EN EL MOMENTO

☐UTILIZA LA HISTORIA ☐TRATAMIENTO ESCRITO

PLAN DE ACTIVIDADES

☐MEDIDAS HIGIÉNICO- DIETÉTICAS ☐FÁRMACOS

DERIVACIÓN: ☐HOSPITAL DE ELDA ☐HOSPITAL GENERAL

☐REHABILITACIÓN ☐ESPECIALISTA_____

☐ENFERMERÍA ☐TRABAJADORA SOCIAL ☐HIGIENISTA DENTAL

☐RECITACIÓN

INTERRUPCIÓN EN CONSULTA

☐LLAMADA TELEFÓNICA

CONSULTA DE ENFERMERÍA: ☐COMENTARIO ☐VER PACIENTE

10.2. ANEXO 2 .HOJA DE RESUMEN DE DATOS

día: __ __/ __ __/ __ __

Centro: ☐ docente ☐ no docente ☐ rural ☐ semiurbano ☐ urbano ☐ informatizado

Hora de inicio consulta demanda: __ __//__ __

Hora de finalización consulta demanda: __ __//__ __

Total de consultas con cita: __ __
Total que no acuden: __ __

Total de consultas sin cita: __ __

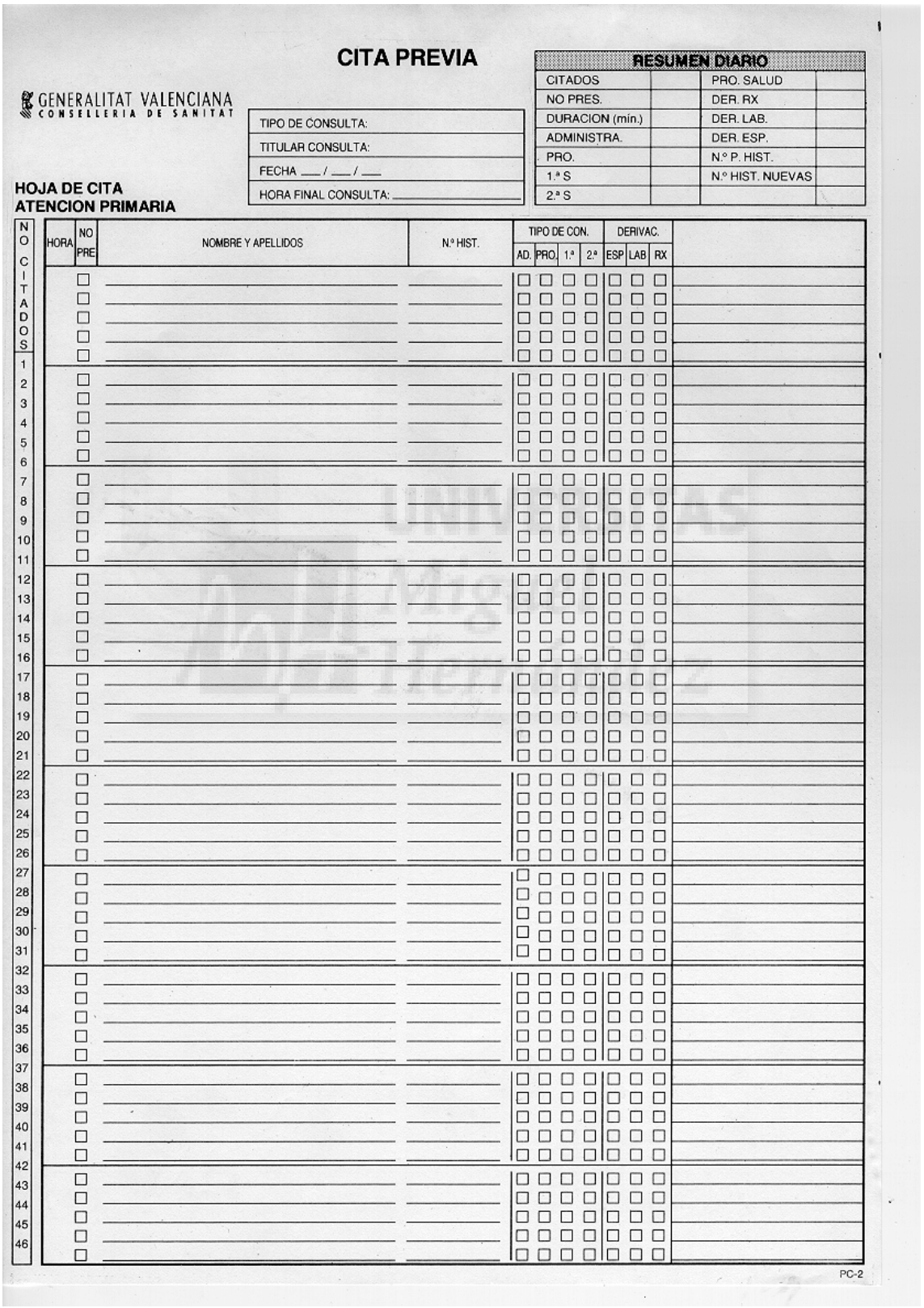
Nº de avisos: __ __

Total de interrupciones: __ __

Nº de veces que el médico utiliza el teléfono para llamar a pacientes: __ __

UNIVERSITAS Miguel Hernández

10.3. ANEXO 3. HOJA DE CITA PREVIA /TRABAJO



CITA PREVIA

GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

RESUMEN DIARIO			
CITADOS		PRO. SALUD	
NO PRES.		DER. RX	
DURACION (mín.)		DER. LAB.	
ADMINISTRA.		DER. ESP.	
PRO.		N.º P. HIST.	
1.ª S		N.º HIST. NUEVAS	
2.ª S			

TIPO DE CONSULTA:
TITULAR CONSULTA:
FECHA ___ / ___ / ___
HORA FINAL CONSULTA: _____

HOJA DE CITA
ATENCION PRIMARIA

NO CITADOS	HORA	NO PRE	NOMBRE Y APELLIDOS	Nº HIST.	TIPO DE CON. AD.	PRO.	1.ª	2ª	DERIVAC. ESP	LAB	RX	
		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
1		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
2		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
3		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
4		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
5		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
6		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
7		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
8		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
9		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
10		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
11		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
12		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
13		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
14		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
15		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
16		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
17		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
18		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
19		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
20		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
21		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
22		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
23		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
24		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
25		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
26		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
27		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
28		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
29		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
30		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
31		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
32		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
33		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
34		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
35		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
36		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
37		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
38		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
39		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
40		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
41		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
42		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
43		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
44		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
45		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
46		☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

PC-2

10.4. ANEXO 4. DEFINICIONES OPERATIVAS PARA COMPLETAR HOJA DE RECOGIDA DE DATOS (ACTIVIDAD ASISTENCIAL) ESTUDIO SYN-PC

- **DIA**: día que se realiza la recogida de datos.
- **HORA DE ENTRADA Y DE SALIDA:** Indicar hora y minutos.
- **NOMBRE Y APELLIDOS:** del paciente.
- **CARACTERISTICAS DEL PACIENTE:** Edad, sexo, si es inmigrante, huérfano, adoptado.
- **CON QUIEN VIENE EL PACIENTE**: con el padre, con la madre, con un familiar, solo, con abuelos o con otra persona que no es familiar.
- **TIPO DE CONSULTA:**
  - Cita previa: Cuando el paciente aparece citado en la hoja de trabajo del día.
  - Sin cita: Cuando el paciente acude derivado de enfermería, de mostrador o por si mismo, sin estar citado.
  - Urgente: Consulta catalogada como urgente por el personal sanitario o por el propio paciente.
  - Telefónica: Consulta telefónica que se realiza en el momento de consulta.
  - Domiciliaria: Atención en el domicilio en el día.
  - Programada: Es una consulta por iniciativa del pediatra, el paciente vuelve a consulta para revisión de alguna patología de curso agudo o crónico, o para valoración de resultados de pruebas complementarias.
  - Examen de salud: exámenes de salud que marca el Plan de Salud de la Comunidad Valenciana.
- **MOTIVO DE CONSULTA**:

  Para cada paciente se puede marcar uno o varios apartados, tantos como motivos de consulta presente el paciente en esa cita.

  MOTIVO DE CONSULTA PRINCIPAL: Es lo que trae al niño a la consulta.

  MOTIVO DE CONSULTA SECUNDARIO: Cuando el paciente presenta otro motivo distinto al que ha originado la consulta.

Clasificamos en 4 apartados:

A. Clínico: Es la consulta médica. Si son los que están reseñados en el impreso se marcarán con una cruz, si no se anotarán. Tras valorarlo se anotará el diagnóstico emitido por el pediatra en el apartado "juicio diagnóstico"**.**

B. En "otros motivos" no se debe anotar síntomas relacionados con el problema principal, sino aquellos que constituyan un motivo de consulta independiente.

C. Administrativo: Es la consulta administrativa. A tener en cuenta en este apartado:
   - No se marcará en "Recetas AP" cuando son recetas que se hacen por la asistencia del día, sino cuando son recetas de tratamientos previos que lleva el paciente.
   - No se marcará en "Recetas AP" cuando son recetas que se hacen por la asistencia del día, sino cuando son recetas de tratamientos previos que lleva el paciente.
   - No se marcará "interconsulta a" cuando la derivación a especializada se realice tras la valoración del paciente, sino cuando sea para una revisión ya concertada con especializada y el paciente acude a solicitarlo a consulta.
   - Se marcará "certificado" cuando el paciente lo solicite para la escuela o para sus actividades deportivas, o "certificado especialista" cuando quien lo requiera sea el especialista previo a una intervención quirúrgica.

D. Recoger/dar resultados: Este apartado incluye tanto cuando acuden a recibir resultados de pruebas que se han solicitado en consultas previas como cuando traen resultados surgidos de otros niveles (especialistas, hospital):

- **ACTIVIDAD (PARA EL MOTIVO PRINCIPAL)**

Se trata de valorar la actividad del profesional ante el motivo de consulta. Si realiza exploración física, si solicita pruebas complementarias, hace actividades preventivas, utiliza la historia clínica, remite a otros profesionales en ese momento, etc.

- Plan de actividades: Si se pauta un tratamiento es necesario indicarlo, especificando si son medidas higiénico dietéticas o si se trata de un tratamiento farmacológico. Si se deriva al paciente, con respecto al motivo de consulta, marcar o anotar en apartado dedicado para ello. Si se indica al paciente que vuelva a consulta para revisión, reflejarlo en el apartado de recitación.
- Da tratamiento por escrito: marcar este apartado cuando en una hoja de información adicional (no en la receta) el facultativo indica al paciente cómo tomar el fármaco prescrito o da recomendaciones higiénico-dietéticas por escrito.

- **APARTADO INTERRUPCIONES EN CONSULTA**

Indicar si se producen llamadas telefónicas; indicar si se produce la interrupción por una consulta de enfermería y cual es el motivo.

Estas recomendaciones y puntualizaciones están basadas en los errores y/u omisiones más frecuentes detectadas en una prueba piloto realizada previamente.

UNIVERSITAS Miguel Hernández

10.5. ANEXO 5. CODIFICACIÓN DE LOS MOTIVOS DE CONSULTA EN FUNCIÓN DE LAS NECESIDADES Y NATURALEZA DE LA CONSULTA EN LA BASE DE DATOS SEGÚN LAS ENCUESTAS

Según los datos recogidos en la "**Hoja de recogida de datos de la actividad asistencial**" (Anexo 1), en el apartado de "Motivo de consulta(SOAP)", clasificamos los motivos de consulta en los cuatro siguientes, siguiendo la metodología de Casajuana [68], en función de lo marcado por el observador externo en la consulta:

CONSULTAS ASISTENCIALES PREVISIBLES:

Motivo de consulta

- Revisión de Patología:
  - Patología aguda: SI
  - Patología crónica: SI
  - Actividad preventiva: SI
- Dar resultados de Pruebas Complementarias:
  - Analítica: SI
  - Radiología: SI
  - ECG. SI
  - Glucemia: SI
  - Tensión arterial: SI
  - Ecografía: SI
  - Otras pruebas complementarias: SI

CONSULTAS ASISTENCIALES IMPREVISIBLES:

Motivo de consulta:

- Patología aguda:
  - Motivo principal y/o Diagnóstico principal: Diferente de NO
  - Otros motivos de consulta de patología aguda: Diferente de NO
- Dar Resultados de:
  - Interconsulta de Especializada: SI
  - Alta hospitalaria: SI

CONSULTAS ADMINISTRATIVAS PREVISIBLES:

Motivo de Consulta:

- Burocráticas:

  Recetas de Atención Primaria: SI

CONSULTAS ADMINISTRATIVAS IMPREVISIBLES:

Motivo de Consulta:

- Burocráticas:
  - Recetas de Especializada: SI
  - Recetas de Hospital: SI
  - Volantes de Especializada: SI
  - Volantes de Enfermería: SI
  - Volantes de Ambulancia: SI
  - Certificados /informes: SI
  - Otras(especificado): SI

UNIVERSITAS Miguel Hernández

10.6. ANEXO 6. CODIFICACIÓN DE LOS MOTIVOS DE CONSULTA EN FUNCIÓN DE LAS NECESIDADES Y NATURALEZA DE LA CONSULTA EN LA BASE DE DATOS SEGÚN LA HOJA DE TRABAJO.

Según los datos recogidos en la "**Hoja de cita previa**" u " **Hoja de trabajo**"(Anexo 3), en cada una de las consultas médicas, clasificamos los motivos de consulta en los 4 siguientes, siguiendo la metodología de Casajuana, en función de lo marcado por el médico al finalizar su actividad laboral diaria en la consulta:

CONSULTAS ASISTENCIALES PREVISIBLES:

Pacientes citados		**Pacientes No citados**	
Administrativa:	NO	Administrativa:	NO
Protocolizada:	SI	Protocolizada:	SI
Primera visita:	NO	Primera visita:	NO
Segunda visita:	NO	Segunda visita:	NO
Programa de Salud:	SI	Programa de Salud:	SI

CONSULTAS ASISTENCIALES IMPREVISIBLES:

Pacientes citados		**Pacientes No citados**	
Administrativa:	NO	Administrativa:	NO
Protocolizada:	NO	Protocolizada:	NO
Primera visita:	SI	Primera visita:	SI
Segunda visita:	SI	Segunda visita:	SI
Programa de Salud:	NO	Programa de Salud:	NO

CONSULTAS ADMINISTRATIVAS PREVISIBLES:

Pacientes citados		**Pacientes No citados**	
Administrativa:	SI	Administrativa:	NO
Protocolizada:	NO	Protocolizada:	NO
Primera visita:	NO	Primera visita:	NO
Segunda visita:	NO	Segunda visita:	NO
Programa de Salud:	NO	Programa de Salud:	NO

CONSULTAS ADMINISTRATIVAS IMPREVISIBLES:

Pacientes citados		**Pacientes No citados**	
Administrativa:	NO	Administrativa:	SI
Protocolizada:	NO	Protocolizada:	NO
Primera visita:	NO	Primera visita:	NO
Segunda visita:	NO	Segunda visita:	NO
Programa de Salud:	NO	Programa de Salud:	NO

10.7. ANEXO 7. CÓDIGOS DE CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LA AP: CIAP-2

PROBLEMAS GENERALES E INESPECÍFICOS	A
Dolor crónico generalizado	A01
Dolor generalizado	A01
Dolor múltiple	A01
Escalofríos	A02
Rigor	A02
Tiritona	A02
Fiebre	A03
Pirexia	A03
Laxitud	A04
Letárgica	A04
Síndrome fatiga crónica	A04
Indisposición	A05
Desmayo	A06
Pérdida conciencia	A06
Síncope	A06
Coma	A07
Bulto	A08
Masa ne	A08
Hiperhidrosis	A09
Problemas sudor	A09
Problemas sudoración	A09
Sudoración nocturna	A09
Sudoración, problemas	A09
Hemorragia ne	A10
Dolor torácico ne	A11
Miedo tratamiento	A13
Tratamiento, miedo	A13
Lactante inquieto	A16
Lactante irritable	A16
Lactante nervioso	A16
Lactante, otros sig/sin generales	A16
Apariencia corporal, preocupación	A18
Imagen corporal, preocupación	A18
Preocupación apariencia	A18
Antecedente familiar	A23
Antecedente personal	A23
Contacto enfermedad infecciosa	A23
Miedo agonía	A25
Miedo muerte	A25
Miedo cáncer ne	A26
Miedo enfermedad ne	A27
Incapacidad ne	A28
Minusvalía ne	A28
Caídas	A29
Dolor inespecífico	A29
Lentitud	A29
Sig/sin generales, otros	A29
Torpeza	A29
Tuberculosis	A70
Tuberculosis, efectos tardíos	A70
Tuberculosis, todas localizaciones	A70
Varicela	A72
Paludismo	A73
Rubéola	A74
Rubéola congénita	A74
Fiebre glandular	A75
Mononucleosis infecciosa	A75
Quinta enfermedad	A76
Roséola infantil	A76
Dengue	A77
Enfermedades virales ne	A77
Fiebre hemorrágica	A77
Vacuna	A77
Brucelosis	A78
Enfermedad Lyme	A78
Enfermedades transmisión sexual ne	A78
Escarlatina	A78
Fiebre escarlatina	A78
Fiebre Q	A78
Infección ne	A78
Micoplasma, infecciones	A78
Toxoplasmosis	A78
Carcinomatosis	A79
Metástasis, origen desconocido	A79
Accidente tráfico	A80
Lesión ne	A80
Traumatismo ne	A80
Lesiones internas ne	A81
Lesiones múltiples	A81
Traumatismos múltiples	A81
Amputación, traumatismo	A82
Deformidades traumáticas	A82
Traumatismos, efectos tardíos	A82
Envenenamiento, medicamentos	A84
Medicamentos, envenenamiento	A84
Medicamentos, sobredosis	A84
Sobredosis medicamentos	A84
Anafilaxia, medicamentos	A85
Animales venenosos, intoxicación	A86
Mercurio, intoxicación	A86
Monóxido de carbono, intoxicación	A86
Plantas, intoxicación	A86
Plomo, intoxicación	A86
Productos industriales, intoxicación	A86
Tóxicos (no medicamentos)	A86
Complicación por medicamento	A87
Herida quirúrgica, complicación	A87
Medicamento complicación	A87
Radiología, complicación	A87
Transfusión, reacción	A87
Frío, efecto adverso	A88
Huso horario, cambio	A88
Movimiento, efecto adverso	A88
Rayo (tormentas), efectos	A88
Sabañones	A88
Catéter, efecto adverso	A89
Colostomía, efecto adverso	A89
Marcapasos, efecto adverso	A89
Prótesis, efectos adversos	A89
Trasplante, efecto adverso	A89
Válvula cardíaca, efecto adverso	A89
Anomalías congénitas múltiples	A90
Anomalías congénitas ne	A90
Marfan, síndrome	A90
Neurofibromatosis	A90
Síndrome Down	A90
Síndrome Marfan	A90

Anormales, pruebas ne	A91
Hiperglucemia	A91
Resultados inexplicables análisis sangre ne	A91
Portador enfermedad infecciosa	A92
Reacción alérgica ne	A92
Prematuro, recién nacido	A93
Recién nacido, inmaduro	A93
Recién nacido, prematuro	A93
Morbilidad perinatal, otra	A94
Mortalidad perinatal	A95
Muerte	A96
Sin enfermedad	A97
Medicina preventiva	A98
Promoción salud	A98
Enfermedades generales ne	A99
Enfermedades generales, otras	A99

SANGRE, ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS Y — B

Órganos hematopoyéticos, sig/sin	B04
Miedo sida	B25
Sida, miedo	B25
Miedo cáncer linfático	B26
Miedo cáncer órganos hematopoyéticos	B26
Miedo cáncer sangre	B26
Miedo otras enfermedades linfáticos	B27
Miedo otras enfermedades órganos	B27
Miedo otras enfermedades sangre	B27
Minusvalía linfáticos	B28
Minusvalía órganos hematopoyéticos	B28
Minusvalía sangre	B28
Órganos hematopoyéticos, incapacidad	B28
Órganos hematopoyéticos, minusvalía	B28
Órganos hematopoyéticos, otros sig/sin	B29
Absceso ganglio linfático	B70
Enfermedad Hodgkin	B72
Hodgkin, enfermedad	B72
Leucemia	B73
Enfermedades mieloproliferativas	B74
Mieloma múltiple	B74
Policitemia *vera*	B75
Bazo, rotura traumática	B76
Bazo, otros traumatismos	B77
Órganos hematopoyéticos, otros	B77
Anemia células falciformes	B78
Anemia hemolítica hereditaria	B78
Esferocitosis	B78
Talasemia	B78
Anemia congénita	B79
Anomalías congénitas órganos	B79
Anomalías congénitas órganos linfáticos	B79
Anomalías congénitas sangre, otras	B79
Órganos hematopoyéticos, otras anomalías	B79
Anemia ferropénica	B80
Anemia por hemorragia	B80
Anemia macrocítica	B81
Anemia perniciosa	B81
Anemia por deficiencia folato	B81
Anemia por deficiencia vitamina B_{12}	B81
Anemia aplástica	B82
Anemia hemolítica adquirida	B82
Anemia megaloblástica ne	B82
Anemia por deficiencia proteínas	B82
Anemias inespecíficas	B82
Anemias, otras	B82
Hemofilia	B83
Plaquetas anormales	B83
Púrpura	B83
Trombocitopenia	B83
Eosinofilia	B84
Leucocitos anormales	B84
Leucocitosis	B84
Neutropenia	B84
Esplenomegalia	B87
Sida	B90
VIH, infección	B90
Autoinmunes, enfermedades hematológicas	B99
Complemento, alteraciones	B99
Eritrocitos, anormalidades	B99
Hiperesplenismo	B99
Policitemia secundaria	B99
VSG, aumento	B99

APARATO DIGESTIVO — D

Abdomen, dolor generalizado	D01
Dolor abdominal generalizado	D01
Retortijones	D01
Dolor epigastrio	D02
Dolor estómago	D02
Epigastrio, dolor	D02
Estómago, dolor	D02
Pesadez estomacal	D02
Acidez estómago	D03
Pirosis	D03
Ano, dolor	D04
Dolor anal	D04
Dolor rectal	D04
Espasmo anal	D04
Proctalgia fugax	D04
Recto, dolor	D04
Ano, prurito	D05
Picor perianal	D05
Prurito perianal	D05
Abdomen, otros dolores localizados	D06
Colon, dolor	D06
Dolor colon	D06
Indigestión	D07
Eructos	D08
Flatulencia	D08
Ventosidades	D08
Náusea	D09
Emesis	D10
Hiperemesis	D10
Vómito	D10
Impactación fecal	D12
Ictericia	D13
Vómito sangre	D14
Melena	D15
Hemorragia rectal	D16
Rectorragia	D16
Incontinencia fecal	D17
Incontinencia intestinal	D17
Ritmo intestinal, cambio	D18
Dolor dental	D19
Encías, sig/sin	D19
Erupción dental, problemas	D19
Prótesis dental, problema	D19
Boca seca	D20
Boca, sig/sin	D20
Labios, sig/sin	D20
Lengua geográfica	D20
Lengua pilosa	D20
Lengua, sig/sin	D20
Úlcera bucal	D20
Deglución, problemas	D21
Hepatomegalia	D23
Bulto abdominal ne	D24
Masa abdominal ne	D24
Perímetro abdominal, aumento sin masa	D25

Miedo cáncer aparato digestivo	D26
Miedo otras enfermedades aparato	D27
Minusvalía aparato digestivo	D27
Aparato digestivo, incapacidad	D28
Aparato digestivo, minusvalía	D28
Aparato digestivo, otros sig/sin	D29
Bruxismo	D29
Infección gastrointestinal	D70
Salmonella, infección gastrointestinal	D70
Tifus	D70
Meningitis por parotiditis	D71
Orquitis por parotiditis	D71
Pancreatitis por parotiditis	D71
Paperas	D71
Parotiditis epidémica	D71
Hepatitis A	D72
Hepatitis B	D72
Hepatitis C	D72
Hepatitis crónica activa	D72
Hepatitis D	D72
Hepatitis G	D72
Hepatitis viral	D72
Infección intestinal inespecífica	D73
Infección intestinal posible	D73
Carcinoma estómago	D74
Estómago, cáncer	D74
Colon, cáncer	D75
Recto, cáncer	D75
Carcinoma páncreas	D76
Páncreas, cáncer	D76
Aparato digestivo, cáncer ne	D77
Aparato digestivo, ,neoplasias inespecíficas	D78
Aparato digestivo, neoplasias benignas	D78
Neoplasia benigna aparato digestivo	D78
Neoplasia inespecífica aparato digestivo	D78
Pólipo colon	D78
Pólipo duodeno	D78
Pólipo estómago	D78
Pólipo recto	D78
Aparato digestivo, cuerpo extraño	D79
Aparato digestivo, otras lesiones	D80
Lengua, lesiones	D80
Lesiones digestivo, otras	D80
Órganos abdominales, lesiones	D80
Anomalías congénitas aparato digestivo	D81
Aparato digestivo, anomalías congénitas	D81
Divertículo Meckel	D81
Enfermedad Hirschsprung	D81
Esófago, atresia	D81
Frenillo lengua	D81
Hirschsprung, enfermedad	D81
Megacolon	D81
Paladar hendido	D81
Vías biliares, anomalías congénitas	D81
Absceso dental	D82
Caries	D82
Encías, enfermedades	D82
Flemón dental	D82
Angina Vincent	D83
Boca, enfermedades	D83
Estomatitis	D83
Lengua, enfermedades	D83
Mucocele, boca	D83
Muguet	D83
Parotiditis no epidémica	D83
Queilosis	D83
Úlcera aftosa, boca	D83
Acalasia	D84
Divertículo esofágico	D84
Esofagitis	D84
Esófago, enfermedades	D84
Reflujo esofágico	D84
Síndrome Mallory-Weiss	D84
Úlcera esofágica	D84
Úlcera duodenal	D85
Úlcera duodenal deformante	D85
Úlcera duodenal perforada	D85
Úlcera sangrante duodenal	D85
Erosión aguda mucosa digestiva	D86
Úlcera gástrica	D86
Úlcera gastroyeyunal	D86
Úlcera marginal aparato digestivo	D86
Úlcera péptica ne	D86
Úlceras pépticas, otras	D86
Alteración funcional estómago	D87
Estómago, alteración funcional	D87
Absceso apendicular	D88
Apéndice perforado	D88
Hernia inguinal	D89
Hernia diafragmática	D90
Hernia hiato	D90
Hernia femoral	D91
Hernia umbilical	D91
Hernias abdominales, otras	D91
Diverticulitis intestinal	D92
Diverticulosis intestinal	D92
Enfermedad diverticular intestino	D92
Colon espástico	D93
Colon irritable	D93
Síndrome colon irritable	D93
Enfermedad Crohn	D94
Enteritis crónica	D94
Enteritis regional	D94
Absceso isquiorrectal	D95
Absceso perianal	D95
Fístula anal	D95
Fisura anal	D95
Erupción serpiginosa	D96
Hidatidosis	D96
Nematodos intestinales	D96
Oxiuros	D96
Parásitos intestinales, otros	D96
Triquinosis	D96
Enfermedades hepáticas ne	D97
Hepatitis alcohólica	D97
Hepatitis ne	D97
Hígado graso	D97
Hígado, enfermedades ne	D97
Hipertensión portal	D97
Aparato digestivo, otras enfermedades	D99
Aparato digestivo, otras enfermedades ne	D99
Celíaca, enfermedad	D99
Enfermedad celíaca	D99
Enfermedad vascular mesentérica	D99
Esprue	D99
Íleo	D99
Megacolon secundario	D99
Obstrucción intestinal	D99
Páncreas, otras enfermedades	D99
Peritonitis	D99
Síndrome gastrectomizado	D99
Síndrome malabsorción	D99
Vólvulo	D99

OJO Y ANEJOS	**F**
Dolor ocular	F01

Ojo, dolor	F01
Ojo inflamado	F02
Ojo rojo	F02
Lagrimeo	F03
Ojo lloroso	F03
Manchas visuales	F04
Puntos flotantes	F04
Ceguera temporal ne	F05
Deslumbramiento	F05
Escotoma	F05
Fotofobia	F05
Leer, dificultad	F05
Visión borrosa	F05
Vista, otros sig/sin	F05
Ojo seco	F13
Ojos, ardor	F13
Ojos, picor	F13
Ojos, sensaciones anormales	F13
Nistagmo	F14
Ojo vago	F14
Ojos, movimientos anormales	F14
Parpadeo anormal	F14
Ojos hinchados	F15
Ojos, aspecto anormal	F15
Ojos, cambio de color	F15
Párpados, sig/sin	F16
Ptosis palpebral	F16
Gafas, sig/sin	F17
Lentes contacto, sig/sin	F18
Miedo ceguera	F27
Miedo enfermedad ocular	F27
Ceguera un ojo	F28
Ojos / anejos, minusvalía	F28
Ojos / anejos. Incapacidad	F28
Ojos, otros sig/sin	F29
Conjuntivitis bacteriana	F70
Conjuntivitis infecciosa	F70
Conjuntivitis ne	F70
Conjuntivitis viral	F70
Conjuntivitis alérgica	F71
Conjuntivitis alérgica con rinorrea	F71
Conjuntivitis alérgica sin rinorrea	F71
Blefaritis	F72
Orzuelo	F72
Párpados, dermatitis	F72
Párpados, dermatosis	F72
Párpados, infección	F72
Quiste Meibomio	F72
Quiste tarsal	F72
Herpes simple, ocular, sin ulceración	F73
Ojos, otras infecciones	F73
Ojos, otras inflamaciones	F73
Órbita ocular, inflamación	F73
Queratitis	F73
Anejos oculares, cáncer	F74
Anejos oculares, neoplasias benignas	F74
Anejos oculares, neoplasias inespecíficas	F74
Ojo, cáncer	F74
Ojo, neoplasias benignas	F74
Ojo, neoplasias inespecíficas	F74
Hematoma ocular	F75
Hemorragia subconjuntival	F75
Hipema	F75
Ojos, contusión	F75
Ojos, hemorragia	F75
Ojo, cuerpo extraño	F76
Abrasión corneal	F79
Ceguera por nieve	F79
Conjuntivitis por deslumbramiento	F79
Lesiones oculares, otras	F79
Ojos, otras lesiones	F79
Obstrucción conducto lagrimal lactante	F80
Anomalías congénitas oculares	F81
Ojos, otras anomalías congénitas	F81
Desprendimiento retina	F82
Retinopatía	F83
Retinopatía diabética	F83
Retinopatía hipertensiva	F83
Retinopatías, otras	F83
Queratitis viral	F85
Úlcera corneal	F85
Úlcera corneal dendrítica	F85
Tracoma	F86
Alteraciones refracción	F91
Hipermetropía	F91
Miopía	F91
Refracción, alteraciones	F91
Catarata	F92
Ceguera	F94
Ceguera completa ambos ojos	F94
Ceguera parcial	F94
Flebitis	F94
Bizqueo	F95
Ambliopía	F99
Anejos oculares, otras enfermedades	F99
Ceguera colores	F99
Ceguera nocturna	F99
Entropión	F99
Episcleritis	F99
Escleritis	F99
Ojos, otras enfermedades	F99
Opacidad corneal	F99
Órbita ocular, enfermedades	F99
Papiledema	F99
Pterigión	F99

APARATO AUDITIVO H

Oído, dolor	H01
Oreja, dolor	H01
Auditivos, sig/sin	H02
Autofonía	H03
Pitidos	H03
Tinnitus	H03
Zumbidos	H03
Oído, sangre en/del	H05
Bloqueo auditivo	H13
Taponamiento oído	H13
Apariencia orejas, preocupación	H15
Orejas, preocupación apariencia	H15
Miedo enfermedad oído	H27
Miedo sordera	H27
Aparato auditivo, incapacidad	H28
Aparato auditivo, minusvalía	H28
Minusvalía aparato auditivo	H28
Sordera temporal	H28
Sordera unilateral	H28
Aparato auditivo, otros sig/sin	H29
Prurito auricular	H29
Forúnculo meato auditivo	H70
Meato auditivo, eccema	H70
Oído nadador	H70
Otitis externa	H70
Miringitis aguda	H71
Otitis media	H71
Otitis media aguda supurativa	H71
Otitis media ne	H71
Timpanitis aguda	H71
Otitis media con efusión	H72

Otitis media serosa	H72
Salpingitis trompa Eustaquio	H73
Trompa Eustaquio, bloqueo	H73
Trompa Eustaquio, catarro	H73
Trompa Eustaquio, disyunción	H73
Mastoiditis	H74
Otitis crónica media	H74
Otitis media crónica supurativa	H74
Aparato auditivo, cáncer	H75
Aparato auditivo, neoplasias benignas	H75
Aparato auditivo, neoplasias inespecíficas	H75
Oído, cuerpo extraño	H76
Tímpano, perforación	H77
Meato auditivo externo, lesión	H78
Oído, lesión superficial	H78
Oreja, lesión superficial	H78
Pabellón auricular, lesión	H78
Aparato auditivo, otras lesiones	H79
Tímpano, rotura traumática	H79
Anomalías congénitas aparato auditivo	H80
Aparato auditivo, anomalías congénitas	H80
Orejas murciélago	H80
Pabellón auricular accesorio	H80
Conducto auditivo, cera excesiva	H81
Tapón céreo conducto auditivo	H81
Ménière, enfermedad	H82
Neuronitis vestibular	H82
Síndrome vertiginoso	H82
Vértigo epidémico	H82
Vértigo posicional paroxístico benigno	H82
Otosclerosis	H83
Sordera por ruido	H85
Trauma acústico	H85
Sordera	H86
Sordera bilateral completa	H86
Sordera bilateral parcial	H86
Sordera congénita	H86
Aparato auditivo, otras enfermedades	H99
Pólipo oído medio	H99

APARATO CIRCULATORIO K

Cardíaco, dolor	K01
Dolor atribuido al corazón	K01
Opresión cardiaca	K02
Dolor cardiovascular ne	K03
Latidos cardíacos, percepción	K04
Palpitaciones	K04
Taquicardia	K04
Ritmo cardíaco, otras irregularidades	K05
Nevus araña	K06
Venas ingurgitadas	K06
Venas prominentes	K06
Piernas hinchadas	K07
Pies hinchados	K07
Retención líquido	K07
Tobillos edematosos	K07
Tobillos hinchados	K07
Antecedente familiar, factor riesgo	K22
Antecedente personal, factor riesgo	K22
Cardiovascular, factor riesgo	K22
Miedo ataque cardíaco	K24
Miedo infarto de miocardio	K24
Miedo hipertensión	K25
Miedo otras enfermedades	K27
Cardiovascular, incapacidad	K28
Cardiovascular, minusvalía	K28
Minusvalía cardiovascular	K28
Cardiovasculares, otros sig/sin	K29
Hipotensión	K29
Cardiovascular, enfermedad infecciosa	K70
Endocarditis aguda	K70
Endocarditis bacteriana	K70
Endocarditis subaguda	K70
Miocarditis	K70
Pericarditis no reumática	K70
Enfermedad reumática cardíaca	K71
Estenosis mitral reumática	K71
Fiebre reumática cardiaca	K71
Pericarditis reumática	K71
Cardiovascular, cáncer	K72
Cardiovascular, neoplasias benignas	K72
Cardiovasculares, neoplasias inespecíficas	K72
Anomalías congénitas aparato	K73
Cardiovasculares, anomalías congénitas	K73
Conducto arterioso persistente	K73
Defecto septal auricular congénito	K73
Defecto septal ventricular congénito	K73
Tetralogía Fallot	K73
Angina con espasmo	K74
Angina esfuerzo	K74
Angina inestable	K74
Angina pecho	K74
Dolor isquémico cardíaco	K74
Infarto agudo miocardio	K75
Aneurisma cardíaco	K76
Enfermedad coronaria	K76
Infarto miocardio antiguo	K76
Infarto miocardio cicatrizado	K76
Miocardiopatía isquémica	K76
Taquicardia paroxística	K79
Taquicardia paroxístico supraventricular	K79
Taquicardia paroxístico ventricular	K79
Bigeminismo	K80
Bradicardia	K80
Latidos cardíacos prematuros	K80
Latidos ectópicos	K80
Síndrome seno	K80
Soplo arteria renal	K81
Soplo arterial	K81
Soplo cardíaco	K81
Soplo cardíaco inocente	K81
Soplo carotídeo	K81
Soplo ne	K81
Enfermedad pulmonar cardiaca	K82
Enfermedad vasos pulmonares	K82
Hipertensión pulmonar primaria	K82
Endocarditis crónica	K83
Enfermedad valvular cardíaca	K83
Prolapso mitral	K83
Bloqueo rama	K84
Cardiomegalia	K84
Cardiomiopatía	K84
Paro cardíaco	K84
Hipertensión lábil	K85
Hipertensión transitoria	K85
Hipertensión esencial	K86
Hipertensión idiopática	K86
Hipertensión ne	K86
Hipertensión no complicada	K86
Hipertensión maligna	K87
Hipertensión, afectación órganos diana	K87
Hipotensión idiopática	K88
Hipotensión ortostática	K88
Hipotensión postural	K88
Amnesia transitoria global	K89
Accidente cerebrovascular	K90
Embolismo cerebral	K90
Estenosis arteria cerebral	K90

Hemorragia cerebral	K90
Hemorragia subaracnoidea	K90
Ictus	K90
Infarto cerebral	K90
Oclusión arteria cerebral	K90
Trombosis cerebral	K90
Aneurisma cerebral	K91
Enfermedad cerebrovascular	K91
Ictus, secuelas	K91
Embolismo arterial	K92
Endarteritis	K92
Estenosis arterial	K92
Síndrome Raynaud	K92
Trombosis arterial	K92
Vasoespasmo	K92
Embolismo pulmonar	K93
Infarto pulmonar	K93
Tromboembolismo pulmonar	K93
Trombosis pulmonar	K93
Flebotrombosis	K94
Tromboflebitis	K94
Trombosis vena porta	K94
Trombosis venosa profunda	K94
Trombosis venosa superficial	K94
Estasis venosa, piernas/muslo	K95
Varices, extremidades inferiores	K95
Venas varicosas extremidad inferior	K95
Ano, venas varicosas	K96
Hematoma perianal	K96
Hemorroides	K96
Hemorroides externas	K96
Hemorroides externas, con trombosis	K96
Hemorroides internas sin complicaciones	K96
Hemorroides internas, con complicaciones	K96
Hemorroides, lesiones cutáneas residuales	K96
Recto, venas varicosas	K96
Venas varicosas ano	K96
Venas varicosas recto	K96
Aneurisma aórtico	K99
Aneurismas, otros	K99
Cardiovasculares, otras enfermedades	K99
Fístula arteriovenosa	K99
Poliarteritis nudosa	K99
Varices esofágicas	K99
Varices, no en extremidades inferiores	K99
Vasculitis	K99

APARATO LOCOMOTOR — L

Dolor cuello	L01
Dolor dorsal	L02
Dolor espalda	L02
Espalda, sig/sin	L02
Dolor lumbar	L03
Dolor sacroilíaco	L03
Tórax, sig/sin	L04
Axilas, sig/sin	L05
Dolor ijadas	L05
Flancos, sig/sin	L05
Mandíbula, sig/sin	L07
Hombro, sig/sin	L08
Brazo, sig/sin	L09
Carpo, sig/sin	L11
Muñeca, sig/sin	L11
Mano, sig/sin	L12
Cadera, sig/sin	L13
Muslo, sig/sin	L14
Pierna, sig/sin	L14
Rodilla, sig/sin	L15
Tobillo, sig/sin	L16
Dedo pie, sig/sin	L17
Metatarsalgia	L17
Pie, sig/sin	L17
Dolor muscular	L18
Fibrositis	L18
Mialgia	L18
Reumatismo ne	L18
Entumecimiento muscular	L19
Músculo, otros sig/sin	L19
Rigidez muscular	L19
Derrame articular	L20
Dolor articular	L20
Entumecimiento articular	L20
Rigidez articular	L20
Miedo cáncer aparato locomotor	L26
Miedo otras enfermedades aparato	L27
Minusvalía aparato locomotor	L28
Aparato locomotor, otros sig/sin	L29
Osteomielitis	L70
Tenosinovitis infecciosa	L70
Osteosarcoma	L71
Fractura colles	L72
Fractura cúbito	L72
Fractura radio	L72
Fractura peroné	L73
Fractura Pott	L73
Fractura tibia	L73
Fractura carpo	L74
Fractura huesos mano	L74
Fractura huesos pie	L74
Fractura tarso	L74
Fractura cuello fémur	L75
Fractura fémur	L75
Fracturas, otras	L76
Nariz, fractura huesos	L76
Esguince tobillo	L77
Esguince rodilla	L78
Esguinces ne	L79
Subluxación	L80
Amputación traumática	L81
Aparato locomotor, otras lesiones	L81
Anomalías congénitas aparato locomotor	L82
Cara, malformaciones congénitas	L82
Pie cavo congénito	L82
Pie zambo congénito	L82
Cefalea cervical	L83
Esguince cervical	L83
Espondilosis cervical	L83
Latigazo cervical	L83
Lesión disco cervical	L83
Osteoartritis cervical	L83
Síndrome cervicobraquial	L83
Síndrome dolor cuello con irradiación	L83
Síndrome dolor cuello sin irradiación	L83
Síndrome radicular extremidades	L83
Degeneración articular lumbar	L84
Esguince lumbar	L84
Esguince torácico	L84
Espondilolistesis lumbar	L84
Torácico, síndrome sin irradiación dolor	L84
Columna vertebral, deformidades	L85
Deformidades adquiridas columna vertebral	L85
Escoliosis	L85
Degeneración disco lumbar	L86
Prolapso disco lumbar	L86
Torácico, síndrome con irradiación dolor	L86
Bursitis ne	L87
Espolón óseo	L87
Quiste sinovial	L87

Retracción Dupuytren	L87
Sinovitis ne	L87
Tendinitis ne	L87
Tendón calcificado	L87
Tenosinovitis	L87
Espondilitis anquilopoyética	L88
Cadera, artrosis	L89
Osteoartrosis cadera	L89
Rodilla, artrosis	L90
Nódulos Heberden	L91
Bursitis hombro	L92
Hombro congelado	L92
Hombro, síndrome	L92
Síndrome retadores	L92
Sinovitis hombro	L92
Tendinitis hombro	L92
Epicondilitis	L93
Enfermedad Legg-Calvé-Perthes	L94
Enfermedad Osgood-Schlatter	L94
Enfermedad Scheuermann	L94
Epifisiólisis	L94
Osteocondritis disecante	L94
Osteocondrosis	L94
Fractura osteoporótica	L95
Fractura patológica osteoporótica	L95
Osteoporosis	L95
Menisco, lesión aguda	L96
Rodilla, lesión aguda interna	L96
Deformidad adquirida miembro	L98
Pie plano adquirido	L98
Aparato locomotor, otras enfermedades	L99
Dermatomiositis	L99
Enfermedad ósea Paget	L99
Enfermedad Reiter	L99
Esclerodermia	L99
Fractura patológica ne	L99
Fractura, mala unión	L99
Miositis	L99
Paniculitis	L99
Polimialgia reumática	L99
Rodilla, lesión crónica interna	L99
Rótula, enfermedades	L99
Síndrome Sjögren	L99
Tendón, rotura espontánea	L99

SISTEMA NERVIOSO	**N**
Cefalea	N01
Cefalea postraumática	N01
Dolor cabeza	N01
Cara, dolor	N03
Síndrome piernas inquietas	N04
Hormigueo, manos y pies	N05
Pinchazos, sensación	N05
Quemazón, sensación	N05
Anestesia, sensación de	N06
Entumecimiento	N06
Parestesias	N06
Espasmos	N08
Mioclonía	N08
Movimientos involuntarios anormales	N08
Temblor	N08
Tetania	N08
Tic	N08
Anosmia	N16
Olfato, alteraciones	N16
Equilibrio, pérdida	N17
Mareo	N17
Pérdida conocimiento	N17
Vahído	N17
Vértigo	N17
Parálisis	N18
Lenguaje, alteraciones	N19
Palabra escondida	N19
Miedo cáncer sistema nervioso	N26
Miedo otras enfermedades neurológicas	N27
Neurológica, incapacidad	N28
Neurológica, minusvalía	N28
Marcha, anormalidades	N29
Meningismo	N29
Minusvalía neurológica	N29
Neurológicos, otros sig/sin	N29
Enterovirus, infecciones neurológicas	N70
Poliomielitis	N70
Poliomielitis, efectos tardíos	N70
Síndrome pospoliomielitis	N70
Encefalitis	N71
Meningitis	N71
Tétanos	N72
Absceso cerebral	N73
Sistema nervioso, otras infecciones	N73
Virus lentos, infecciones neurológicas	N73
Meningioma	N75
Neurinoma acústico	N75
Sistema nervioso, neoplasias benignas	N75
Sistema nervioso, neoplasias inespecíficas	N76
Concusión	N79
Conmoción cerebral	N79
Hematoma extradural	N80
Hematoma subdural	N80
Hemorragia intracerebral traumática	N80
Traumatismo cerebral con fractura cráneo	N80
Traumatismo craneal sin fractura cráneo	N80
Traumatismos craneales, otros	N80
Médula espinal, lesiones	N81
Nervios, lesiones	N81
Sistema nervioso, otras lesiones	N81
Anomalías congénitas sistema nervioso	N85
Espina bífida	N85
Hidrocefalia	N85
Sistema nervioso, anomalías congénitas	N85
Esclerosis diseminada	N86
Esclerosis múltiple	N86
Esclerosis placas	N86
Enfermedad parkinson	N87
Parálisis agitante	N87
Parkinson, enfermedad	N87
Parkinsonismo	N87
Parkinsonismo inducido por fármacos	N87
Epilepsia	N88
Pequeño mal	N88
Status epiléptico	N88
Cefalea vascular con aura	N89
Cefalea vascular sin aura	N89
Migraña	N89
Cefalea *cluster*	N90
Cefalea en racimos	N90
Parálisis Bell	N91
Parálisis facial	N91
Neuralgia trigémino	N92
Tic doloroso trigeminal	N92
Síndrome túnel carpiano	N93
Miembro fantasma	N94
Neuritis periférica	N94
Neuropatía diabética	N94
Neuropatías periféricas	N94
Polineuropatía aguda infecciosa	N94
Síndrome Guillain-Barré	N94
Cefalea tensional	N95

Enfermedad motoneurona	N99
Miastenia grave	N99
Neuralgia ne	N99
Neurológicas, otras enfermedades	N99
Parálisis cerebral	N99

PROBLEMAS PSICOLÓGICOS P

Ansiedad ne	P01
Ansiedad, sensación	P01
Nerviosismo	P01
Tensión nerviosa	P01
Nostalgia aguda	P02
Depresión, sensación	P03
Depresivos, sentimientos	P03
Soledad, sentimiento	P03
Tristeza	P03
Enojo	P04
Envejecimiento, preocupación	P05
Pesadillas	P06
Somnolencia	P06
Sonambulismo	P06
Sueño, trastornos	P06
Deseo sexual, disminución	P07
Frigidez	P07
Libido, pérdida	P07
Impotencia causa psíquica	P08
Pérdida satisfacción sexual	P08
Vaginismo psíquico	P08
Preferencia sexual, preocupación	P09
Transexualismo	P09
Tartamudeo	P10
Tics psicológicos	P10
Conducta alimentaria, problemas niños	P11
Niño, problemas alimentación	P11,T04
Enuresis	P12
Encopresis	P13
Abuso crónico alcohol	P15
Delirium tremens	P15
Demencia alcohólica	P15
Abuso agudo alcohol	P16
Borrachera	P16
Abuso tabaco	P17
Tabaco, abuso	P17
Abuso fármacos	P18
Abuso drogas	P19
Síndrome abstinencia drogas	P19
Amnesia	P20
Concentración mental, trastornos	P20
Desorientación	P20
Memoria, trastornos	P20
Trastornos memoria	P20
Celos niño	P22
Comportamiento niño, sig/sin	P22
Lenguaje, retraso habla niño	P22
Niño hiperactivo	P22
Niño, retraso habla	P22
Retraso desarrollo comportamental	P22
Comportamiento adolescente, sig/sin	P23
Delincuencia, adolescente	P23
Síndrome nido vacío	P25
Miedo enfermedad mental	P27
Suicidio, miedo a intentarlo	P27
Mental, incapacidad	P28
Mental, minusvalía	P28
Alucinaciones	P29
Comportamiento anormal	P29
Conducta alimentarla, trastornos ne	P29
Desilusión	P29
Higiene, problemas	P29
Mentales, otros sig/sin	P29
Psicológicos, otros sig/sin	P29
Suspicacia	P29
Tricotilomanía	P29
Alzheimer, enfermedad	P70
Demencia	P70
Demencia senil	P70
Delirio	P71
Psicosis orgánicas, otras	P71
Esquizofrenia	P72
Depresión maníaca	P73
Hipomanía	P73
Manía	P73
Psicosis afectiva	P73
Síndrome maniacodepresivo	P73
Trastorno bipolar	P73
Ansiedad generalizada	P74
Ansiedad, enfermedad	P74
Ansiedad, estado	P74
Trastorno pánico	P74
Hipocondría	P75
Histeria	P75
Somatización, trastorno	P75
Trastorno somatomorfo	P75
Trastornos disociativos	P75
Ansiedad con depresión	P76
Depresión posparto	P76
Depresión reactiva	P76
Depresión, enfermedad	P76
Neurosis depresiva	P76
Psicosis depresiva	P76
Trastornos depresivos	P76
Suicidio	P77
Suicidio consumado	P77
Suicidio, intento	P77
Neurastenia	P78
Surmenage	P78
Fobia	P79
Trastorno compulsivo	P79
Trastorno obsesivo-compulsivo	P79
Conducta adulto, trastornos	P80
Histrionismo	P80
Narcisismo	P80
Neurosis compensación	P80
Personalidad, trastornos	P80
Psicopatía	P80
Síndrome Münchhausen	P80
Trastornos personalidad	P80
Déficit atención	P81
Hiperactividad	P81
Niño hipercinético	P81
Trastornos hipercinéticos	P81
Neurosis traumática	P82
Retraso mental	P85
Anorexia nerviosa	P86
Bulimia	P86
Psicosis aguda ne	P98
Psicosis puerperal	P98
Psicosis reactiva	P98
Psicosis temporal	P98
Psicosis, otras	P98
Autismo	P99
Enfermedad mental ne	P99
Mentales, otros problemas	P99
Neurosis ne	P99
Psicológicos, otros problemas	P99

APARATO RESPIRATORIO R

Aparato respiratorio, dolor	R01
Dolor aparato respiratorio	R01
Dolor pleurítico	R01
Pleurodinia	R01
Respiración dolorosa	R01
Ortopnea	R02
Respiración jadeante	R03
Respiración ruidosa	R03
Respiración sibilante	R03
Roncos	R03
Sibilancias	R03
Distrés respiratorio	R04
Problemas respiración, otros	R04
Respiración anormal	R04
Respiración, otros problemas	R04
Ronquidos	R04
Taquipnea	R04
Tos	R05
Tos productiva	R05
Tos seca	R05
Epistaxis	R06
Hemorragia nasal	R06
Congestión nasal	R07
Estornudo	R07
Rinorrea	R07
Taponamiento nasal	R07
Dolor nasal	R08
Nariz prominente	R08
Nariz roja	R08
Nasal, dolor	R08
Nasales, otros sig/sin	R08
Congestión senos paranasales	R09
Dolor senos paranasales	R09
Taponamiento senos paranasales	R09
Amígdalas, dolor	R21
Amígdalas, inflamación	R21
Amígdalas, sequedad	R21
Amígdalas, sig/sin	R21
Dolor garganta	R21
Masa, garganta	R21
Ausencia voz	R23
Ronquera	R23
Voz, sig/sin	R23
Esputo hemoptoico	R24
Hemoptisis	R24
Flemas anormales	R25
Miedo cáncer aparato respiratorio	R26
Miedo otras enfermedades aparato	R27
Aparato respiratorio, incapacidad	R28
Aparato respiratorio, minusvalía	R28
Minusvalía aparato respiratorio	R28
Aparato respiratorio, otros sig/sin	R29
Congestión pulmonar	R29
Hipo	R29
Opresión torácica	R29
Tos ferina	R71
Amigdalitis estreptocócica	R72
Absceso nariz	R73
Forúnculo nariz	R73
Nariz, absceso	R73
Catarro alto	R74
Infección respiratoria aguda tracto superior	R74
Nasofaringitis	R74
Rinitis infecciosa aguda	R74
Sinusitis aguda	R75
Sinusitis crónica	R75
Absceso periamigdalino	R76
Amigdalitis aguda	R76
Anginas	R76
Fractura huesos nariz	R76
Laringitis aguda	R77
Traqueítis aguda	R77
Bronquiolitis	R78
Bronquiolitis aguda	R78
Bronquitis aguda	R78
Bronquitis ne	R78
Infección pulmonar ne	R78
Infección respiratoria aguda tracto inferior	R78
Laringotraqueobronquitis	R78
Traqueobronquitis	R78
Bronquitis crónica	R79
Gripe	R80
Bronconeumonía	R81
Enfermedad legionarios	R81
Legionarios, enfermedad	R81
Neumonía	R81
Neumonía bacteriana	R81
Neumonía gripal	R81
Neumonía viral	R81
Neumonitis	R81
Derrame pleural	R82
Pleuritis	R82
Absceso pulmonar	R83
Aparato respiratorio, otras infecciones	R83
Empiema	R83
Epiglotitis	R83
Micosis respiratoria	R83
Rinitis crónica ne	R83
Bronquios, cáncer	R84
Mesotelioma	R84
Pleura,cáncer	R84
Pulmón, cáncer	R84
Tráquea, cáncer	R84
Aparato respiratorio, otros cánceres	R85
Aparato respiratorio, neoplasias benignas	R86
Bronquios, cuerpo extraño	R87
Laringe, cuerpo extraño	R87
Nariz, cuerpo extraño	R87
Aparato respiratorio, otras lesiones	R88
Enfisema quirúrgico	R88
Anomalías congénitas aparato respiratorio	R89
Aparato respiratorio, anomalías congénitas	R89
Amígdalas, hipertrofia	R90
Amígdalas, infección crónica	R90
Amigdalitis crónica	R90
Hipertrofia amígdalas	R90
Aparato respiratorio, neoplasias indefinidas	R92
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	R95
Enfisema pulmonar	R95
EPOC	R95
Obstrucción crónica flujo aéreo	R95
Bronquitis asmática	R96
Enfermedad pulmonar reactiva	R96
Fiebre heno	R97
Rinitis alérgica	R97
Rinitis vasomotora	R97
Síndrome hiperventilación	R98
Aparato respiratorio, otras enfermedades	R99
Bronquiectasias	R99
Mediastino, enfermedades	R99
Neumoconiosis	R99
Neumonía por aspiración	R99
Neumonitis alérgica	R99
Neumonitis por moho	R99
Neumonitis por polvo	R99
Neumonitis por productos químicos	R99
Neumotórax	R99
Pleura, enfermedades	R99

Pólipo nasal	R99

PIEL Y FANERAS — S

Dolor piel	S01
Piel, dolor	S01
Piel, sensibilidad anormal	S01
Picor piel	S02
Prurito	S02
Verruga	S03
Impétigo secundario	S04
Masa localizada piel	S04
Piel, inflamación localizada	S04
Piel, masa localizada	S04
Masa múltiple piel	S05
Piel, inflamación múltiple	S05
Piel, masas múltiples	S05
Enrojecimiento cutáneo localizado	S06
Eritema localizado	S06
Rash localizado	S06
Enrojecimiento cutáneo múltiple	S07
Eritema generalizado	S07
Rash generalizado	S07
Mancha periocular	S08
Palidez	S08
Pecas	S08
Periocular, mancha	S08
Piel, cambios color	S08
Sofocos	S08
Infección dedo mano	S09
Infección dedo pie	S09
Paroniquia	S09
Absceso piel	S10
Ántrax	S10
Divieso	S10
Foliculitis	S10
Forúnculo piel	S10
Infección localizada piel	S10
Piel, forúnculo	S10
Piel, infección localizada	S10
Infección herida traumática	S11
Infección mordedura	S11
Infección picadura	S11
Infección piel postraumática	S11
Mordedura, infección	S11
Picadura, infección	S11
Piel, infección postraumática	S11
Picadura de insecto	S12
Mordedura animal	S13
Mordedura humana	S13
Escaldadura	S14
Quemadura	S14
Piel, cuerpo extraño	S15
Equimosis	S16
Hematoma	S16
Abrasión piel	S17
Ampollas piel	S17
Piel, ampollas	S17
Avulsión uña	S19
Piel, otras lesiones	S19
Punción piel	S19
Descamación piel	S21
Escamadura, piel	S21
Piel seca	S21
Piel, textura	S21
Textura cutánea, sig/sin	S21
Dedos palillo tambor	S22
Uñas, sig/sin	S22
Caída pelo	S23
Cabellera, otros sig/sin	S24
Hirsutismo	S24
Pelo seco	S24
Pelo, otros sig/sin	S24
Miedo cáncer piel	S25
Miedo otras enfermedades piel/faneras	S27
Minusvalía piel/faneras	S28
Piel / faneras, incapacidad	S28
Piel / faneras, minusvalía	S28
Hemorragia cutánea	S29
Ombligo, problemas	S29
Petequias	S29
Piel / faneras, otros sig/sin	S29
Úlcera ne	S29
Herpes zoster	S70
Herpes zoster oftálmico	S70
Neuralgia postherpética	S70
Herpes febril	S71
Herpes por frío	S71
Herpes simple	S71
Pediculosis	S73
Piel, otras infectaciones	S73
Piojos, piel / pelo	S73
Pulgas, piel	S73
Dermatomicosis	S74
Micosis piel	S74
Onicomicosis	S74
Pitiriasis versicolor	S74
Tiña	S74
Moniliasis perianal	S75
Moniliasis piel	S75
Moniliasis uñas	S75
Moniliasis, intertrigo	S75
Piel, candidiasis	S75
Uñas, candidiasis	S75
Uñas, moniliasis	S75
Celulitis infecciosa	S76
Erisipela	S76
Piel, otras infecciones	S76
Pioderma	S76
Carcinoma basocelular	S77
Carcinoma espinocelular	S77
Melanoma maligno	S77
Piel, cáncer	S77
Úlcera maligna piel	S77
Enfermedad Bowen	S79
Lesiones premalignas piel	S79
Piel, neoplasias benignas	S79
Piel, neoplasias inespecíficas	S79
Quiste dermoide	S79
Erupción solar	S80
Fotosensibilidad	S80
Quemadura solar	S80
Queratosis senil	S80
Queratosis solar	S80
Sol, daño piel	S80
Nevus	S82
Anomalías congénitas piel, otras	S83
Ictiosis	S83
Manchas congénitas	S83
Piel, otras anomalías congénitas	S83
Impétigo	S84
Absceso pilonidal	S85
Fístula pilonidal	S85
Quiste pilonidal	S85
Caspa	S86
Dermatitis seborreica	S86
Dermatitis atópica	S87
Dermatitis flexuras	S87
Dermatitis alérgica	S88

Dermatitis contacto	S88
Dermatitis ne	S88
Dermatitis química	S88
Plantas urticariantes	S88
Dermatitis pañal	S89
Eritema pañal	S89
Pitiriasis rosada	S90
Psoriasis	S91
Eritema calor	S92
Hidrosadenitis	S92
Miliaria	S92
Ponfólix	S92
Quiste sebáceo	S93
Uña encarnada	S94
Molluscum contagios um	S95
Comedones cara	S96
Piel, úlcera crónica	S97
Úlcera crónica piel	S97
Úlcera crónica piel, decúbito	S97
Úlcera crónica piel, presión	S97
Úlcera crónica piel, varicosa	S97
Urticaria	S98
Dermatitis facticia	S99
Eritema multiforme	S99
Eritema nudoso	S99
Hiperqueratosis ne	S99
Neurodermatitis	S99
Piel, otras enfermedades	S99
Queloide	S99
Queratoacantoma	S99
Rosácea	S99
Uñas, otras enfermedades	S99
Verruga seborreica	S99
Verruga senil	S99
Vitíligo	S99

APARATO ENDOCRINO, METABOLISMO Y NUTRICIÓN — T

Polidipsia	T01
Polifagia	T02
Anorexia	T04
Lactante, problema alimentación	T04
Pérdida apetito	T04
Caquexia	T08
Pérdida peso	T08
Retraso crecimiento	T10
Depleción hídrica	T11
Deshidratación	T11
Miedo cáncer aparato endocrino	T26
Miedo diabetes	T27
Miedo otras enfermedades endocrinas	T27
Miedo otras enfermedades metabólicas	T27
Aparato endocrino, incapacidad	T28
Aparato endocrino, minusvalía	T28
Metabolismo, incapacidad	T28
Metabolismo, minusvalía	T28
Minusvalía aparato endocrino	T28
Minusvalía metabolismo	T28
Minusvalía nutrición	T28
Nutrición, incapacidad	T28
Nutrición, minusvalía	T28
Delgadez	T29
Metabolismo, otros sig/sin	T29
Nutrición, otros sig/sin	T29
Tiroides, cáncer	T71
Tiroides, neoplasias benignas	T72
Aparato endocrino, otras neoplasias ne	T73
Conducto tirogloso	T78
Quiste tirogloso	T78
Anomalías congénitas endocrinas	T80
Anomalías congénitas metabólicas	T80
Aparato endocrino, anomalías congénitas	T80
Enanismo congénito	T80
Metabólica, anomalía congénita	T80
Bocio	T81
Bocio no tóxico	T81
Nódulo tiroideo	T81
Obesidad	T82
Sobrepeso	T83
Bocio tóxico	T85
Enfermedad Graves	T85
Hipertiroidismo	T85
Tirotoxicosis	T85
Hipotiroidismo	T86
Mixedema	T86
Coma insulínico	T87
Hiperinsulinismo	T87
Hipoglucemia	T87
Beri-Beri	T91
Deficiencia dietética mineral	T91
Deficiencia hierro sin anemia	T91
Déficit nutricional	T91
Déficit vitamínico	T91
Escorbuto	T91
Marasmo	T91
Vitaminas, déficit	T91
Hiperlipemia	T93
Hiperlipidemia	T93
Metabolismo lipídico, trastornos	T93
Triglicéridos, aumento	T93
Xantoma	T93
Amiloidosis	T99
Hiperaldosteronismo	T99
Lactosa, intolerancia	T99
Metabolismo, otros problemas'	T99
Nutrición, otros problemas	T99
Osteomalacia	T99
Porfiria	T99
Puberal, adelanto	T99
Puberal, retraso	T99
Retraso puberal	T99
Síndrome Cushing	T99
Síndrome Gilbert	T99
Tiroiditis	T99

APARATO URINARIO — U

Disuria	U01
Micción dolorosa	U01
Micción frecuente	U02
Micción imperiosa	U02
Nicturia	U02
Poliuria	U02
Enuresis causa orgánica	U04
Incontinencia urinaria	U04
Incontinencia urinaria, estrés	U04
Micción involuntario	U04
Anuria	U05
Micción por rebosamiento	U05
Micción, otros problemas	U05
Oliguria	U05
Hematuria	U06
Hematuria macroscópica	U06
Hematuria microscópica	U06
Orina turbia	U07
Orina, mal olor	U07
Orina, otros sig/sin	U07
Retención urinaria	U08
Vejiga urinaria, irritación	U13
Vejiga urinaria, otros sig/sin	U13

Dolor renal	U14
Molestia renal	U14
Riñón, sig/sin	U14
Miedo cáncer aparato urinario	U26
Miedo otras enfermedades aparato urinario	U27
Aparato urinario, incapacidad	U28
Aparato urinario, minusvalía	U28
Minusvalía aparato urinario	U28
Trasplante renal	U28
Aparato urinario, otros sig/sin	U29
Absceso perirrenal	U70
Absceso renal	U70
Infección renal	U70
Pielitis	U70
Pielonefritis	U70
Aparato urinario, otras infecciones	U71
Bacteriuria asintomática	U71
Infección tracto urinario inferior	U71
Infección urinaria ne	U71
ITU	U71
Meatitis uretral	U72
Síndrome uretral	U72
Uretritis	U72
Uretritis inespecífico	U72
Uretritis por clamidias	U72
Riñón, cáncer	U75
Vejiga urinaria, cáncer	U76
Aparato urinario, otros cánceres	U77
Uréter, cáncer	U77
Uretra, cáncer	U77
Aparato urinario, neoplasias benignas	U78
Papiloma de vejiga urinaria	U78
Pólipo tracto urinario	U78
Aparato urinario, neoplasias ne	U79
Riñón, neoplasia ne	U79
Uréter, neoplasias ne	U79
Uretra, neoplasias ne	U79
Vejiga urinaria, neoplasias ne	U79
Aparato urinario, lesiones	U80
Anomalías congénitas aparato urinario	U85
Aparato urinario, anomalías congénitas	U85
Riñón herradura	U85
Riñón poliquístico congénito	U85
Nefritis	U88
Nefropatía	U88
Nefropatía por analgésicos	U88
Nefrosis	U88
Síndrome neurótico	U88
Proteinuria ortostática	U90
Proteinuria postural	U90
Urolitiasis	U95
Análisis anormal orina ne	U98
Piuria	U98
Proteinuria	U98
Aparato urinario, otros problemas	U99
Carúncula uretral	U99
Divertículo vejiga urinaria	U99
Hidronefrosis	U99
Obstrucción vejiga	U99
Reflujo ureteral	U99
Uremia	U99
PLANIFICACIÓN FAMILIAR, EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	**W**
Embarazo, síntomas sugerentes	W01
Retraso menstrual	W01, X05
Miedo estar embarazada	W02
Hemorragia antes parto	W03
Hemorragia vaginal durante embarazo	W03
Embarazo, vómito	W05
Hiperemesis embarazo	W05
Náusea embarazo	W05
Náuseas matinales embarazo	W05
Vómito embarazo	W05
Píldora día siguiente	W10
Contracepción oral, mujer	W11
Contracepción hormonal, planificación	W11
Contracepción intrauterina	W12
DIU	W12
Esterilización femenina	W13
Consejo genético, mujer	W14
Contracepción mujer, otros métodos	W14
Contracepción, mujer, ne	W14
Planificación familiar femenina n e	W14
Esterilidad primaria femenina	W15
Esterilidad secundaria femenina	W15
Subfertilidad femenina	W15
Hemorragia posparto	W17
Posparto, otros sig/sin	W18
Galactorrea, embarazo/puerperio	W19
Lactancia, sig/sin	W19
Mama, sig/sin embarazo / parto / puerperio	W19
Supresión lactancia	W19
Apariencia embarazo, preocupación	W21
Miedo complicaciones embarazo	W27
Miedo niño nazca con alteraciones	W27
Minusvalía por embarazo	W28
Minusvalía por parto	W28
Minusvalía por puerperio	W28
Parto, incapacidad	W28
Parto, minusvalía	W28
Puerperio, incapacidad	W28
Puerperio, minusvalía	W28
Embarazo, otros sig/sin	W29
Parto, otros sig/sin	W29
Puerperio, otros sig/sin	W29
Infección puerperal	W70
Embarazo, otras enfermedades infecciosas	W71
Parto, otras enfermedades infecciosas	W71
Puerperio, otras enfermedades infecciosas	W71
Embarazo, neoplasias inespecíficas en	W73
Mola hidatiforme	W73
Lesiones que complican embarazo	W75
Anomalías congénitas que complican	W76
Hipertensión, embarazo	W81
Preeclampsia	W81
Proteinuria embarazo	W81
Toxemia embarazo	W81
Aborto completo	W82
Aborto diferido	W82
Aborto espontáneo	W82
Aborto incompleto	W82
Aborto reiterado	W82
Amenaza aborto	W82
Aborto inducido	W83
Aborto provocado	W83
Aborto provocado, complicaciones	W83
Anemia embarazo	W84
Hidramnios	W84
Parto previo por cesárea	W84
Placenta previa	W84
Retraso crecimiento fetal	W84
Parto normal ne	W90
Parto normal, recién nacido vivo	W90
Parto normal, recién nacido muerto	W91
Lesiones provocadas por parto, recién	W92
Parto complicado, recién nacido muerto	W92

Parto complicado, recién nacido vivo	W92
Parto inducido, recién nacido vivo	W92
Parto nalgas, recién nacido vivo	W92
Parto por cesárea, recién nacido vivo	W92
Placenta previa intraparto, recién nacido	W92
Versión, parto con recién nacido vivo	W92
Lesiones provocadas por parto, recién	W93
Parto inducido, recién nacido muerto	W93
Parto nalgas, recién nacido muerto	W93
Parto por cesárea, recién nacido muerto	W93
Placenta previa intraparto, recién nacido	W93
Versión, parto con recién nacido muerto	W93
Absceso mamario puerperal	W94
Mastitis puerperal	W94
Mama, otras enfermedades en embarazo	W95
Mama, otras enfermedades en puerperio	W95
Puerperio, otras complicaciones	W96
Embarazo, otros problemas	W99
Parto, otros problemas	W99

APARATO GENITAL FEMENINO Y MAMAS — X

Dolor genital femenino	X01
Dolor pélvico femenino	X01
Dolor menstrual	X02
Dolor a mitad de ciclo	X03
Dolor intermenstrual	X03
Dolor ovulación	X03
Dolor coito, mujer	X04
Vaginismo ne	X04
Amenorrea	X05
Menstruación ausente	X05
Menstruación escasa	X05
Oligomenorrea	X05
Menorragia	X06
Menstruación excesiva	X06
Monarquía	X06
Menstruación frecuente	X07
Menstruación irregular	X07
Polimenorrea	X07
Mancha, vaginal	X08
Metrorragia	X08
Premenstruales, sig/sin	X09
Menstruación aplazada voluntaria	X10
Menopausia, sig/sin	X11
Síndrome menopáusico	X11
Vaginitis atrófica menopáusica	X11
Vaginitis senil	X11
Flujo vaginal excesivo	X14
Leucorrea	X14
Vaginales, otros sig/sin	X15
Pelvis femenina, otros sig/sin	X16
Prurito vulvar	X16
Vulvares, otros sig/sin	X16
Mastodinia	X18
Dolor pezón	X20
Fisura pezón (no lactancia)	X20
Pezones, sig/sin	X20
Prurito pezón	X20
Retracción pezón	X20
Galactorrea fuera lactación	X21
Mama mujer, otros sig/sin	X21
Mastitis fuera lactación	X21
Mastopatía	X21
Apariencia mamas, preocupación	X22
Miedo enfermedad transmisión sexual,	X23
Miedo disfunción sexual, mujer	X24
Miedo cáncer genital femenino	X25
Miedo cáncer mama, mujer	X26
Miedo otras enfermedades	X27
Minusvalía aparato genital	X28
Sífilis, mujer	X70
Tricomoniasis genital, mujer	X72
Endometritis	X74
Enfermedad inflamatoria pélvica	X74
Ooforitis	X74
Salpingitis	X74
Carcinoma intraductal	X76
Mioma uterino	X78
Pólipo cervical adenomatoso	X80
Carcinoma *in situ* cuello útero	X81
Lesiones genitales femeninas	X82
Anomalías congénitas aparato genital	X83
Himen imperforado	X83
Hermafroditismo	X83, Y84
Vaginitis	X84
Vaginosis	X84
Vulvitis ne	X84
Desgarro antiguo cuello útero	X85
Erosión cuello uterino	X85
Leucoplasia, cuello uterino	X85
Pólipo cervical mucoso	X85
Prolapso uterovaginal	X87
Rectocele	X87
Enfermedad crónica quística mama	X88
Mastopatía fibroquística	X88
Quiste solitario mama	X88
Síndrome tensión premenstrual	X89
Herpes genital, mujer	X90
Herpes simple anogenital, mujer	X90
Condiloma acuminado, mujer	X91
Infección virus papiloma humano, mujer	X91
Verrugas genitales, mujer	X91
Infección genital femenina clamidias	X92
Absceso Bartholino	X99
Bartolino, absceso	X99
Endometriosis	X99
Fístula tracto genital femenino	X99
Pólipo endometrial	X99
Quiste Bartholino	X99
Quiste ovárico fisiológico	X99
Síndrome congestión pelviana	X99

APARATO GENITAL MASCULINO Y MAMAS — Y

Dolor pene	Y01
Dolor escroto	Y02
Dolor periné/pelvis, varón	Y02
Dolor testículo	Y02
Pene, otros sig/sin	Y04
Bulto testículo	Y05
Escroto, otros sig/sin	Y05
Masa, testículo	Y05
Testículo, otros sig/sin	Y05
Próstata, sig/sin	Y06
Prostatismo	Y06
Impotencia causa orgánica	Y07
Impotencia ne	Y07
Función sexual masculina, otros sig/sin	Y08
Subfertilidad masculina	Y10
Esterilización masculina	Y13
Vasectomía	Y13
Consejo genético, varón	Y14
Contracepción masculina n-e	Y14
Planificación familiar femenina ne	Y14
Planificación familiar masculina, otros	Y14
Bulto mama masculina	Y16
Mama varón, sig/sin	Y16
Masa, mama masculina	Y16
Miedo disfunción sexual, varón	Y24

Miedo enfermedad transmisión sexual,	Y25
Miedo cáncer aparato genital masculino	Y26
Miedo otras enfermedades aparato genital	Y27
Minusvalía aparato genital masculino	Y28
Sífilis, varón	Y70
Herpes genital, varón	Y72
Herpes simple anogenital, varón	Y72
Prostatitis	Y73
Vesiculitis seminal	Y73
Epididimitis	Y74
Orquitis	Y74
Balanitis	Y75
Condiloma acuminado, varón	Y76
Infección virus papiloma humano, varón	Y76
Verrugas venéreas, varón	Y76
Próstata, cáncer	Y77
Neoplasia benigna mama, varón	Y79
Lesión aparato genital masculino	Y80
Fimosis	Y81
Parafimosis	Y81
Hipospadias	Y82
Testículo no descendido	Y83
Anomalías congénitas aparato genital	Y84
Testículo ascensor	Y84
Testículo retráctil	Y84
Hiperplasia próstata	Y85
Hipertrofia prostática benigna	Y85
Obstrucción prostática	Y85
Prostatomegalia	Y85
Hidrocele	Y86
Espermatocele	Y99
Quiste epidídimo	Y99
Torsión testículo	Y99

PROBLEMAS SOCIALES Z

Pobreza	Z01
Problemas sociales agua	Z02
Problemas sociales alimentación	Z02
Problemas vivienda	Z03
Vecindad, problemas sociales	Z03
Vivienda, problemas sociales	Z03
Problemas socioculturales	Z04
Trabajo, problemas sociales	Z05
Desempleo	Z06
Paro laboral	Z06
Analfabetismo	Z07
Problemas sociales, educación	Z07
Problemas sociales, formación	Z07
Problemas seguridad social	Z08
Problemas sistema bienestar	Z08
Accesibilidad, problemas	Z10
Problemas sistema sanitario	Z10
Abuso psíquico cónyuge	Z12
Divorcio	Z15
Muerte cónyuge	Z15
Pérdida cónyuge	Z15
Abuso psíquico hijos	Z16
Muerte hijo	Z19
Pérdida hijo	Z19
Muerte otros familiares	Z23
Muerte padres	Z23
Pérdida otros familiares	Z23
Pérdida padres	Z23
Abuso físico cónyuge	Z25
Abuso físico hijo	Z25
Violación	Z25
Miedo problema social	Z27
Minusvalía social	Z28
Social, minusvalía	Z28
Soledad, problema social	Z28
Vivir solo, problema social	Z28
Contaminación	Z29
Problemas sociales, otros	Z29
Simulación estar enfermo	Z29

UNIVERSITAS Miguel Hernández

UNIVERSITAS Miguel Hernández