



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  http://cat.creativecommons.org/?page_id=184

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>



Universitat Autònoma
de Barcelona

Facultat de Medicina

Departament de Cirurgia i Ciències Morfològica

TESI DOCTORAL

ANÁLISIS DE LA INTEGRACIÓN DE LA ATENCIÓN
ESPECIALIZADA AMBULATORIA DEL SERVICIO DE
ATENCIÓN PRIMARIA (SAP) MONTAÑA DE
BARCELONA, AL HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL
D'HEBRON DEL 2009 A JULIO 2016.

Programa de doctorat en Cirurgia i Ciències Morfològiques

Universitat Autònoma de Barcelona

Doctorand

Andrés -Juan Aloy Punzano

Director i Tutor de Tesi:

Prof. Manuel Armengol Carrasco

Barcelona 2019

A mi esposa
Dra. E. Peña Cano

Agradecimientos.

En primer lugar, al director y tutor de la tesis, profesor y catedrático Don Manel Armengol Carrasco, agradecerle muy sinceramente su paciencia, comentarios, orientaciones, recomendaciones y consejos para la elaboración de la tesis. Gracias a su persistencia, a su corrección meticulosa, a su generosidad y a la confianza que ha depositado en mí desde el principio, mostrándome el camino a recorrer. Gracias por conducirme hasta aquí hoy.

Un agradecimiento muy especial al Dr. V. Martínez Ibáñez director gerente del Hospital Universitario Vall d'Hebron, por toda su ayuda y colaboración.

Un agradecimiento muy sincero al Sr. Francesc Iglesias García, adjunto a la dirección del Instituto Catalán de la Salud (ICS) por toda su ayuda y apoyo para realizar esta tesis.

Un agradecimiento muy especial al Dr. J. Roige Sole por todo el apoyo, ayuda y confianza en la incorporación del modelo RAE al Hospital Universitario Vall d'Hebron.

Un agradecimiento muy sincero al Dr. A. Escosa Farga por la ayuda, humildad y colaboración en la integración del modelo, en todos estos años.

Un agradecimiento a la Dra. S. Romea Lecumberri por la confianza depositada en mí en la responsabilidad de la coordinación asistencial hospitalaria en el modelo de integración (RAE).

Un agradecimiento muy especial a los jefes de servicio y coordinadores del Hospital Universitario Vall d'Hebron implicados en la compleja y difícil tarea de la integración del modelo RAE al Hospital Universitario Vall d'Hebron. Gracias por su paciencia, comprensión, colaboración y ayuda.

Un agradecimiento a la Dra. C. Nebot Adell, por toda su ayuda y colaboración en los años de la integración del modelo, un ejemplo de trabajo en equipo.

A los directores de los equipos de primaria ICS y de Cotxeras Borbó, por su paciencia y colaboración incansable.

Un agradecimiento y reconocimiento a todos los profesionales de la atención primaria y especializada y del hospital Vall d'Hebron por su gran profesionalidad y colaboración.

Agradecimiento al personal de la unidad de secretaría técnica y soporte a la gestión clínica del Hospital Universitario Vall d'Hebron, por la ardua labor en la preparación de los datos para el análisis de esta tesis.

Un agradecimiento a los técnicos y epidemiólogos de la unidad de estadística y bioinformática del Instituto de investigación del Hospital Universitario Vall d'Hebron, por la preparación de los datos para este proyecto.

Un agradecimiento sincero a las coordinadoras y al resto del personal administrativo de soporte en primaria "CAPII" y del hospital, por su gran profesionalidad, colaboración, y predisposición.

Por supuesto, un agradecimiento profundo a mi familia, especialmente a mi esposa la Dra. E. Peña Cano, por los innumerables consejos y correcciones, por la inmensa paciencia, los incontables sacrificios de fines de semana, y porque sin su aliento e insistencia me hubiera sido difícil llegar hasta el final de este trabajo.

Gracias a todas las personas que me han ayudado a poder construir, realizar y defender esta tesis. A todas y a todos muchas gracias.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

Índice de abreviaturas

A1	Prioridad preferente, urgente
A2	Prioridad ordinaria
ABS	Área básica de salud
ACU	Atención continuada y urgente
ADEPA	Asociación en defensa del paciente
ADER	Asociación de enfermos del riñón
AE	Atención especializada
AEA	Atención especializada ambulatoria
AECC	Asociación española contra el cáncer
AIS	Área integral de salud
ANES	Asociación nacional de enfermos de sarcoidosis
AP	Atención primaria
APACOR	Asociación de pacientes coronarios
ASSIR	Atención a la salud sexual y reproductiva
AST	Asistencia sanitaria transfronteriza
BCN	Barcelona
CAE	Centro de atención especializada
CAERIO	Centro de atención especializada Rio de Janeiro
CAESAN	Centro de atención especializada Sant Andreu
CAI	Centro de atención inmediata
CAP	Centro de atención primaria
CAPII	Centro de atención primaria con especialistas
CAECHA	Centro de atención especializada Chafarinas
CAEHOR	Centro de atención especializada Horta
CCAA	Comunidades Autónomas
Cemcat	Centro de esclerosis múltiple
CIE-10	Clasificación internacional de enfermedades
CIP	Código de identificación personal
CIS	Centro integral de salud
CMBD	Conjunto mínimo básico de datos

CSSC	Consejo de salud y social de Cataluña
CUAP	Centro de urgencias de atención primaria
EAP	Equipo de atención primaria
EBA	Entidades de base asociativa
eCAP	Estación clínica de la atención primaria
EEUU	Estados Unidos de América
EV	Esperanzad de vida
FEDER	Federación española de enfermedades raras
HAD	Hospitalización de la atención domiciliaria
HCC	Historia clínica compartida
ICS	Instituto catalán de la salud
INP	Instituto nacional de previsión de seguros
INSALUD	Instituto nacional de salud
INSERSO	Instituto nacional de servicios sociales
INSS	Instituto nacional de la seguridad social
ISFAS	Instituto social de las fuerzas armadas
LGS	Ley general de sanidad
LOSC	Ley de ordenación sanitaria de Cataluña
MF	Médico de familia
MSCBS	Ministerio de sanidad consumo y bienestar social
MSSSI	Ministerio de sanidad seguridad social e igualdad
MUFACE	Mutualidad general de funcionarios civiles del estado
MUGEJU	Mutualidad general judicial
NHS	Servicio nacional de salud – National Health Service
OCDE	Organización para la cooperación y el desarrollo económico
OMS	Organización mundial de la salud
PAC	Punto de atención continuada
PADES	Programa de atención domiciliaria y equipos de soporte
RAE	Reordenación de la atención especializada ambulatoria
RGA	Registro general de asegurados
RSB	Región sanitaria de Barcelona

SAP	Servicio de atención primaria
SCS	Servicio catalán de la salud
SIAP	Sistema de información de la atención primaria
SIDIAP	Sistema de información para el desarrollo de la investigación en la atención primaria
SISCAT	Sistema integral sanitario de Cataluña
SNS	Sistema nacional de salud
SOE	Seguro obligatorio de enfermedad
TD	Tasa de derivación
TV	Tasa de visita
UAU	Servicio de información al usuario
UDR	Unidad de derivación rápida
UE-15	Unión Europea de 15 estados
UE-28	Unión Europea de 28 estados
UFISS	Unidades funcionales interdisciplinarias socio sanitaria
VHIO	Vall d'Hebron instituto de oncología
VHIR	Vall d'Hebron instituto de investigación
XHUP	Red hospitalaria de utilización pública
XSM	Red salud mental
XSS	Red sociosanitaria

ÍNDICE

Índice

1. Introducción	4
1.2. Sistemas de Salud.....	8
1.2.1. Marco Jurídico.....	8
1.2.2. Modelos de Sistema de Salud	11
1.2.2.1. Diferencias entre los dos sistemas sanitarios en Europa	15
1.2.2.2. Modelo Beveridge	15
1.2.2.3. Modelo Bismark.....	16
1.3. Sistemas de Salud en España	18
1.3.1. Marco Jurídico.....	18
1.3.2. Marco organizativo	19
1.3.2.1. Los Servicios Sanitarios en España	21
1.3.2.2. La Asistencia Sanitaria en España	22
1.3.2.3. Áreas de Salud.....	23
1.3.2.4. Competencias sanitarias de las Comunidades Autónomas	25
1.4. Sistema de Salud en Cataluña	26
1.4.1. Marco Jurídico.....	26
1.4.2. Marco Organizativo.....	28
1.4.2.1. Sistema Catalán de Salud (SCS)	30
1.4.2.2. Las Regiones sanitarias del sistema catalán de salud (SCS)	31
1.4.2.3. Área integral de salud (AIS).....	34
1.4.3. Análisis demográfico y socioeconómico	38
1.4.3.1. La evolución de la población catalana	38
1.4.3.2. Crecimiento de la población en Cataluña 2009 – 2015	39
1.4.3.3. Esperanza de vida (EV) al nacer	41
1.4.3.4. Mortalidad.....	41
1.5. La Reordenación de la atención especializada ambulatoria	43
1.5.1. La Reordenación de la atención especializada ambulatoria (RAE) en España	43
1.5.2. Proceso Transferencial.....	44
1.5.3. Mejoras en el proceso asistencial en la RAE	45
1.5.4. Proceso de derivación en la RAE.....	46
1.5.5. Especialidades médicas.....	50
1.5.6. Prestaciones sanitarias.....	50
1.5.6.1. Prestaciones de atención primaria.....	51
1.5.6.2. Prestaciones de la atención especializada	51
1.5.7. Niveles de atención sanitaria	51

1.5.7.1. Nivel primario.....	52
1.5.7.2. Nivel secundario.....	52
1.5.7.3. Nivel terciario.....	53
1.5.8. Coordinación entre niveles asistenciales.....	53
1.5.8.1. Causas que podrían originar una deficiente coordinación entre niveles.....	54
1.6. Las agendas en la atención especializada.....	56
1.6.1. Definición, planificación y gestión de las agendas.....	56
1.6.2. Proceso de derivación en la atención primaria y en la especializada.....	63
1.6.3. Registro de los pacientes en la atención especializada ambulatoria.....	67
1.7. Área Integral de Salud (AIS) Barcelona Norte.....	70
1.7.1. Servicio de atención primaria (SAP) Muntanya.....	72
1.7.2. La Integración de la atención especializada ambulatoria al Hospital Universitario Vall d'Hebron.....	75
1.7.2.1. Situación anterior a la integración del modelo RAE en el 2008.....	75
1.7.2.2. Situación durante la integración del modelo RAE 2008 – 2015.....	77
1.8. El Hospital Universitario Vall d'Hebron.....	80
1.8.1. Modelo organizativo de la RAE Vall d'Hebron.....	81
1.8.2. Modelos en la atención especializada ambulatoria en la RAE Vall d'Hebron.....	82
1.8.2.1. Definición, organización y dependencia funcional del modelo CAE1.....	83
1.8.2.2. Definición, organización y dependencia funcional del modelo CAE2.....	83
1.8.2.3. Definición, organización y dependencia funcional del modelo CAE3.....	84
1.8.2.4. Definición, organización y dependencia funcional del modelo CAE4.....	85
1.9. Acciones de mejoras realizadas.....	86
2. Justificación e hipótesis.....	92
3. Objetivos.....	96
4. Marco Metodológico.....	100
4.1. Material y Métodos.....	100
4.1.1. Características y distribución de la población en los diferentes episodios.....	101
4.1.2. Recogida de datos.....	101
4.1.3. Diseño.....	101
4.1.4. Población accesible.....	102
4.1.5. Población y muestra.....	102
4.1.6. Clasificación.....	102
4.1.7. Criterios de exclusión.....	102
4.1.8. Las variables objeto de estudio (indicadores).....	102
4.1.9. Instrumentos.....	107

4.1.10. Análisis estadístico de los datos	107
4.1.11. Revisión y depuración de los datos.....	109
4.1.12. Autorización del Comité de Investigación Clínica	109
5. Resultados	112
5.1. Indicadores de actividad en la asistencia básica	112
5.1.1. Derivaciones de visita de los (EAP).....	112
5.1.2. Episodios concluidos en la AEA en los años en estudio	134
5.1.3. Paciente único atendido en la AEA	174
5.2. Indicadores de calidad en la asistencia básica	182
5.2.1. Recursos humanos ofrecidos a la atención primaria (AP)	182
5.2.2. Frecuencia en la utilización de los servicios AIS BCN Norte SAP Muntanya	186
5.2.3. Pacientes no presentados a la visita del especialista en la AEA.....	190
5.2.4. Anulaciones y reprogramaciones de visita en la AEA	193
5.2.5. Tiempo de espera (TE) entre la citación o programación y la visita	199
5.2.6. Solicitudes de cambio de especialista en la AEA.....	201
5.2.7. Solicitudes de reclamaciones en la AEA.	202
6. Discusión	208
6.1. Indicadores de actividad en la asistencia básica	212
6.1.1. Derivaciones de visita de los MF hacia los especialistas en la AEA.....	212
6.1.2. Episodios atendidos en la atención especializada ambulatoria (AEA).....	222
6.1.3. Pacientes únicos atendidos en la atención especializada ambulatoria (AEA)	235
6.2. Indicadores de calidad en la asistencia básica	241
6.2.1. Recursos humanos ofrecidos a la atención primaria (AP)	241
6.2.2. Frecuencia en la utilización de los servicios en la AEA	244
6.2.3. Pacientes no presentados a la visita del especialista en la AEA	247
6.2.4. Anulaciones y reprogramaciones de visita en la AEA	248
6.2.5. Tiempo de espera en la atención especializada ambulatoria	249
6.2.6. Solicitudes de cambio de especialista en la AEA	252
6.2.7. Solicitudes de reclamaciones en la AEA	253
7. Conclusiones.....	258
8. Referencias bibliográficas	262
Índice de tablas	274
Índice de figuras	280
Anexos.....	286

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1. Introducción

Evolución histórica de la reordenación en la atención especializada ambulatoria (RAE)

La reordenación de la atención especializada ambulatoria (RAE), se inició a lo largo de los años 80 en el marco de la provisión de servicios en el área de salud.

Con anterioridad a los años noventa la atención especializada (AE), inmersa en los hospitales, estaba como aletargada e independiente del sistema de la asistencia primaria. Los dos niveles se miraban de reojo, con poca empatía en la información, utilizando al paciente como vehículo portador de la propia enfermedad, en busca de un diagnóstico, en el área ambulatoria o en el centro hospitalario más próximo.

Con el paso de los años los cambios organizativos realizados han ido en la dirección de integrar las estructuras organizativas y la información clínica administrativa, hacia el sistema terciario.⁽¹⁾

Los estudios y resultados sobre los modelos de integración de la atención especializada ambulatoria (AEA) con la hospitalaria en nuestro país son escasos, pero si hay artículos referenciados sobre el impacto entre ambos niveles asistenciales, especialmente las derivaciones hacia la atención especializada.

En Cataluña una de las publicaciones realizadas sobre este proceso de integración, se centró en el sector sanitario de “Ciutat Vella” de Barcelona, como un análisis de la experiencia entre los años 1993 y 1995 sobre 4 EAP y 74.449 personas. ⁽⁶⁾

En los años 2005 y 2015 se publicaron varios artículos sobre la integración de la atención especializada ambulatoria haciendo referencia a las derivaciones, modelos, recursos y el aumento de la demanda de visita a la especialista solicitada por los médicos de familia, y pacientes. ⁽⁷⁻¹⁴⁾

El objetivo de la reordenación de la atención especializada se fundamenta en mejorar la calidad de la atención asistencial realizada, el acceso de los usuarios hacia los especialistas, la coordinación entre niveles asistenciales, la optimización de los servicios y especialistas, la reducción de las duplicidades de visita, y una mayor capacidad resolutoria, adecuando las solicitudes y las pruebas necesarias.

En la revisión bibliográfica se han encontrado artículos, en el 1997 ⁽²⁾, y en el 2014 en relación con los principales resultados de salud en Cataluña ⁽³⁾, donde las asociaciones, entidades sociales, a veces los partidos políticos, solicitan una presencia más acentuada y próxima de los especialistas bajo compromisos en programas electorales.

Reordenación de la atención especializada ambulatoria en el servicio de atención primaria (SAP) Muntanya de Barcelona

Para visualizar el grado de complejidad en la reordenación de la atención especializada en el territorio SAP¹ Muntanya de Barcelona, es preciso conocer primero el modelo de salud y los cambios organizativos en España y en Cataluña. En Cataluña, los cambios han ido hacia un enfoque centrado en el paciente y en los procesos asistenciales, que han llevado a una reestructuración en la atención primaria y especializada en su Área Integral de Salud (AIS) de Barcelona Norte.

Desde los inicios de la reforma hasta la fecha en que realizamos este análisis no hay estudios donde se haya preguntado si los cambios organizativos en el modelo, las

¹ Servicio de Atención Primaria (SAP)

acciones de mejora en la gestión y planificación de las agendas de los especialistas en primaria, ha supuesto una mejora, o si a pesar de ello sigue habiendo los mismos problemas como recogen diversos artículos publicados y revisados hasta la fecha. ^(1,6-16)

El modelo de la reordenación de la atención especializada (RAE) se inició en el 1995, como modelo piloto, en el centro de atención primaria (CAP) de Horta, centro que tenía integrados a 4 equipos de primaria; 2 equipos de Horta, 1 equipo del Carmel, y 1 equipo de Sant Rafael, finalizando la integración en 1997.

En el 2008 se recuperó el modelo, con el objetivo de implantar la reordenación de la atención especializada al resto de los centros del Área Integral de Salud (AIS). El modelo se inició en tres de los cinco distritos de Barcelona Norte: Horta Guinardó, Nou Barris y Sant Andreu. En el primero, Horta Guinardó, ya había sido integrado en el 1995 pero necesitaba de una nueva configuración adaptándose al nuevo modelo. Los tres distritos disponían de un total de 20 equipos de primaria: 17 equipos del servicio de atención primaria Muntanya, del Instituto Catalán de la Salud (ICS), incluyendo dos equipos de atención primaria de Montcada y Reixach, y un equipo no ICS de Cotxeras Borbó.

En el 2008 el Hospital Universitario Vall d'Hebron como centro de referencia en el SAP Muntanya de Barcelona, tuvo que dar asistencia a 11 centros de atención especializada para atender las visitas generadas por los equipos de primaria. Al finalizar el estudio, en julio del 2016, y como consecuencia de las acciones de mejora en la organización, gestión y planificación de las agendas, los centros de atención especializada se habían reducido de 11 a 5 centros, incluyendo las consultas externas del propio Hospital Universitario Vall d'Hebron.

En el 2008, y en una primera fase, que preciso establecer acuerdos entre las direcciones de primaria y hospital. Acuerdos recogidos en el documento de trabajo ⁽⁴⁾ en la reordenación de la atención especializada (RAE), donde se detallan unos mínimos para poder iniciar la transición hacia el Hospital Universitario Vall d'Hebron. En el documento de trabajo se recogieron los pactos en la gestión de los pacientes y en los procesos de soporte asistencial. La primera versión se realizó en diciembre 2008, modificándose en los años posteriores 2009, 2010, y 2011. ⁽⁵⁾

En este contexto se creó una nueva figura para la coordinación asistencial de la atención especializada ambulatoria que fue dotada de unas competencias específicas y de un soporte operativo administrativo en dos niveles, la atención primaria y del hospital.

Recibimos el encargo de la dirección del Hospital Universitario Vall d'Hebron de desarrollar esta coordinación asistencial en la implantación del modelo de la reordenación de la atención especializada (RAE), y con el tiempo surgió la voluntad de profundizar en los resultados y desarrollar este proyecto de tesis doctoral.

1.2. Sistemas de Salud

1.2.1. Marco Jurídico

En 1908, se constituyó en España el Instituto Nacional de Previsión (INP) de seguros voluntarios, en 1919 el seguro de retiro obrero, y en 1929 el seguro de maternidad.

En 1942, mediante Ley de 14 de diciembre, se constituyó el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) bajo el Instituto Nacional de Previsión (INP). Fue impulsada por el ministro de trabajo Girón de Velasco (1911 Herrera de Pisuergra – 1995 Fuengirola). Representó el inicio del despliegue del sistema de cobertura de los riesgos sanitarios, alcanzado a través de una cuota vinculada al trabajo. Se desarrolló enormemente como consecuencia del proceso paulatino de expansión económica desde 1950, pero especialmente en los 60 y principios de los 70. (17,19-20)

Tabla.1
Provisión de Servicios Sanitarios

	Atención Primaria	Atención Especializada
Características	Accesibilidad	Complejidad técnica
Actividades	Promoción de la salud y de prevención de la enfermedad con capacidad de resolución técnica para abordar de forma completa los problemas de salud más frecuentes	Cuenta con los medios diagnósticos y terapéuticos de mayor complejidad y coste cuya eficiencia aumenta si se concentran
Acceso	Espontáneo	Por indicación de los facultativos de atención primaria
Dispositivo asistencial	Centros de salud y consultorios locales	Centros de especialidades y hospitales
Régimen de atención	En el centro y en el domicilio del ciudadano	De manera ambulatoria o con internamiento

Fuente: Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales. D.G. de Farmacia y productos Sanitarios.

Tabla.2
Población protegida

	Población protegida por la Seguridad Social	Población protegida por mutualidades públicas
Pensionistas y sus beneficiarios	0%	30%
No pensionistas y sus beneficiarios	40%	30%
Colectivos específicos en cualquier régimen		
Afectados por Síndrome Tóxico	0%	
Pacientes con sida / Tratamientos Crónicos	10% - 2,54€ máximo	

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social D.G. de Farmacia y Productos Sanitarios.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales. D.G. de Farmacia y productos Sanitarios.

En 1963, se aprobó el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social² (pago por cuotas).

En 1978, se aprobó El Real Decreto - Ley 36/78³ que transformó el antiguo Instituto Nacional de Previsión (INP) en tres entidades gestoras de la Seguridad Social: el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) y el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO).⁽²¹⁾

Ya en la etapa democrática, en 1986, se aprobó la Ley General de Sanidad (LGS), Ley 14/1986, de 25 de abril⁴, que define el sistema nacional de salud español, y establece la universalidad del derecho de asistencia, así como una financiación y provisión mayoritariamente públicas. Las principales consecuencias surgidas de esta Ley se pueden resumir en los siguientes puntos:

- Se amplió la cobertura hasta alcanzar casi la totalidad de la población, variando del 86.6% en 1983 al 99.5% de la actualidad, con relación a la encuesta nacional de la salud de 1995.
- La financiación de los servicios sanitarios transferidos a las Comunidades Autónomas; se reguló estableciendo como criterio de reparto territorial el de población protegida.

La Ley General de Sanidad siguió el modelo Willian Beveridge, modelo en el Estado Español orientado a que todos los ciudadanos pudieran utilizar el sistema público de salud sin desigualdades sociales y pilar del derecho de la salud como eje principal de justicia social, modelo que veremos más adelante.⁽²²⁾

Con la aprobación de la LGS 14/1986, se produce un fuerte crecimiento de la actividad asistencial, consecuencia del aumento de la población cubierta, del nivel sociocultural, y del crecimiento de la cartera de servicios. La Ley General de Sanidad (LGS) determina un sistema abierto que permite una rápida incorporación de nuevas tecnologías, el

² Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social. «BOE» núm. 312, de 30 de diciembre de 1963.

³ Real Decreto-ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo. «BOE» núm. 276, de 18/11/1978.

⁴ Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad. Núm. 102 de abril de 1986.

tratamiento de nuevas patologías y la prescripción de nuevos fármacos en el tratamiento de dolencias y patologías conocidas. ⁽²²⁻²³⁾

Con la Ley General de Sanidad (LGS) se crea el Sistema Nacional de Salud (SNS), que integra todos los servicios de salud de las Comunidades Autónomas, que universalizan la asistencia sanitaria. La provisión de servicios se ofrece básicamente a través de centros públicos, con el complemento de centros privados concertados. Los usuarios de los servicios sanitarios no pagan directamente los servicios, salvo los productos farmacéuticos de los cuales abonan un resultado como medida moderadora.

En 1994, se aprobó el Real Decreto 1415/94 de 25 de junio⁵, por el que se modifica parcialmente la estructura orgánica del Ministerio de Sanidad y Consumo, se crea la Agencia de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias que depende directamente del Instituto de Salud Carlos III y tiene como cometido específico evaluar las tecnologías sanitarias previamente al ser incorporadas al Sistema Sanitario Español. ⁽²⁴⁾

En 1995, se aprobó el Real Decreto 63/95 de 20 de enero⁶, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, que tiene como objetivos básicos:

- Definir las prestaciones del sistema
- Garantizar la igualdad efectiva en el acceso a las prestaciones sanitarias para toda la población española
- Establecer un procedimiento de evaluación continuada que permita la introducción de nuevas prestaciones y la revisión de las existentes. ⁽²⁵⁾

En 1997, se aprobó la Ley 15/97⁷, que establece un nuevo marco en el que se refuerza la necesidad de gestionar con criterios de gestión eficaz, garantizando la calidad de los servicios sanitarios, introduciendo la posibilidad de que la gestión de los centros y servicios sanitarios y socio sanitarios pueda llevarse a cabo directamente, o indirectamente a través de cualquier entidad de naturaleza o titularidad pública. Dicha

⁵ REAL DECRETO 1415/1994, de 25 de junio, por el que se modifica parcialmente la Estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo.

⁶ REAL DECRETO 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud (SNS).

⁷ Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. «BOE» núm. 100, de 26 de abril de 1997

disposición ampara la gestión a través de entes interpuestos dotados de capacidad jurídica, tales como empresas públicas, consorcios, fundaciones u otras entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en nuestro ordenamiento jurídico. ⁽²⁶⁾

1.2.2. Modelos de Sistema de Salud

Los sistemas sanitarios han sido definidos por la Organización Mundial de la Salud, informe del 2008 como “el conjunto de estructuras organizativas centros, servicios y actividades del sector público y privado de un país dirigidas a dar respuesta a las necesidades de la población en materia de salud”. ⁽²⁷⁾

El modelo sanitario es la parte ejecutiva estratégica que se puede definir como “el conjunto de criterios o fundamentos doctrinales e ideológicos en los que están cimentados los sistemas sanitarios”. En el modelo se determinan conceptos y actuaciones de competencias y autoridad de salud pública, así como qué prestaciones se ofertan, su financiación y a qué población se va a atender. ⁽²⁷⁾

La definición propia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) relaciona las dos terminologías, modelo y sistema sanitario, con el “concepto de salud”, como un conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a la salud en los hogares, los lugares de trabajo, los lugares públicos y las comunidades, así como del medio ambiente físico y psicosocial, y en el sector de la salud y otros sectores afines. ⁽²⁸⁾

Añade, la OMS que, sistema “es el conjunto de todas las actividades, oficiales o no, relacionadas con la prestación de servicios de la salud a una población determinada, que debe tener acceso adecuado a la utilización de dichos servicios. Integrado por todo el personal de la salud disponible, los procedimientos de formación de este tipo de personal, las instalaciones sanitarias, las asociaciones profesionales, los recursos económicos que por cualquier motivo u origen se pongan al servicio de la salud y el dispositivo oficial y no oficial existente”. ⁽²⁸⁾

Un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una

orientación y una dirección generales. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero. ⁽²⁸⁾

Los sistemas de salud de los países pobres no son los únicos que tienen problemas. Algunos países ricos tienen grandes sectores de la población que carecen de acceso al sistema de salud debido a que los mecanismos de protección social son injustos. Otros están luchando contra el aumento de los costes debido a la utilización poco eficiente de los recursos. ⁽²⁹⁾

La mayoría de los sistemas de salud nacionales comprenden el sector público, privado, tradicional e informal. Las cuatro funciones principales de un sistema de salud se han definido como: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión. ⁽³⁰⁾

Los sistemas sanitarios son los instrumentos operativos, la estructura articulada de recursos humanos y estructurales, tanto públicos como privados, que se crean, bien directamente “mercado liberal” o a través de los gobiernos “mercado público” en los diferentes países para operar directamente con los modelos sanitarios teóricos diseñados y planificados por los gobiernos, a través de la legislación sanitaria. Por ello es muy frecuente la confusión entre **el modelo sanitario**, parte teórica inicial y de desarrollo y **el sistema sanitario**, que es la parte práctica y de actuación sanitaria en sí. ⁽³¹⁾

En la mayoría de los países o estados de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), organización de cooperación internacional compuesta de 37 estados, la atención sanitaria y los sistemas sanitarios son considerados como parte del Estado del Bienestar, entendiéndose la atención sanitaria y el cuidado de la salud como un bien social, con el consiguiente compromiso del Gobierno del Estado, en un mayor o menor resultado de participación, a garantizar un acceso adecuado a dichos servicios sanitarios. Los sistemas sanitarios son producto de la historia y de la cultura de las sociedades en que se desarrollan, y expresan los valores predominantes en las mismas. ⁽³¹⁾

Una de las fuentes principales del Estado del Bienestar de un país lo constituye la “salud”, necesidad básica y necesaria, irrenunciable del ser humano que constituye un derecho fundamental principal, junto con la educación, la cultura, la defensa y la seguridad y para su logro se requiere de la planificación y la asignación de manera eficiente y eficaz, en base a impuestos o a través de los Presupuestos Generales del Estado, de los recursos económicos para la obtención de los niveles de salud solicitados por la sociedad. ⁽¹⁷⁾

En el año 2014 la Unión Europea de 15 estados (UE-15) prestaba cobertura sobre 115 millones de habitantes. En una Unión Europea de 28 Estados (UE-28) que en el 2016 tenía una población de 510,3 millones de habitantes [España 46,4], solo los ciudadanos de nueve países de los 28 con sistemas nacionales de salud, tenían el acceso gratuito sin copago alguno a las consultas de atención primaria, a las consultas ambulatorias de la atención especializada, a los ingresos hospitalarios, a los servicios de urgencias, y a las pruebas de laboratorio. Estos países fueron: Dinamarca, Eslovaquia, España, Hungría, Lituania, Malta, Polonia, Reino Unido, y Republica Checa. ⁽³²⁻³⁴⁾

Los Sistemas de Salud en Europa y otros Países

Existen diferentes modelos o sistemas de salud en Europa, Estados Unidos de América, Latinoamérica y otros Países, incluyen los llamados modelos de salud, “Liberal, Socialista, y Mixto”. ⁽³¹⁻³³⁾

El modelo socialista o estadista esta divididos en dos, “Modelo Semashko, y el Modelo Público Unificado”.

Del modelo mixto, surgen dos modelos europeos. “Beverindge”, y “Bismarck”:

- Modelo vía impuestos llamado “Beverindge”. Este modelo lo adoptó Grecia en el año 1930, modelo que dio origen al Sistema Nacional de Salud (SNS) en diferentes países.
- Modelo Seguridad Social conocido como “Bismarck”. Este modelo es el más antiguo y avanzado en el mundo, e inspirado en la legislación social de la Alemania de 1883.

El modelo sanitario mixto, implantado en Europa, se caracteriza porque en él hay participación del estado en su financiación, que necesita del sector privado y del sector garante o asegurador para el mantenimiento de los sistemas sanitarios. ⁽³¹⁻³³⁾

En Latinoamérica aparecieron otros modelos similares a los europeos, pero con raíces socioculturales propias de cada país. ⁽³¹⁻³³⁾

- Modelo segmentado del sector público, seguridad social y privado.
- Modelo de contrato público.
- Modelo del pluralismo estructurado.

El modelo liberal también llamado modelo de libre mercado, es el que predomina en los Estados Unidos (EEUU), tiene como características que la salud es considerada como un bien de consumo, sin estar salvaguardada por los poderes públicos en toda su amplitud. ⁽³¹⁻³³⁾

El sistema liberal, es aquel en el que las compañías de seguros privadas compiten entre sí en la oferta de condiciones de cobertura que pueden contratarse o no, libremente. El Estado realiza una contribución a la asistencia sanitaria, invirtiendo prácticamente todo en atender a grupos desfavorecidos y/o marginales sin recursos; las clases medias y altas se pagan íntegramente sus asistencias, mediante el pago directo o a través de seguros. El modelo sanitario liberal tiene como ventaja la alta competitividad existente entre los diferentes proveedores para captar clientes. ⁽³¹⁻³³⁾

El modelo sanitario socialista se caracteriza, por propugnar una financiación de la asistencia sanitaria en su totalidad por medio del Estado, a través de impuestos o de los presupuestos generales del Estado; por ofrecer cobertura universal y gratuita a toda la población y por ofrecer una cartera de servicios amplia con características de equidad, gratuidad, accesibilidad y universalidad a la población. El modelo socialista puro es incompatible con ninguna estructura sanitaria de tipo privado o de seguros. El modelo socialista puro sólo se ha dado en los países comunistas, de los que los únicos ejemplos que quedan en la actualidad son Cuba y Corea del Norte. ⁽³¹⁻³³⁾

1.2.2.1. Diferencias entre los dos sistemas sanitarios en Europa

Servicio Nacional de Salud “Modelo Beveridge”. España

- Financiación a través de impuestos. **“Presupuestos del Estado”**.
- Acceso universal. **“Médicos asalariados o por capitación”**.
- Control gubernamental. **“Cierta sector privado”**.
- Gran implicación del Estado en la gestión. **“Algunos copagos por parte de usuarios”**.⁽³⁵⁾

Sistema de Seguros Sociales “Modelo Bismark”

- Financiados por cuotas obligatorias pagadas por empresarios y trabajadores o a través de los impuestos.
- Los recursos financieros van a parar a los "fondos" que son entidades no gubernamentales reguladas por ley y que gestionan estos recursos.
- Los "fondos" contratan hospitales, médicos de familia, etc. para que provean los servicios a los asegurados mediante contratos basados en un presupuesto o mediante pago por acto.
- Sistemas de reembolso y algunos copagos por parte de usuarios.

1.2.2.2. Modelo Beveridge

Este modo de organizar la sanidad pública debe su nombre al político inglés William Henry Beveridge, primer Barón Beveridge de Inggal, economista y político británico. (5 de marzo de 1879 Rangpur City, Bangladés – 16 de marzo de 1963 Oxford, Reino Unido) que en 1942 elaboró el informe que sentó las bases del actual sistema británico de salud. A grandes rasgos es el que usamos en España, Italia, Portugal y los Países Nórdicos. Se financia con los impuestos de toda la población, que sustentan una protección sanitaria universal que cuenta con sus propios centros sanitarios.

En la Unión Europea está vigente el Sistema Nacional de Salud (SNS), en el que todos los residentes tienen derecho a los servicios sanitarios, donde la fuente de financiación mayoritariamente es por impuestos. Se basa en la solidaridad o en el principio redistributivo y posibilita el acceso universal, bajo control del parlamento. Es un recurso universal, estable y fácil de recaudar en los países en los que el sistema fiscal está organizado correctamente. Una parte muy importante de los recursos son obtenidos de

las rentas de manera progresiva, quien más tiene más paga y, el resto de la financiación del sistema, se complementa con los impuestos sobre el valor añadido y otros gravámenes que se aplican a determinados productos como hidrocarburos, alcohol, tabaco o electricidad. El referente internacional de este patrón es el Reino Unido, cuyo Servicio Nacional de Salud “National Health Service”, (NHS) se creó en 1948, inspirado en el informe Beveridge. ⁽³²⁻³³⁾

1.2.2.3. Modelo Bismark

El modelo Bismarck nace en el siglo XIX en 1883 en Alemania, y se desarrolló en Bélgica, Suiza, Austria y Holanda, a raíz de que los trabajadores industriales se organizaron en cooperativas o sociedades, al principio débil y, tras la adquisición del derecho de voto, cada vez más fuertes y organizadas. Estas sociedades comenzaron a considerar al Estado como garante de las seguridades básicas, creándose las primeras organizaciones gremiales.

En estos países la sanidad se financia con primas, existen pagos complementarios (para el ingreso hospitalario o la adquisición de fármacos) y, a priori, no ofrece protección universal, aunque en la mayoría de territorios existe de facto.

La principal diferencia respecto al sistema Beveridge es que la cobertura sanitaria es ofertada por numerosas organizaciones de seguros e instalaciones médicas que se organizan de forma independiente y en competencia. ⁽³⁶⁾

El otro patrón tradicional se conforma en torno a los “**sistemas de seguros sociales**”, financiados por cotizaciones sociales obligatorias. Las cuotas obligatorias pagadas por las empresas y los trabajadores son la principal fuente de financiación. Los recursos financieros se obtienen de la riqueza económica de las empresas y salarios y son dirigidos hacia los empleados y sus beneficiarios. En este sistema los impuestos generales también tienen un papel financiando las primas de los seguros de los sectores desfavorecidos y sin cobertura y, financiando determinados tipos de asistencia básica pública como las vacunaciones o los servicios de salud maternal.

En algunos de estos países con sistemas de seguros de salud, la frontera entre un seguro de salud público y un seguro de salud privado es dudosa. Aquellos países donde los fondos de los seguros de salud, con y sin ánimo de lucro, están altamente regulados a fin de garantizar la cobertura universal, podrían, con razón, ser considerados seguros públicos de salud. ⁽³²⁻³³⁾

1.3. Sistemas de Salud en España

El sistema sanitario español tiene una larga evolución histórica que se inició documentalmente con Alfonso X “El Sabio” y la promulgación del Fuero Real⁸ a mediados del siglo XIII. ^(1,17)

Históricamente, el sistema sanitario español partía de un sistema de seguridad social en que los trabajadores y empresarios financiaban con sus cuotas la protección sanitaria, y que los servicios eran gestionados directamente por la Administración. La Constitución de 1978 configuró un nuevo Estado Autonómico y comportó las transferencias de determinadas competencias a las Comunidades Autónomas. En el marco de estas transferencias, Cataluña y otras comunidades recibieron la gestión de los servicios sanitarios de titularidad pública. ⁽³⁷⁾

Durante el transcurso de los años ha habido cambios y adaptaciones en las distintas Comunidades Autónomas (CCAA) en su catálogo de centros y su relación con la organización del nivel básico de salud de la atención primaria y su mapa de referencia para el sistema de información.

Se han establecido equivalencias terminológicas y conceptuales entre las diferentes estructuras organizativas existentes. Dato a mencionar por la importancia de los datos extraídos de los diferentes documentos de las Instituciones, Órganos, Comunidades y recursos estadísticos que recogen los datos mínimos necesarios para poder entender que hacen en cada centro y/o unidad de referencia, y reflejar la realidad a efectos del sistema de información de la atención primaria del Sistema Nacional de Salud, “sistema de información de la atención primaria” (SIAP). ⁽³⁸⁾

1.3.1. Marco Jurídico

En España, las Áreas de Salud, en su coordinación e integración en las Comunidades Autónomas, están amparadas tras la Ley General de Sanidad, artículo 56⁹. “las Comunidades Autónomas delimitarán y constituirán en su territorio demarcaciones denominadas Áreas de Salud, debiendo tener en cuenta a tal efecto los principios

⁸ Fuero Real Del Rey Don Alfonso X El Sabio. Madrid: Imprenta Real; 1836. Título XVI. Libro IV. Ley I. De los físicos e de los maestros de las llagas. (página 146).

⁹ Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad. núm. 102 de abril de 1986. Capítulo III. de las Áreas de Salud. Artículo 56.

básicos que en esta Ley se establecen, para organizar un sistema sanitario coordinado e integral”.⁽²²⁾

Las Áreas de Salud se definen como, “las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del servicio de salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos”. Y establece asimismo que “las áreas de salud se delimitarán teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como las instalaciones sanitarias del área. Aunque puedan variar la extensión territorial y el contingente de población comprendida en las mismas, deberán quedar delimitadas de manera que puedan cumplirse desde ellas los objetivos que en esta Ley se señalan”.⁽²²⁾

En su artículo primero, del RD 137/1984, de 11 de enero¹⁰, las estructuras básicas de salud establecen la zona de salud como “la demarcación poblacional y geográfica fundamental, delimitada a una determinada población, accesible desde todos los puntos y capaz de proporcionar una atención de salud continuada, integral y permanente con el fin de coordinar las funciones sanitarias afines”. Asimismo, que dicha “delimitación del marco territorial que abarcará cada zona de salud se hará por la Comunidad Autónoma, teniendo en cuenta criterios demográficos, geográficos y sociales”.⁽³⁹⁾

El artículo 62 de la (LGS), capítulo III, De las Áreas de Salud¹¹, recoge que “para conseguir la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los Servicios a nivel primario, las áreas de salud se dividirán en zonas básicas de salud”.⁽⁴⁰⁾

1.3.2. Marco organizativo

La estructura más habitual de los sistemas regionales o autonómicos de salud comprende una consejería o departamento de salud o de sanidad, responsable de la regulación y la planificación en materia de política y atención sanitaria, y un servicio regional de salud que se encarga de la provisión de servicios. A estos departamentos de salud compete la organización territorial de los servicios sanitarios bajo su jurisdicción:

¹⁰ Real Decreto 137/1984 de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. BOE número 27 del 1 de febrero de 1984.

¹¹ Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad. núm. 102 de abril de 1986. Capítulo III. de las Áreas de Salud. Artículo 62.

la designación de áreas de salud y zonas básicas de salud y el establecimiento del grado de descentralización, es decir, las competencias que se atribuyen a las estructuras de gestión a cargo de cada una de ellas. ⁽³⁸⁾

El modelo general más frecuente comprende dos gerencias diferenciadas, una para la atención primaria y otra para la atención especializada (ambulatoria y hospitalaria), en cada área de salud. Sin embargo, los servicios de salud de las Comunidades Autónomas están poniendo en marcha cada vez con mayor frecuencia gerencias únicas de área que integran la atención primaria y la especializada. Las zonas básicas de salud son la unidad de menor tamaño de la estructura organizativa de la asistencia sanitaria. Normalmente, se organizan en torno a un único equipo de atención primaria (EAP) que constituye la puerta de entrada al sistema. En lo que respecta a las posibilidades de elección de los pacientes, la posibilidad de elegir especialista y hospital está relativamente menos desarrollada (con algunas diferencias entre Comunidades Autónomas) que en el caso de la atención primaria. En cualquier caso, para acceder a atención sanitaria especializada es preciso que el médico de familia o pediatra derive al paciente a la misma. Las responsabilidades en el área de la salud pública suelen estar centralizadas en la consejería o departamento de salud, aunque funcionalmente sigan la estructura básica de las áreas de salud. Cada área de salud debe cubrir una población de no menos de 200.000 habitantes y no más de 250.000. ⁽⁴¹⁾

El sector privado desempeña una función primordial en la atención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Estas contingencias están cubiertas por una serie de mutualidades, que financia la Tesorería Nacional de la Seguridad Social, en su mayor parte mediante contribuciones de los empleadores o trabajadores.

Además, el sistema público subcontrata tradicionalmente con entidades privadas de servicios hospitalarios, con o sin ánimo de lucro, entre el 15% y el 20% aproximadamente de la prestación de servicios sanitarios especializados. Por lo general, esta fórmula se utiliza para la adquisición de determinados servicios de diagnóstico de alta resolución o de procedimientos quirúrgicos ambulatorios en el marco de la gestión de las listas de espera. ⁽⁴¹⁾

Los seguros privados voluntarios tienen un papel relativamente menor, aunque cada vez más relevante, en el sistema sanitario español. Estos seguros privados voluntarios son independientes del sistema público, “ya que no es posible renunciar a la cobertura sanitaria pública para recibir prestaciones exclusivamente privadas”, y de carácter complementario. “En muchas ocasiones, se contratan para acceder a servicios para los que hay listas de espera en el sistema público, como la atención sanitaria especializada, o a servicios como la atención bucodental de los adultos, que están incluidos de forma muy limitada en la cartera de servicios”. Estos seguros cubren aproximadamente al 13% de la población, si bien existen considerables variaciones regionales. ⁽⁴¹⁾

Existe una notable excepción al sistema general descrito en tres mutuas denominadas, Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), Mutualidad General Judicial (MUGEJU), y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS), las tres mutualidades cubren exclusivamente a los funcionarios públicos y sus beneficiarios, que representa el 4,8% de la población. (16) Estas se financian mediante un sistema mixto de contribuciones por nómina e impuestos. Los funcionarios son el único grupo que puede renunciar a la cobertura del Sistema Nacional de Salud (SNS), optando por servicios totalmente privados.

En relación a las áreas de salud se delimitarán teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como las instalaciones sanitarias del área, en relación con la Ley 14/1986. ⁽²²⁾

1.3.2.1. Los Servicios Sanitarios en España

En España, los proveedores de asistencia sanitaria pueden ser tanto públicos como privados. En el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales, e Igualdad, a partir del 2018 como Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social (MSCBS), existe un sistema de información en el que se recoge el contenido de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, a los que podría optar si decide solicitar asistencia sanitaria transfronteriza (AST) en la Unión Europea¹². Todo ello sin perjuicio de que los servicios

¹² Trasposición de la Directiva 2011/24/UE relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales, e Igualdad.

de salud informen a los usuarios de sus derechos y deberes, de las prestaciones y Servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS) y de los requisitos necesarios para su uso¹³.

(42)

El Sistema Nacional de Salud (SNS) está compuesto por los servicios de salud de la Administración del Estado y los servicios de salud de cada Comunidad Autónoma que integra todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales que son de carácter público. (42)

El Sistema Nacional de Salud, dispone del catálogo nacional de los hospitales públicos y privados en España con información sobre su ubicación, dependencia funcional y patrimonial y dotación. Permite la búsqueda y consulta de información mediante un módulo de búsqueda y la descarga del propio catálogo y de su base de datos. (43)

El Sistema Nacional de Salud también dispone del catálogo de centros de atención primaria de salud pública, centros que prestan servicios de atención primaria. La información electrónica del Sistema Nacional de Salud sobre los centros de atención primaria que permite la búsqueda de los centros e informa de su dirección y teléfonos de contacto, incluye información sobre los servicios básicos disponibles, medicina de familia, pediatría y enfermería. (42)

La información del registro general de centros del Ministerio de Sanidad proviene de los registros de centros sanitarios de las Comunidades Autónomas.

1.3.2.2. La Asistencia Sanitaria en España

España tenía una población a 1 de enero de 2009 de 46.661.950 habitantes, a 1 de enero del 2017 de 46.527.039, y a 1 de enero del 2018 de 46.659.302 habitantes. Datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), y del Instituto de Estadística de Cataluña (Idescat).

España tiene una extensión de 505.955 Km² en el 2018, lo que la convierte en el tercer país con mayor superficie de Europa Occidental. Administrativamente, el territorio está

¹³ Trasposición de la Directiva 2011/24/UE relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza al ordenamiento jurídico nacional 25 octubre 2013.

configurado en 17 Comunidades Autónomas, más las dos ciudades autónomas del norte de África, Ceuta y Melilla. ⁽⁴³⁾

Desde el 2012 se observa en España una pérdida de población. Es a partir del 1 de Julio del 2016 cuando inicia una recuperación del 0,09%, situándose a 1 de enero del 2017 con un crecimiento del 0,19%. A pesar de esta recuperación, España perdió entre el 1 de enero del 2013 y el 1 de enero del 2018, 68.588 habitantes, la mayoría de la población extranjera. Figura 1-2.

Figura 1.
Población residente en España. Resultados nacionales.

Evolución de la población residente en España. 2013-2018

	2013	2014	2015	2016	2017	2018(*)
TOTAL	46.727.890	46.512.199	46.449.565	46.440.099	46.527.039	46.659.302
Españoles	41.655.210	41.835.140	41.995.211	42.022.582	42.107.583	42.087.247
Extranjeros	5.072.680	4.677.059	4.454.353	4.417.517	4.419.455	4.572.055

(*) Datos provisionales

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Julio 2016.

Figura 2.
Población residente en España 2018.

Población residente en España

	Valor
Población total	46.659.302 ¹
Hombres	22.882.286 ¹
Mujeres	23.777.015 ¹
Extranjeros	4.572.055 ¹

La suma de los datos desagregados puede diferir del total debido al redondeo
1. Datos de 1 de enero de 2018 (Provisional)

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. 2016.

1.3.2.3. Áreas de Salud

Las diferentes formas de organizar la atención sanitaria desarrolladas por las Comunidades Autónomas a lo largo del tiempo, hacen que el concepto de área de salud, arriba señalado, haya sufrido adaptaciones en los distintos territorios, tanto en su nomenclatura, como en su dimensionamiento, siguiendo diferentes criterios organizativos de planificación y gestión. Por ello, para la inclusión de datos estadísticos de la atención primaria y para el establecimiento del catálogo de centros, se establecieron equivalencias terminológicas y conceptuales entre las diferentes estructuras organizativas existentes. ⁽⁴⁴⁾

Para poder reflejar la realidad, a efectos del sistema de información de atención primaria (SIAP), del Sistema Nacional de Salud, se entiende por área de salud “aquella

circunscripción administrativa que agrupa un conjunto de centros y de profesionales de atención primaria bajo su dependencia organizativa y funcional”.^(33,45)

Así pues, cada Comunidad Autónoma decide qué nivel dentro de su estructura organizativa es el equivalente al de área de salud, “término común a utilizar, más allá de las denominaciones específicas con la cual establezca equiparaciones”. Además de lo anterior, se suceden en el tiempo reorganizaciones de las estructuras organizativas y de gestión, que hacen preciso adaptaciones periódicas del marco sanitario en el cual encuadrar tanto a los centros de atención primaria como a sus estadísticas.⁽⁴⁶⁾

Por otro lado, para el catálogo de centros de atención primaria se hace necesario descender a la subdivisión de las áreas de salud en zonas básicas de salud. Si bien este concepto se ha mantenido más uniforme, las necesarias adaptaciones progresivas en las delimitaciones geográficas de dichas zonas y su inclusión en las áreas de salud, hacen que deban mantenerse actualizaciones sucesivas en el catálogo a partir de las normativas por las cuales las Comunidades Autónomas plasman los cambios de sus respectivos mapas sanitarios.⁽⁴⁵⁾

Este nuevo planteamiento busca mejorar los resultados de salud en los pacientes mediante la integración de los procesos asistenciales. Se trata, en definitiva, de dar coherencia y buscar sinergias entre los diferentes niveles del sistema sanitario para lograr que los cuidados estén menos fragmentados y más coordinados, y sean más eficientes y de mayor calidad.

Otras actuaciones, en la misma línea incluyen, el desarrollo de un único módulo de prescripción terapéutica compartido entre ambos niveles asistenciales que ayude a mejorar la calidad de la prescripción, no resuelto hoy día al disponer dos carteras de servicios farmacoterapéuticos diferenciadas por el coste de los fármacos y la evidencia clínica sobre ellos. También incluye la Implantación de un módulo de guías clínicas asistenciales en la historia clínica electrónica, con conexión telemática entre las historias clínicas de los centros de salud y los hospitales.

Las zonas básicas de salud, son aquellas circunscripciones administrativas que agrupan un conjunto de centros y de profesionales de atención primaria bajo su dependencia organizativa y funcional. ⁽⁴⁶⁾

1.3.2.4. Competencias sanitarias de las Comunidades Autónomas

La Ley General de Sanidad, art. 41¹⁴, establece que las Comunidades Autónomas ejercerán las competencias asumidas en sus estatutos y que el estado les transfiera o, en su caso, les delegue.

Las decisiones y actuaciones públicas previstas en esta ley que no se hayan reservado expresamente al Estado se entenderán atribuidas a las Comunidades Autónomas.

El Estado, a través de los impuestos generales que recauda, financia la totalidad de las prestaciones sanitarias y un resultado de las prestaciones farmacéuticas; pero este presupuesto es repartido entre las diferentes Comunidades Autónomas atendiendo a varios criterios de reparto, ya que son las comunidades las responsables de la sanidad en sus respectivos territorios. ⁽⁴⁷⁾

En el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, previa deliberación, se acuerda en cada ejercicio la cartera de servicios correspondiente al catálogo de prestaciones que cubre el Sistema Nacional de Salud y que se publican mediante un Real Decreto del Ministerio de Sanidad ¹⁵.

Las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus competencias, pueden aprobar sus respectivas carteras de servicios, que incluirán cuando menos la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. ⁽⁴⁷⁾

¹⁴ Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad. núm. 102 de abril de 1986. Capítulo II. De las competencias de las Comunidades Autónomas. Artículo 41.

¹⁵ Real Decreto -Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE núm. 98, de 24 de abril de 2012 Referencia: BOE-A-2012-5403

1.4. Sistema de Salud en Cataluña

1.4.1. Marco Jurídico

Actualmente, el sistema sanitario de Cataluña está regulado mediante el Decreto de 7 de enero de 1989 (DOGC núm. 49 de 7 enero) donde se aprueba el mapa sanitario, que delimita 12 áreas de salud y que constituyen la unidad fundamental de organización de los servicios de salud, marco de gestión y programación de forma descentralizada. A su vez se subdividen en sectores sanitarios.

La aprobación del Decreto 84/1985, de 21 de marzo (LCAT 1985, 907) (DOGC núm. 527, de 10-4-1985),¹⁶ desarrolla la llamada reforma de la atención primaria de Cataluña. Establece una serie de medidas orientadas a implantar un nuevo modelo de atención primaria de salud basado en la integración de las actividades preventivas, curativas y rehabilitadoras dentro de unas coordenadas de trabajo en equipo y coordinación entre los distintos profesionales sanitarios y los diferentes niveles de asistencia.

Este modelo reformado fue el seguido en la implantación de la atención primaria dándole un papel protagonista en el sistema catalán. Se completó en el 2003 al llegar la red al 100% de la población catalana. En el periodo del 2000 y el 2003 se construyeron 87 centros de atención primaria (CAPs) y 20 consultorios locales nuevos, mejorando otros 35 centros. ⁽⁴⁸⁾

En el 1985 se creó la Red de Hospitales de Utilización Pública “Xarxa d’Hospitals d’Utilització Pública”, conocida como la (XHUP) que, agrupaba a 74 hospitales del Instituto Catalán de la Salud (ICS), del Consorcio de Hospitales de Cataluña (CHC), y otros centros, entre ellos los de ámbito privados. La función principal fue proporcionar a los centros hospitalarios más estabilidad en la contratación de la actividad a cambio del compromiso de los centros de controlar mejor sus costes. Con ello dio forma al “plan de reordenación hospitalaria”, que marcaba unos objetivos cuantitativos en personal, costes, productividad, gestión y estructura de los centros. ⁽⁴⁸⁻⁴⁹⁾

A partir de los años ochenta la estabilidad presupuestaria dio pie a la construcción de hospitales por parte de la Generalitat (Vielha, Móra d’Ebre, Vilafranca del Penedès,

¹⁶ Decreto 84/1985, de 21 de marzo (LCAT 1985, 907) (DOGC núm. 527, de 10-4-1985).

Mataró), y otras instituciones o líneas de inversión como los hospitales de Sant Celoni, Valls, Palamos, Viladecans, Reus, Olot, Figueres, Puigcerdà y Calella. En este periodo se pusieron en funcionamiento los hospitales de Badalona, Sabadell y Terrassa.

La Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC) de 1990¹⁷, crea el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) de inicios en el 1991 como epicentro del sistema en la selección y compra con fondos públicos de los servicios de la red sanitaria conocida como Sistema Integral Sanitario de Catalunya (SISCAT). Es decir, los proveedores que forman parte del SISCAT, son tanto los hospitales como los centros de atención primaria (CAPs) y otras entidades. Tanto si son públicas como privadas, todas ellas compiten en el sistema.

La Ley 15/1990 de 9 de julio de Ordenación Sanitaria¹⁸, efectúa una delimitación territorial en torno a regiones sanitarias, estructuras que la propia Ley declara equivalentes a las áreas de salud previstas en la Ley General de Sanidad (LGS).

Las regiones se ordenan en subunidades territoriales denominadas sectores sanitarios, que serán conformados por un conjunto de áreas básicas de salud, el equivalente a las zonas básicas de salud. El Decreto 114/1994 de 3 de mayo (DOGC núm. 1903 de 1 de junio)¹⁹ delimita dichas regiones sanitarias y sectores sanitarios del Servicio Catalán de Salud (CatSalut).

En 1995 se implantó una reforma de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC) con la adhesión de las entidades de base asociativa (EBA), incorporando formalmente el ánimo de lucro por primera vez en Cataluña.

En la Ley 11/1995 de 29 de septiembre (DOGC núm. 2116 de 18 de octubre)²⁰, se establece que el Consorcio Sanitario de Barcelona queda adscrito funcionalmente al

¹⁷ Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria. Comunidad Autónoma de Cataluña «DOGC» núm. 1324, de 30 de julio de 1990 «BOE» núm. 197, de 17 de agosto de 1990 Referencia: BOE-A-1990-20304.

¹⁸ Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria. Comunidad Autónoma de Cataluña «DOGC» núm. 1324, de 30 de julio de 1990 «BOE» núm. 197, de 17 de agosto de 1990 Referencia: BOE-A-1990-20304.

¹⁹ Decreto 114/1994, de 3 de mayo, de delimitación de las regiones sanitarias y de los sectores sanitarios del Servei Català de la Salut. (Corrección de erratas en el DOGC núm. 1963, pág. 6863, de 24.10.1994).

²⁰ Ley 11/1995, de 29 de septiembre, de modificación parcial de la Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria de Cataluña. «BOE» núm. 5, de 5 de enero de 1996, páginas 271 a 275 (5 págs.)

Servicio Catalán de Salud, asumiendo directamente por lo que respecta a la ciudad de Barcelona, las funciones previstas para las regiones sanitarias.

El Decreto 105/2005, de 31 de mayo²¹ reorganiza y delimita nuevamente las 7 regiones sanitarias y los sectores sanitarios del Servicio Catalán de Salud, y el Decreto 122/2009, de 28 de julio,²² lo modifica parcialmente.

Se derogan los 2 últimos decretos anteriores en el nuevo decreto 10/2013, de 3 de enero,²³ de delimitación de las regiones sanitarias y de los sectores sanitarios del Servicio Catalán de Salud.

El sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña (SISCAT), se configura en el año 2010 para mejorar la atención integral de la salud de los cuidados, mediante el Decreto 96/2010, constituido por centros, servicios y establecimientos sanitarios integrados por:

- La red de centros de ingreso de utilización pública de Cataluña.
- La red de centros y servicios sanitarios del ámbito comunitario de utilización pública de Cataluña. Centros de atención primaria de salud y los centros y servicios de ámbito comunitario de salud mental, incluidos los de drogodependencia, de la atención sociosanitaria y los centros de rehabilitación.
- La red de servicios de transporte sanitario de utilización pública de Cataluña.

1.4.2. Marco Organizativo

El sistema sanitario catalán tiene sus orígenes a principios del siglo XX impulsado por la sociedad civil. Sus primeras manifestaciones dieron con la aparición del mutualismo.

El modelo sanitario catalán, es un modelo mixto, que integra en una sola red pública los recursos sanitarios de titularidad pública o no. Este hecho es significativo debido a la

²¹ Decreto 105/2005, de 31 de mayo, de delimitación de las regiones sanitarias y de los sectores sanitarios del Servicio Catalán de la Salud. DOGC núm. 4397 de 2 de junio

²² Decreto 122/2009, de 28 de julio, por el que se modifica parcialmente la delimitación territorial de determinados sectores sanitarios y regiones sanitarias establecida en el Decreto 105/2005, de 31 de mayo, de delimitación de las regiones sanitarias y de los sectores sanitarios del Servicio Catalán de la Salud.

²³ Decreto 10/2013, de 3 de enero, de delimitación de las regiones sanitarias y de los sectores sanitarios del Servicio Catalán de la Salud. DOGC núm. 6287 de 07 de enero de 2013

importancia del impulso civil y tradicional de las entidades históricamente dedicadas a la atención sanitaria como son las mutuas, fundaciones, consorcios y centros de la Iglesia.

El modelo mixto e integrador de la sanidad catalana de 1985 se bautizó como la Red Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP). El modelo XHUP se extendió a las líneas de servicio de la atención primaria, sociosanitaria, salud mental y a otros servicios como las emergencias y el transporte sanitario

El modelo catalán de salud, fue aplicado en Cataluña en sus inicios transferenciales. Se caracterizan por la utilización de los centros privados y mutuas y convertirlos o transferirlos al sistema público catalán; por ello se puede identificar un centro sanitario próximo a otro en un radio de entre 25 y 30 km. Dicha oferta de servicios sanitarios ha generado y sigue generando una expectativa alta, una excesiva frecuentación y un uso inadecuado de dichos recursos. Los centros de urgencias de atención primaria (CUAP) y centros de atención continuada (CAC), garantizan los mismos resultados en la atención urgente básica, y no es preciso en primera instancia a los grandes centros sanitarios, para patologías simples o comunes, por ejemplo, un síndrome gripal.⁽⁵⁰⁾

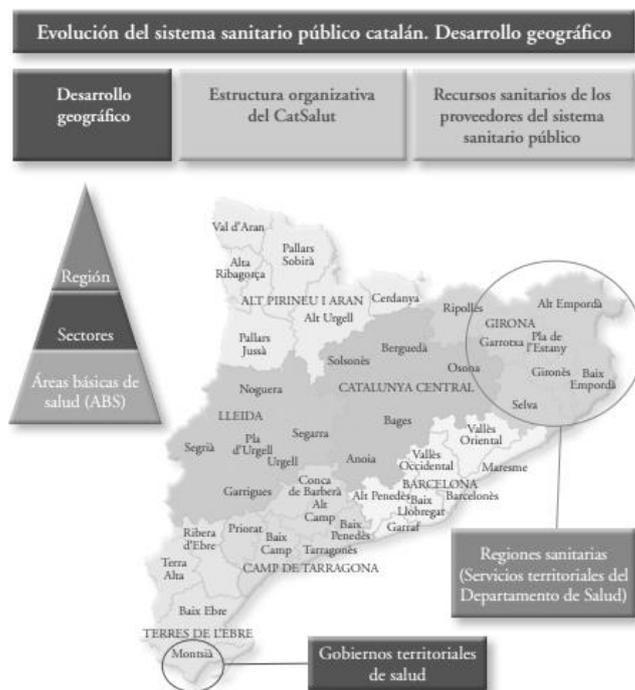
A partir de la promulgación en 1990 de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC), se consolida una distribución de funciones que separa la financiación, la planificación, la compra y la provisión de servicios entre distintas instituciones del sistema sanitario catalán.⁽⁵¹⁾

El proceso de diversificación de la provisión de servicios, incluida la atención primaria, crea un estímulo a nuevas fórmulas de gestión, como la gestión directa por los propios profesionales creada en 1995 como las entidades de base asociativa (EBA), como veremos más adelante en el servicio de atención primaria (SAP) de Barcelona Norte, en los centros de atención primaria (CAPs) de Vallcarca y Sant Gervasi. Centros que no están incluidos en nuestro estudio al pertenecer al modelo de integración al centro sanitario Sant Rafael.

1.4.2.1. Sistema Catalán de Salud (SCS)

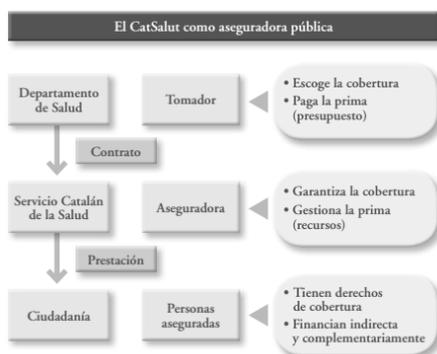
La ordenación de las áreas de salud en Cataluña, especialmente en Barcelona, surgió de la diversidad de proveedores y entidades que prestan servicios a la población y a efectos de mejorar la coordinación y el seguimiento de los pacientes una vez han entrado en el sistema sanitario público. Esta necesidad dio pie al nacimiento de las áreas integrales de salud (AIS). Figuras 3-5.

Figura 3.
Sistema catalán de salud



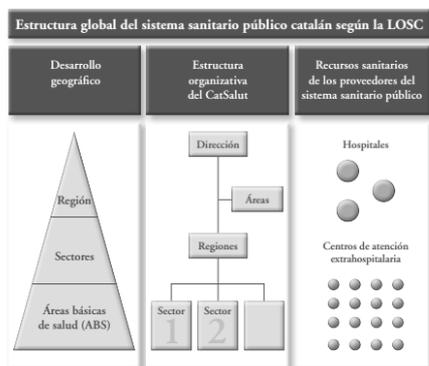
Fuente: Sistema de atención a la Salud en Cataluña. 1ª edición abril 2010. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya.

Figura 4.
Sistema catalán de salud como aseguradora pública.



Fuente: Sistema de atención a la Salud en Cataluña. 1ª edición abril 2010. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya.

Figura 5.
Estructura del sistema sanitario catalán.



Fuente: Sistema de atención a la Salud en Cataluña. 1ª edición abril 2010. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya.

1.4.2.2. Las Regiones sanitarias del sistema catalán de salud (SCS)

La estructura denominada región sanitaria, es la que se utiliza para agrupar las zonas básicas en el catálogo de centros de atención primaria (CAPs) y para la desagregación de los datos estadísticos de recursos, población y actividad del sistema de información de atención primaria (SIAP), como veíamos en el apartado de la asistencia sanitaria en España y sus estructuras, organización y planificación

En Cataluña siempre hubo un entorno social y sanitario diferenciado del resto del estado debido fundamentalmente a la diferente estructura económica y la articulación de organizaciones e iniciativas por parte de la sociedad civil, entidades benéficas y asistenciales, como las corporaciones locales, cooperativas, mutuas e instituciones, la mayoría de carácter privado.

Cuando la Seguridad Social comenzó con la construcción de centros asistenciales, Cataluña ya contaba con un cierto número de instituciones de tamaño pequeño y mediano que daban asistencia a la población catalana.

La configuración de traspaso del modelo de salud a Cataluña en relación a la dotación y provisión de camas en régimen de internado fue de un 30 % de la Seguridad Social y el 70 % de otros. ⁽⁵²⁾

En el año 1981 La Generalitat de Catalunya recibió las transferencias en materia sanitaria tanto de centros y servicios sanitarios (Insalud) como los sociales (IMSERSO)

En el año 1983 la Generalitat de Catalunya crea el Instituto Catalán de la Salud (ICS) integrado tan solo por entidades públicas.

Un año después, en 1984 se crea el Consorcio Hospitalario de Catalunya (CHC), actualmente el Consejo de Salud y Social de Catalunya (CSSC) cuya función era la coordinación de los centros asistenciales.

Las regiones sanitarias, en su definición, son demarcaciones territoriales basadas en el principio de descentralización del sistema sanitario público, que tiene como objetivo el acercamiento y la accesibilidad de los servicios a toda la población. ^(53.67)

El despliegue territorial del sistema integral de salud en Catalunya (SISCAT) se organiza en siete regiones sanitarias, delimitadas a partir de factores geográficos, socioeconómicos y demográficos. Cada una de ellas cuenta con una dotación de recursos sanitarios de atención primaria y de atención especializada adecuada para atender las necesidades de la población. ⁽⁵⁴⁾

Cada región está formada por la agrupación de las unidades territoriales básicas, llamadas Áreas Básicas de Salud (ABS) y que están formadas por barrios o distritos en las áreas urbanas, o por uno más municipios en el ámbito rural. Figuras 6-7.

Figura 6.
Regiones sanitarias en Catalunya.



Fuente: Departamento de Salud. CatSalut. Generalitat de Catalunya.

Figura 7.
Sectores sanitarios en Cataluña.



Fuente: Departamento de Salud. CatSalut. Generalitat de Cataluña.

La distribución de ABS por región sanitaria (2015)

Región Sanitaria	Sectores	Nº ABS
- Alt Pirineu i Aran	3	8
- Barcelona	22	216
- Camp de Tarragona	9	33
- Catalunya central	18	38
- Girona	15	41
- Lleida	6	22
- Terres de l'Ebre	13	11
TOTAL: 7	86	369

Las regiones sanitarias cuentan con una dotación adecuada de recursos sanitarios para atender las necesidades de la población. Cada región se ordena en los llamados sectores sanitarios. ^(49,51)

Los sectores sanitarios son el ámbito donde se realizan las actividades sanitarias asistenciales y sociosanitaria, tanto en la atención primaria, como en la atención especializada. ^(49,51) Figura 8.

Figura 8.
Sectores sanitarios de Barcelona ciudad.



Fuente: Departamento de Salud. CatSalut. Generalitat de Catalunya.

Estos sectores sanitarios a su vez, están constituidos por las áreas básicas de salud (ABS).
(49,51)

1.4.2.3. Área integral de salud (AIS)

La situación geográfica y dimensionada del área integral de salud (AIS) en relación con la población y estructura por distritos en Barcelona, es el siguiente:

Población: 432.391 habitantes en relación con el registro central de asegurados (RCA) 2016, incluido Moncada i Rexach.

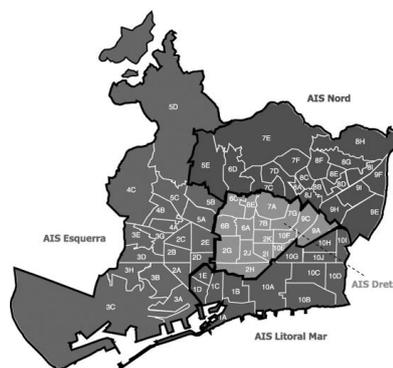
Distritos: 5. Tres de ellos en nuestro estudio, (Horta Guinardó – Nou Barris y Sant Andreu)

- 05 Sarrià-Sant Gervasi (33.593)
- 06 Gràcia (21.159)
- **07 Horta-Guinardó (96.702)**
- **08 Nou Barris (167.944)**
- **09 Sant Andreu (79.377)**

En Barcelona, han definido 4 áreas integrales de salud.

- **AIS Barcelona Nort**
- AIS Barcelona Esquerra
- AIS Barcelona Dreta
- AIS Barcelona Litoral-Mar

(El AIS de Barcelona Nort, es a la que pertenecemos y en la que centramos el estudio)



Las áreas integrales de salud, son un proyecto del consorcio de Barcelona con los proveedores sanitarios del territorio y los profesionales, con el objetivo principal de mejorar la asistencia sanitaria a Barcelona ciudad. Las áreas integrales de salud fueron definidas en el marco de unas jornadas interinstitucionales, en diciembre del 2006, con una amplia participación de los diferentes agentes sanitarios de la ciudad, atendiendo a la distribución de los flujos naturales y el comportamiento de los ciudadanos se definieron en las cuatro áreas: Barcelona Norte. Izquierda. Derecha. Y Litoral.

Este proyecto de la ordenación de las áreas fue aprobado por la junta general del consorcio sanitario de Barcelona el 18 de diciembre del 2009. ⁽⁵⁵⁾

La estructura sanitaria del Servicio Catalán de Salud (CatSalut) en la atención primaria, (2016), es la siguiente. ⁽⁵⁶⁾:

La atención primaria es el primer punto de acceso al sistema de salud. Al resto de servicios del sistema público se accede por derivaciones desde la atención primaria, excepto al “061 CatSalut” o las urgencias.

La atención primaria es el primer nivel de atención y de acceso de los ciudadanos a la asistencia sanitaria, igual que para el resto de Comunidades Autónomas. La atención primaria se organiza en 370 equipos de atención primaria formados por un número variable de médicos de familia, enfermeras, pediatras, asistentes sociales, odontólogos y personal de soporte. Cada ciudadano residente en Cataluña tiene asignado un médico y una enfermera/o en uno de los equipos de atención primaria. En un año, el 76% de la población se visita al menos una vez con su equipo de primaria, datos del sistema de información para el desarrollo de la Investigación en la atención primaria (SIDIAP). ⁽⁵⁷⁾

El Instituto Catalán de la Salud (ICS) es el principal proveedor de servicios sanitarios de Cataluña, gestiona 287 equipos de atención primaria que tienen asignados 5.564.292 ciudadanos, aproximadamente el 80% de la población catalana. Utilizan el mismo programa de historia clínica informatizada llamado “eCAP”. La implantación del programa empezó en el año 1998 en algunos equipos de primaria, y desde el año 2005 su uso es general en todas las visitas que se realizan en todos los centros y equipos de primaria. ⁽⁵⁷⁾

Las áreas básicas de salud (ABS), desde el punto de vista estructural y territorial, en Cataluña existe una sectorialización de la red asistencial basada en áreas básicas, que son las unidades territoriales elementales para la prestación de asistencia primaria de acceso directo a la población. La delimitación de estas unidades se determina atendiendo a factores geográficos, demográficos, sociales y epidemiológicos homogéneos. La población residente en la zona que comprende un área básica es asignada a los equipos de atención primaria.⁽⁵⁶⁾

Los equipos de atención primaria (EAP), son conjuntos pluridisciplinares de profesionales sanitarios responsables de la atención primaria en la población que tienen asignada. Los equipos están integrados por ocho categorías profesionales:

- Medicina de Familia
- Pediatrías
- Odontologías
- Enfermería
- Auxiliares de Enfermería
- Trabajadores Sociales
- Personal no sanitario de soporte
- Auxiliares Administrativos y Celadores

El Decreto 84/1985, de 21 de marzo, establece una serie de medidas orientadas a implantar un nuevo modelo de atención primaria de salud basado en la integración de las actividades preventivas, curativas y rehabilitadoras dentro de unas coordenadas de trabajo en equipo y coordinación entre los distintos profesionales sanitarios y los diferentes niveles de asistencia.²⁴

Los centros de atención primaria (CAP), son los centros donde se realiza la atención primaria básica por parte de los equipos. En zonas o territorios locales donde los municipios son más pequeños, la atención básica se realiza en los dispensarios o consultorios dependientes de un centro de primaria.

²⁴ Decreto 84/1985, de 21 de marzo (LCAT 1985, 907) (DOGC núm. 527, de 10-4-1985).

La atención especializada está en proceso de reordenación, integrándose en las consultas externas de los hospitales, o en los centros de atención primaria denominados centros de atención especializada ambulatoria (CAE). Modelo de integración de la atención especializada que analizamos en la defensa de la Tesis Doctoral.

En un nivel intermedio entre las redes de, atención primaria y la atención especializada, encontramos los equipos de profesionales que llevan a cabo las actividades del programa de la atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR).

En los Centros de atención primaria (CAP), se ofrecen los servicios de:

- Visitas médicas
- Actividades preventivas (vacunación, detección precoz de enfermedades)
- Promoción de hábitos saludables
- Consejos sanitarios
- Servicios de atención primaria de 24 horas, centros de urgencia de atención primaria (CUAP)
- Servicio de información al usuario (UAU)

La atención especializada en el sistema público catalán incluye:

- La atención hospitalaria
- La atención Socio sanitaria
- La salud mental
- La atención a drogodependencias

En los CAPs II ²⁵:

- La rehabilitación hospitalaria y extra hospitalaria

La asistencia sanitaria especializada en Cataluña se presta a través de los recursos de:

- El ingreso o internamiento de los pacientes
- Las consultas ambulatorias especializadas
- Los hospitales de día
- Las urgencias

²⁵ Centro de atención primaria con especialistas en Traumatología, Rehabilitación, Cirugía General y Digestiva, anterior a la integración del modelo al Hospital Universitario Vall d'Hebron.

- Las hospitalizaciones a domicilio o la hospitalización de la atención domiciliaria (HAD) con el soporte de:
- Las unidades funcionales interdisciplinarias socio sanitaria (UFISS)
- Los programas de atención domiciliaria (PAD)
- Los programas de atención domiciliaria y equipos de soporte. (PADES).

La mayoría de estos recursos se organizan funcionalmente en redes como:

- La red de hospitales de utilización pública de agudos (XHUP)
- La red socio sanitaria (XSS)
- La red de salud mental (XSM)
- La red de atención a las drogodependencias (XAD)

1.4.3. Análisis demográfico y socioeconómico

1.4.3.1. La evolución de la población catalana

En términos demográficos, las dos últimas décadas del siglo XX se han caracterizado por un estancamiento de la población, debido, en gran parte, al descenso de la natalidad y de la inmigración, mayoritariamente procedente del resto de España. A finales de los años noventa se produce un cambio importante en la dinámica de población como consecuencia de un cambio de tendencia en la inmigración exterior y de un repunte de la natalidad. Entre 1996 y 2008 la población de Cataluña pasa de 6,1 a 7,4 millones del año 2008, un aumento del 19,7% en 12 años. A partir de este momento, el incremento de población se ralentiza hasta que, en el año 2013, por primera vez en muchos años, la población de Cataluña experimenta un crecimiento negativo.

La evolución de la población catalana en el 2009 era de 7.475.420 habitantes, en el 2010 de 7.512.381 y en el 2016 de 7.516.254 habitantes. La diferencia de población entre el 2009 y el 2016 dio como resultado un aumento de 40.824 habitantes en Cataluña. Tabla 3-4.

Tabla 3.
Evolución de la población 2008 – 2016.

Población 2008-2016	Barcelona	Gerona	Lerida	Tarragona	Cataluña	España	% Cat/Esp.
2.016	5.537.674	753.024	433.918	791.638	7.516.254	46.524.943	16,20
2.015	5.523.922	453.054	436.029	795.101	7.208.106	46.024.382	16,10
2.014	5.523.784	756.156	438.001	800.962	7.518.903	46.771.341	16,10
2.013	5.540.925	761.632	440.915	810.178	7.553.650	47.129.783	16,00
2.012	5.552.050	761.627	443.032	814.199	7.570.908	47.265.321	16,00
2.011	5.529.099	756.810	442.308	811.401	7.539.618	47.190.493	16,00
2.010	5.511.147	753.046	439.768	808.420	7.512.381	47.021.031	16,00
2.009	5.487.935	747.782	436.402	803.301	7.475.420	46.745.807	16,00
2.008	5.416.447	731.864	426.872	788.895	7.364.078	46.157.822	16,00

Fuente: Instituto de Estadística de Cataluña (Idescat) Generalitat de Cataluña. Población. Provincias. 2017.

Tabla 4.
Indicadores de demografía, calidad de vida, y cifras de población.

Cataluña 2016	2014	2015	2016
Hombres	3.652.647	3.642.789	3.652.339
Mujeres	3.781.247	3.781.965	3.795.993
Total	7.433.894	7.424.754	7.448.332

Fuente: Instituto de Estadística de Cataluña (Idescat) Generalitat de Cataluña. Población por sexo. 2017.

1.4.3.2. Crecimiento de la población en Cataluña 2009 – 2015

La población experimentó una disminución en el año 2013 después de muchos años de crecimiento. Hubo un cambio de patrón migratorio, se había pasado de un saldo migratorio positivo de 19,5 inmigrantes por cada 1.000 habitantes en el año 2005, a un valor negativo del 2,7 al año 2013. El número de personas entre los 16 y 19 años se había reducido entre el 2005 y el 2013.

En el 2009 la población residente asegurada en Cataluña era de 7.611.711 personas que disponían de la tarjeta sanitaria, con relación al registro central de asegurados (RCA) del Servicio Catalán de la Salud (CatSalut). En diciembre del 2016 y en relación con el registro central de personas aseguradas en Cataluña había un total de 7.488.761 personas, y en el 2017 de 7.488.302 personas. En ocho años se habían perdido 123.409 asegurados en Cataluña entre los años 2009 y 2017. ⁽⁵⁸⁾ Tabla 5.

Tabla 5.
Evolución de la población asegurada en Cataluña, 2005-2017.

Any	Total	Homes	Dones
2017	7.488.302	3.676.253	3.812.049
2016	7.483.761	3.678.096	3.805.665
2015	7.503.772	3.692.870	3.810.900
2014	7.556.335	3.725.117	3.831.218
2013	7.568.988	3.735.919	3.833.069
2012	7.601.813	3.758.387	3.843.426
2011	7.612.890	3.768.454	3.844.436
2010	7.646.944	3.786.539	3.860.405
2009	7.611.711	3.767.914	3.843.797
2008	7.503.118	3.707.966	3.795.152
2007	7.324.047	3.610.674	3.713.373
2006	7.196.168	3.546.464	3.649.704
2005	7.105.324	3.494.632	3.610.692

Fuente: SIIS (Sistema Integrado de Información de Salud), cortes de 2005-2017 (31/12/2004-31/12/2016). CatSalut.

Tabla 6.
Crecimiento de la población en Cataluña 1999.

Crecimiento de la población en Cataluña 1999 a 2009	1999	2009	Crecimiento	%
Nacionalidad española	6.062.608	6.283.231	220.623	17,50
Nacionalidad extranjera	144.925	1.184.192	1.039.267	82,50
Población total	6.207.533	7.467.423	1.259.890	100,00

Fuente: Idescat. Padrón continuo a 1 de enero de cada año e INE.

Tabla 7.
Proyecciones de población a corto plazo en Cataluña. Escenario medio 2008 – 2021.

Año	Crecimiento natural				Crecimiento migratorio		
	Crecimiento total	Saldo	Nacimientos	Defunciones	Interior	Exterior	Total
2.008	124.052	29.268	89.943	60.676	-502	95.286	94.784
2.009	57.798	27.896	89.532	61.636	-98	30.000	29.902
2.010	55.643	25.734	88.151	62.417	-91	30.000	29.909
2.011	58.137	23.249	86.442	63.199	-114	35.002	34.888
2.012	60.337	20.486	84.442	63.958	-149	40.000	39.851
2.013	59.319	18.064	82.778	64.714	-156	41.411	41.255
2.014	56.534	15.430	80.891	65.465	-169	41.273	41.104
2.015	53.895	12.748	78.917	66.167	-167	41.314	41.147
2.016	51.361	10.291	77.098	66.807	-181	41.251	41.070
2.017	49.088	8.034	75.408	67.373	-197	41.251	41.054
2.018	46.962	5.904	73.839	67.933	-200	41.258	41.058
2.019	45.147	4.073	72.486	68.416	-206	41.280	41.074
2.020	43.575	2.523	71.430	68.901	-222	41.274	41.052
2.021	42.452	1.384	70.576	69.193	-206	41.274	41.068

Fuente: Idescat. Proyecciones de población 2021 – 2041 (base 2008)

1.4.3.3. Esperanza de vida (EV) al nacer

La esperanza de vida (EV) al nacer en Cataluña, como en España es de las más altas entre los países de la Unión Europea, tanto en las mujeres como en los hombres. La esperanza de vida en Cataluña en el 2009 era de 81,90 años (España 81,58 años). En el 2015 en Cataluña la EV era de 83,20 años. En las mujeres de 85,86 años, y en los hombres de 80,42 años. ⁽⁵⁹⁻⁶⁰⁾

En Cataluña, la diferencia de EV al nacer entre los años 2009 y 2015, se había incrementado en 1,3 años. Tabla 8.

Tabla 8.
Esperanza de vida al nacer en Cataluña.

WEB DE LA ESTADÍSTICA OFICIAL DE CATALUÑA
 Generalitat de Catalunya
 Institut d'Estadística de Catalunya
 idescat
 Català | English
 gencat.cat

Datos Servicios Métodos El Instituto buscar

Indicadores anuales → Salud
 Esperanza de vida a distintas edades

Cataluña. 2015 Otros años

	Hombres	Mujeres	Total
0 años	80,42	85,86	83,20
10 años	70,70	76,08	73,46
20 años	60,81	66,17	63,55
30 años	51,00	56,26	53,70
40 años	41,23	46,39	43,89
50 años	31,78	36,75	34,35
60 años	23,09	27,54	25,42
70 años	15,33	18,56	17,10
80 años	8,64	10,48	9,74
90 años	4,10	4,89	4,65

Unidades: Años.
 Fuente: Departamento de Salud.

1.4.3.4. Mortalidad

Entre 2006 y 2013 la mortalidad, en general y en menores de 70 años, ha mantenido una tendencia a la baja. La tasa de mortalidad en Cataluña toma valores ligeramente inferiores a la media de España, tanto en hombres como en mujeres, y muy inferiores a la media de la Unión Europea.

La mortalidad evitable ha seguido la misma tendencia decreciente que la mortalidad general durante el periodo 2007-2014, pero con un decrecimiento inferior. Esto se debe a que algunas de las causas han presentado evoluciones desfavorables, en las mujeres la mortalidad por el tumor maligno de pulmón, y en ambos sexos la mortalidad por

suicidio. En cambio, la mortalidad evitable por enfermedad isquémica del corazón y por enfermedad cerebrovascular ha presentado una tendencia muy favorable.

1.5. La Reordenación de la atención especializada ambulatoria

La reforma de la atención especializada (RAE) organiza la atención sanitaria en dos niveles de salud interrelacionados entre sí. La atención primaria y la atención especializada. El objetivo de la reordenación se fundamenta en mejorar la calidad de la atención asistencial realizada, el acceso de los pacientes hacia los especialistas, la reducción de las duplicidades de visita, y una mayor capacidad resolutoria, adecuando las solicitudes y las pruebas necesarias. ^(4,61)

1.5.1. La Reordenación de la atención especializada ambulatoria (RAE) en España

Las transferencias sanitarias, concluidas en el año 2002 promovieron que, ante la necesidad de afrontar los retos de integración asistencial, así como las nuevas necesidades de salud, las diferentes Comunidades Autónomas, ensayaran nuevas fórmulas de gestión de los servicios de salud, por ejemplo, la unificación de la gestión de niveles asistenciales, a través de las llamadas "gerencias únicas".

El establecimiento de un derecho a la asistencia único y universal, que, de acuerdo con la Ley General de Sanidad²⁶ las Comunidades Autónomas han de garantizar como responsables de los servicios sanitarios. ^(19,62)

La Constitución Española²⁷ utiliza el término "coordinación" en un doble sentido. Como principio de organización, y como competencia de una entidad u órgano sobre otros, permitiendo a la entidad superior incidir sobre las competencias de las inferiores a través de diversas vías, por ejemplo, cuando se refiere a las "bases y coordinación general de la sanidad" como título competencial exclusivo del Estado. Como principio de organización, la coordinación atiende fundamentalmente a un resultado práctico y a la coherencia en la actuación de los distintos poderes públicos.

El propio Tribunal Constitucional ha insistido en la existencia de un deber general de colaboración que no es necesario justificar en normas concretas, ya que se encuentra

²⁶ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Capítulo II. De las competencias de las Comunidades Autónomas. Art. 41. BOE núm. 102, de 29/04/1986. BOE-A-1986-10499.

²⁷ Constitución Española. Aprobada por Las Cortes en sesiones plenarias del Congreso de los Diputados y del Senado celebradas el 31 de octubre de 1978. Ratificada por el pueblo español en referéndum de 6 de diciembre de 1978. Sancionada por S. M. el Rey ante Las Cortes el 27 de diciembre de 1978. Capítulo III. art 43, página 17. Protección de la salud. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. NIPO: 007-14-093-3.

implícito en la forma de organización territorial del Estado que se implanta en la Constitución. Para plasmar de forma expresa esta consideración, la Ley de régimen jurídico de las administraciones públicas y del procedimiento administrativo común²⁸ declara la cooperación como principio rector de las relaciones interadministrativas y como deber general, consustancial a la organización territorial del Estado Autonómico. Es en este sentido, que debe entenderse lo que podríamos llamar "coordinación territorial".

1.5.2. Proceso Transferencial

El inicio del proceso transferencial en asistencia sanitaria es incluso anterior a la Ley General de Sanidad, comenzó en el año 1981 y se concluyó en 2001, con relación a los Reales Decretos a las 19 Comunidades Autónomas: ⁽¹⁹⁾

- Cataluña. Real Decreto 1517/1981, de 8 de julio.
- Andalucía. Real Decreto 400/1984, de 22 de febrero.
- País Vasco. Real Decreto 1536/1984, de 6 de noviembre.
- Valencia. Real Decreto 1612/1987, de 27 de noviembre.
- Navarra. Real Decreto 1680/1990, de 28 de diciembre.
- Galicia. Real Decreto 1679/1990, de 28 de diciembre.
- Canarias. Real Decreto 446/1994, de 11 de marzo.
- Asturias. Real Decreto 1471/2001, de 27 de diciembre.
- Cantabria. Real Decreto 1472/2001, de 27 de diciembre.
- La Rioja. Real Decreto 1473/2001, de 27 de diciembre.
- Murcia. Real Decreto 1474/2001, de 27 de diciembre.
- Aragón. Real Decreto 1475/2001, de 27 de diciembre.
- Castilla-La Mancha. Real Decreto 1476/2001, de 27 de diciembre.
- Extremadura. Real Decreto 1477/2001, de 27 de diciembre.
- Baleares. Real Decreto 1478/2001, de 27 de diciembre.
- Madrid. Real Decreto 1479/2001, de 27 de diciembre.
- Castilla y León. Real Decreto 1480/2001, de 27 de diciembre.

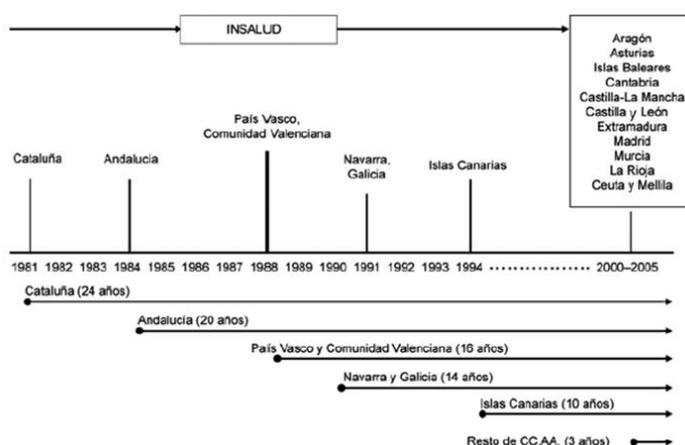
²⁸ Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. I. Disposiciones generales. «BOE» núm. 285, de 27 de noviembre de 1992, páginas 40300 a 40319 (20 págs.). BOE-A-1992-26318.

- Y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla se hicieron en años posteriores completando el total de las 19 CC.AA. ^(19,63) Figura 9

La descentralización de los servicios sanitarios ha sido muy lenta y ha derivado en la coexistencia de diversos modelos dentro del sistema sanitario español, a pesar de que la Ley General de Sanidad establecía unas directrices conjuntas. El proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas ha supuesto la incorporación, en la práctica, de rasgos propios y diferenciadores en la aplicación de estas directrices. ⁽³¹⁾

Figura 9.

Cronología de las transferencias de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas.



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo 2004, extracto de Duran, Lara y van Waveren 2006.

1.5.3. Mejoras en el proceso asistencial en la RAE

Para mejorar el proceso asistencial se podrían utilizar objetivos orientados en las guías o modelos de gestión y planificación de las consultas externas de la atención especializada ambulatoria. Estableciendo un marco normativo con criterios que definan un modelo normalizado de gestión integral de consultas externas. ⁽⁶⁴⁻⁶⁵⁾

El manual en la gestión de las consultas externas en la atención especializada aporta homogeneidad en la gestión de las consultas, desde el origen de la solicitud hasta el final del proceso. Con la valoración diagnóstica o terapéutica, es remitido de nuevo el paciente a su médico de familia de atención primaria. ⁽⁶⁴⁻⁶⁵⁾

En el manual se definen las responsabilidades de ambas partes implicadas en la gestión

de las consultas externas, se incorpora una terminología de iguales en el proceso y se establecen criterios claros de gestión. De la misma forma se fijan unos requerimientos mínimos en el sistema de información, que pueda dar respuesta a las necesidades de ambas partes, estableciendo criterios de evaluación de todo el proceso, necesario hoy día y de difícil aceptación.

La planificación de las agendas en la atención especializada, especialmente en la prestación de primera visita, interconsulta presencial, de cada especialidad debe realizarse rigurosamente con el personal implicado, formado y capacitado. ⁽⁶⁴⁻⁶⁵⁾

El diseño de las agendas debe responder a unos criterios de planificación y gestión que eviten las reprogramaciones, como las derivaciones o solicitudes pendientes de cita, situación que se evidencia por una insuficiente previsión de las mismas. Por ejemplo, incapacidad transitoria, periodos de descanso, días de formación etc. ⁽⁶⁴⁻⁶⁵⁾

El manual o modelo de gestión debería establecer que las incidencias en la programación de pacientes en las consultas de la atención especializada que no se ajustasen a los criterios establecidos previamente deberían ser asumidas desde el propio servicio o unidad asistencial. Que a su vez debería reorganizar la actividad planificada y anulada de forma automática con una nueva cita no superior a los siete días, desde la fecha anulada, acompañada de las pruebas complementarias solicitadas, facilitando al paciente que en una sola presencia al centro pueda ser atendido de las solicitudes del médico de familia, a lo que llamaríamos ser eficientes en el sistema situando al paciente primero. ⁽⁶⁴⁾

1.5.4. Proceso de derivación en la RAE

La solicitud de interconsulta presencial o derivación de primera visita, es un procedimiento en el que están implicados tres interlocutores, paciente, médico de familia y especialista.

El motivo que origina la derivación y lo que se espera de dicha interconsulta presencial, debe ser compartido por tres interlocutores. Desde el lado profesional, como origen de la derivación, el médico de familia y el especialista, deben consensuar mecanismos de

derivación para mejorar la coordinación entre ambos, disminuyendo la variabilidad en las tasas de derivación y garantizando la calidad de la atención.

En los países con médicos de familia o generalistas con unas funciones concretas de barrera (gatekeepers)²⁹ para la atención especializada, esta derivación de primera visita abre las puertas a la atención especializada ambulatoria y hospitalaria. ⁽⁹⁾

La función de barrera del médico de familia desea inicialmente ajustar el grado de la gravedad o complejidad de la enfermedad con los medios necesarios.

Otra de las funciones de barrera del médico de familia es optimizar los recursos tecnológicos con la prioridad ajustada a la gravedad, racionalizando su uso para aquellos pacientes que lo necesiten.

Gérvas Camacho, en su artículo “Paradojas en la derivación de primaria a la especializada”, el objetivo principal del proceso de derivación de la primera visita es “prestar la atención sanitaria con la máxima de calidad, con una mínima cantidad, con la tecnología apropiada y cerca del domicilio de residencia del paciente”. ⁽⁹⁾

En el proceso de derivación un indicador de medida significativo es la tasa de derivación (TD). Indicador que mide la demanda derivada del médico de familia hacia el especialista, surge entre el cociente del número de derivaciones por médico de familia y el número de visitas atendidas por médico de familia en un periodo determinado, por cien o por mil.

En Europa, en el 2005, la tasa de derivación era alrededor del 6%. En el artículo De Prado Prieto, “La evaluación de la demanda derivada en atención primaria”. Se menciona que hay una inexplicada variabilidad en los dos niveles de derivación, y entre los distintos profesionales, en la que se han identificado diferentes factores: la morbilidad, la oferta de servicios, los pacientes, los niveles socioeconómicos, y la formación profesional. ⁽⁶⁶⁾

²⁹ El acceso a pruebas diagnósticas y especialistas está regulado por las listas de espera y el médico de Atención primaria actúa como gatekeeper. Citado por Sánchez-Sagrado T. La atención primaria fuera de nuestras fronteras La Atención primaria en el Reino Unido. *Semergen*. 2016;42(2):110--113.

Las expectativas de los pacientes, médicos de familia y especialistas son desiguales en relación a la derivación. “Al paciente le interesa una atención rápida, eficiente y sin listas de espera en la citación, unas agendas del médico de familia abiertas a demanda, y disponer de una segunda opinión en algunos casos”. El médico de familia busca listas de espera cortas, una atención de calidad para el paciente y una buena comunicación con el especialista. ⁽⁶⁶⁾

En cambio, el especialista espera que las derivaciones estén motivadas y justificadas. Por el contrario, el objetivo de las direcciones es reducir el número de derivaciones para mejorar la eficiencia de su gestión. ⁽⁶⁷⁾

La derivación de pacientes del nivel básico al especialista es una característica distintiva de los sistemas sanitarios que utilizan al médico general como guardián (gatekeeper) del acceso al resto de servicios. Este médico guardián es, posiblemente, el mecanismo más importante de que disponían los sistemas sanitarios tipo “National Health Service” (NHS) para gestionar la demanda de atención sanitaria (en el año 1991). ⁽⁶⁸⁾

Los estudios españoles del 2015 cifran la tasa de derivación en torno al 6% de las visitas a la atención especializada, una cifra intermedia en relación a los países de nuestro entorno. ⁽¹⁴⁾

Aunque estos números parecen sugerir una alta capacidad resolutoria, hasta el 94% de las visitas se resolverían en la atención primaria, pero en términos absolutos se vuelven considerables, por ejemplo, un equipo de 3 médicos de atención primaria generaría entre 1.500 y 2.500 derivaciones anuales a consultas de especialidad. ^(10,14)

Estas cifras son más llamativas si se concentran en un reducido grupo de pacientes habituales a las consultas de la atención primaria. En los sistemas sanitarios de mercado, en el sector privado de los países con sistemas sanitarios tipo National Health Service, también se observan problemas con las derivaciones, problemas con los mismos médicos que realizan la solicitud o derivación para pruebas o tratamientos a centros propiedad de los médicos derivadores, muy diferentes a los que afectan al Sistema Nacional de Salud español. ^(10,14)

Las decisiones de los médicos de familia o generalistas sobre qué tipo de pacientes deben ser derivados, cuándo y cómo: por urgencias, de forma urgente, preferente u ordinario, a qué especialista, están sujetas a una variabilidad que no tiene relación con los pacientes atendidos.

En estudios británicos se han señalado diferencias de hasta 20 veces en las tasas de derivaciones entre médicos generales, que se reducen a diferencias de hasta 4 veces tras eliminar la variabilidad aleatoria. ^(10,14)

Aunque no existen evidencias sólidas de que los médicos más o menos derivadores presten mejor o peor atención, la variabilidad desagrada a políticos y gestores sanitarios porque sugiere ineficiencias que, tal vez, podrían corregirse con algunas estrategias organizativas. ⁽¹⁴⁾

La gestión sanitaria del Sistema Nacional de Salud, siguiendo la tradición del seguro obligatorio de enfermedad (SOE), siempre ha intentado contener los flujos hacia el hospital y, hasta cierto punto, buena parte de los dispositivos que intervienen en los sistemas de derivación, incluyendo las urgencias, responden a esquemas de barreras o diques para controlar el flujo de pacientes que fluye hacia el hospital. ⁽⁹⁾

En conjunto, los flujos de pacientes entre la atención primaria y la atención especializada, son una importante fuente de problemas para los sistemas sanitarios, tanto por la sobreutilización, la infrautilización y la mala utilización. Datos que observamos y analizamos en el modelo de la reordenación de la atención especializada (RAE) SAP Muntanya hacia el Hospital Universitario Vall d'Hebron. Por ejemplo:

- Exceso de derivaciones de primera visita del médico de familia.
- Saturación en las agendas de los especialistas. Por ejemplo, en las agendas de Traumatología.
- Listas de espera para una primera visita. Por ejemplo, en las agendas de Oftalmología
- Demoras críticas en la atención o visita. Por ejemplo, en problemas neurológicos incipientes.

- Cambios en el tipo de prioridad de la visita. Por ejemplo, solicitar una visita preferente-urgente, siendo ordinaria.
- Derivaciones cruzadas a otros especialistas. Por ejemplo, Traumatología y Reumatología
- Solicitudes inducidas por los especialistas. Por ejemplo, control en el año, o en seis meses.

La disfunción en la derivación de primaria a especializada no es sólo un problema, sino también el síntoma de una organización sanitaria muy disfuncional. Como señala Gérvas Camacho. (42) ^(p254) “es ingenuo esperar beneficios cuando se actúa generalmente sobre uno de los agentes, médico de familia, con una intervención simple, presión para derivar menos”.

Los cambios en este terreno requieren intervenciones complejas que involucren a toda la organización sanitaria. Pero se necesita un esfuerzo mucho mayor y más centrado en los médicos de familia que en las reformas organizativas en la gestión.

1.5.5. Especialidades médicas

El Sistema Nacional de Salud da cobertura a todo el territorio nacional, y en la atención especializada, a todos los usuarios que lo precisen, con independencia de su lugar de residencia. ⁽⁶⁹⁾

1.5.6. Prestaciones sanitarias

Las prestaciones sanitarias tienen por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención. Se consideran prestaciones de atención sanitaria los servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos. ⁽⁷⁰⁻⁷¹⁾

Las prestaciones de servicios son aquellas que permiten realizar intervenciones de calidad eficaz, segura, personales o no, destinadas a quienes las necesitan, cuándo y dónde se necesitan, evitando al máximo el desperdicio de recursos. ⁽⁷⁰⁻⁷¹⁾

Las prestaciones con relación a la Ley de cohesión y calidad, art. 7³⁰, se establecen en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

1.5.6.1. Prestaciones de atención primaria

En la atención primaria se concentra la mayor parte de las actividades en la promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, rehabilitación y trabajo social. ⁽⁷⁰⁻⁷¹⁾

El término médico de cabecera hace referencia a, un tipo de ejercicio de la medicina en la atención primaria, que está instalada tanto en el medio rural como en el urbano. Otra definición del médico de cabecera es, la de un profesional sanitario que ejerce en un centro de salud o en un consultorio, como el profesional más cercano a una determinada población y en muchas ocasiones, el único facultativo disponible para sus habitantes. ⁽⁷²⁾

Actualmente se utilizan los términos de, médico de familia, médico de atención primaria, o médico general o generalista. El motivo por el que se empezó a llamar médico de cabecera era por la ubicación donde se colocaba el médico cuando iba a visitar a un paciente. Antiguamente los médicos no solían tener una consulta, sino que se desplazaban hasta el domicilio de la persona enferma, donde solían pasar largas horas observando la evolución del paciente situándose en la cabecera de la cama. De ahí y con el tiempo se les llamó médicos de cabecera. ⁽⁷²⁾

1.5.6.2. Prestaciones de la atención especializada

En la atención especializada la prestación está en función de las características del paciente, de su proceso y ubicación, ya sea en las consultas externas ambulatorias, del centro sanitario, en hospital de día, urgencias, o en régimen de internamiento hospitalario. ⁽⁷⁰⁻⁷¹⁾

1.5.7. Niveles de atención sanitaria

En España, la atención sanitaria está dividida en tres niveles, primario, secundario y terciario.

³⁰ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Capítulo I De las prestaciones. Sección 1ª Ordenación de las prestaciones. art 7. «BOE» núm. 128, de 29/05/2003. BOE-A-2003-10715.

1.5.7.1. Nivel primario

Tienen acceso libre a la consulta de atención primaria, sin ningún tipo de copago, los ciudadanos de [seis países] de la Unión Europea (UE) España, Alemania, Dinamarca, Grecia, Italia y Reino Unido, unos 269,3 millones de ciudadanos, el 61,62% de la población de la Unión Europea de los 15 Estados (UE-15) en el 2014. Y en la Unión Europea de los 28 Estados (UE-28) en el 2017, unos [trece países], 356,0 millones de ciudadanos. ⁽³²⁻³³⁾

Alemania, tenía copago hasta enero de 2013, momento en que dejaron de abonar los 10€ trimestrales que venían pagando desde el 2004, implantado por el socialdemócrata Gerhard Schröder para paliar el déficit de la sanidad y moderar las consultas médicas. En la Unión Europea de los 28 Estados (UE-28) solo tiene copago en el ingreso en hospital en algunos países, datos 2017. ⁽³²⁻³³⁾

En Grecia, formalmente la atención médica en la consulta de atención primaria es gratuita siempre que esté contratada por la compañía de seguros, sin embargo, debido a los problemas estructurales y financieros del país, los pacientes se ven obligados a buscar atención sanitaria tanto en el sector público como en el privado. Algunas compañías de seguros permiten a sus asegurados visitar a un médico no contratado, el paciente le paga de su bolsillo al médico y después recibe de su seguro una cantidad fija de 20 €, cantidad mucho más baja que el precio de mercado, que en promedio supera los 50 €, datos del 2014 de la Unión Europea de los 15 Estados (UE-15) y del 2017 de la Unión Europea de los 28 Estados (UE-28). ⁽³²⁻³³⁾

1.5.7.2. Nivel secundario

En los 11 países de los 27 de la Unión Europea, la consulta ambulatoria a especialistas tiene copago: Austria, Bélgica, Francia, Finlandia, Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Países Bajos, Portugal y Suecia, es decir el 73% de los países UE-15, lo que supone un 54,92%, 240 millones de habitantes de la población de la UE. De ellos, 6 países se rigen por un modelo de sistema de seguridad social y 5 son del modelo de sistema nacional de salud. Informe del 2017. ⁽³²⁻³³⁾

1.5.7.3. Nivel terciario

Existe copago en la hospitalización en 10 países de la Unión Europea de 15 Estados. Alemania, Austria, Bélgica, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Luxemburgo, Países Bajos y Suecia; en total son 250 millones de habitantes lo que supone el 57,29% de la población y el 66% de los países. Siete de estos países se rigen por el sistema de seguridad social y tres por el tipo sistema nacional de salud, datos del 2014 (49) (p14). En los últimos informes del 2017, en la Unión Europea de los 28 Estados (UE-28) coexiste el copago en el ingreso hospitalario en 16 países, 10 países más que en el 2014. (33)

Los países en los que la hospitalización es gratuita, sin copago, trabajan en entornos del modelo de Sistema Nacional de Salud, que representan el 42,70%, unos 186,6 millones de habitantes de la población europea: España, Dinamarca, Italia, Portugal y Reino Unido, datos del 2014 y 2017. (32-33)

1.5.8. Coordinación entre niveles asistenciales

La coordinación de la atención primaria con la atención especializada siempre ha sido una asignatura pendiente y difícil de abordar. Las áreas de gestión integradas con un sistema que puede facilitar la coordinación entre niveles con un cierto riesgo dado que generalmente la dirección se realiza desde el hospital y no en la atención primaria. (73-74) Las dificultades que no han permitido una atención integrada en algunos casos han sido motivadas por no compartir objetivos en ámbitos muy diferenciados, con escasos recursos en la comunicación organizativa y clínica, con protocolos difíciles de implantar, sin un acceso a la información clínica entre ambos niveles, lo que ha dado lugar a comisiones paritarias enfrentadas con problemas permanentes y enquistados. (75)

La coordinación entre la atención primaria y la atención especializada es básica para una buena atención en pacientes que requieren una rápida respuesta al diagnóstico. El sistema dispone de circuitos de atención inmediata (CAI), para los procedimientos diagnósticos con sospecha de una patología grave e inminente, por ejemplo, la oncológica. Circuitos también llamados en Cataluña unidades de derivación rápida (UDR). (76)

Las Unidades de Atención Inmediata (CAI) disponen de:

- Conexión con el servicio de urgencias para la atención a los pacientes que lo requieran, pudiendo evitar su ingreso.
- Un nuevo modelo de atención a enfermos con varias patologías asociadas, y a las personas mayores o infantiles frágiles, evitando ingresos innecesarios.
- Un espacio para exploraciones y tratamientos especiales en pacientes que no requieran ingreso.

En la mayoría de los modelos que contemplan un nivel básico primario y otro especializado, el acceso a este último debe ser derivado por los médicos de familia. Los servicios del nivel especializado pueden referirse a derivación del paciente, al menos de manera temporal, pruebas diagnóstica, interconsultas a distancia no presencial y activación de los circuitos de atención rápida. El nivel primario debe asumir posteriormente, la continuidad del control de la evolución del proceso.

Los usuarios como los profesionales consideran a los servicios sanitarios como una serie de compartimentos estancos obligados a relacionarse, sobre todo burocráticamente, pero no perciben al conjunto del sistema como un único proveedor de servicios que debe resolver de forma integrada las demandas de la población.

1.5.8.1. Causas que podrían originar una deficiente coordinación entre niveles:

- La dificultad en el entendimiento entre dos unidades de gestión distintas, con objetivos propios.
- El pensar que, en uno de los niveles, el de los especialistas, y solo en él es donde reside la ciencia.
- La falta de estímulo en el modelo de integración.
- La demanda creciente y sin barreras limitantes que se observa en las últimas décadas y que intensifica la presión asistencial.
- Los obstáculos que se interponen entre los profesionales de los dos niveles asistenciales. ^(1,76)

Estas se han visto potenciadas por:

- El incremento de la población dependiente.
- El envejecimiento de la población.
- El incremento de la cronicidad.
- El aumento del nivel de información y renta de la población.
- Los recursos económicos asignados.
- Otros factores.

1.6. Las agendas en la atención especializada

La planificación y gestión de las agendas en la atención especializada tienen una dependencia funcional y orgánica en el servicio de admisiones y gestión de pacientes del centro sanitario, como refiere Morales Iglesias en su artículo. (53) El servicio o unidad de admisiones debe de disponer de circuitos de comunicación y coordinación ágiles y eficientes con la atención primaria, que incluyen a su vez la información de la oferta asistencial hacia la atención primaria.

Tamayo Canillas⁽⁶⁷⁾ y Moral Iglesias⁽⁷⁷⁾ comentan que, en la gestión de las agendas en la atención especializada recae también la responsabilidad de regular y programar el acceso de los pacientes a las visitas en las consultas del hospital y en la atención primaria, incluyendo la planificación de los procedimientos diagnóstico terapéuticos ambulatorios solicitados.

1.6.1. Definición, planificación y gestión de las agendas

En este apartado, Tamayo Canillas⁽⁶⁷⁾ y Moral Iglesias⁽⁷⁷⁾ detallan la estructura y definición de las agendas, sobre la que se producirá la planificación y citación de los pacientes. Mas concretamente en la carga de la actividad y rango o tramos horario determinado.

En la planificación y gestión de las agendas, se requiere una adecuada definición de la estructura de la agenda del especialista, donde se citarán a los pacientes. Deberá de reflejar todas las prestaciones, primera y visita sucesiva, como las pruebas complementarias necesarias para la visita. Prestaciones que deberán estar registradas en la cartera de servicios y ofrecidas a la atención primaria.

Las agendas son definidas por cada uno de los servicios y validadas por la dirección del hospital. El número de agendas responde a las características y recursos disponibles de cada servicio y especialidad. ^(67,77) Tablas (9-10). Figuras (10-14).

Tabla 9.
Estructura de las agendas en la atención especializada

Agenda	Identificar la agenda con un código propio dentro del Sistema de gestión de pacientes y gestión administrativa (SAP asistencia).
Servicio	Servicio al que pertenece.
Médico	Médico especialista responsable.
Centro	Identificar el centro donde se realizar la atención, (en nuestro caso necesaria su identificación al disponer de 14 Centros de Atención especializada CAEs).
Ubicación	Ubicación física de la consulta (planta, sala, número de consulta).
Calendario	Calendario de los días de la semana de consulta.
Horario	Horarios de la consulta.
Prestaciones	Tipos de prestación.
Carga	Número de pacientes que se pueden citar por tipo de prestación.
Prestaciones	Tipos de consultas o procedimientos para los que se define la agenda y número de pacientes vinculados a cada uno (tramos de prestación para pruebas complementarias a la visita, ECG, espirometría, optometrista etc., otros procedimientos como (extracción tapones de cera, cirugía ambulatoria etc.).
Tiempo	Definir por tiempo asociado a cada prestación.
Acceso	Acceso a la agenda a primaria para una citación directa, qué prestaciones y en qué número, o tan solo el acceso al Hospital Universitario Vall d'Hebron.

Fuente: Guía de gestión de las consultas externas en la Atención primaria. Morales L. Subdirección General de la Atención especializada. 2000.

Tabla 10.
Planificación de una agenda en la atención especializada

Criterio	Marco o Periodo temporal recomendado
<i>Planificación de Agendas</i>	Operativas durante los 12 meses siguientes y adecuada a la demanda prevista.
<i>Solicitudes de ausencias programadas¹</i>	30 días de antelación (para garantizar la estabilidad de las agendas y la provisión de las consultas comprometidas sin repercusión en la demora)
<i>Planificación de las guardias</i>	Adaptada al marco temporal de definición de la agenda o, en su defecto elaborada con 3 meses de anticipación
<i>Periodos vacacionales²</i>	Al menos 2 meses antes del inicio de ese periodo. La agenda no debe estar sujeta a variaciones por cambios de periodos vacacionales de última hora.

¹ Asistencia a Congresos, actividades docentes que supongan modificación en la actividad de consultas externas.

² Gestionada por el Servicio de Admisión con el VºBº de la Dirección del Servicio y Centro.

Fuente: Guía de gestión de las consultas externas en la Atención primaria. Morales L. Subdirección General de la Atención especializada. 2000. (página 8)

Figura 10.
Punto de atención informativo con relación a los servicios, especialistas, y horarios.

PNEU	CAP SANT ANDREU Planta 1 Consulta 15	Dra.	Dimecres de 8:30 a 13:50 i de 15:00 a 16:50.	9E-8F-8H-MR
	CAP SANT ANDREU Planta 1 Consulta 18	Dra	Dilluns de 08:30 h a 14:00 h	9F-9H-9I
	CAP SANT ANDREU Planta 1 Consulta 18	Dra.	Dimecres de 08:30 h a 14:00 h	
	CAP CHAFARINAS Planta 2 Consulta 4	Dra	Dimarts de 12:00 h a 15:00 h	8A-8C-8G-8I-8J-8B-8D-8E
	CAP CHAFARINAS Planta 2 Consulta 4	Dra	Dijous de 09:30 h a 12:30 h	
	CAP HORTA Planta 3 Consulta 12	Dra	Dilluns de 09:00 a 13:45 i 15:00a 17h.	
			Dimarts de 8:30 a 13:00 i Dijous de 9:00 a 13:30	7D-7F-7C

Fuente: Punto de atención. Actualización mensual de los consultas y horarios elaborado por el personal administrativo referente en la coordinación de la (AP). Servicio de la Atención primaria (SAP) Muntanya.

Figura 11.
Estructura de la agenda en el “Sistemas, aplicaciones y productos” (SAP) Argos asistencial.

Manteniment integral d'agendes

Verificar estructura d'agenda

Datos Agenda

Area Salud: VH Vall d'Hebron
 Unidad Org.: VHXC3607 CAEHOR PNEUMOLOGIA
 Persona: 24332
 UnEdificio:

Periodo Visualización
 Fecha desde: 01.01.2014 Mes anterior
 Fecha hasta: 28.02.2015 Mes siguiente

Programa setmanal	SA	Any	Copiar	Data des de	Dilluns	Dimarts	Dimecres	Dijous	Divendres	Dissabte	Diumenge	Data fins	Dies
NORMAL 4	37	2014	[icon]	08.09.2014	10000005			4HOR00...	5HOR00...			14.09.2014	SNNSSNN
NORMAL 4	38	2014	[icon]	15.09.2014	10000005			4HOR00...	5HOR00...			21.09.2014	SNNSSNN
NORMAL 4	39	2014	[icon]	22.09.2014	10000005			4HOR00...	5HOR00...			28.09.2014	SNNSSNN
NORMAL5	40	2014	[icon]	29.09.2014	10000005			4HOR00...				05.10.2014	SNNSNNN
NORMAL5	41	2014	[icon]	06.10.2014	10000005	2HOR00...		4HOR00...				12.10.2014	SSNSNNN
NORMAL5	42	2014	[icon]	13.10.2014	10000005	2HOR00...		4HOR00...				19.10.2014	SSNSNNN
NORMAL5	43	2014	[icon]	20.10.2014	10000005	2HOR00...		4HOR00...				26.10.2014	SSNSNNN
NORMAL5	44	2014	[icon]	27.10.2014	10000005	2HOR00...		4HOR00...				02.11.2014	SSNSNNN
NORMAL5	45	2014	[icon]	03.11.2014	10000005	2HOR00...		4HOR00...				09.11.2014	SSNSNNN
NORMAL5	46	2014	[icon]	10.11.2014	10000005	2HOR00...		4HOR00...				16.11.2014	SSNSNNN

Programes diaris

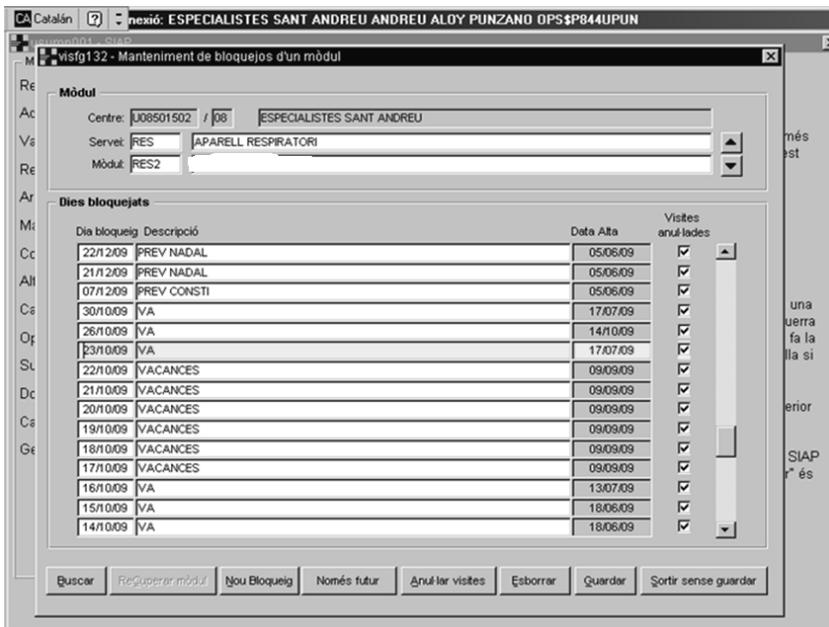
Programa diari	Hora d'inici	Hora final	P	Unitat
2HOR0003	08:30:00	09:30:00	1	VHXC3607
	09:30:00	10:45:00	1	VHXC3607
	11:00:00	13:00:00	1	VHXC3607
4HOR0001	09:30:00	10:45:00	1	VHXC3607
	10:45:00	12:15:00	1	VHXC3607
	12:15:00	12:45:00	1	VHXC3607
	12:45:00	14:10:00	1	VHXC3607
4HOR0002	09:00:00	10:00:00	1	VHXC3607

Autorització a agenda

UO planificació	Descripció	Hora inici	Hora fina

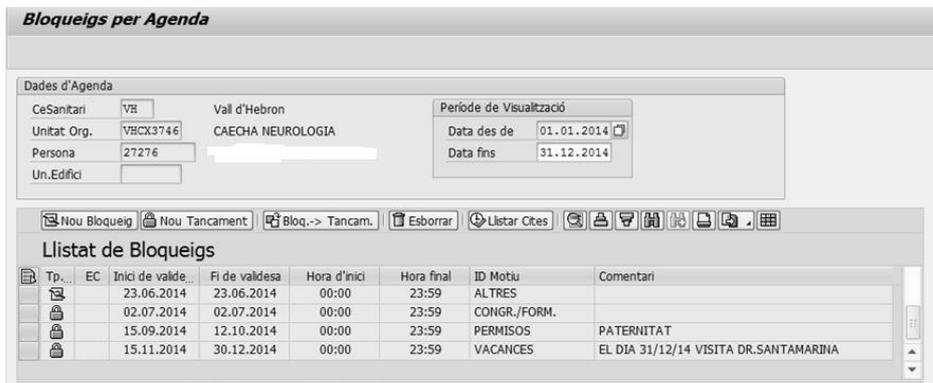
Fuente: Estructura de la agenda en el Sistema SAP Asistencial en la gestión clínica y administrativa. Proyecto ARGOS. Hospital Universitario Vall d'Hebron.

Figura 12.
Previsión de bloqueo en la agenda del especialista en el sistema de atención primaria.



Fuente: Bloqueo de la agenda en el sistema SIAP web de la (AP).

Figura 13.
Bloqueo en la agenda del especialista en el “Sistemas, aplicaciones y productos” (SAP) Argos asistencial.



Fuente: Bloqueo en la agenda en el Listado del bloqueo en la agenda en el “Sistemas, Aplicaciones y Productos” (SAP) Argos asistencial en la gestión clínica y administrativa. Proyecto ARGOS. Hospital Universitario Vall d’Hebron.

Figura 14.

Imagen del listado de bloqueo en la agenda de un especialista en el “Sistemas, aplicaciones y productos” (SAP) Argos asistencial.

Tip. bloq.	EC	IniciVal	FiValidesa	InPerCic	Fi per.	ID Motiu	Comentari
		22.12.2013	08.01.2014	00:00	23:59	VACANCES	
		11.02.2014	14.02.2014	00:00	23:59	PERMISOS	PATERNITAT
		18.02.2014	18.02.2014	00:00	23:59	DIES LLIUR.	
		20.02.2014	20.02.2014	00:00	23:59	ORG.SERVEI	
		27.02.2014	27.02.2014	00:00	23:59	ORG.SERVEI	BLOQUEIG
		20.03.2014	20.03.2014	00:00	23:59	DIES LLIUR.	GRACIABLE
		24.04.2014	24.04.2014	00:00	23:59	SORT.GUARDIA	
		23.06.2014	23.06.2014	00:00	23:59	ALTRES	
		03.07.2014	03.07.2014	00:00	23:59	ORG.SERVEI	PLANTA VH
		10.07.2014	10.07.2014	00:00	23:59	ORG.SERVEI	PLANTA VH
		17.07.2014	17.07.2014	00:00	23:59	ORG.SERVEI	PLANTA VH
		24.07.2014	24.07.2014	00:00	23:59	ORG.SERVEI	PLANTA VH
		31.07.2014	31.07.2014	00:00	23:59	ORG.SERVEI	PLANTA VH
		06.08.2014	25.08.2014	00:00	23:59	ORG.SERVEI	PLANTA VH (OBRE 5 + 26 AGOST)
		12.08.2014	12.08.2014	00:00	23:59	ORG.SERVEI	
		19.08.2014	19.08.2014	00:00	23:59	ORG.SERVEI	
		27.08.2014	31.08.2014	00:00	23:59	ORG.SERVEI	PLANTA VH (OBRE 5 + 26 AGOST)
		01.09.2014	24.09.2014	00:00	23:59	VACANCES	
		06.11.2014	06.11.2014	00:00	23:59	ALTRES	NO CONSTA
		19.11.2014	21.11.2014	00:00	23:59	CONGR./FORM.	SEN
		09.12.2014	09.12.2014	00:00	23:59	VACANCES	
		11.12.2014	11.12.2014	00:00	23:59	CONGR./FORM.	
		22.12.2014	08.01.2015	00:00	23:59	ALTRES	

Fuente: Listado del bloqueo en la agenda en el “Sistemas, Aplicaciones y Productos” (SAP) Argos asistencial. en la gestión clínica y administrativa. Proyecto ARGOS. Hospital Universitario Vall d’Hebron.

La definición de las agendas de los especialistas debe ajustarse a los criterios, indicadores y requisitos mínimos, básicos y comunes en materia de información sobre la lista de espera de las consultas externas y pruebas diagnósticas terapéuticas que regula el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo³¹, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.

Concepto básico de las prestaciones de primera y visita sucesiva en la atención especializada, descrita por los autores Tamayo Canilla y Moral Iglesias. ^(67,77)

La primera visita.

Es la realizada a un paciente por primera vez en una unidad concreta y por un proceso concreto. Se caracteriza por:

- Se considerarán primeras visitas todas las solicitadas por iniciativa del médico de familia en la atención primaria, y las solicitadas en una unidad o servicio de una especialización concreta para pacientes no atendidos con antelación en la unidad

³¹ Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Sección I Disposiciones generales. Ministerio de Sanidad y Consumo BOE» núm. 134, de 5 de junio de 2003, páginas 21830 a 21840. BOE-A-2003-11266.

- o servicio, y para los que habiéndolo sido, ya fueron dados de alta por el médico especialista, mediante informe de alta hacia el médico de familia del paciente.
- Las interconsultas con otra especialidad como elemento de progresión diagnóstica en el estudio de un paciente.
 - Las consultas de cribaje poblacional. Estas consultas constituyen una actividad preventiva dirigida a la población sana, por lo que deberán ser asumidas progresivamente por los equipos de atención primaria.
 - No se consideran primeras visitas las derivaciones entre médicos de la misma especialidad o unidad asistencial, aun cuando sea desde una consulta general a una monográfica o de un centro de especialidades al hospital.
 - Los protocolos de derivación primaria a especializada que conlleven derivaciones pautadas al médico especialista, deberán justificar si dichas derivaciones deberán computarse, o no, como primera visita.
 - En el caso de pacientes que acuden a urgencias, se promoverá el seguimiento del paciente por su médico de familia en la atención primaria. Excepcionalmente, y cuando la situación del paciente lo aconseje, se citará en la atención especializada, la cual tendrá la consideración como una consulta nueva imputable a la atención especializada.

La visita sucesiva.

Es aquella que es derivada de una primera visita, o de una visita sucesiva generada como seguimiento o control de un proceso clínico, hasta el alta definitiva y su remisión a la atención primaria. Por tanto, se consideran visitas sucesivas todas las visitas solicitadas por el médico especialista, con independencia del tiempo que transcurra entre la solicitud y la citación de visita, aconsejando que se planifique la visita sucesiva al salir de la visita primera, aunque la solitud sea para seis o más meses.

Para Tamayo Canilla y Moral Iglesias ^(67,77) las visitas que son de la atención especializada:

- Son todas las visitas sucesivas que se produzcan durante el tiempo que transcurra desde la primera visita que realiza el especialista hasta el alta del

paciente en las consultas externas ambulatorias por el servicio en la atención especializada.

- Las visitas llamadas interconsultas, y solicitadas por los especialistas, incluso aunque estén originadas por una primera visita solicitada por el médico de familia en la atención primaria.
- Las consultas procedentes de urgencias y de hospitalización.
- Las consultas de cribaje poblacional indicadas por iniciativa del médico especialista.

Una vez definidas las agendas, la programación se completa con la planificación de las mismas. Esta planificación debe ser a largo plazo como mínimo a un año vista, y con una estabilidad razonable para evitar posibles reprogramaciones. Aspecto a planificar los cierres de vacaciones, permisos, etc. con suficiente antelación.

Una vez completada la programación es inevitable en el día a día realizar ajustes o adaptaciones puntuales de las agendas. Actualizaciones necesarias para hacer frente a variaciones puntuales de la demanda, reajustes de la actividad entre áreas asistenciales y en general, adaptaciones a situaciones no previstas en la planificación habitual, y que comprenden los siguientes procesos de:

- Bloqueo de la agenda por motivos varios, un ejemplo sería el periodo de permisos autorizados, vacaciones, congresos etc.
- Sobrecarga de la agenda con citación de pacientes por encima de la capacidad definida.
- Optimización de la oferta y demanda entre la atención primaria y la especializada.
- En las agendas definidas para las primeras visitas facilitar el acceso directo al personal administrativo para la programación de pacientes previa validación por el servicio.
- Si hubiera un desajuste en la solicitud y citación de visita, debería estudiarse la adecuación de las derivaciones, así como el grado de resolución con el objetivo de situar la demora en términos de mayor equidad. ⁽⁷⁷⁾

A su vez estos procedimientos de gestión pueden en ocasiones conllevar, anulaciones y reprogramaciones en las agendas por cancelaciones de las visitas, motivos de cambios de fechas de la visita solicitada por el paciente o por el propio servicio, y sin nueva fecha, como veremos en el apartado de resultados i discusión.

Al evaluar la eficiencia en la gestión de las agendas debería de quedar registrados al menos los bloqueos realizados, en qué fechas, qué usuario lo solicita, quien lo realiza, por qué motivo, las fechas de anulaciones y motivo y las fechas de reprogramaciones, motivo, fecha inicial y fecha resultante. ⁽⁶⁷⁾

1.6.2. Proceso de derivación en la atención primaria y en la especializada

Gestión operativa de la solicitud de derivación

En la guía de Moral Iglesias ⁽⁷⁷⁾ de cómo realizar correctamente la solicitud de la derivación del médico de familia hacia el especialista, se señala que “las derivaciones se han de orientar a favorecer la accesibilidad del paciente, así como a minimizar y agilizar el proceso administrativo”. Indica Morales Iglesias que el paciente ha de planificar la próxima visita al salir de la consulta del médico de familia.

La autora ⁽⁷⁷⁾ sugiere en la guía de gestión de las consultas externas que, “es aconsejable que las prestaciones de primera visita en atención especializada ambulatoria solicitadas desde la atención primaria deben ser de gestión operativa directa por parte del personal de soporte administrativo en los equipos de atención primaria”. Viene a decir que las solicitudes de visita han de ser planificadas, por el personal administrativo del centro de primaria, y no esperar a que desde otro centro se planifique, facilitando al paciente que pudiera decidir en su cita, y no que venga dada, enviando el aviso al paciente.

Lo mismo ocurre con las solicitudes de derivaciones de los especialistas para las visitas sucesivas, que se deberían de gestionar en la propia consulta del especialista o al salir en los mostradores del personal de soporte a la atención especializada.

Se recomienda que la gestión de las solicitudes que van asociadas a la próxima visita con varias citas, visitas, pruebas o procedimientos diagnósticos, se han de planificar en un único punto evitando hacer ir a los pacientes de un lugar a otro.

Si las agendas no están operativas, se ha de dejar constancia en el sistema de planificación de las solicitudes pendientes de cita. Registro que ha de facilitar

diariamente la planificación en el sistema informático de las solicitudes de los pacientes pendiente de cita.

La gestión de las solicitudes de citación ha de garantizar la identificación del paciente, sobre la cita que se solicita. Identificación que se ha de realizar mediante el número de la cartilla o tarjeta sanitaria, código de identificación personal (CIP), en el registro de pacientes del sistema informático, actualizar los datos, o recoger la información de otros centros. En el caso de Cataluña es posible mediante la integración en el sistema informático de la historia clínica compartida (HCC).

El número o código de identificación personal (CIP) asignado a cada paciente es el elemento de conexión desde la atención primaria hacia la Especializada. Moral Iglesias ⁽⁷⁷⁾ señala que “en los casos en que la identificación no sea posible, se articularán medidas para registrar al paciente de modo provisional y se quedarán pendientes de completar en el momento en que acuda a la consulta”.

Cada solicitud de derivación se ha de identificar mediante un número de episodio relacionado directamente con la petición de visita. En la guía de Moral Iglesias ⁽⁷⁷⁾ señala los datos mínimos básicos para una correcta planificación:

- Nivel de asistencia (Primaria, Especializada, otro centro fuera de zona).
- Equipo de atención primaria. Servicio. Hospital (en relación con la prioridad de procedencia y médico).
- En el caso de que la petición no se haga efectiva de inmediato es necesario recoger además la fecha de petición.
- Si la tramitación es inmediata, se consignará automáticamente como fecha de petición la fecha en que se realiza además de un informe clínico en el que figuren al menos los datos de anamnesis, exploración física, exploraciones complementarias solicitadas, valoración diagnóstica (motivo de solicitud y diagnóstico de sospecha), recomendaciones terapéuticas (tratamiento en curso) e información sobre incapacidad temporal, mediante la codificación del conjunto mínimo básico de datos (CMBD), y la clasificación internacional de enfermedades 10ª revisión, modificación clínica, edición española (2ª edición enero 2018) eCIE-10 de diagnóstico y procedimiento.

De forma abreviada, los datos que han de identificar una solicitud son:

- Servicio.
- Agenda.
- Tipo de prestación.
- Prioridad clínica solicitada.
- Tipo de financiación.

En el supuesto en que la programación tenga que ser en una fecha en concreto, por decisión clínica, o en espera de pruebas complementarias, se ha de planificar la visita con relación a la solicitud, y no por decisión del paciente.

En la planificación y programación del día y hora, ha de realizarse en el primer espacio libre que automáticamente nos facilite el sistema sobre la prestación a programar, y no en espacios diferentes.

Es necesario para una correcta programación que la solicitud vaya con la correspondiente impresión de derivación de visita del médico de familia al especialista, o solicitudes de seguimiento en la atención especializada. Acreditación que autoriza al personal administrativo a gestionar la visita, y no a solicitudes fuera del control de los clínicos.

En la figura 15 se observa el aviso de citación de visita. La impresión del aviso debe reflejar los siguientes datos:

- Identificación del paciente.
- La prestación citada.
- Fecha.
- Hora, y lugar de realización.

Figura 15.
Aviso de citación de la programación de visitas.



Institut Català de la Salut



Vall d'Hebron Hospital

Passeig de la Vall d'Hebron, 119-129
08035 Barcelona
email: ccee@vhebron.net
Telèfon 902113049

08031 BARCELONA, Barcelona Programació de Visites

Nº Pacient Tel:

AVÍS DE CITACIÓ

DIA	HORA	PRESTACIÓ EDIFICI	UNITAT DE TRACTAMENT PLANTA	PROFESSIONAL / MÀQUINA SALA
22/05/18	09:30	Electrocardiograma Hospital General	Gabinet de Cardiologia Planta Baixa	Electrocardiograma CEX CAR
22/05/18	10:00	Visita successiva Hospital General	CEX ARITMIES Planta 2 annexe parell	J. PÉREZ RODON Aritmies/Cardio (Box 40)
01/06/18	12:00	Visita successiva 17 - Mòdul Consultes	CEX MEDICINA INTERNA Planta 1	F. MARTINEZ VALLE H.G. Mòdul C 1ªPI C27
21/06/18	11:20	Visita successiva Hospital General	CEX MARFAN Planta 2 annexe parell	Asse. Genètic Cardio Familiars Box 36 Marfan
28/06/18	15:00	RM de cor-estudi funcional Hospital General	Diagnòstic per la imatge Gral Soterrani	RM2 Symphony Sala RM2 SS G

Telèfon d'informació: 93 428 60 34

El cost orientatiu d'aquestes proves per a l'Institut Català de la Salut és de 510,00 euros

Fuente: Planificación de visitas. "Sistemas, Aplicaciones y Productos" (SAP) Argos Asistencial.

En el aviso de citación de la programación de visitas que se entrega al paciente ha de figurar el teléfono de contacto donde el paciente pueda modificar la visita, figura15. Comunicar la anulación de la visita, o informar la fecha de la prueba vinculada a la visita, es anterior a la fecha de la visita. Información que ha de ser facilitada inicialmente en el punto de programación hacia los pacientes, donde la planificación es múltiple.

Para Tamayo Canillas ⁽⁶⁷⁾ "la tramitación de solicitudes múltiples o combinadas, la acreditación documental debe contemplarlas en su conjunto [...] un sólo justificante o aviso de cita (figura 15) conteniendo todas las citas [...] para evitar extravíos y favorecer sobre todo la coordinación de consultas que requieran la previa realización de exploraciones complementaria". Sin embargo, como bien señala la autora se refiere al aviso de las citas programas, ejemplo de la figura superior, que en un solo documento ha de figurar todas las programaciones de visita que el paciente tiene planificadas por los diferentes especialistas, como el conjunto de exploraciones o pruebas complementarias solicitadas.

Se recomienda que, en todo el proceso de visita, el paciente acredite su presencia mediante la tarjeta sanitaria individual que incorpora el código de identificación personal (CIP), facilitando al especialista los informes o resultados de las pruebas solicitadas con anterioridad.

1.6.3. Registro de los pacientes en la atención especializada ambulatoria

Registro de actividad

Los autores, Moral Iglesias ⁽⁷⁷⁾ y Tamayo Canilla ⁽⁶⁷⁾ señalan que “es preciso que exista un registro centralizado de la actividad ambulatoria [...] consultas externas y pruebas, que permita gestionar adecuadamente las agendas en la atención especializada ambulatoria”.

Los autores continúan recomendando que el registro “debe de contener la totalidad de citas tramitadas, las prestaciones programadas reales y concluidas, como las no realizadas. Así como las prestaciones realizadas sin cita previa, espontaneas, o programadas el mismo día”.

El registro en el sistema de gestión y planificación de agendas y pacientes, ha de recoger la máxima información de las derivaciones solicitadas y de las realizadas por los especialistas. Información final que ha de facilitar y optimizar la demanda solicitada con los recursos disponibles.

Registro y seguimiento de la actividad en las agendas

Es esencial el registro de la actividad realizada por los especialistas en la atención especializada, para una mejor comunicación entre ambos niveles asistenciales, así como una redistribución de los recursos disponibles ajustada a la actividad asistencial interna en el hospital, y externa en la atención primaria en cada servicio. Figura 16.

Figura 16. Seguimiento de la actividad asistencial ambulatoria en el sistema Business Information Warehouse del Hospital Universitario Vall d’Hebron.

Seguiment activitat Dic 14 Acum vs Dic 13 Acum :

		Dic 13 Acum	Dic 13 Acum	Dic 14 Acum	Dif.Dic 14 Acum vs Dic 13 Acum	%Var.Dic 14 Acum vs Dic 13 Acum	Dic 13	Dic 14	Dif. Dic 14 vs Dic 13	%Var.Dic 14 vs Dic 13	TAM
Hospitalització	Altes conv.	1.241	1.241	1.301	60	4.8%	116	119	3	2.6%	1.301
	Urg.+24h	158	158	166	8	5.1%	5	15	10	200.0%	166
	Altes CMA	0	0	0	0	0%	0	0	0	0%	0
	Total Altes	1.399	1.399	1.467	68	4.9%	121	134	13	10.7%	1.467
	EM	7.49	7.49	7.31	-0.18	-2.4%	6.67	7.77	1.10	16.5%	
Int. quirúrgiques majors	Llits ocupats	25	25	26	0	2.6%	24	27	2	9.8%	0
	Cirurgia prg.	0	0	0	0	0%	0	0	0	0%	0
	Cirurgia urg.	0	0	0	0	0%	0	0	0	0%	0
	CMA	0	0	0	0	0%	0	0	0	0%	0
	Total int. quir. majors	0	0	0	0	0%	0	0	0	0%	0
Parts	Parts	0	0	0	0	0%	0	0	0	0%	0
	% cesàries	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Activitat ambulatoria	Altes a domic.	0	0	0	0	0%	0	0	0	0%	0
	C menor	0	0	0	0	0%	0	0	0	0%	0
	Primeres hosp.	3.787	3.787	3.844	57	1.5%	291	293	2	0.8%	3.844
	Primeres RAE	4.701	4.701	4.800	99	2.1%	328	293	-35	-10.7%	4.800
	TOTAL Primeres	8.488	8.488	8.644	156	1.8%	589	596	7	1.2%	8.644
	Successives hosp.	14.267	14.267	15.006	739	5.2%	1.020	1.136	116	11.4%	15.006
	Successives RAE	5.089	5.089	5.420	331	6.5%	363	310	-53	-14.6%	5.420
	TOTAL Successives	19.356	19.356	20.426	1.070	5.5%	1.383	1.446	63	4.6%	20.426
	TOTAL Visites	27.844	27.844	29.070	1.226	4.4%	1.972	2.092	120	6.1%	29.070
	Idx.refiler. hosp	3.77	3.77	3.90	0.14	3.62%	3.91	4.32	0.41	10.53%	3.90
	Idx.refiler. RAE	1.08	1.08	1.13	0.05	4.31%	1.11	1.06	-0.05	-4.40%	1.13
	Sessions India	952	952	1.338	386,00	40.55%	84	102	18	21.43%	1.338
Urgències	Sortides	1.478	1.478	1.528	50	3.4%	133	134	1	0.75%	1.528

Fuente: Business Information Warehouse. Hospital Universitario Vall d’Hebron.

Difusión de la actividad programada

La difusión de la actividad programada se desarrolla en dos grandes líneas:

- En una programación diaria de los pacientes citados por servicio, agenda y prestación.
- Lista diaria de pacientes en pendientes de cita, y demoras en la programación de visita por servicio, agenda y prestación.

Actividad del servicio de Urología de mayo del 2014

En las siguientes figuras, se muestran ejemplos del registro y difusión de las solicitudes realizadas por los médicos de familia hacia los especialistas; tasa de derivación de primeras visitas, actividad realizada por los especialistas, carga de las agendas, demora el tiempo de espera, y la reiteración de visitas segundas sobre las primeras por cada especialista. Figura 17.

Figura 17.

Registro de las derivaciones solicitadas por los EAP.

EQUIP	FACULTATIU	Derivacions	Poblacio	Taxa derivació	Demanda Estimada	Activitat 2013	Oferta Real
Barcelona-9E (Bon Pastor)		182	8.931	2,04	239		
Barcelona-9F (Trinitat Vella/Via Barcino)	Dr.	217	7.309	2,97	196	1.345	3.212
Barcelona 9D/9G (Sant Andreu)	Dr.	983	34.813	2,82	933		
Montcada i Reixach		479	19.127	2,50	513	426	704
CAP SANT ANDREU (CAESAN)		1.861	70.180	2,65	1.881	1.771	3.916
Barcelona-8A (Vilapiscina)		360	15.053	2,39	403	297	836
Barcelona-8C (Turo)	Dr.						
Barcelona-8J (Cobxeres)		328	16.034				
Barcelona-8F (Guineueta)	Dr.	441	16.893	2,61	453	385	704
Barcelona-8J (Cobxeres)							
Barcelona-8H (Ciutat Meridiana)	Dr.	267	10.022	2,66	269	197	836
Barcelona-8I (Trinitat Nova/Chafarinas)		275	11.957	2,30	320		
Barcelona-8J (Cobxeres)							
Barcelona-8G (Roquetes)	Dr.	377	10.770			894	1.628
Barcelona-8J (Cobxeres)							
CAP CHAFARINAS (CAECHA)		2.048	80.729	2,54	1.445	1.773	4.004
Barcelona-8B (Rio de Janeiro)	Dr.	280	7.146	3,92	192	496	836
Barcelona-8D (Rio de Janeiro)		349	10.347	3,37	277		
Barcelona-8E (Rio de Janeiro)	Dr.	301	12.170	2,47	326	564	836
CAP RIO DE JANEIRO (CAERJA)		930	29.663	3,14	795	1.060	1.672
Barcelona-7C (El Carmel)	Dr.	377	12.672	2,98	340	894	2.420
Barcelona-7D (Lisboa)	Dra.	361	17.906	2,02	480	251	704
Barcelona-7F (Lisboa)		359	12.614	2,85	338		
CAP HORTA (CAEHOR)		1.097	43.192	2,54	1.158	1.145	3.124

EQUIP	FACULTATIU	Pacients en llista	Activ. Mes	Entrades	Balanc	Rati 2/1 mes	Activ Acum	TE	Primer forat	% ocupació
Barcelona-9E (Bon Pastor)		37	113	126	13	1,12	495	8	12/05/2014	39,29
Barcelona-9F (Trinitat Vella/Via Barcino)	Dr.									
Barcelona 9D/9G (Sant Andreu)	Dr.	12	26	26	0	0,27	125	21	08/05/2014	42,86
Montcada i Reixach										
CAP SANT ANDREU (CAESAN)		49	139	152	13	0,69	620			
Barcelona-8A (Vilapiscina)		12	36	29	-7	1,44	116	14	13/05/2014	14,29
Barcelona-8C (Turo)	Dr.									
Barcelona-8J (Cobxeres)										
Barcelona-8F (Guineueta)	Dr.	16	13	19	6	1,46	127	24	12/05/2014	50
Barcelona-8J (Cobxeres)										
Barcelona-8H (Ciutat Meridiana)	Dr.	61	55	46	-9	0,96	239	32	09/05/2014	92,86
Barcelona-8I (Trinitat Nova/Chafarinas)										
Barcelona-8J (Cobxeres)										
Barcelona-8G (Roquetes)	Dr.	28	73	67	-6	1,07	321	8	08/05/2014	28,57
Barcelona-8J (Cobxeres)										
CAP CHAFARINAS (CAECHA)		117	177	161	-16	1,23	803			
Barcelona-8B (Rio de Janeiro)	Dr.	7	43	35	-8	0,58	158	9	29/05/2014	0
Barcelona-8D (Rio de Janeiro)		20	64	72	8	0,81	245	15	14/05/2014	57,14
Barcelona-8E (Rio de Janeiro)	Dr.	27	107	107	0	0,70	403			
CAP RIO DE JANEIRO (CAERJA)		27	107	107	0	0,70	403			
Barcelona-7C (El Carmel)	Dr.	128	96	114	18	1,66	383	10	08/05/2014	77,78
Barcelona-7D (Lisboa)	Dra.	9	27	19	-8	1,63	105	17	07/05/2014	78,57
Barcelona-7F (Lisboa)										
CAP HORTA (CAEHOR)		137	123	133	10	1,64	488			

Fuente: Business Information Warehouse, secretaria técnica del Hospital Universitario Vall d'Hebron.

Registro y seguimiento de las demoras de la atención especializada ambulatoria

En la siguiente figura se observa el seguimiento de la lista de espera de un servicio entre mayo y diciembre del 2014. Figura 18-19.

Figura 18.

Lista de espera en la primera visita en los centros de atención especializada ambulatoria.

LLE 1eres Visites hospital I RAE	Pac. Dic 13	Pac. May 14	Dif.	%Var.	Temps demora Dic 13	Temps demora May 14	Temps espera Dic 13 Acum	Temps espera May 14 Acum	Activitat programada + espontània May 13 Acum	Activitat programada + espontània May 14 Acum	Dif	%Var
	1.569	1.322	-247	-15,7%	58	45	58	53	3.652	4.002	350	9,6%
	61	2	-59	-96,7%	137	607	77	98	267	10	-257	-96,3%
Reste	0	0	0	0%	0	0	0	0	0	0	0	NaN%
Total	1.630	1.324	-306	-19%	61	46	60	53	3.919	4.012	93	2%

LLE1 NEUROLOGIA	Pac. Dic 13	Pac. May 14	Dif.	%Var.	Temps demora Dic 13	Temps demora May 14	Temps espera Dic 13 Acum	Temps espera May 14 Acum	Activitat programada + espontània May 13 Acum	Activitat programada + espontània May 14 Acum	Dif	%Var
CEX	753	781	28	3,7%	71	50	59	67	1461	1766	305	20,9%
HORTA	207	147	-60	-29,0%	50	38	91	65	301	369	68	22,6%
CHAFARINA	503	336	-167	-33,2%	46	39	49	44	1338	1295	-43	-3,2%
SANDREU	106	58	-48	-45,3%	41	23	59	29	552	572	20	3,6%
Total	1.569	1.322	-247	-16%	58	45	58	53	3652	4002	350	9,6%

LLE 1eres Visites hospital I RAE	Pac. Dic 13	Pac. Dic 14	Dif.	%Var.	Temps demora Dic 13	Temps demora Dic 14	Temps espera Dic 13 Acum	Temps espera Dic 14 Acum	Activitat programada + espontània Dic 13 Acum	Activitat programada + espontània Dic 14 Acum	Dif	%Var
	1.569	1.608	39	2,5%	58	57	58	51	7.907	8.633	726	9,2%
	61	2	-59	-96,7%	137	821	77	98	581	11	-570	-98,1%
Reste	0	0	0	0%	0	0	0	0	0	0	0	NaN%
Total	1.630	1.610	-20	-1%	61	58	60	51	8.488	8.644	156	2%

Fuente: Business Information Warehouse. Hospital Universitario Vall d'Hebron.

Demoras registradas por la atención primaria (AP)

En el siguiente ejemplo se refleja la imagen del listado mensual de las demoras por cada servicio, agenda y especialista en la atención especializada, demoras de citación por prestación de primera y visita sucesiva. Figura 19.

Figura 19.

Demora en la citación de visitas primera y sucesiva.

EQUIP	Data de tall 13/07/2015							
	Primera visita normal	Dies de demora	Primera visita preferent	Dies de demora	Sucesiva normal	Dies de demora	Sucesiva preferent	Dies de demora
8AC - 8G - 8I -	13/08/2015	31	23/07/2015	10	16/07/2015	3	16/07/2015	3
	13/07/2015	0	13/07/2015	0				
8B - 8D - 8E - 8F - 8H - 9E - 9F - 9H-1-8J-MR	21/08/2015	39	03/08/2015	21	13/07/2015	0	15/07/2015	2
	14/07/2015	1	14/07/2015	1				
SUPPORT CAECHA	24/07/2015	11	30/07/2015	17				
7C - 7D - 7F	17/07/2015	4	17/07/2015	4	17/07/2015	4	17/07/2015	4

Fuente: Servicio de atención primaria (SAP) Muntanya de Barcelona.

1.7. Área Integral de Salud (AIS) Barcelona Norte

El Área Integral de Salud (AIS) de Barcelona Norte, es una de las cuatro zonas de coordinación definidas en la ciudad de Barcelona. Está formada por 20 equipos de atención primaria, 17 corresponden al servicio de atención primaria Muntanya del Instituto Catalán de la Salud (ICS), 2 equipos de atención primaria (EAP) corresponden a dos entidades de base asociativa (EBA) ubicadas en el Parque Sanitario Pere Virgili y 1 equipo de atención primaria está gestionado por el Consorcio de Salud y Social de Cataluña (CSSC).

El objetivo del Área Integral de Salud es el de ofrecer una atención completa a la población referente, mediante una coordinación entre los servicios y sus profesionales. A su vez ha de garantizar una atención continuada en los procesos de enfermedad, y especialmente en las personas mayores y frágiles.

Los centros de urgencias de atención primaria (CUAP) en el área integral de Barcelona norte, se localizan en Casernas, Cotxeras Borbó y Horta.

La atención inmediata de emergencias dispone del dispositivo 112, servicio de emergencias médicas (SEM) con el soporte telefónico del 061 CatSalut Respon.

Los equipos de primaria, son el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que dirigen y desarrollan sus actividades de la atención al conjunto de la población en el área básica de salud (ABS). Cada área dispone de un equipo que proporciona la atención al centro de primaria y se desplaza a los consultorios locales.

Los profesionales del equipo de primaria ofrecen una atención integral, que incluye la atención y la prevención de las enfermedades, la educación en los hábitos saludables y la orientación en la asistencia social.

Otros servicios de soporte a la atención primaria y fuera del horario asistencial, se localizan en:

- La atención continuada y urgente (ACUT) de Nou Barris.
 - o En los puntos de atención continuada (PAC) de: la Guineueta, Ciutat Meridiana, y Horta.

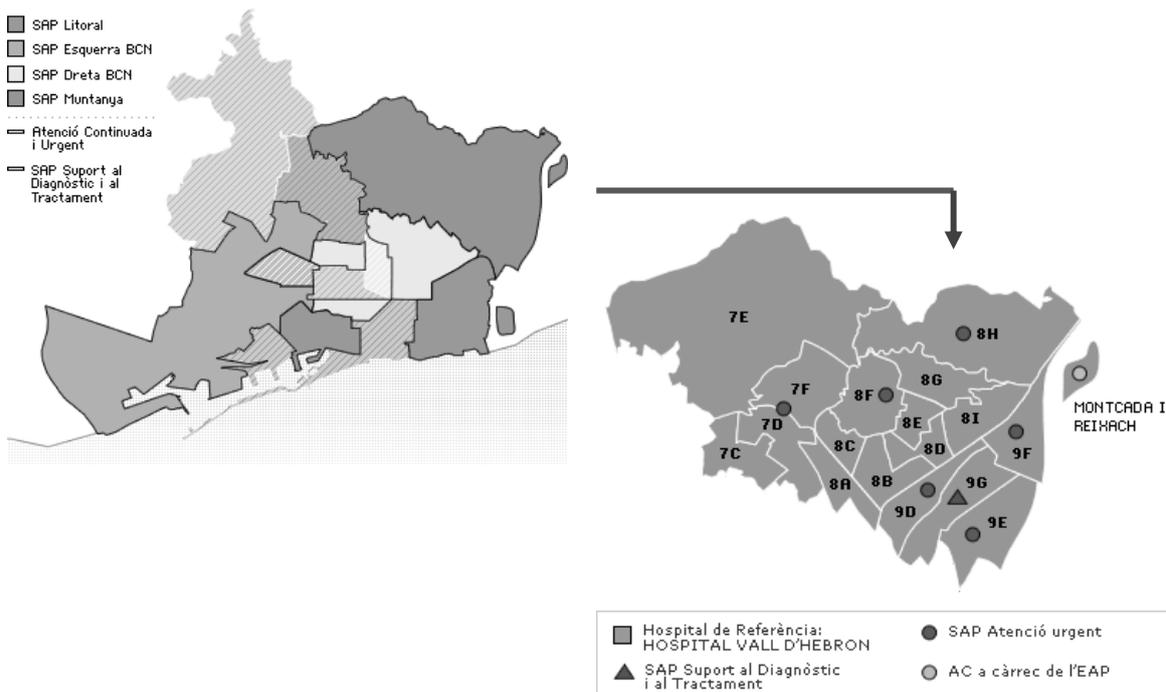
- La atención continuada y urgente (ACU) de Sant Andreu.
 - o En los puntos de atención continuada (PAC) de: Sant Andreu, Bon Pastor y Vía Barcino.

En la figura 20 se identifica el proveedor asistencial responsable de la atención especializada de dieciséis de los diecisiete equipos del servicio de atención primaria Muntanya.

La reforma de la atención especializada (RAE) se inició en el año 1995 en los cuatro equipos de primaria del distrito de Horta, finalizándose en el 1997. ⁽⁷⁸⁾

En febrero del 2008 se inició la continuidad de la integración en el área de Nou Barris y Sant Andreu, que finalizó en febrero del 2009.

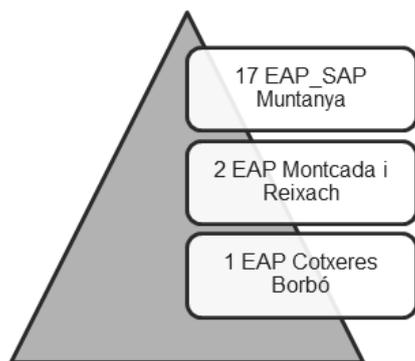
Figura 20.
Servicio de atención primaria (SAP) Muntanya.



En algunas especialidades integradas como la Oftalmología se siguió dando atención especializada a los pacientes de los equipos 9A (Sagrera)³², con una población atendida de 21.967 habitantes en el centro de atención primaria de Sant Andreu.

³² (Población ABS en relación con el registro central de asegurados (RCA) del 2008).

El hospital de Sant Rafael integró la atención especializada de los equipos gestionados



por las dos entidades de base asociativa ubicadas en el Parque Sanitario Pere Virgili y la del equipo de primaria 7E de Sant Rafael.

Los datos demográficos del área

Barcelona Norte corresponden a 5 distritos municipales con una población de 420.000 habitantes.

1.7.1. Servicio de atención primaria (SAP) Muntanya

El servicio de atención primaria Muntanya suma un total de 20 equipos, 19 equipos pertenecientes al ICS, y el equipo del Consorcio de Salud de Cataluña del Centro Integral de Salud (CIS) de Cotxeras de Borbó ⁽⁷⁹⁾. Estos equipos están a cargo de la atención especializada y hospitalaria en el Hospital Universitario Vall d'Hebron.

También se han identificado dos equipos de primaria de Vallcarca y Sant Gervasi, centros de autogestión de la entidad de base asociativa integrados al sistema público de salud. Estos equipos están a cargo de la atención especializada y hospitalaria en el Hospital de Sant Rafael.

El centro de Cotxeras permite hacer una atención integral en la zona norte de la ciudad de Barcelona, con la incorporación de profesionales sanitarios especialistas en la atención de primer nivel (ordinario, preferente, urgente), en la atención al paciente frágil y en procesos de rehabilitación.

La puesta en marcha del Centro Cotxeras supuso la integración de un centro de atención primaria para una población de 27.000 habitantes, y un centro de urgencias para una población de referencia de 193.000 habitantes. A su vez dispone de un servicio de soporte al diagnóstico con laboratorio básico de urgencias, un servicio de radiología convencional durante las 24 horas todos los días del año, y el acceso a pruebas de ecografías básicas en el propio centro.

El centro de Cotxeras en su modelo de la atención sanitaria mantiene una fluida coordinación con los hospitales de agudos de referencia, el Hospital Universitario Vall d’Hebron y el Hospital de la Santa Creu y Sant Pau.

La población asegurada en el servicio de atención primaria Muntanya en el 2009 era de 410.476 habitantes, en el 2016 de 401.902, y en el 2018 de 380.920 habitantes datos del registro central de asegurados (RCA). ⁽⁸⁰⁾ Figura 21. Tablas 11-13.

Figura 21.
Servicio de atención primaria Muntanya por ABS.

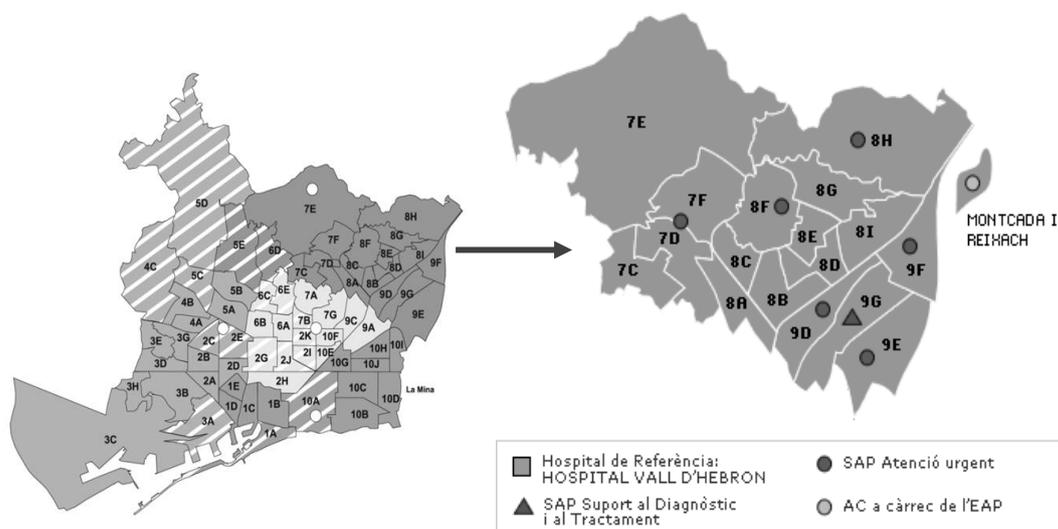


Tabla 11.
Población referente y ámbito territorial Muntanya por grupos de edad y género.

Grupos de edad	Mujeres		Hombres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Menos de 4 años	7.969	48,99	8.296	51,01	16265	4,48
5-14 años	14.834	48,79	15.570	51,21	30.404	8,38
15-44 años	73.914	48,78	77.603	51,22	151.517	41,74
45-64 años	46.531	52,25	42.517	47,75	89.048	24,53
65-74 años	20.553	55,37	16.568	44,63	37.121	10,23
Más de 74 años	24.266	62,78	14.389	37,22	38.655	10,65
Total	188.067	51,81	174.943	48,19	363.010	100

Fuente: web (AIS) Barcelona Norte. (SAP) Muntanya. Sin la población de Montcada y Reixach y Cotxeras Borbó.

Tabla 12.

Equipos de atención primaria en el servicio de atención primaria (SAP) Muntanya y otros equipos no ICS.

EAP		CAP
7C	EAP Carmel	CAP Carmel
7E	EAP Vall d'Hebrón	CAP Vall d'Hebrón
7D	EAP Horta - 7D	CAP Horta
7F	EAP Horta - 7F	CAP Horta
8A	EAP Vilapicina	CAP Turó
8C	EAP Turó de la Peira	CAP Turó
8D	EAP Prosperitat	CAP Rio de Janeiro
8E	EAP Verdum	CAP Rio de Janeiro
8B	EAP Porta	CAP Rio de Janeiro
8F	EAP Guineueta	CAP Guineueta
8G	EAP Roquetes-Canteres	CAP Roquetes-Canteres
8H	EAP Ciutat Meridiana	CAP Ciutat Meridiana
8I	EAP Chafarinas	CAP Chafarinas
9F	EAP Vía Barcino	CAP Vía Barcino
9D-9H	EAP Sant Andreu Oest	CAP Sant Andreu
9G-9I	EAP Sant Andreu Est	CAP Sant Andreu
9E	EAP Bon Pastor	CAP Bon Pastor
MR	EAP Moncada i Rexach	CAP Moncada i Rexach
8J	EAP Cotxeres Borbó	CAP Cotxeres ^(No ICS)

Fuente: web Área Integral de Salud (AIS) Barcelona Norte. (SAP) Muntanya.

Tabla 13.

Población de referencia en el área básica de salud Muntanya.

Servicio de atención primaria (SAP) Muntanya. Población asegurada 2009 – 2018.		
2009	2016	2018
410.476	401.902	380.920

Fuente: Población asignada a la RAE Vall d'Hebron es de **es de 401.902 usuarios en el 2016** con la incorporación de las poblaciones de Moncada i Rexach i Cotxeras Borbó. (56)

1.7.2. La Integración de la atención especializada ambulatoria al Hospital Universitario Vall d’Hebron

La integración del modelo de la atención especializada ambulatoria al Hospital Universitario Vall d’Hebron surgió de la necesidad de ordenar los procesos asistenciales entre los dos niveles asistenciales, primaria y especializada. Una necesidad que fue compartida y defendida por ambas direcciones desde los inicios del 2008. En el siguiente año (2009) se realizó un estudio preliminar de la reordenación de la atención especializada ambulatoria (RAE), que dio origen al primer documento de trabajo *“La integración de la atención especializada en el servicio de atención primaria (SAP) Muntanya de Barcelona: hacia la integración de los procesos”*.⁽⁸¹⁾ Autores como Escosa et al., señalan en el documento las ventajas e inconvenientes del modelo de integración hacia el Hospital Universitario Vall d’Hebron.

1.7.2.1. Situación anterior a la integración del modelo RAE en el 2008

El modelo de integración se inició en 1995 en el centro de atención primaria de Horta con 4 equipos. 2 equipos de Horta, 1 equipo del Carmel, y 1 equipo de San Rafael finalizando en 1997, (comentado en el apartado el área integral de salud (AIS) de Barcelona norte).

En el modelo organizativo inicial, se diseñó que el CatSalut, organismo planificador del área sanitaria de Cataluña, definiera unos nuevos flujos de derivación de los equipos de atención primaria de San Rafael, Vallcarca i Sant Gervasi, hacia los especialistas de Reumatología, Traumatología, y Oftalmología en el Hospital de San Rafael.

De la misma forma, el equipo de atención primaria de la Sagrera que pertenece al servicio de atención primaria (SAP) derecha y no Muntanya, se integró hacia el Hospital de San Pau.

En el 2008 las derivaciones de visita se seguían enviando hacia los servicios de la atención especializada del centro Horta perteneciente al Hospital Universitario Vall d’Hebron.

En el mismo periodo, la dirección de la atención primaria indicó la necesidad de transferir la atención especializada de los dos equipos de primaria de Moncada i Rexach del Vallés Occidental, al Hospital Universitario Vall d’Hebron.

La integración del modelo implicaba la transferencia de los facultativos especialistas de la atención primaria Muntanya hacia los servicios del Hospital Universitario Vall d'Hebron

Las líneas de trabajo fueron definidas en el 2008 y antes de la integración al Hospital Universitario Vall d'Hebron consistieron en, la creación de un equipo de implantación y seguimiento del modelo, dentro de una estructura que permitió diseñar, implementar, monitorizar y evaluar el proyecto de forma participativa y sistemática en:

- Implementar circuitos organizativos en la gestión de agendas, reclamaciones, cambios de medico etc.
- Dar soporte a los jefes de servicio en un nuevo plan funcional.
- Establecer la gestión integrada a los procesos asistenciales.
- Definir un cuadro de mando integral para evaluar las líneas implementadas en un feed-back entre los profesionales de la atención primaria y especializada.
- Diseñar un plan de comunicación y de difusión del proyecto de integración, web – intranet, que facilitara la comunicación, información y el benchmarking interno.

En la tabla 14 se agruparon los problemas en cuatro apartados y en subapartados.

Tabla 14.
Problemas identificados y agrupados en cuatro grandes apartados en SAP Muntanya.

Apartados	Subapartados.
1. Demanda de agendas en la AEA.	1. Demanda no adecuada.
	1. Demanda evitable.
2. Oferta de agendas en la AEA.	2. Falta de ajuste entre la demanda y la oferta.
	2. Deficiencias en la propia organización interna.
	2. Circuitos de derivación y prioridades.
3. Recursos Humanos ofrecidos a la AEA.	3. Características de los Recursos Humanos desde su origen hasta la integración.
	3. Integración de los profesionales del ámbito de primaria al hospital.
	3. Características de los Recursos Humanos de soporte en los centros de atención especializada.
4. Demoras de cita, Tiempo de Espera y otras incidencias.	4. Tiempo de espera no ajustado.
	4. Demoras que generan insatisfacción.
	4. Demoras en la planificación y citación de visitas en las agendas de los especialistas.
	4. Dificultad de drenaje hacia el origen primarista.
	4. Deficiencia en la coordinación entre niveles asistenciales.
	4. Heterogeneidad y deficiencias de los sistemas de información.
	4. Diferentes sistemas de informático SIAP – SIAH a SAP

1.7.2.2. Situación durante la integración del modelo RAE 2008 – 2015

En el año 2008 se inició la primera fase de integración de los equipos de primaria de Nou Barris y Sant Andreu hacia el Hospital Universitario Vall d’Hebron hasta el 2009.

El área de influencia del Hospital Universitario Vall d’Hebron en el 2008 era inicialmente de 17 equipos de atención primaria del SAP Muntanya. Posteriormente se fueron incorporando 2 equipos de Montcada y Reixac del Valles Occidental Este, (les Indianes y Montcada). El último equipo que fue anexionado a la RAE Vall d’Hebron fue el equipo de primaria Cotxeras Borbó (no ICS). Sumando un total de 20 equipos integrados al Hospital Universitario Vall d’Hebron como proveedor y responsable de los equipos en la asistencia especializada.

Se crearon planes de mejora como herramienta de gestión y planificación, con el soporte de registros, circuitos y documentos como:

- Registros de actividad.

- Demora de visitas.
- Oferta de primera visita.
- Agendas por servicio y profesionales.
- Ámbito de ubicación y distribución de profesionales por zonas y densidad.
- Disponibilidad de protocolos compartidos.
- Guías clínicas en el sistema intranet.
- Circuitos de anulación y reprogramación de visitas.
- Duplicidad de visitas.
- Adelanto de la fecha de visita.
- Programación de visitas de seguimiento y control.
- Reclamaciones
- Cambio de especialista
- Incidencias y agradecimientos.
- Revisión y mantenimiento del material médico y quirúrgico.
- Circuitos de comunicación entre profesionales y niveles.

Se realizaron informes de seguimiento, con los datos obtenidos de los registros, circuitos y documentos, enviados a la dirección de los servicios y equipos de primaria, con las acciones o planes de mejora creados.

Del resultado de las mejoras y de los informes de seguimiento se planificaron nuevas etapas para la implantación del modelo RAE al Hospital Universitario Vall d'Hebron.

- Primera etapa. De integración funcional.
- Segunda etapa. De consenso del modelo.

Primera etapa. De integración funcional

Dividida en tres fases y 12 especialidades:

- **Primera fase.** En febrero del 2008, con las especialidades de Cirugía Traumatológica y Ortopedia, y Reumatología, en el centro de atención primaria CAP Horta, próximo al hospital y con el personal del propio hospital. Fue identificado como RAE1.
- **Segunda fase.** A mediados del 2008, con las especialidades de Oftalmología, Cardiología, Dermatología y Endocrinología.

- **Tercera fase.** A finales del 2008 principio del 2009, con el resto de especialidades, Neurología, Neumología, Digestivo, Otorrinolaringología, Urología y Cirugía General y Digestiva.

La integración del modelo RAE al Hospital Vall d'Hebron fue arriesgado e incierto en sus orígenes, coordinado y planificado por las direcciones de primaria y especializada. Fueron monitorizados los posibles escenarios e incidencias que podrían haber sucedido.

Segunda etapa. De consenso del modelo

Etapa donde se inició el proceso de consenso del modelo entre la atención primaria y la atención especializada ambulatoria. Proceso que fue reflejado en el documento *“Acuerdos territoriales de gestión de pacientes y procesos de soporte asistencial en la atención especializada extra hospitalaria”* por la dirección asistencial del hospital y de primaria en diciembre del 2008. ⁽⁴⁾

En el proceso de consenso del modelo, desde el 2008 hasta septiembre del 2010, la gestión y planificación de las agendas de los especialistas fue una etapa de identificación y resolución de las incidencias. Resultado que facilitó el documentar la dimensión de la organización, el volumen de las incidencias, la gestión, la planificación de los recursos, y de los profesionales. Una organización de 13 servicios, 150 agendas de planificación, y 111 especialistas. Con una población asignada de 410.476 usuarios, incluyendo los 2 equipos de Montcada i Rexach, con relación al registro central de asegurados en el 2009.

Tabla 13

1.8. El Hospital Universitario Vall d'Hebron



Hospital Universitario Vall d'Hebron 2016- 2019.

El origen del Hospital Universitario Vall d'Hebron se remonta a una edificación de finales del 1300 como una granja del Real Monasterio de Sant Jeroni de la Vall d'Hebron que disponía de un pequeño hospital para pobres, de una enfermería y farmacia.

A principios del 1821 sus dependencias fueron utilizadas como establecimiento sanitario para aislar a los infectados o sospechosos de enfermedades contagiosas, hospital de leprosos, epidemias de cólera y fiebre amarilla, quedando posteriormente en desuso, abandonado y en ruinas.⁽⁸²⁾

El actual Hospital Universitario Vall d'Hebron fue inaugurado el 5 de octubre de 1955. En los últimos años ha incorporado un modelo de gestión que sitúa al paciente en el centro de las actuaciones, incluyendo la docencia y la investigación en un Vall d'Hebron Campus Hospitalario que engloba el Hospital Universitario Vall d'Hebron (HUVH), Vall d'Hebron Instituto de Investigación (VHIR), Vall d'Hebron Instituto de Oncología (VHIO) y el Centro de Esclerosis Múltiple de Cataluña (CemCat).

El Hospital ofrece prácticamente todas las especialidades médicas y quirúrgicas, y dispone de las modalidades asistenciales que necesita para su cobertura, así como servicios clínicos y unidades clínicas de soporte, centros docentes universitarios como,

la Universidad Autónoma de Barcelona de Medicina, cuya unidad docente incorpora los estudios de medicina, enfermería, fisioterapia y otros estudios de salud.

El Hospital Universitario Vall d'Hebron, es el centro sanitario de referencia para la atención especializada ambulatoria de la población de Barcelona Norte y Vallés Occidental (Moncada y Rexach), como lo es como centro sanitario para la atención terciaria, compleja y centro de urgencias para la población referente.

A su vez, es el complejo hospitalario más grande de Cataluña y uno de los más grandes del Estado Español. Tiene un equipo de casi 9.000 profesionales, más de 1.100 camas y un presupuesto anual de casi 600 millones de euros.

Geográficamente está ubicado al pie de la sierra de "Collserola", al norte de la ciudad de Barcelona. Su área de influencia incluye los barrios de Horta – Guinardó, Nou Barris, Sant Andreu y la población de Moncada i Rexach de unos 400.000 habitantes.

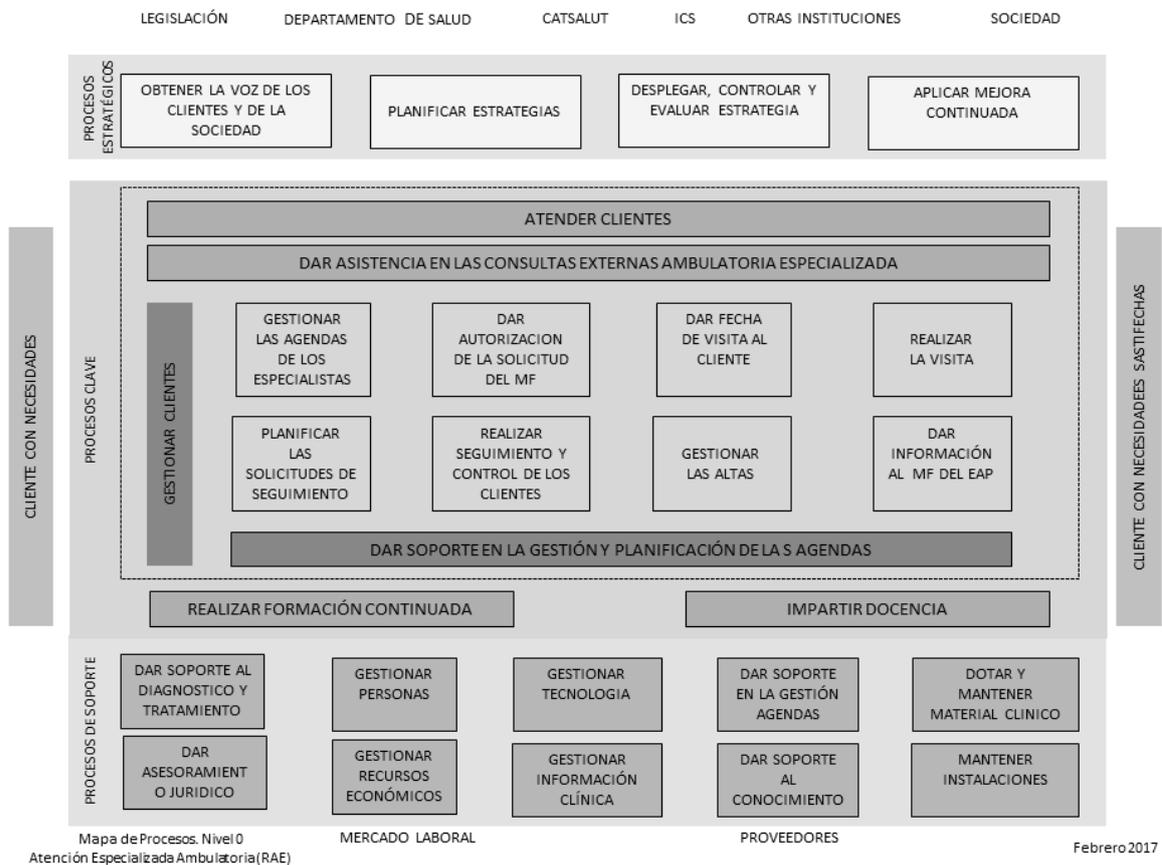
El Hospital Universitario Vall d'Hebron, está estructurado en tres grandes áreas asistenciales, área general, materno infantil y traumatología - rehabilitación. A su vez, el Hospital Vall d'Hebron dispone próximo a su complejo hospitalario, del Parque Sanitario Pere Virgili, donde está centralizada la Unidad de Cirugía sin Ingreso. Siguiendo en la línea de los servicios que el hospital dispone fuera del complejo sanitario, el centro de atención primaria de Horta, la primera unidad de la atención especializada ambulatoria, creada en el 2008 con las especialidades de Cirugía Ortopédica y Traumatológica y Rehabilitación y, que posteriormente se fue ampliando con la reforma de la atención especialidad ambulatoria (RAE) del servicio de atención primaria (SAP) Muntanya de Barcelona.

1.8.1. Modelo organizativo de la RAE Vall d'Hebron

Desde sus orígenes en el 2008 con la integración de las especialidades de Cirugía Ortopédica y Traumatológica y Rehabilitación en el centro de Horta se quiso gestionar la reforma de la atención especializada (RAE) como un modelo anexo al propio Hospital Universitario Vall d'Hebron, un modelo pionero con el objetivo de que la gestión del día

a día fuese más próxima, ágil, resolutive y facilitadora al disponer de los recursos propios del hospital, (especialistas y personal de enfermería y administrativo).

Figura 22.
Mapa de procesos Hospital Universitario Vall d’Hebron.



Fases del Proceso de la Atención especializada Ambulatoria en la RAE Vall d’Hebron.

1.8.2. Modelos en la atención especializada ambulatoria en la RAE Vall d’Hebron

El proyecto de gestión y planificación de las agendas fue dividido en 4 modelos en función de su ubicación en el territorio, dependencia orgánica y funcional, el número de especialidades y el personal adscrito.

En el 2010 se identificaron cuatro modelos de gestión y planificación de las agendas en relación con el centro y su ubicación en el territorio:

- Modelo CAE1 CAE ³³ Horta
- Modelo CAE2 CAE Sant Andreu y Nou Barris

³³ Centro de atención especializada (CAE)

- Modelo CAE3 CAE Rio Janeiro
- Modelo CAE4 CAEs con poca frecuentación de especialistas.

Las diferencias entre los modelos se encuentran en la estructura organizativa y disponibilidad de los recursos, unos propios del Hospital Vall d'Hebron, y otros de la dirección de la atención primaria, así como de la concentración o dispersión de agendas y profesionales.

1.8.2.1. Definición, organización y dependencia funcional del modelo CAE1

El modelo CAE1, fue propuesto por la dirección del centro sanitario en diciembre del 2014 para su implantación en el resto de los centros por la ineficiencia en la gestión de pacientes y profesionales, especialmente de los profesionales especialistas con dependencia jerárquica y funcional de la dirección de primaria.

Centro de atención especializada (CAE1) Horta

Modelo pionero, anterior al 2009, se caracterizaba por la gestión y planificación de las agendas por la proximidad al hospital, agilidad, y resolución de las incidencias, al disponer de los propios recursos: especialistas, personal administrativo y de enfermería.

La organización.

El centro de Horta gestiona: 4 equipos de primaria, 34 especialistas y 42 agendas, incluidas las de enfermería.

La dependencia funcional.

A diferencia del resto, la dependencia funcional es directa del hospital, diferencia que ha demostrado una gestión, planificación y coordinación más rápida y operativa.

El personal administrativo con una dependencia funcional directa, facilita la operatividad de las agendas, y la resolución de las incidencias.

1.8.2.2. Definición, organización y dependencia funcional del modelo CAE2

El modelo CAE2 fue implantado en el 2009, y hoy día sigue vigente en los centros de atención primaria de Sant Andreu y Nou Barris, que son los centros de mayor volumen de población, actividad, especialistas y agendas.

Centro de atención primaria (CAE2) de Sant Andreu y Nou Barris

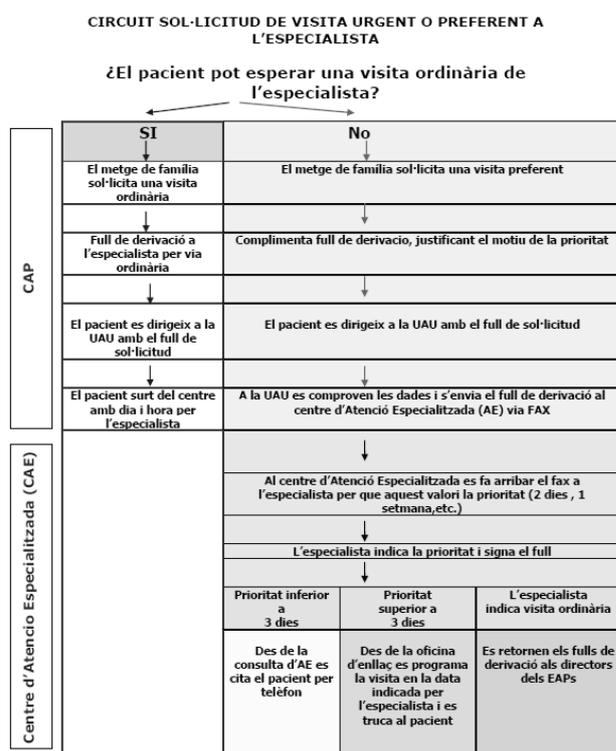
La organización.

Los dos centros gestionan: unos 15 equipos de primaria (médicos de familia, pediatras, odontólogos, psiquiatras, rehabilitadores, psicólogos, comadronas, personal de enfermería, técnicos auxiliares en cuidados, y personal administrativo), 77 especialistas y 108 agendas.

La dependencia.

El escenario cambia cuando hablamos de las derivaciones urgentes y preferentes que sigue unos criterios o circuitos propios de la atención primaria y no los de la atención especializada. Figura 23

Figura 23. Circuito y prioridad de solicitud de visita de atención primaria a Especializada (2009)



1.8.2.3. Definición, organización y dependencia funcional del modelo CAE3

El modelo CAE3 fue instaurado en los centros de menor actividad y concentración de los equipos de primaria, por ejemplo, el CAP de Rio de Janeiro.

Centro de atención especializada (CAE3) Río de Janeiro.**La organización.**

El centro gestiona 3 equipos de primaria, y 6 especialidades: Reumatología, Endocrinología, Cardiología, Traumatología, Dermatología y Urología.

La Dependencia.

La dependencia funcional y organiza pertenece a la dirección de la atención primaria. Modelo que no genera incidencias puntuales y cuando surgen son de fácil solución. La diferencia entre este modelo CAE3 y el modelo CAE2, se debe a su tamaño al ser más reducido su operatividad ante la incidencia suele ser más ágil.

1.8.2.4. Definición, organización y dependencia funcional del modelo CAE4

Modelo similar al CAE3, pero con una actividad inferior, y entre una y tres especialidades. Modelo instaurado en siete de los centros en el ámbito del SAP Muntanya de Barcelona.

Centros de atención primaria CAE4. Vía Barcino – Turo de la Peira y otros.**La organización.**

Los centros gestionan entre 1 y 4 equipos de primaria, y entre 1 y 2 especialidades.

La dependencia.

La dependencia funciona y orgánica corresponde a la dirección de la atención primaria. La concentración es muy reducida entre una y tres agendas de especialistas. Modelo que no genera incidencias, y cuando surgen son de fácil solución. La diferencia entre este modelo CAE4 y el modelo CAE2, se debe a su tamaño de gestión, al ser más reducido la gestión ante la incidencia suele ser más ágil.

1.9. Acciones de mejoras realizadas

En las acciones de mejora realizadas en la RAE al Hospital Universitario Vall d'Hebron a partir del 2008, se objetivo la necesidad de crear unos dispositivos de alerta que permitiesen identificar anticipadamente las incidencias sin llegar a afectar directamente a los pacientes, por ejemplo; la anulación de visita o las pruebas asociadas.

Los dispositivos que se crearon fueron: la monitorización de las agendas de los especialistas, la carga, la estructura, los tramos de las prestaciones, los espacios libres que generaban disfunción, y la sobrecarga con la correspondiente demora en la citación.

Con los primeros datos de las incidencias registradas entre diciembre 2008 y enero 2009, se creó un mecanismo de información mensual sobre los aspectos más relevantes. Datos que impulsaron acciones de mejora para corregir las incidencias que afectaban directamente a los pacientes y a la gestión de las agendas.

Desde el año 2008 hasta el 2015 se documentaron 28 informes de propuestas trasladadas en acciones de mejora, propuestas creadas desde la coordinación asistencial en la atención especializada ambulatoria, integrada en la oficina territorial de gestión de pacientes y procesos de soporte asistencial, y reportada a las direcciones de los servicios, hospital y primaria.

La estructura de los informes fue resumida en cinco apartados: año, mes, objetivo, propuesta, y acción de mejora.

En el análisis del modelo de la reordenación de la atención especializada SAP Muntanya de Barcelona al Hospital Universitario Vall d'Hebron, se revisaron los informes y las acciones de mejora correspondiente a los siguientes años:

- En el año 2008 (3 informes).
- En el año 2009 (7 informes).
- En el año 2010 (4 informes).
- En el año 2011 (1 informe).
- En el año 2012 (1 informe).
- En el año 2013 (4 informes).
- En el año 2014 (6 informes).

- En el año 2015 (2 informes).

Los informes acompañaron a las memorias organizativas realizadas detallando los apartados:

- El objetivo.
- La organización territorial.
- Los EAP en el territorio “SAP Muntanya”.
- La población atendida con relación al Registro Central de Asegurados (RCA).
- Los servicios y especialistas en la atención especializada.
- Las agendas ofertadas a la atención primaria semanalmente.
- Las visitas realizadas en el periodo.
- Las derivaciones solicitadas por los médicos de familia.
- Las incidencias y reclamaciones.
- Las solicitudes de cambio de especialista y centro.
- Las propuestas de mejoras organizativas y funcionales
- Las mejoras en las funciones y competencias del personal administrativo.
- Las mejoras en los circuitos de planificación de las agendas, reclamaciones etc.
- Las mejoras en los circuitos de derivación de primera visita.

En el primer documento de seguimiento *“Acuerdos territoriales de gestión de pacientes y procesos de soporte asistencial en la atención especializada extra hospitalaria SAP Muntanya y el Hospital Universitario Vall d’Hebron”* ⁽⁴⁾ fueron recogidos los siguientes apartados:

- Los procesos asistenciales integrados.
- Los sistemas de información compartidos
- La atención al ciudadano.
- La oficina territorial de gestión de pacientes y procesos de soporte asistencial.

En la tabla 15 se fueron identificando las principales acciones de mejora implantadas entre los años 2008 y 2015, en las que se agruparon los objetivos y las acciones en seis grupos: modelo, recursos, servicios, agendas, prestaciones, y las incidencias.

Acciones de mejora, desde el 2008 hasta el 2015.**Objetivo:**

- Realizar seguimiento del cronograma de la implantación del modelo.
- Informar el impacto de la organización en la AEA.
- Identificar y proponer mejoras en el modelo.
- Analizar los cuatro modelos de gestión en el territorio.
- Analizar propuesta de unificación hacia el modelo CAE 2.
- Análisis de los 12 Servicios y su evolución en la AEA.
- Valorar e informar a las direcciones de las reducciones de los Recursos Humanos.
- Realizar seguimiento del nuevo sistema SAP asistencial en sustitución del Siap-web.
- Analizar agendas y circuitos de los 12 Servicios en la AEA.
- Diseñar nuevas agendas, y circuitos de derivación de primera visita.
- Planificar el periodo de descanso de verano, y periodos de cierre de las agendas.
- Revisar las agendas en la programación de primera visita, con espacios libres.
- Proponer un criterio estándar de los cambios de primera visita, fecha y hora.
- Analizar la disminución de primeras visitas solicitadas por los EAP.
- Analizar el volumen de incidencias y de reclamaciones.
- Detectar el incremento del tiempo de espera.
- Informar de la situación de las agendas y los cambios organizativos.
- Informar de las demoras de visita en la programación en las agendas.
- Detectar el incremento de anulaciones y reprogramaciones en las agendas de los especialistas.
- Analizar el tiempo de espera en las primeras visitas en la AEA.

CAPÍTULO II

JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS

2. JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS

El modelo de integración a la atención especializada ambulatoria (AEA) en el Área Integral de Salud (AIS) Norte del servicio de atención primaria (SAP) Muntanya de Barcelona empezó a desarrollarse en 1997 de forma piloto. En 2008, vuelve a retomarse entre finales del 2009 y el 2010, se fueron implantando las diversas especialidades en el territorio. Analizando periódicamente los resultados hallados en los años 2009 y posteriores, se plantearon acciones correctoras y de mejora en las agendas de los especialistas, acciones en busca de una mayor eficiencia con los recursos disponibles.

Valorar si las acciones de mejora implantadas a lo largo del tiempo han conseguido los objetivos esperados constituye la justificación de este trabajo.

Hipótesis principal

1. La implantación del modelo de la reordenación de la atención especializada (RAE) en el Área Integral de Salud (AIS) de Barcelona Norte, servicio de atención primaria (SAP) Muntanya al Hospital Universitario Vall d'Hebron con las acciones de mejora desarrolladas a lo largo de los años 2009 – julio 2016 ha dado los resultados esperados con la mejora en los indicadores de actividad y calidad en la asistencia básica, de gestión, satisfacción y en la atención al paciente.

CAPÍTULO III

OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

Objetivo principal

1. Analizar los indicadores de actividad y calidad en la asistencia básica, gestión, satisfacción y la atención al paciente en relación con la implantación del modelo de la reordenación de la atención especializada (RAE) y las acciones de mejora desarrolladas en el periodo 2009 – julio 2016 en el Área Integral de Salud (AIS) Barcelona Norte en el servicio de atención primaria (SAP) Muntanya al Hospital Universitario Vall d’Hebron, valorando si los resultados alcanzados han sido positivos.

Objetivos específicos

2. Examinar si las acciones de mejora establecidas en el modelo de la reordenación de la atención especializada (RAE) de la Vall d’Hebron son las deseadas en relación a:
 - Las derivaciones de visita en blanco solicitadas por los médicos de familia de los equipos de primaria en el servicio de atención primaria (SAP) Muntanya.
 - Las derivaciones de primera visita preferente-urgente solicitadas por los equipos en el servicio de atención primaria (SAP) Muntanya.
 - Las derivaciones de primera visita ordinario solicitadas por los equipos en el servicio de atención primaria (SAP) Muntanya.
3. Observar si las acciones correctoras establecidas en la actividad en la asistencia básica son las esperadas en relación a:

- Las derivaciones de primera visita de los equipos de primaria hacia los especialistas, y la tasa de derivación.
 - La actividad recogida por los servicios en todas las prestaciones, y la tasa de visita.
 - La actividad anotada como visitas sucesivas siendo primeras visitas.
4. Analizar si los cambios instaurados en la calidad en la asistencia básica son los esperados en relación a:
- La frecuencia en la utilización de los servicios por la población asignada.
 - Las reprogramaciones de visita en la atención especializada.
 - Las anulaciones y reprogramaciones de visita planificada en la atención especializada ambulatoria en el servicio de atención primaria (SAP) Muntanya.

CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO

4. Marco Metodológico

4.1. Material y Métodos

En el estudio se han identificación distintas unidades de análisis que es necesario definir:

I. Consulta o visita.

II. Paciente.

III. Episodio.

IV. Derivación.

I. La consulta o visita. Es la actividad que se produce en la atención primaria o especializada, cada vez que el paciente es atendido por un problema de salud.

La unidad de análisis que se ha utilizado es la visita, su equivalencia es igual a un episodio atendido y registrado. ⁽⁸³⁻⁸⁴⁾

II. El paciente. Es la persona que recibe una primera atención por el médico de familia, y que por su complejidad este solicita una derivación hacia el especialista en la atención primaria, para su orientación, diagnóstico y tratamiento. ⁽⁸³⁻⁸⁴⁾

III. El episodio. Se identifica como el problema de salud o enfermedad desde su origen hasta su resolución y alta del paciente. La definición del origen, es el profesional que inicia el proceso en primera visita el médico de familia, o visita sucesiva por el especialista.

La utilización de los episodios como unidad de análisis es adecuado para el estudio del modelo de la reordenación de la atención especializada (RAE), puesto que nos indica una actividad realizada y registrada por el especialista.

Se acompaña como medida de análisis la tasa de visitas (TV). Resultado entre los episodios concluidos por cada especialista en la atención especializada y la población asignada. ⁽⁸³⁻⁸⁴⁾

IV. La derivación. Es la solicitud de primera visita generada por el médico de familia o especialista hacia la atención especializada.

La derivación es un buen indicador del funcionamiento del sistema sanitario y de la actividad generada por los médicos de familia, y especialistas.

Para comprobar las derivaciones solicitadas por los médicos de familia se ha utilizado la tasa de derivación (TD). Resultado entre el número de derivaciones solicitadas por el médico de familia y el número de visitas atendidas por el especialista en un periodo de tiempo, por 100 o 1000. ⁽⁸³⁻⁸⁴⁾

4.1.1. Características y distribución de la población en los diferentes episodios

Se han analizado 1.327.038 episodios registrados en el Área Integral de Salud (AIS) Barcelona Norte del servicio de atención primaria (SAP) Muntanya de Barcelona.

4.1.2. Recogida de datos

La recogida de datos se ha realizado en el periodo desde enero del 2009 hasta julio del 2016.

La fuente de información utilizada ha sido el número de historia clínica de los pacientes en el “Sistemas, aplicaciones y productos” del proyecto ARGOS asistencial y de gestión clínica y administrativa.

4.1.3. Diseño

Se ha utilizado la metodología de la investigación sanitaria en relación con los criterios epidemiológicos en el estudio observacional longitudinal descriptivo y retrospectivo del modelo de la reorganización de la atención especializada del servicio de atención primaria (SAP) Muntanya al Hospital Universitario Vall d’Hebron de Barcelona.

El diseño es evaluativo antes y después de realizar una intervención en modelo. ⁽⁸⁵⁻⁸⁶⁾

Se ha realizado un análisis descriptivo por años de los indicadores de actividad y de calidad, en una presentación numérica, indicando las frecuencias, resultados, medias, diferencias, y presentaciones gráficas para su comprensión.

4.1.4. Población accesible

La población asignada ha sido de 401.902 usuarios en el ámbito del Área Integral de Salud (AIS) Barcelona Norte y Vallés Occidental (ABS de Moncada y Rexach) del servicio de atención primaria (SAP) Muntanya, en relación con el registro central de asegurados (RCA) del CatSalut. ^(58,87)

4.1.5. Población y muestra

La unidad de estudio está compuesta por 1.327.038 episodios o derivaciones solicitadas desde la unidad de origen en la atención primaria y en el Hospital Universitario Vall d'Hebron mediante el programa eCAP – siap-web, y el programa informático “Sistemas, aplicaciones y productos” ARGOS asistencial programa de gestión y planificación de pacientes.

4.1.6. Clasificación

La clasificación del estudio ha sido descriptivo mixto transversal, conocido también como de prevalencia, tiene como finalidad identificar y describir las variables implicadas en los procesos del modelo RAE - Vall d'Hebron.

4.1.7. Criterios de exclusión

Para no comprometer los datos analizados se han excluido los episodios de calidad y registros no completos en el 2009.

4.1.8. Las variables objeto de estudio (indicadores)

Para realizar el análisis del modelo de la reordenación de la atención especializada ambulatoria en el ámbito del Hospital Universitario Vall d'Hebron, ha sido necesario definir los indicadores de actividad y calidad en relación a los criterios de validez y fiabilidad, estos indicadores han sido:

De actividad:

- Derivaciones.

- Episodios.
- Pacientes únicos.

De calidad:

- Recursos Humanos.
- Frecuentación.
- Pacientes no presentados.
- Anulaciones y Reprogramaciones de visita.
- Tiempo de espera.
- Solicitudes de cambio de especialista.
- Reclamaciones.

Los indicadores de actividad se han valorado en función del:

- Origen de la derivación.
- Grupos de edad y sexo.
- Equipos de atención primaria (EAP).
- Servicios clínicos en la atención especializada.
- Centros de atención especializada (CAE).
- Tipo de prestación. (primera y sucesiva)
- Tipo de prioridad. (A1 urgente, y A2 ordinaria)
- Tasa de derivación. (TD)
- Tasa de visita. (TV)
- Episodios como visita sucesiva, en lugar de primera visita.

Los indicadores de calidad se han valorado en función de:

- El indicador en relación a los años en estudio y su diferencia.

Descripción de los indicadores seleccionados

En el análisis del modelo, se han seleccionado 15 de las 29 variables o indicadores posibles de la actividad en la asistencia básica, que se prepararon para la extracción de datos solicitados a la secretaria técnica y soporte a la gestión clínica del Hospital Universitario Vall d'Hebron.

Los indicadores no seleccionados se han anulado por no contener una información completa, otros por no contener una información codificada, y un tercer grupo por la información de poca fiabilidad.

Los indicadores de calidad que se han seleccionado, se han agrupado en dos categorías:

- Los indicadores de calidad de gestión
- Los indicadores de satisfacción, incluyendo las reclamaciones y los cambios de especialista. Tablas 16-20.

Tabla 16.
Previsión inicial de 29 variables de actividad

NHC	Fecha_nacimiento	Fecha_actual	Años	Sexo	Año
Prestación	Des_Prestación	Prioridad	Situación_Proceso	Fecha_Solicitud	Hora_Solicitud
Fecha_lista_espera	Fecha_final_prestación	Fecha_paciente_concluido	Servicio_Gestor	UT	Unidad_Tratamiento
Agenda	UO_Agenda	UD_Agenda	Servicio_Alta	Medico_Alta	Area_Basica
Des_Agenda	UP_Solicitante	Servicio_Solicitante	Medico_Realizador	Medico_Solicitante	

Tabla 17.
Selección de 15 de las 29 variables de actividad

NHC	Años	Sexo	Año	Prestación	Des_Prestación
Prioridad	Fecha_lista_espera	Fecha_final_prestación	Servicio_Gestor	Unidad_Tratamiento	Servicio_Alta
UP_Solicitante	Servicio_Solicitante	Area_Basica			

Tabla 18.
Descripción de las 15 variables de actividad seleccionadas.

Campo	Descriptor
NHC	Código de identificación del paciente (NHC).
Años	Edad del paciente de la muestra de participantes (Años).
Sexo	Genero de los pacientes de la muestra de participantes (Sexo).
Año	Año de la prestación realizada (Periodo año – mes).
Prestación	Código de la prestación solicitada y realizada (Prestación AD00001 – AD00002).
Des_Prestación	Tipo de prestación solicitada y realizada (Desc. Prestación, Primera visita – Visita sucesiva).
Prioridad	Tipo de prioridad solicitada por el médico de familia (Prioridad A1 – A2).
Fecha_lista_espera	Fecha de la solicitud del médico de familia (Fecha Entrada LLEE)
Fecha_final_prestación	Fecha de la visita concluida por el especialista (Fecha prestación)
Servicio_Gestor	Servicio de la RAE Vall d’Hebron que presta la atención sanitaria (Servicio gestor)
Unidad_Tratamiento	Centro de la atención especializada (CAE) donde se realiza la prestación ambulatoria por la RAE Vall d’Hebron (Unidad de tratamiento).
Servicio_Alta	Servicio de la RAE Vall d’Hebron que realiza el alta de la prestación sanitaria (Servicio Alta).
UP_Solicitante	Unidad que solicita la prestación sanitaria en la RAE Vall d’Hebron (UP, Solicitante).
Servicio_Solicitante	Servicio que solicita la prestación sanitaria a la atención especializada ambulatoria (Servicio solicitante).
Área_Básica	Área básica de salud (ABS)

Tabla 19.
Selección de las variables de calidad en el estudio.

TE	No Presentados	Anulaciones	Reprogramaciones	Reclamaciones	Cambios especialista	Población Genero /Edad
RRHH ofertados s/a	Sesiones ofertadas s/a	Horas ofertadas s/a	Fr. Visita/paciente/servicio	Fr. Únicos/Episodios	R: 2/1	

Tabla 20.
Descripción de las variables de calidad seleccionadas

Campo	Descriptor
TE	Tiempo de esperas desde la fecha de citación visita hasta la visita realizada
No Presentados	Pacientes no presentados a la visita sin notificación
Anulaciones	Anulaciones de visita por motivos varios
Reprogramaciones	Reprogramaciones de visita por motivos varios
Reclamaciones	Reclamaciones solicitadas por los pacientes y/o familiares por motivos varios
Cambios especialista	Solicitudes de cambios de especialista por motivos varios
RRHH ofertados s/a	Especialista ofertados a la atención primaria por semana y año
Sesiones ofertadas s/a	Sesiones de especialistas ofertadas a la atención primaria por semana y año
Horas ofertadas s/a	Horas de especialista ofertadas a la atención primaria por semana y año
Fr. Visita/paciente/servicio	Frecuentación de visita por paciente, servicio y año
Fr. Únicos/Episodios	Frecuentación de visita en pacientes únicos y total de episodios realizados
R: 2/1	Ratio de visitas sucesivas y primeras.
Población Genero /Edad	Evolución de la población por genero, franja de edad por servicio y global

4.1.8.1. Indicadores de actividad en la asistencia básica

Derivaciones de primera y visita sucesiva de atención primaria hacia los especialistas:

- Origen de la solicitud.
- Grupos de edad y sexo.
- Equipos de atención primaria (EAP).
- Centros de atención especializada (CAE).
- Servicios en la atención especializada ambulatoria (AEA).
- Tipo de prestación de visita (primera o visita sucesiva).
- Prioridad de la visita solicitada (A1 urgente – A2 ordinaria).

Episodios en la atención especializada:

- Origen de la solicitud.
- Grupos de edad y sexo.

- Equipos de atención primaria (EAP).
- Centros de atención especializada (CAE).
- Servicios en la atención especializada ambulatoria (AEA).
- Tipo de prestación de visita (primera o visita sucesiva).
- Prioridad de la visita solicitada (A1 urgente – A2 ordinaria).
- Episodios con relación a las visitas clasificadas como sucesivas en lugar de primera visita.

Pacientes únicos en la atención especializada:

- Origen de la solicitud.
- Grupos de edad y sexo.
- Equipos de atención primaria (EAP).
- Centros de atención especializada (CAE).
- Servicios en la atención especializada ambulatoria (AEA).
- Tipo de prestación de visita (primera o visita sucesiva).
- Prioridad de la visita solicitada (A1 urgente – A2 ordinaria).

4.1.8.2. Indicadores de calidad en la asistencia básica de gestión y de satisfacción.**Recursos humanos ofertados a la atención primaria:**

- Número de especialistas por servicio, semana y año.
- Número de sesiones por servicio, semana y año.
- Número de horas por servicio, semana y año.

Frecuentación de la población asignada en la atención especializada:

- Grupos de edad y género.
- Servicios en la atención especializada ambulatoria (AEA).
- Reiteración de visitas a partir del cociente entre segundas y primera visita. ($r:2/1$)

Pacientes no presentados a la visita del especialista:

- Pacientes no presentados a la visita por años en estudio.

Anulaciones y reprogramaciones de visita:

- Anulaciones de visita con relación a los motivos más relevantes y por años
- Reprogramaciones de visita con relación a los motivos más relevantes y por años.

Tiempo de espera entre la citación y la visita:

- Tiempo de espera de los pacientes en relación con el servicio en la atención especializada y por años.

Solicitudes de cambio de especialista:

- Solicitudes de los pacientes de cambio especialista por años de estudio.

Solicitudes de reclamaciones en la atención especializada:

- Solicitudes de los pacientes de reclamaciones por años de estudio.

4.1.9. Instrumentos

En el análisis de la implantación del modelo RAE al Hospital Universitario Vall d'Hebron, se han utilizado datos que provienen de bases ya existentes en el registro de la actividad asistencial, en el programa informático ARGOS asistencial, que se basa en la integración de todos los sistemas de información en una plataforma única que integra un programa global con otros programas corporativos, de forma que los profesionales sanitarios y administrativos puedan introducir y gestionar la información clínica y administrativa de los pacientes y profesionales desde una única aplicación.

La creación y mantenimiento de una aplicación de hojas de cálculo formato xlsx "Microsoft Excel 2010" para el tratamiento de los indicadores de calidad básica. El tratamiento de los datos se ha realizado en dos programas estadísticos informáticos. El primero, en el paquete de software estadístico Stata versión 13.1, y el segundo, en el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 15.0, orientado hacia los indicadores de la actividad básica, mediante los analistas, expertos estadísticos de la Unidad de Estadística y Bioinformática del Instituto de Investigación del Campus Vall d'Hebron de Barcelona.

El uso de la base de datos utilizada como instrumento en este estudio, supone ventajas y limitaciones, la ventaja es la rapidez con que se disponen los datos y el ahorro económico y de esfuerzo.

4.1.10. Análisis estadístico de los datos

El análisis estadístico cuantitativo y cualitativo se ha realizado mediante un análisis descriptivo de la frecuencia de cada una de las variables por año, especialmente las variables cualitativas. Las variables cuantitativas han estado tratadas y analizadas por

epidemiólogos técnicos en análisis de datos de la Unidad de Estadística y Bioinformática del Instituto de Investigación del Hospital Universitario Vall d'Hebron.

Se han analizado los datos con las medidas de tendencia central y de dispersión, para las variables cuantitativas, la media aritmética como el promedio de las observaciones y centro de gravedad de la distribución de los valores de la variable. La mediana como el valor central de la variable que nos divide la distribución de los datos en dos partes iguales. La amplitud, como medida de dispersión o variabilidad, que nos mide la distancia entre los dos valores externos de la distribución, la diferencia entre el valor mínimo y el máximo que toma la variable. Otras medidas de posición y de forma, como los cuartiles 75 y 25, y la asimetría para describir la forma de la distribución con la curva normal en cuyo centro se ha de encontrar las medidas de tendencia central descritas anteriormente, como la identificación de casos con valores incorrectos, con la prueba “*Chi Square*” para determinar si el comportamiento de las categorías de una variable ha presentado diferencias estadísticamente significativas, a partir de la teoría que no existe relación entre las variables de la tabla de contingencia “hipótesis nula”.

En primer lugar, se ha realizado una descripción general en relación con el origen de la derivación o solicitud de la prestación de visita y su tipología en los periodos en estudio. Seguido por, grupos de edad y sexo, centros de atención primaria, centro de atención especializada, servicios, prestaciones, y prioridad.

En segundo lugar, se ha realizado un análisis de los episodios atendidos en relación con el origen de la solicitud, años en estudio, grupos de edad, centros de atención primaria, centro de atención especializada, servicios, prestaciones, y prioridad.

En tercer lugar, el análisis ha ido en busca de los pacientes únicos atendidos en el periodo en estudio con la misma secuencia que el anterior. Pacientes que tan solo han realizado una visita por año y servicio.

En el estudio del modelo RAE se ha analizado el origen de la solicitud por la unidad de procedencia (UP): “SAP Muntanya”, “Vall d'Hebron”, “Fuera de Zona”, y “En Blanco”. Dentro de cada estrato se ha calculado la frecuencia y el resultado por año.

Finalmente se ha presentado un análisis de las tablas por grupos de edad y sexo, en relación con el origen de la solicitud (derivaciones) y de los servicios que han atendido a los pacientes (episodios).

Para los cálculos estadísticos la aplicación que se ha utilizado ha sido, (Op. Cit.) el “*Stata 13.1*”, “*SPSS 15.0*” y “*Excel 2010*”, este último como soporte para las figuras y tablas de las variables de los indicadores de calidad en la asistencia básica.

4.1.11. Revisión y depuración de los datos

Se ha realizado una revisión previa al análisis al disponer de una muestra de 1.327.038 episodios de los cuales, 235.844 episodios son pacientes únicos. En el análisis estadístico se ha comprobado que los datos no contienen errores y se han preparado para el inicio del análisis.

4.1.12. Autorización del Comité de Investigación Clínica

El análisis del modelo RAE se ha realizado con el informe favorable del Comité de Investigación Clínica y Comisión de Proyectos de Investigación del Hospital Universitario Vall d’Hebron, al cumplir con las normas establecidas y con el Real Decreto 1090/2015, con fecha del 17 de julio del 2017. El código de proyecto de investigación es el **(PR8AG) 250/2017**.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5. Resultados

En la implantación del modelo de la reordenación de la atención especializada (RAE) en la Área Integral de Salud (AIS) Barcelona Norte, del servicio de atención primaria (SAP) Muntanya al Hospital Universitario Vall d'Hebron, se han realizado determinadas acciones de mejora a lo largo de los años 2009 a julio del 2016. Una de las incidencias surgidas tras la implantación del modelo ha sido la afectación de las agendas de los especialistas en la atención especializada ambulatoria.

La respuesta que deseamos conocer mediante los resultados, nos ha de permitir evaluar las acciones de mejora implantada, y si son los esperados en cada uno de los indicadores de actividad y calidad en la asistencia básica, y en la atención al paciente.

5.1. Indicadores de actividad en la asistencia básica

5.1.1. Derivaciones de visita de los (EAP)

5.1.1.1. Derivaciones. Origen de la solicitud

Se ha analizado una población de 1.327.038 episodios o derivaciones en los años en estudio. La media ha sido de 2,05 derivaciones por paciente y año, con una desviación típica del 1,03. El rango de las unidades de procedencia (UP) ha sido de 3, con un mínimo de 1 y un máximo 4:

- "SAP Muntanya".
- "Vall d'Hebron".
- "Fuera de Zona".
- "En Blanco".

En la tabla 21, de frecuencia en relación con el origen de la solicitud, se ha observado que:

- El 48,3% de las solicitudes corresponden a “Vall d’Hebron”.
- El 32,2% a “SAP Muntanya”.
- El 18,2% “En Blanco”.
- El 1,3% “Fuera de Zona”.

Tabla 21.

Frecuencia de las derivaciones en relación con el origen de las solicitudes

UP. Solicitante					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SAP Montaña	427158	32,2	32,2	32,2
	Vall d'Hebrón	641509	48,3	48,3	80,5
	Fuera de zona	16667	1,3	1,3	81,8
	En blanco	241704	18,2	18,2	100,0
	Total	1327038	100,0	100,0	

En la tabla 22, que muestra las derivaciones realizadas en las unidades de procedencia por año, se ha encontrado el 48,3% en la categoría “Vall d’Hebron”.

- Este resultado ha sido similar en los años 2011 (58,4%) y 2015 (59,4%).

El 32,2% de las derivaciones pertenecen a la unidad “SAP Muntanya”. Este resultado ha sido del 20,2% en el 2011 y del 15,4% en el 2015.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha detectado una pérdida del 4,8% de las derivaciones en los años en estudio.

El 18,2% de las derivaciones corresponden a la unidad de procedencia “En Blanco”.

- Este resultado ha sido del 100% en el 2010 y del 0,3% en el 2015.
- Se han estudiado ambos periodos y el resultado ha mostrado una disminución del 99,7% de las derivaciones en la categoría “En Blanco”.

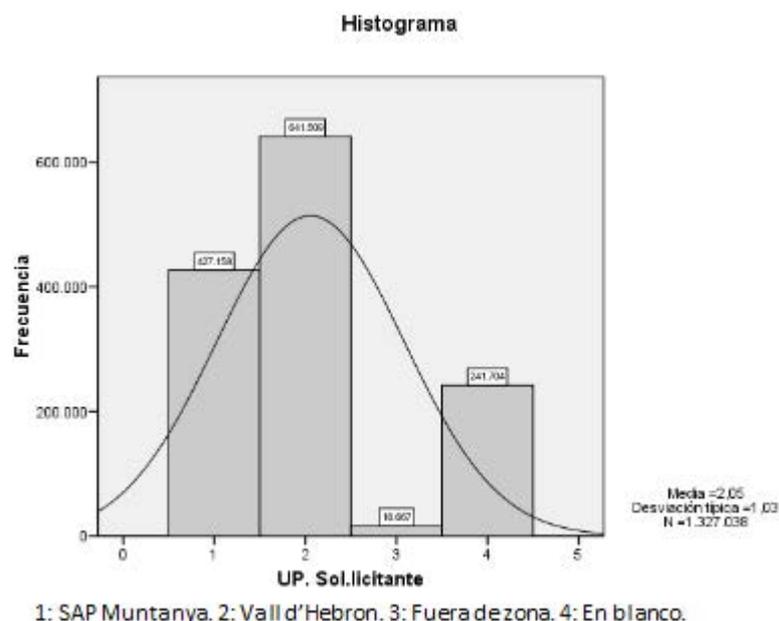
Tabla 22.
Derivaciones en relación con la unidad de procedencia (UP)

Tabla de contingencia UP. Solicitante * Año

			Año							Total
			2010	2011	2012	2013	2014	2015	Julio 2016	
UP. Solicitante	SAP Montaña	Recuento	0	86297	83072	79928	77969	65640	34252	427158
		% de UP. Solicitante	,0%	20,2%	19,4%	18,7%	18,3%	15,4%	8,0%	100,0%
	Vall d'Hebron	Recuento	0	122857	120458	115216	112233	109885	60860	641509
		% de UP. Solicitante	,0%	19,2%	18,8%	18,0%	17,5%	17,1%	9,5%	100,0%
	Fuera de zona	Recuento	0	1132	244	240	270	8746	6035	16667
		% de UP. Solicitante	,0%	6,8%	1,5%	1,4%	1,6%	52,5%	36,2%	100,0%
En blanco	Recuento	237331	7	937	1304	1249	613	263	241704	
	% de UP. Solicitante	98,2%	,0%	,4%	,5%	,5%	,3%	,1%	100,0%	
Total	Recuento	237331	210293	204711	196688	191721	184884	101410	1327038	
	% de UP. Solicitante	17,9%	15,8%	15,4%	14,8%	14,4%	13,9%	7,6%	100,0%	
	% de Año	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

La figura 24, que hace referencia a las derivaciones en relación con las unidades de procedencia, muestra una curva de normalidad no sesgada y con una distribución normal.

Figura 24.
Derivaciones en relación con el origen de las unidades de procedencia (UP).



5.1.1.2. Derivaciones. Grupos de edad y sexo

En la tabla 23, de los datos estadísticos de las derivaciones en relación con la categoría “Grupo de edad”, el resultado de casos válidos ha sido del 99,7%.

Tabla 23.
Estadísticos de las derivaciones en relación con los grupos de edad

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Grup d'edat * UP. Sol.licitante	1323000	99,7%	4038	,3%	1327038	100,0%

En la tabla 24, de la frecuencia de las derivaciones en relación con los grupos de edad, se ha detectado el 35,3% en la categoría de “Más de 74 años”, y el 24,2% en la categoría entre “45 y 64 años”.

Tabla 24.
Frecuencia de las derivaciones en relación con los grupos de edad

Grupo de edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menos de 5 años	1491	,1	,1	,1
	5-14 años	37811	2,8	2,9	3,0
	15-44 años	215289	16,2	16,3	19,2
	45-64 años	320572	24,2	24,2	43,5
	65-74 años	281167	21,2	21,3	64,7
	Más de 74 años	466670	35,2	35,3	100,0
	Total	1323000	99,7	100,0	
Perdidos	Sistema	4038	,3		
Total		1327038	100,0		

En la tabla 25, que indica las derivaciones en relación con los grupos de edad, se ha detectado:

- El 35,3% corresponde al grupo de “Más de 74 años”, como resultado mayor de la variable.
- El 24,2% en el grupo “entre 45 y 64 años”.

En relación con el grupo de edad y unidad de procedencia, se ha observado:

- El 20,8% de las derivaciones en el grupo de más de 74 años registrados “En Blanco”.
- El 53% de las derivaciones encontrado en el grupo de Más de 74 años registradas en “Vall d’Hebron”.
- El 54,9% de las derivaciones en el grupo de menor a 5 años registradas en “SAP Muntanya”.

En relación con el total de las unidades de procedencia sobre los seis grupos de edad, se ha encontrado el 48,3% en “Vall d’Hebron” y el 32,2% en “SAP Muntanya”.

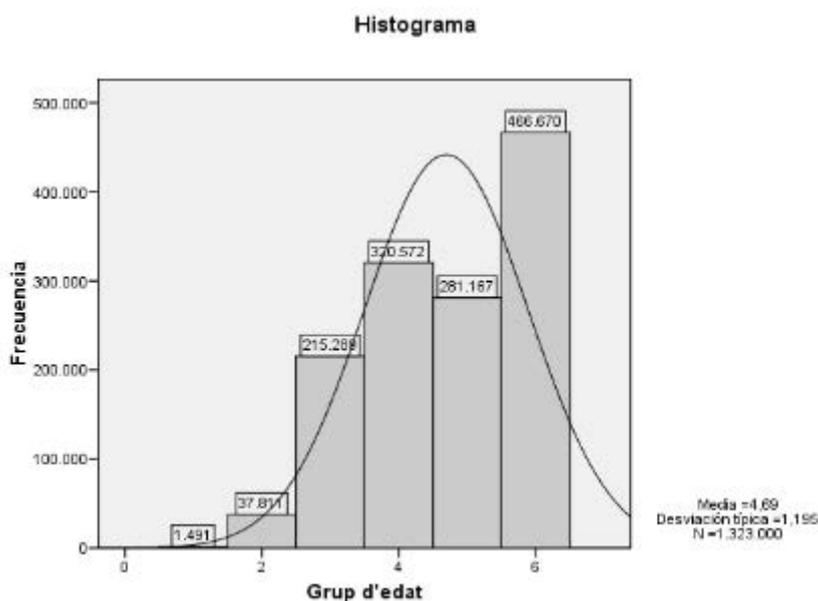
Tabla 25.
De contingencia de las derivaciones en relación con los grupos de edad

Tabla de contingencia Grupo de edad * UP. Solicitante

			UP. Solicitante				Total
			SAP Montaña	Vall d'Hebron	Fuera de zona	En blanco	
Grupo de edad	Menos de 5 años	Recuento	818	512	0	161	1491
		% de UP. Solicitante	,2%	,1%	,0%	,1%	,1%
		% del total	,1%	,0%	,0%	,0%	,1%
5-14 años	5-14 años	Recuento	13725	16757	23	7306	37811
		% de UP. Solicitante	3,2%	2,6%	,1%	3,0%	2,9%
		% del total	1,0%	1,3%	,0%	,6%	2,9%
15-44 años	15-44 años	Recuento	91483	82616	3251	37939	215289
		% de UP. Solicitante	21,5%	12,9%	19,5%	15,7%	16,3%
		% del total	6,9%	6,2%	,2%	2,9%	16,3%
45-64 años	45-64 años	Recuento	118690	144531	4841	52510	320572
		% de UP. Solicitante	27,9%	22,6%	29,1%	21,7%	24,2%
		% del total	9,0%	10,9%	,4%	4,0%	24,2%
65-74 años	65-74 años	Recuento	83389	147242	3607	46929	281167
		% de UP. Solicitante	19,6%	23,0%	21,6%	19,4%	21,3%
		% del total	6,3%	11,1%	,3%	3,5%	21,3%
Más de 74 años	Más de 74 años	Recuento	117552	247335	4940	96843	466670
		% de UP. Solicitante	27,6%	38,7%	29,6%	40,1%	35,3%
		% del total	8,9%	18,7%	,4%	7,3%	35,3%
Total	Total	Recuento	425657	638993	16662	241688	1323000
		% de UP. Solicitante	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	32,2%	48,3%	1,3%	18,3%	100,0%

En la figura 25, se observa una curva de normalidad, indicando una desviación hacia la derecha con un sesgo positivo, los valores más elevados han sido en la categoría de “Más de 74 años” formada por 466.670 episodios.

Figura 25.
Derivaciones en relación con los grupos de edad.



1: Menos de 5 años. 2: 5-14 años. 3: 15-44 años. 4: 45-64 años. 5: 65-74 años. 6: Más de 74 años.

5.1.1.3. Derivaciones. Equipos de atención primaria (EAP)

En la tabla 26, que muestra las derivaciones primeras y visita sucesiva en relación con los EAP-ABS, se ha encontrado el 11,8% en la categoría “En Blanco”. Este resultado ha sido el mayor en toda la variable “SAP Muntanya”.

El 2,2% de las derivaciones en primera y visita sucesiva en la categoría “En Blanco” pertenecían a los equipos área básica de 7D Lisboa y 9D Sant Andreu.

Tabla 26.

Derivaciones con relación a los EAP-ABS en SAP Muntanya

Tabla de contingencia Área Básica * UP. Solicitante

Área	UP. Solicitante	Recuento	UP. Solicitante				Total
			SAP Montaña	Vall d'Hebron	Fuera de zona	En blanco	
Básica	BARCELONA 7-C EL CARMEL	22179	22179	40373	94	4437	67083
	% de UP. Solicitante	5,2%	6,3%	,6%	1,8%	5,1%	
	BARCELONA 7-D LISBOA	29011	29011	56138	211	5217	90577
	% de UP. Solicitante	6,8%	8,8%	1,3%	2,2%	6,8%	
	BARCELONA 7-E SANT RAFAEL	1726	1726	14544	81	4063	20414
	% de UP. Solicitante	,4%	2,3%	,5%	1,7%	1,5%	
	BARCELONA 7-F LISBOA	24842	24842	43599	164	4546	73151
	% de UP. Solicitante	5,8%	6,8%	1,0%	1,9%	5,5%	
	BARCELONA 8-A VILAPICINA	10505	10505	16099	79	3040	29723
	% de UP. Solicitante	2,5%	2,5%	,5%	1,3%	2,2%	
	BARCELONA 8-B RIO DE JANEIRO-PORTA	16284	16284	22949	147	3900	43280
	% de UP. Solicitante	3,8%	3,8%	3,6%	,9%	1,6%	3,3%
	BARCELONA 8-C TURÓ DE LA PEIRA	15077	15077	23996	23	3164	42260
	% de UP. Solicitante	3,5%	3,7%	,1%	1,3%	3,2%	
	BARCELONA 8-D RIO DE JANEIRO-PROSPER	21711	21711	30299	16	3788	55814
	% de UP. Solicitante	5,1%	4,7%	,1%	1,6%	4,2%	
	BARCELONA 8-E RIO DE JANEIRO-VERDUN	21542	21542	28286	28	4229	54085
	% de UP. Solicitante	5,0%	4,4%	,2%	1,7%	4,1%	
	BARCELONA 8-F GUINEUETA	29519	29519	37682	34	4618	71853
	% de UP. Solicitante	6,9%	5,9%	,2%	1,9%	5,4%	
	BARCELONA 8-G ROQUETES	21870	21870	28593	8	3754	54225
	% de UP. Solicitante	5,1%	4,5%	,0%	1,6%	4,1%	
	BARCELONA 8-H CIUTAT MERIDIANA	17914	17914	21922	56	2924	42816
	% de UP. Solicitante	4,2%	3,4%	,3%	1,2%	3,2%	
	BARCELONA 8-I XAFARINES	22659	22659	34801	71	4128	61659
	% de UP. Solicitante	5,3%	5,4%	,4%	1,7%	4,6%	
	BARCELONA 8-J COTXERES	21193	21193	30467	286	46	51992
	% de UP. Solicitante	5,0%	4,7%	1,7%	,0%	3,9%	
	BARCELONA 9-D SANT ANDREU	19766	19766	40037	4907	5376	70086
	% de UP. Solicitante	4,6%	6,2%	29,4%	2,2%	5,3%	
	BARCELONA 9-E BON PASTOR	11996	11996	16011	183	2304	30494
	% de UP. Solicitante	2,8%	2,5%	1,1%	1,0%	2,3%	
	BARCELONA 9-F VIA BARCINO	12501	12501	14069	85	2313	28968
	% de UP. Solicitante	2,9%	2,2%	,5%	1,0%	2,2%	
	BARCELONA 9-G SANT ANDREU	17115	17115	34254	4172	5020	60561
	% de UP. Solicitante	4,0%	5,3%	25,0%	2,1%	4,6%	
	BARCELONA 9-H SANT ANDREU	14	14	1173	1537	33	2757
	% de UP. Solicitante	,0%	,2%	9,2%	,0%	,2%	
	MONTCADA I REIXAC	29114	29114	29224	24	4738	63100
	% de UP. Solicitante	6,8%	4,6%	,1%	2,0%	4,8%	
	OTROS	10339	10339	22581	2243	5297	40460
	% de UP. Solicitante	2,4%	3,5%	13,5%	2,2%	3,0%	
	EN BLANCO	50281	50281	54412	2218	164769	271680
	% de UP. Solicitante	11,8%	8,5%	13,3%	68,2%	20,5%	
Total	Recuento	427158	427158	641509	16667	241704	1327038
	% de UP. Solicitante	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

En la tabla 27, que indica las derivaciones de las unidades de procedencia en relación con el tipo de prestación y año, se ha localizado el 63,4% en la variable primera visita de “SAP Muntanya” Este resultado ha sido del 79,9% en el 2011 y del 70,3% en el 2015.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha detectado una disminución del 9,6%.

El 81,9% de las derivaciones en la visita sucesiva procedían de la unidad “Vall d’Hebron”. Este resultado ha sido del 99,4% en el 2011 y del 99,1% en el 2015.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha detectado una disminución del 0,3%.

El 19% de las derivaciones en primera visita procedían de la unidad “En Blanco”. Este resultado ha sido mayor en el 2010 con el 100%, corrigiéndose en años posteriores, con el 0,9% en el 2012 y el 0,7% en el 2015.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha manifestado una disminución del 0,2%.

Tabla 27.

De contingencia de las derivaciones en relación con la prestación y solicitante

Tabla de contingencia UP. Solicitante * Año * Tipo de prestación

Tipo de prestación				Año							Total
				2010	2011	2012	2013	2014	2015	Julio 2016	
Primera visita	UP. Solicitante	SAP Montaña	Recuento	0	85656	81942	79202	77195	64832	33810	422637
			% de Año	,0%	79,9%	81,2%	81,1%	79,9%	70,3%	68,1%	63,4%
		Vall d'Hebron	Recuento	0	20428	17819	16942	17876	18063	9607	100735
			% de Año	,0%	19,1%	17,7%	17,3%	18,5%	19,6%	19,4%	15,1%
		Fuera de zona	Recuento	0	1125	242	239	265	8682	5949	16502
			% de Año	,0%	1,0%	,2%	,2%	,3%	9,4%	12,0%	2,5%
		En blanco	Recuento	122388	5	928	1287	1228	605	261	126702
			% de Año	100,0%	,0%	,9%	1,3%	1,3%	,7%	,5%	19,0%
		Total	Recuento	122388	107214	100931	97670	96564	92182	49627	666576
			% de Año	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Visita sucesiva	UP. Solicitante	SAP Montaña	Recuento	0	641	1130	726	774	808	442	4521
			% de Año	,0%	,6%	1,1%	,7%	,8%	,9%	,9%	,7%
		Vall d'Hebron	Recuento	0	102429	102639	98274	94357	91822	51253	540774
			% de Año	,0%	99,4%	98,9%	99,2%	99,2%	99,1%	99,0%	81,9%
		Fuera de zona	Recuento	0	7	2	1	5	64	86	165
			% de Año	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,1%	,2%	,0%
		En blanco	Recuento	114943	2	9	17	21	8	2	115002
			% de Año	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	17,4%
		Total	Recuento	114943	103079	103780	99018	95157	92702	51783	660462
			% de Año	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 28, que muestra las derivaciones en “primera visita” solicitadas en relación con los equipos de primaria por años. Se ha detectado que el 6,8% de las derivaciones procedían de los equipos “7D Lisboa” y “Montcada y Reixac”, como resultado mayor de la variable.

- Se ha encontrado que las derivaciones del equipo 7D Lisboa han ido aumentando en un 4,1% desde el 2011 (4,3%) hasta el 2015 (8,4%).
- En el equipo de Montcada y Reixac las derivaciones han ido creciendo en un 4,5% desde el 2011 (4,0%) hasta el 2015 (8,5%). Este resultado ha sido superior al equipo 7D Lisboa.

El 5,9% de las derivaciones en “primera visita” se han localizado en el equipo “7F Lisboa.

- Este resultado ha ido creciendo en un 3,7% desde el 2011 (3,8%) hasta el 2015 (7,1%).

El 6,9% de las derivaciones en “primera visita” se ha encontrado en el EAP “8F Guineueta”.

- Este resultado ha ido creciendo desde el 2011 (4%) hasta el 2015 (7,7%) año que ha conseguido un aumento del 3,7%.

Se ha logrado una disminución del 5% como resultado global de las derivaciones solicitadas por todos los equipos en la “primera visita” entre los años 2011 (20,3%) y el 2015 (15,3%).

En la tabla 28, que muestra las derivaciones de “visita sucesiva” solicitadas por los equipos de primaria por años, se ha observado el 11,8% en el equipo 8I Chafarinas, como el resultado mayor de la variable.

- Este resultado ha sido mayor en el 2012 con el 17,7%.

Se ha encontrado un incremento del 3,8% como resultado global de las derivaciones solicitadas por todos los equipos en la “visita sucesiva” entre los años 2011 (14,1%) y el 2015 (17,9%).

Tabla 28.
De contingencia de las derivaciones en relación con los EAP – Área Básica

Tabla de contingencia Área Básica * Año * Tipo de prestación * UP. Solicitante

UP. Solicitante	Tipo de prestación	Área	Categoría	Recuento	Año							Total
					2010	2011	2012	2013	2014	2015	Julio 2016	
SIAP Montaña	Primera visita	Básica	BARCELONA 7-C EL CARMEL	Recuento	2841	4106	4505	4609	4194	1863	22118	
			% de Año	3.3%	5.0%	5.7%	6.0%	6.5%	5.5%	5.2%		
			BARCELONA 7-D LISBOA	Recuento	3700	5052	5626	6125	5426	2952	28881	
			% de Año	4.3%	6.2%	7.1%	7.9%	8.4%	8.7%	6.8%		
			BARCELONA 7-E SANT RAFAEL	Recuento	479	437	230	225	223	120	1714	
			% de Año	0.6%	0.5%	0.3%	0.3%	0.3%	0.4%	0.4%		
			BARCELONA 7-F LISBOA	Recuento	3274	4565	5208	4911	4603	2168	24729	
			% de Año	3.8%	5.6%	6.6%	6.4%	7.1%	8.4%	5.9%		
			BARCELONA 8-A VILAPICINA	Recuento	1816	2037	1993	1843	1743	947	10379	
			% de Año	2.1%	2.5%	2.5%	2.4%	2.7%	2.8%	2.5%		
			BARCELONA 8-B RIO DE JANEIRO-PORTA	Recuento	2045	2914	3173	3101	3012	1908	16153	
			% de Año	2.4%	3.6%	4.0%	4.0%	4.6%	5.6%	3.8%		
			BARCELONA 8-C TURO DE LA PEIRA	Recuento	2022	3183	3102	2823	2523	1273	14926	
			% de Año	2.4%	3.9%	3.9%	3.7%	3.9%	3.8%	3.5%		
			BARCELONA 8-D RIO DE JANEIRO-PROSPER	Recuento	2195	4054	4422	4171	4277	2445	21564	
			% de Año	2.6%	4.9%	5.6%	5.4%	6.6%	7.2%	5.1%		
			BARCELONA 8-E RIO DE JANEIRO-VERDUN	Recuento	2343	4033	4040	3995	4282	2686	21380	
			% de Año	2.7%	4.9%	5.1%	5.2%	6.6%	7.9%	5.1%		
			BARCELONA 8-F GUINEUETA	Recuento	3395	5640	6135	6144	4960	2854	29128	
			% de Año	4.0%	6.9%	7.7%	8.0%	7.7%	8.4%	6.9%		
			BARCELONA 8-G ROQUETES	Recuento	2880	4122	4316	4027	3914	2243	21502	
			% de Año	3.4%	5.0%	5.4%	5.2%	6.0%	6.6%	5.1%		
			BARCELONA 8-H CIUTAT MERIDIANA	Recuento	1974	3210	3692	3644	3320	1938	17678	
			% de Año	2.3%	3.9%	4.7%	4.6%	5.1%	5.7%	4.2%		
			BARCELONA 8-I XAFARINES	Recuento	2577	3956	4736	4517	4372	1969	22127	
			% de Año	3.0%	4.8%	6.0%	5.9%	6.7%	5.8%	5.2%		
			BARCELONA 8-J COTXERES	Recuento	1809	4264	4724	4154	4077	1825	20953	
			% de Año	2.1%	5.2%	6.0%	5.4%	6.3%	5.4%	4.9%		
			BARCELONA 9-D SANT ANDREU	Recuento	3126	4935	5402	5121	854	24	19462	
			% de Año	3.6%	6.0%	6.8%	6.6%	1.3%	0.1%	0.0%		
			BARCELONA 9-E BON PASTOR	Recuento	1498	2265	2429	2292	2119	1252	11875	
			% de Año	1.7%	2.8%	3.1%	3.0%	3.3%	3.7%	2.8%		
			BARCELONA 9-F VIA BARCINO	Recuento	1491	2498	2727	2510	2099	1070	12395	
% de Año	1.7%	3.0%	3.4%	3.3%	3.2%	3.2%	2.9%					
BARCELONA 9-G SANT ANDREU	Recuento	2678	4274	4644	4554	687	17	16854				
% de Año	3.1%	5.2%	5.9%	5.9%	1.1%	0.1%	0.0%					
BARCELONA 9-H SANT ANDREU	Recuento	0	0	0	0	4	6	10				
% de Año	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%					
MONTCADA I REIXAC	Recuento	3416	5192	5641	6131	5542	2928	28850				
% de Año	4.0%	6.3%	7.1%	7.9%	8.5%	8.7%	6.8%					
OTROS	Recuento	1971	2258	1910	1618	1649	797	10203				
% de Año	2.3%	2.8%	2.4%	2.1%	2.5%	2.4%	2.4%					
EN BLANCO	Recuento	38126	8927	547	779	952	525	49856				
% de Año	44.5%	10.9%	0.7%	1.0%	1.5%	1.6%	11.8%					
Total	Recuento	85656	81942	79202	77195	64832	33810	422637				
	% de Año	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%				

Tabla de contingencia Área Básica * Año * Tipo de prestación * UP. Solicitante

UP. Solicitante	Tipo de prestación	Área	Categoría	Recuento	Año							Total
					2010	2011	2012	2013	2014	2015	Julio 2016	
SIAP Montaña	Visita sucesiva	Básica	BARCELONA 7-C EL CARMEL	Recuento	12	4	4	11	13	17	61	
			% de Año	1.9%	0.4%	0.5%	1.4%	1.6%	3.8%	1.3%		
			BARCELONA 7-D LISBOA	Recuento	18	8	11	25	46	22	130	
			% de Año	2.8%	0.7%	1.5%	3.2%	5.7%	5.0%	2.9%		
			BARCELONA 7-E SANT RAFAEL	Recuento	4	1	2	0	5	0	12	
			% de Año	0.6%	0.1%	0.3%	0.0%	0.6%	0.0%	0.3%		
			BARCELONA 7-F LISBOA	Recuento	6	11	12	19	47	18	113	
			% de Año	0.9%	1.0%	1.7%	2.5%	5.8%	4.1%	2.5%		
			BARCELONA 8-A VILAPICINA	Recuento	19	51	23	13	10	10	126	
			% de Año	3.0%	4.5%	3.2%	1.7%	1.2%	2.3%	2.8%		
			BARCELONA 8-B RIO DE JANEIRO-PORTA	Recuento	22	19	20	18	28	24	131	
			% de Año	3.4%	1.7%	2.8%	2.3%	3.5%	5.4%	2.9%		
			BARCELONA 8-C TURO DE LA PEIRA	Recuento	21	56	26	20	16	12	151	
			% de Año	3.3%	5.0%	3.6%	2.6%	2.0%	2.7%	3.3%		
			BARCELONA 8-D RIO DE JANEIRO-PROSPER	Recuento	4	17	22	25	44	35	147	
			% de Año	0.6%	1.5%	3.0%	3.2%	5.4%	7.9%	3.3%		
			BARCELONA 8-E RIO DE JANEIRO-VERDUN	Recuento	14	21	13	23	62	39	162	
			% de Año	2.2%	1.9%	1.8%	3.0%	6.4%	8.8%	3.6%		
			BARCELONA 8-F GUINEUETA	Recuento	32	165	63	50	48	33	391	
			% de Año	5.0%	14.6%	8.7%	6.5%	5.9%	7.5%	8.6%		
			BARCELONA 8-G ROQUETES	Recuento	27	143	66	56	43	33	368	
			% de Año	4.2%	12.7%	9.1%	7.2%	5.3%	7.5%	8.1%		
			BARCELONA 8-H CIUTAT MERIDIANA	Recuento	34	74	38	37	37	16	236	
			% de Año	5.3%	6.5%	5.2%	4.8%	4.6%	3.6%	5.2%		
			BARCELONA 8-I XAFARINES	Recuento	52	200	68	76	73	63	532	
			% de Año	8.1%	17.7%	9.4%	9.8%	9.0%	14.3%	11.8%		
			BARCELONA 8-J COTXERES	Recuento	57	134	58	33	35	23	340	
			% de Año	8.9%	11.9%	8.0%	4.3%	4.3%	5.2%	7.5%		
			BARCELONA 9-D SANT ANDREU	Recuento	7	21	74	121	71	10	304	
			% de Año	1.1%	1.9%	10.2%	15.6%	8.8%	2.3%	6.7%		
			BARCELONA 9-E BON PASTOR	Recuento	6	6	32	33	28	16	121	
			% de Año	0.9%	0.5%	4.4%	4.3%	3.5%	3.6%	2.7%		
			BARCELONA 9-F VIA BARCINO	Recuento	2	8	31	28	28	9	106	
% de Año	0.3%	0.7%	4.3%	3.6%	3.5%	2.0%	2.3%					
BARCELONA 9-G SANT ANDREU	Recuento	8	26	68	92	65	12	261				
% de Año	1.2%	2.3%	9.4%	11.9%	6.8%	2.7%	5.8%					
BARCELONA 9-H SANT ANDREU	Recuento	0	0	0	0	4	0	4				
% de Año	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	0.1%					
MONTCADA I REIXAC	Recuento	17	31	55	53	74	34	264				
% de Año	2.7%	2.7%	7.6%	6.8%	9.2%	7.7%	5.8%					
OTROS	Recuento	16	28	32	25	22	13	136				
% de Año	2.5%	2.5%	4.4%	3.2%	2.7%	2.9%	3.0%					
EN BLANCO	Recuento	263	106	8	16	29	3	425				
% de Año	41.0%	9.4%	1.1%	2.1%	3.6%	0.7%	9.4%					
Total	Recuento	641	1130	726	774	808	442	4521				
	% de Año	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%				

En la tabla 29, que indica las derivaciones solicitadas por los EAP-ABS en relación con el tipo de prestación, primera y visita sucesiva, se ha encontrado el 11,8% en la categoría “En Blanco”. En la misma categoría “En Blanco” el 99,2% de las derivaciones son en “primera visita” y el 0,8% en la “visita sucesiva”.

El 6,8% de las derivaciones se han localizado en el equipo “7D Lisboa”. En la misma categoría el resultado ha sido mayor con el 99,6% en “primera visita”, y con el 0,4% en la “visita sucesiva”.

El 6,9% de las derivaciones se han encontrado en el equipo “8F Guineueta”. En la misma categoría el resultado ha sido mayor con el 98,7% en “primera visita”, y con el 1,3% en la “visita sucesiva”.

En relación al total de las derivaciones solicitadas por los equipos, se ha encontrado el 96,9% en “primera visita” y el 1,1% en la “visita sucesiva”.

Tabla 29.
De contingencia de las derivaciones en relación con los EAP y prestación

Tabla de contingencia Área Básica * Tipo de prestación * UP. Solicitante

UP. Solicitante				Tipo de prestación		Total
				Primera visita	Visita sucesiva	
SAP Montaña	Área Básica	BARCELONA 7-C EL CARMEL	Recuento	22118	61	22179
			% de Área Básica	99,7%	,3%	100,0%
			% de Tipo de prestación	5,2%	1,3%	5,2%
		BARCELONA 7-D LISBOA	Recuento	28881	130	29011
	% de Área Básica	99,6%	,4%	100,0%		
	% de Tipo de prestación	6,8%	2,9%	6,8%		
	BARCELONA 7-E SANT RAFAEL	Recuento	1714	12	1726	
	% de Área Básica	99,3%	,7%	100,0%		
	% de Tipo de prestación	,4%	,3%	,4%		
	BARCELONA 7-F LISBOA	Recuento	24729	113	24842	
	% de Área Básica	99,5%	,5%	100,0%		
	% de Tipo de prestación	5,9%	2,5%	5,8%		
	BARCELONA 8-A VILAPICINA	Recuento	10379	126	10505	
	% de Área Básica	98,8%	1,2%	100,0%		
	% de Tipo de prestación	2,5%	2,8%	2,5%		
	BARCELONA 8-B RIO DE JANEIRO-PORTA	Recuento	16153	131	16284	
	% de Área Básica	99,2%	,8%	100,0%		
	% de Tipo de prestación	3,8%	2,9%	3,8%		
	BARCELONA 8-C TURÓ DE LA PEIRA	Recuento	14928	151	15077	
	% de Área Básica	99,0%	1,0%	100,0%		
	% de Tipo de prestación	3,5%	3,3%	3,5%		
	BARCELONA 8-D RIO DE JANEIRO-PROSPER	Recuento	21564	147	21711	
	% de Área Básica	99,3%	,7%	100,0%		
	% de Tipo de prestación	5,1%	3,3%	5,1%		
	BARCELONA 8-E RIO DE JANEIRO-VERDUN	Recuento	21380	162	21542	
	% de Área Básica	99,2%	,8%	100,0%		
	% de Tipo de prestación	5,1%	3,6%	5,0%		
	BARCELONA 8-F GUINEUETA	Recuento	29128	391	29519	
	% de Área Básica	98,7%	1,3%	100,0%		
	% de Tipo de prestación	6,9%	8,6%	6,9%		
	BARCELONA 8-G ROQUETES	Recuento	21502	368	21870	
	% de Área Básica	98,3%	1,7%	100,0%		
	% de Tipo de prestación	5,1%	8,1%	5,1%		
	BARCELONA 8-H CIUTAT MERIDIANA	Recuento	17678	236	17914	
	% de Área Básica	98,7%	1,3%	100,0%		
	% de Tipo de prestación	4,2%	5,2%	4,2%		
	BARCELONA 8-I XAFARINES	Recuento	22127	532	22659	
	% de Área Básica	97,7%	2,3%	100,0%		
	% de Tipo de prestación	5,2%	11,6%	5,3%		
	BARCELONA 8-J COTXERES	Recuento	20853	340	21193	
	% de Área Básica	98,4%	1,6%	100,0%		
	% de Tipo de prestación	4,9%	7,5%	5,0%		
	BARCELONA 9-D SANT ANDREU	Recuento	19462	304	19766	
	% de Área Básica	98,5%	1,5%	100,0%		
	% de Tipo de prestación	4,6%	6,7%	4,6%		
	BARCELONA 9-E BON PASTOR	Recuento	11875	121	11996	
	% de Área Básica	99,0%	1,0%	100,0%		
	% de Tipo de prestación	2,8%	2,7%	2,8%		
	BARCELONA 9-F VIA BARCINO	Recuento	12395	106	12501	
	% de Área Básica	99,2%	,8%	100,0%		
	% de Tipo de prestación	2,9%	2,3%	2,9%		
	BARCELONA 9-G SANT ANDREU	Recuento	16854	261	17115	
	% de Área Básica	98,5%	1,5%	100,0%		
	% de Tipo de prestación	4,0%	5,8%	4,0%		
	BARCELONA 9-H SANT ANDREU	Recuento	10	4	14	
	% de Área Básica	71,4%	28,6%	100,0%		
	% de Tipo de prestación	,0%	,1%	,0%		
	MONTCADA I REIXAC	Recuento	28850	264	29114	
	% de Área Básica	99,1%	,9%	100,0%		
	% de Tipo de prestación	6,8%	5,8%	6,8%		
	OTROS	Recuento	10203	136	10339	
	% de Área Básica	98,7%	1,3%	100,0%		
	% de Tipo de prestación	2,4%	3,0%	2,4%		
	EN BLANCO	Recuento	49856	425	50281	
	% de Área Básica	99,2%	,8%	100,0%		
	% de Tipo de prestación	11,8%	9,4%	11,8%		
	Total	Recuento	422637	4621	427158	
		% de Área Básica	98,9%	1,1%	100,0%	
		% de Tipo de prestación	100,0%	100,0%	100,0%	

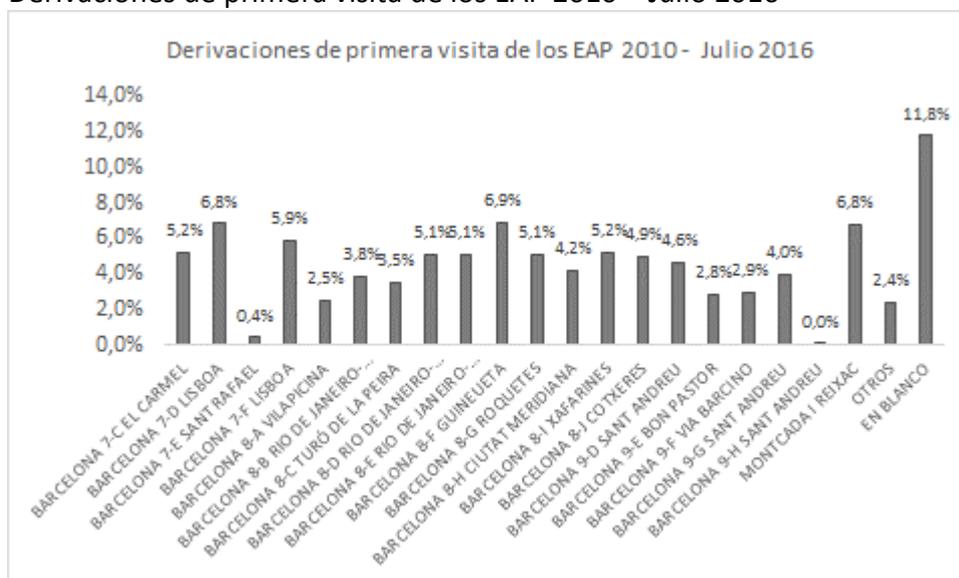
En la figura 26, que muestra las derivaciones de primera visita solicitadas por los médicos de familia en los años en estudio, se ha mostrado el 11,8% en la unidad de procedencia “En Blanco”, sin poder determinar qué equipo o médico de familia ha sido el solicitante de la visita hacia los especialistas.

En la figura 26, se ha mostrado qué equipos de primaria han solicitado un mayor número de primera visita hacia los especialistas, estos equipos han sido:

- El equipo 8F Guineueta con el 6,9%
- Los equipos 7D Lisboa y Montcada y Reixac” ambos con el 6,8%.

El 0,4% de las derivaciones en primera visita se ha detectado en el equipo “7E Sant Rafael”. En este resultado las derivaciones iban dirigidas hacia los servicios de Digestivo, Neurología y Oftalmología, ubicadas en el centro de Horta hasta el año 2013. Año de la culminación de la integración de todas las especialidades al centro médico de Sant Rafael, modelo RAE Sant Rafael.

Figura 26.
Derivaciones de primera visita de los EAP 2010 – Julio 2016



5.1.1.4. Derivaciones. Tipo de prestación de visita (primera visita o sucesiva)

En la tabla 30, que muestra las derivaciones en relación con la unidad de procedencia y tipo de prestación, se ha observado el 50,2% en “primera visita” y el 49,8% en la “visita sucesiva”.

En la unidad de procedencia “SAP Muntanya” se ha encontrado el 98,8% de las derivaciones en “primera visita” y el 1,1% en “visita sucesiva”.

En la unidad de procedencia “Vall d’Hebron” se ha encontrado el 15,7% de las derivaciones en “primera visita” y el 84,3% en “visita sucesiva”.

En el total de las derivaciones en relación con la unidad de procedencia, se han encontrado el 48,3% en “Vall d’Hebron”, el 32,2% en “SAP Muntanya”, el 18,2% “En Blanco”, y el 1,3% “Fuera de Zona”.

El 16,1% es la diferencia del total de derivaciones entre “SAP Muntanya” (32,2%) y “Vall d’Hebron” (48,3%).

Tabla 30.

De contingencia de las derivaciones en relación con la procedencia y prestación

Tabla de contingencia Tipo de prestación * UP. Solicitante

			UP. Solicitante				Total
			SAP Montaña	Vall d'Hebrón	Fuera de zona	En blanco	
Tipo de prestación	Primera visita	Recuento	422637	100735	16502	126702	666576
		% de Tipo de prestación	63,4%	15,1%	2,5%	19,0%	100,0%
		% de UP. Solicitante	98,9%	15,7%	99,0%	52,4%	50,2%
	Visita sucesiva	Recuento	4521	540774	165	115002	660462
		% de Tipo de prestación	,7%	81,9%	,0%	17,4%	100,0%
		% de UP. Solicitante	1,1%	84,3%	1,0%	47,6%	49,8%
Total	Recuento	427158	641509	16667	241704	1327038	
	% de Tipo de prestación	32,2%	48,3%	1,3%	18,2%	100,0%	
	% de UP. Solicitante	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

En la tabla 31, que indica las derivaciones en relación con las unidades de procedencia, prestación y año, se ha encontrado en “SAP Muntanya” una pérdida del 4,8% de todas las derivaciones entre los años 2011 (20,2%) y el 2015 (15,4%), equivalente a una disminución aproximada del 0,9% por año.

En la unidad de procedencia “Vall d’Hebron” se han localizado entre los años 2011 y 2015 pérdidas de:

- El 2,4% en la primera visita, el 1,9% en la visita sucesiva.
- En la unidad de procedencia “En Blanco” se ha encontrado una disminución del 97,9% en ambas prestaciones, entre los años 2010 (98,2%) y el 2015 (0,3%).

- En la unidad de procedencia “Fuera de zona” se ha observado un aumento del 45,8% en las derivaciones de primera visita entre los años 2011 (6,8%) y el 2015 (52,6%).

Tabla 31.

De contingencia de las derivaciones en relación con la procedencia, prestación y año

Tabla de contingencia Tipo de prestación * Año * UP. Solicitante

UP. Solicitante				Año							Total		
				2010	2011	2012	2013	2014	2015	Julio 2016			
SAP Montaña	Tipo de prestación	Primera visita	Recuento		85656	81942	79202	77195	64832	33810	422637		
			% de Tipo de prestación		20,3%	19,4%	18,7%	18,3%	15,3%	8,0%	100,0%		
			% de Año		99,3%	98,6%	99,1%	99,0%	98,8%	98,7%	98,9%		
		Visita sucesiva	Recuento		641	1130	726	774	808	442	4521		
			% de Tipo de prestación		14,2%	25,0%	16,1%	17,1%	17,9%	9,8%	100,0%		
			% de Año		,7%	1,4%	,9%	1,0%	1,2%	1,3%	1,1%		
	Total			Recuento	86297	83072	79928	77969	65640	34252	427158		
				% de Tipo de prestación	20,2%	19,4%	18,7%	18,3%	15,4%	8,0%	100,0%		
				% de Año	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		
	Vall d'Hebron	Tipo de prestación	Primera visita	Recuento		20428	17819	16942	17876	18063	9607	100735	
				% de Tipo de prestación		20,3%	17,7%	16,8%	17,7%	17,9%	9,5%	100,0%	
				% de Año		16,6%	14,8%	14,7%	15,9%	16,4%	15,8%	15,7%	
Visita sucesiva			Recuento		102429	102639	98274	94357	91822	51253	540774		
			% de Tipo de prestación		18,9%	19,0%	18,2%	17,4%	17,0%	9,5%	100,0%		
			% de Año		83,4%	85,2%	85,3%	84,1%	83,6%	84,2%	84,3%		
Total			Recuento	122857	120458	115216	112233	109885	60860	641509			
			% de Tipo de prestación	19,2%	18,8%	18,0%	17,5%	17,1%	9,5%	100,0%			
			% de Año	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%			
Fuera de zona		Tipo de prestación	Primera visita	Recuento		1125	242	239	265	8682	5949	16502	
				% de Tipo de prestación		6,8%	1,5%	1,4%	1,6%	52,6%	36,1%	100,0%	
				% de Año		99,4%	99,2%	99,6%	98,1%	99,3%	98,6%	99,0%	
	Visita sucesiva		Recuento		7	2	1	5	64	86	165		
			% de Tipo de prestación		4,2%	1,2%	,6%	3,0%	38,8%	52,1%	100,0%		
			% de Año		,6%	,8%	,4%	1,9%	,7%	1,4%	1,0%		
	Total			Recuento	1132	244	240	270	8746	6035	16667		
				% de Tipo de prestación	6,8%	1,5%	1,4%	1,6%	52,5%	36,2%	100,0%		
				% de Año	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		
	En blanco	Tipo de prestación	Primera visita	Recuento		122388	5	928	1287	1228	605	261	126702
				% de Tipo de prestación		96,6%	,0%	,7%	1,0%	1,0%	,5%	,2%	100,0%
				% de Año		51,6%	71,4%	99,0%	98,7%	98,3%	98,7%	99,2%	52,4%
Visita sucesiva			Recuento		114943	2	9	17	21	8	2	115002	
			% de Tipo de prestación		99,9%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	
			% de Año		48,4%	28,6%	1,0%	1,3%	1,7%	1,3%	,8%	47,6%	
Total			Recuento	237331	7	937	1304	1249	613	263	241704		
			% de Tipo de prestación	98,2%	,0%	,4%	,5%	,3%	,1%	100,0%			
			% de Año	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%			

Tabla de contingencia Tipo de prestación * Año * UP. Solicitante

UP. Solicitante				Año							Total
				2010	2011	2012	2013	2014	2015	Julio 2016	
SAP Montaña	Tipo de prestación	Primera visita	Recuento		85656	81942	79202	77195	64832	33810	422637
			% de Tipo de prestación		20,3%	19,4%	18,7%	18,3%	15,3%	8,0%	100,0%
			% de Año		99,3%	98,6%	99,1%	99,0%	98,8%	98,7%	98,9%
		Visita sucesiva	Recuento		641	1130	726	774	808	442	4521
			% de Tipo de prestación		14,2%	25,0%	16,1%	17,1%	17,9%	9,8%	100,0%
			% de Año		,7%	1,4%	,9%	1,0%	1,2%	1,3%	1,1%
	Total			Recuento	86297	83072	79928	77969	65640	34252	427158
				% de Tipo de prestación	20,2%	19,4%	18,7%	18,3%	15,4%	8,0%	100,0%
				% de Año	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 32, que muestra todas las prestaciones en relación con los equipos de primaria en SAP Muntanya, se ha mostrado el 97,8% de las solicitudes en primera visita y el 1,1% en la visita sucesiva.

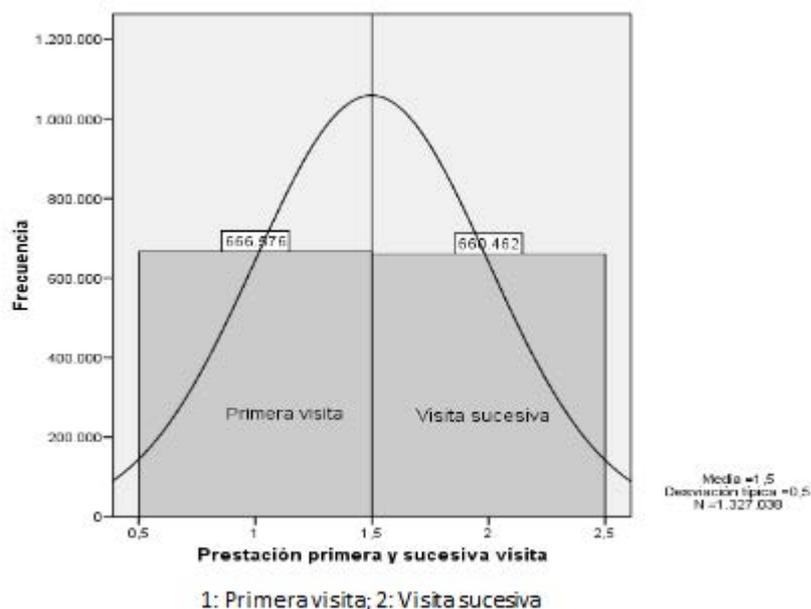
Tabla 32.
De contingencia de las derivaciones en relación con la prestación y EAP

Tabla de contingencia Área Básica * Tipo de prestación * UP. Solicitante

UP. Solicitante	Área Básica			Tipo de prestación		Total
				Primera visita	Visita sucesiva	
SAP Montaña	Básica	BARCELONA 7-C EL CARMEL	Recuento	22118	61	22179
			% de Área Básica	99,7%	,3%	100,0%
			% de Tipo de prestación	5,2%	1,3%	5,2%
		BARCELONA 7-D LISBOA	Recuento	28881	130	29011
			% de Área Básica	99,6%	,4%	100,0%
			% de Tipo de prestación	6,8%	2,9%	6,8%
		BARCELONA 7-E SANT RAFAEL	Recuento	1714	12	1728
			% de Área Básica	99,3%	,7%	100,0%
			% de Tipo de prestación	,4%	,3%	,4%
		BARCELONA 7-F LISBOA	Recuento	24729	113	24842
			% de Área Básica	99,5%	,5%	100,0%
			% de Tipo de prestación	5,9%	2,5%	5,8%
		BARCELONA 8-A VILAPICINA	Recuento	10379	128	10505
			% de Área Básica	98,8%	1,2%	100,0%
			% de Tipo de prestación	2,5%	2,8%	2,5%
		BARCELONA 8-B RIO DE JANEIRO-PORTA	Recuento	16153	131	16284
			% de Área Básica	99,2%	,8%	100,0%
			% de Tipo de prestación	3,8%	2,9%	3,8%
		BARCELONA 8-C TURÓ DE LA PEIRA	Recuento	14926	151	15077
			% de Área Básica	99,0%	1,0%	100,0%
			% de Tipo de prestación	3,5%	3,3%	3,5%
		BARCELONA 8-D RIO DE JANEIRO-PROSPER	Recuento	21564	147	21711
			% de Área Básica	99,3%	,7%	100,0%
			% de Tipo de prestación	5,1%	3,3%	5,1%
		BARCELONA 8-E RIO DE JANEIRO-VERDUN	Recuento	21380	162	21542
			% de Área Básica	99,2%	,8%	100,0%
			% de Tipo de prestación	5,1%	3,6%	5,0%
		BARCELONA 8-F GUINEUETA	Recuento	29128	391	29519
			% de Área Básica	98,7%	1,3%	100,0%
			% de Tipo de prestación	6,9%	6,6%	6,9%
		BARCELONA 8-G ROQUETES	Recuento	21502	368	21870
			% de Área Básica	98,3%	1,7%	100,0%
			% de Tipo de prestación	5,1%	8,1%	5,1%
		BARCELONA 8-H CIUTAT MERIDIANA	Recuento	17678	236	17914
			% de Área Básica	98,7%	1,3%	100,0%
			% de Tipo de prestación	4,2%	5,2%	4,2%
		BARCELONA 8-I XAFARINES	Recuento	22127	532	22659
			% de Área Básica	97,7%	2,3%	100,0%
			% de Tipo de prestación	5,2%	11,8%	5,3%
		BARCELONA 8-J COTXERES	Recuento	20853	340	21193
			% de Área Básica	98,4%	1,6%	100,0%
			% de Tipo de prestación	4,9%	7,5%	5,0%
		BARCELONA 9-D SANT ANDREU	Recuento	19482	304	19788
			% de Área Básica	98,5%	1,5%	100,0%
			% de Tipo de prestación	4,8%	6,7%	4,6%
		BARCELONA 9-E BON PASTOR	Recuento	11875	121	11998
			% de Área Básica	99,0%	1,0%	100,0%
			% de Tipo de prestación	2,8%	2,7%	2,8%
		BARCELONA 9-F VIA BARCINO	Recuento	12395	106	12501
			% de Área Básica	99,2%	,8%	100,0%
			% de Tipo de prestación	2,9%	2,3%	2,9%
		BARCELONA 9-G SANT ANDREU	Recuento	16854	261	17115
			% de Área Básica	98,5%	1,5%	100,0%
			% de Tipo de prestación	4,0%	5,8%	4,0%
		BARCELONA 9-H SANT ANDREU	Recuento	10	4	14
			% de Área Básica	71,4%	28,6%	100,0%
			% de Tipo de prestación	,0%	,1%	,0%
		MONTCADA I REIXAC	Recuento	28850	264	29114
			% de Área Básica	99,1%	,9%	100,0%
			% de Tipo de prestación	6,8%	5,8%	6,8%
		OTROS	Recuento	10203	136	10339
			% de Área Básica	98,7%	1,3%	100,0%
			% de Tipo de prestación	2,4%	3,0%	2,4%
		EN BLANCO	Recuento	49856	425	50281
			% de Área Básica	99,2%	,8%	100,0%
			% de Tipo de prestación	11,8%	9,4%	11,8%
Total			Recuento	422637	4521	427158
			% de Área Básica	98,9%	1,1%	100,0%
			% de Tipo de prestación	100,0%	100,0%	100,0%

En la figura 27, del tipo de prestación, se ha encontrado una distribución próxima a la normalidad.

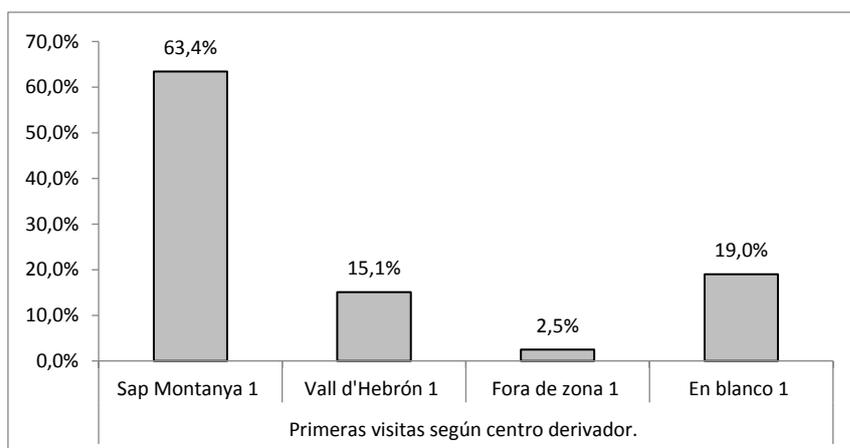
Figura 27.
Derivaciones en relación con la prestación “primera” y “visita sucesiva”.



En la figura 28, que muestra las derivaciones en “primera visita” en relación con la unidad de procedencia, se ha mostrado el 19,0% en la categoría “En Blanco”.

Se ha analizado en las unidades de procedencia, “SAP Muntanya” y “Vall d’Hebron”, las derivaciones solicitadas en “primera visita”. El resultado ha sido del 63,4% en SAP Muntanya y el 15,1% en Vall d’Hebron.

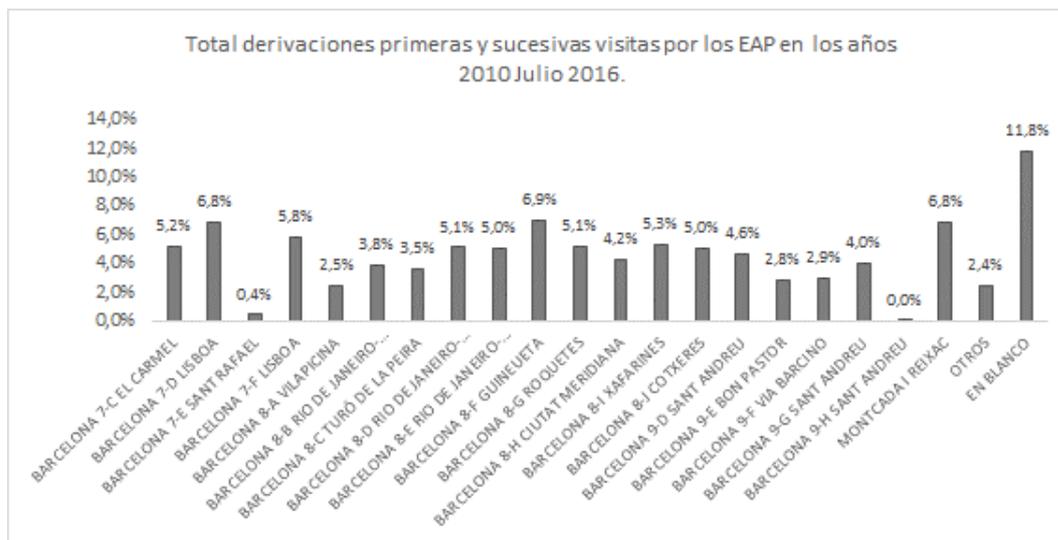
Figura 28.
Derivaciones en primera visita en relación con la unidad procedencia (UP)



En la figura 29, que muestra las derivaciones “primera y visita sucesiva” solicitadas en relación con los equipos de primaria en los años en estudio, se ha observado resultados similares a la tabla 32 (solicitudes de primera visita por los equipos de primaria).

Figura 29.

Derivaciones primera y sucesiva en relación con los equipos de primaria



5.1.1.5. Derivaciones. Prioridad de la visita solicitada por los EAP

En la tabla 33, que muestra el porcentaje de las derivaciones en relación con la prioridad solicitada por todas las unidades de procedencia o episodios en estudio, se ha encontrado el 85,7% en la prioridad A2 ordinario y el 14,3% en la prioridad A1 preferente-urgente.

Tabla 33.

De frecuencia de las derivaciones en relación con la prioridad A1 y A2

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
A1.- Urgente/prioritario	148672	11,2	14,3	14,3
A2.- Ordinario	887376	66,9	85,7	100,0
Total	1036048	78,1	100,0	
Perdidos				
Sistema	290990	21,9		
Total	1327038	100,0		

En la tabla 34, que indica la frecuencia de las derivaciones en relación con las unidades de procedencia por tipo de prestación y prioridad, se ha observado el 78,1% como casos válidos.

En la tabla 34, que muestra las unidades de procedencia en relación con el tipo de prestación y prioridad, se ha detectado en la unidad “Vall d’Hebron” “visita sucesiva” que:

- El 11,7% de las derivaciones vienen de la prioridad “preferente–urgente”
- El 88,3% de las derivaciones proceden de la prioridad “ordinario”.

Se ha observado en la unidad “SAP Muntanya” “primera visita” que:

- El 83,7% de las derivaciones vienen de la prioridad “ordinario”.
- El 16,3% de las derivaciones proceden de la prioridad “preferente–urgente”.

Se ha encontrado en la unidad “En Blanco” visita sucesiva que:

- El 35,6% de las derivaciones vienen de la prioridad “preferente-urgente”. Este resultado es superior a la unidad “SAP Muntanya”, con una diferencia del 17,5% entre esta unidad y “En Blanco”.

Tabla 34.

De contingencia de las derivaciones en relación con la procedencia, prestación y prioridad.

Resumen del procesamiento de los casos								
	Casos						N	Porcentaje
	Válidos		Perdidos		Total			
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje		
Tipo de prestación * UP. Solicitante * Prioritat A1(urg/pref) A2(ordi.)	1036048	78,1%	290990	21,9%	1327038	100,0%		

Tabla de contingencia Prioritat A1(urg/pref) A2(ordi.) * UP. Solicitante * Tipo de prestación								
Tipo de prestación	Prioritat A1(urg/pref) A2(ordi.)	A1.- Urgente/prioritario	Recuento	UP. Solicitante				Total
				SAP Montaña	Vall d'Hebron	Fuera de zona	En blanco	
Primera visita	Prioritat A1(urg/pref) A2(ordi.)	A1.- Urgente/prioritario	Recuento	69022	15990	2626	783	88421
			% de UP. Solicitante	16,3%	20,1%	15,9%	18,2%	16,9%
	A2.- Ordinario	Recuento	353615	63660	13876	3531	434682	
		% de UP. Solicitante	83,7%	79,9%	84,1%	81,8%	83,1%	
Total			Recuento	422637	79650	16502	4314	523103
			% de UP. Solicitante	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Visita sucesiva	Prioritat A1(urg/pref) A2(ordi.)	A1.- Urgente/prioritario	Recuento	820	59366	44	21	60251
			% de UP. Solicitante	18,1%	11,7%	26,7%	35,6%	11,7%
	A2.- Ordinario	Recuento	3701	448834	121	38	452694	
		% de UP. Solicitante	81,9%	88,3%	73,3%	64,4%	88,3%	
Total			Recuento	4521	508200	165	59	512945
			% de UP. Solicitante	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 35, que muestra las derivaciones en relación con las unidades de procedencia, tipo de prestación, prioridad y año, se ha encontrado que:

- El 2,4% es la pérdida de las derivaciones “SAP Muntanya” primera visita prioridad “preferente-urgente” entre el 2011 (18,1%) y el 2015 (15,7%)

- El 2,4% es el incremento de las derivaciones “SAP Muntanya” primera visita prioridad “ordinario” entre el 2011 (81,9%) y el 2015 (84,3%).

En el global de derivaciones que ha solicitado “SAP Muntanya”, en la prioridad A2 “ordinario” se ha detectado que:

- El 83,7% corresponde a la prioridad “ordinario” en primera visita
- El 81,9% corresponde a la prioridad “ordinario” en la visita sucesiva.

En la unidad de procedencia “Vall d’Hebron” se ha encontrado una disminución del 1,6% de las derivaciones de primera visita prioridad A1 “preferente-urgente” entre los años 2011 y 2015.

Tabla 35.

Derivaciones en relación con la procedencia, prestación, prioridad, y año

Tabla de contingencia Prioritat A1(urg/pref) A2(ordi.) * Año * Tipo de prestació * UP. Solicitante

UP. Solicitante	Tipo de prestació	Prioritat A1(urg/pref) A2(ordi.)	A1.- Urgente/prioritario	Recuento % de Año	Año						Total		
					2011	2012	2013	2014	2015	Julio 2016			
SAP Montaña	Primera visita	Prioritat A1(urg/pref) A2(ordi.)	A1.- Urgente/prioritario	Recuento % de Año	15543 18,1%	13913 17,0%	12333 15,6%	12044 15,6%	10164 15,7%	5025 14,9%	69022 16,3%		
			A2.- Ordinario	Recuento % de Año	70113 81,9%	68029 83,0%	66869 84,4%	65151 84,4%	54668 84,3%	28785 85,1%	353615 83,7%		
			Total	Recuento % de Año	85656 100,0%	81942 100,0%	79202 100,0%	77195 100,0%	64832 100,0%	33810 100,0%	422637 100,0%		
		Visita sucesiva	Prioritat A1(urg/pref) A2(ordi.)	A1.- Urgente/prioritario	Recuento % de Año	149 23,2%	208 18,4%	145 20,0%	129 16,7%	150 18,6%	39 8,8%	820 18,1%	
				A2.- Ordinario	Recuento % de Año	492 76,8%	922 81,6%	581 80,0%	645 83,3%	658 81,4%	403 91,2%	3701 81,9%	
				Total	Recuento % de Año	641 100,0%	1130 100,0%	726 100,0%	774 100,0%	808 100,0%	442 100,0%	4521 100,0%	
	Vall d'Hebron	Primera visita	Prioritat A1(urg/pref) A2(ordi.)	A1.- Urgente/prioritario	Recuento % de Año	2917 23,5%	2537 19,7%	2544 17,8%	2597 17,0%	3492 21,9%	1903 21,4%	15990 20,1%	
				A2.- Ordinario	Recuento % de Año	9500 76,5%	10320 80,3%	11740 82,2%	12693 83,0%	12429 78,1%	6978 78,6%	63660 79,9%	
				Total	Recuento % de Año	12417 100,0%	12857 100,0%	14284 100,0%	15290 100,0%	15921 100,0%	8881 100,0%	79650 100,0%	
			Visita sucesiva	Prioritat A1(urg/pref) A2(ordi.)	A1.- Urgente/prioritario	Recuento % de Año	11729 12,2%	9007 9,5%	9385 10,2%	10930 12,3%	10979 12,6%	7336 15,1%	59366 11,7%
					A2.- Ordinario	Recuento % de Año	84448 87,8%	86290 90,5%	82785 89,8%	77871 87,7%	76071 87,4%	41369 84,9%	448834 88,3%
					Total	Recuento % de Año	96177 100,0%	95297 100,0%	92170 100,0%	88801 100,0%	87050 100,0%	48705 100,0%	508200 100,0%
Fuera de zona		Primera visita	Prioritat A1(urg/pref) A2(ordi.)	A1.- Urgente/prioritario	Recuento % de Año	162 14,4%	26 10,7%	22 9,2%	44 16,6%	1370 15,8%	1002 16,8%	2626 15,9%	
				A2.- Ordinario	Recuento % de Año	963 85,6%	216 89,3%	217 90,8%	221 83,4%	7312 84,2%	4947 83,2%	13876 84,1%	
				Total	Recuento % de Año	1125 100,0%	242 100,0%	239 100,0%	265 100,0%	8682 100,0%	5949 100,0%	16502 100,0%	
			Visita sucesiva	Prioritat A1(urg/pref) A2(ordi.)	A1.- Urgente/prioritario	Recuento % de Año	1 14,3%	0 ,0%	0 ,0%	1 20,0%	18 28,1%	24 27,9%	44 26,7%
					A2.- Ordinario	Recuento % de Año	6 85,7%	2 100,0%	1 100,0%	4 80,0%	46 71,9%	62 72,1%	121 73,3%
					Total	Recuento % de Año	7 100,0%	2 100,0%	1 100,0%	5 100,0%	64 100,0%	86 100,0%	165 100,0%
	En blanco	Primera visita	Prioritat A1(urg/pref) A2(ordi.)	A1.- Urgente/prioritario	Recuento % de Año	1 20,0%	241 26,0%	230 17,9%	195 15,9%	62 10,2%	54 20,7%	783 18,2%	
				A2.- Ordinario	Recuento % de Año	4 80,0%	687 74,0%	1057 82,1%	1033 84,1%	543 89,8%	207 79,3%	3531 81,8%	
				Total	Recuento % de Año	5 100,0%	928 100,0%	1287 100,0%	1228 100,0%	605 100,0%	261 100,0%	4314 100,0%	
			Visita sucesiva	Prioritat A1(urg/pref) A2(ordi.)	A1.- Urgente/prioritario	Recuento % de Año	2 100,0%	7 77,8%	8 47,1%	4 19,0%	0 ,0%	0 ,0%	21 35,6%
					A2.- Ordinario	Recuento % de Año	0 ,0%	2 22,2%	9 52,9%	17 81,0%	8 100,0%	2 100,0%	38 64,4%
					Total	Recuento % de Año	2 100,0%	9 100,0%	17 100,0%	21 100,0%	8 100,0%	2 100,0%	59 100,0%

Tabla de contingencia Prioritat A1(urg/pref) A2(ordi.) * Año * Tipo de prestación * UP. Solicitante

UP. Solicitante	Tipo de prestación	Prioritat A1(urg/pref) A2(ordi.)	A1.- Urgente/prioritario	Recuento % de Año	Año						Total
					2011	2012	2013	2014	2015	Julio 2016	
SAP Montaña	Primera visita	Prioritat A1(urg/pref) A2(ordi.)	A1.- Urgente/prioritario	Recuento	15543	13913	12333	12044	10164	5025	69022
				% de Año	18,1%	17,0%	15,6%	15,6%	15,7%	14,9%	16,3%
		A2.- Ordinario	Recuento	70113	68029	66869	65151	54668	28785	353615	
			% de Año	81,9%	83,0%	84,4%	84,4%	84,3%	85,1%	83,7%	
		Total	Recuento	85656	81942	79202	77195	64832	33810	422637	
		% de Año	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		
	Visita sucesiva	Prioritat A1(urg/pref) A2(ordi.)	A1.- Urgente/prioritario	Recuento	149	208	145	129	150	39	820
				% de Año	23,2%	18,4%	20,0%	16,7%	18,6%	8,8%	18,1%
A2.- Ordinario		Recuento	492	922	581	645	658	403	3701		
		% de Año	76,8%	81,6%	80,0%	83,3%	81,4%	91,2%	81,9%		
	Total	Recuento	641	1130	726	774	808	442	4521		
	% de Año	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%			

5.1.1.6. Derivaciones. Tasa de Derivación (TD)

Se ha analizado la tasa de derivación en “primera visita” solicitada por los 22 equipos de primaria entre los años 2011 y Julio del 2016. El resultado ha sido del 4,9%.

El 0,58% es el resultado de la tasa de derivación de los equipos de primaria en la categoría “En Blanco”, resultado superior a todos los demás equipos de primaria. Tabla 36, variable (Tasa media de derivación de “primera visita” por EAP y año)

En la tabla 36, que muestra la tasa de derivación de los equipos de primaria, primera visita, hacia los especialistas, se han detectado diez equipos con una tasa de derivación superior a 0,22%, estos han sido:

Equipo de primaria	Tasa de derivación de primera visita
8F Guineueta	0,34%
7D Lisboa	0,33%
Montcada y Reixac	0,33%
7F Lisboa	0,29%
7C Carmel	0,26%
8I Chafarinas	0,26%
8D Rio de janeiro	0,25%
8G Roquetas	0,25%
8J Cotxeras Borbó	0,24%
9D Sant Andreu	0,23%

Los cinco servicios que han recibido una tasa de derivación de primera visita \geq al 1,5% desde el 2010 a Julio del 2016, han sido:

Servicios	Tasa de derivación de primera visita
Dermatología	5,83%
Cardiología	3,40%
Endocrinología	2,93%
Digestivo	2,37%
Cirugía General y Digestiva	1,52%

En relación a la tasa de derivación de los equipos de primaria en primeras visitas hacia el servicio de Dermatología en los años en estudio, se ha detectado que:

- El 4,79% de las derivaciones han sido en blanco
- El 2,80% de las derivaciones han sido del equipo 8F Guineueta
- El 2,77% de las derivaciones han sido del equipo 7D Lisboa y Montcada y Reixac.

La tasa de derivación de los equipos de primaria en primera visita hacia el servicio de Oftalmología en los años en estudio, ha sido inferior con el 0,11% respecto a los servicios con resultados más relevantes, como:

- Dermatología, con el 5,83%
- Cardiología, con el 3,40%.

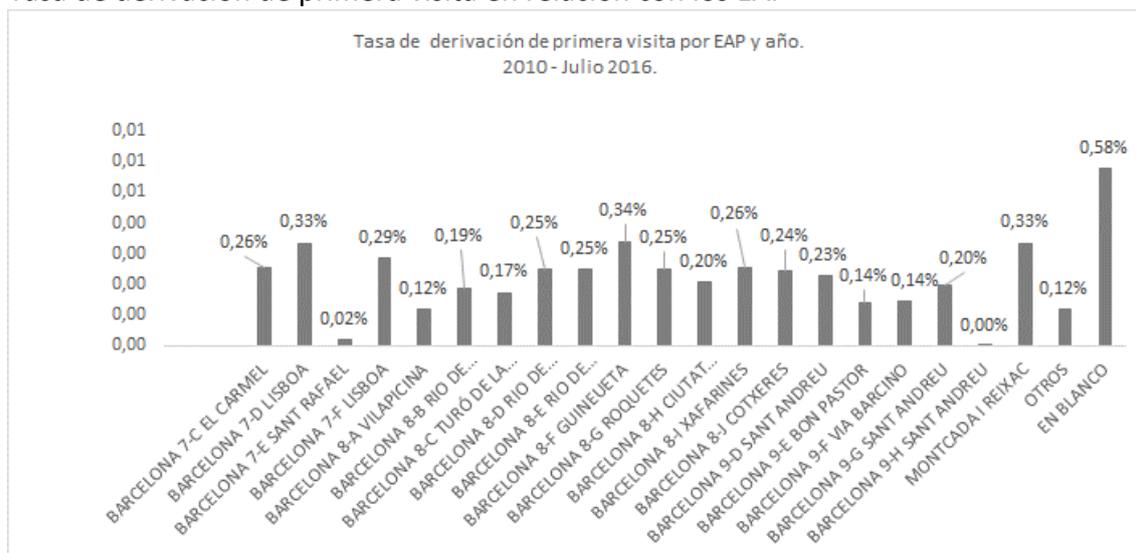
Se ha analizado la tasa de derivación de los equipos de primaria en primera visita entre los años 2011 (6,27%) y el año 2015 (5,39%) y el resultado ha detectado una disminución del 0,88%.

Tabla 36.
Tasa de la derivación de los EAP en la primera visita, hacia los especialistas

UP Solicitante	Área Básica	Tipo de prestación	Número total de los episodios atendidos entre 2010 - Julio 2016.	Número total número de las derivaciones de 1ª visita solicitadas por los EAP hacia los especialistas entre el 2010 - Julio 2016.	Tasa media de derivación de primera visita por EAP y año.	Año							
						2010	2011	2012	2013	2014	2015	Julio 2016	
						TD	TD	TD	TD	TD	TD	TD	
SAP Montaña	BARCELONA 7-C EL CARMEL	Primera visita	1.327.038	22.118	0,26%	0%	0,21%	0,31%	0,35%	0,37%	0,35%	0,28%	
	BARCELONA 7-D LISBOA		1.327.038	28.881	0,33%	0%	0,27%	0,38%	0,44%	0,49%	0,45%	0,45%	
	BARCELONA 7-E SANT RAFAEL		1.327.038	1.714	0,02%	0%	0,04%	0,03%	0,02%	0,02%	0,02%	0,02%	
	BARCELONA 7-F LISBOA		1.327.038	24.729	0,29%	0%	0,24%	0,34%	0,41%	0,39%	0,38%	0,33%	
	BARCELONA 8-A VILAPICINA		1.327.038	10.379	0,12%	0%	0,13%	0,15%	0,16%	0,15%	0,15%	0,14%	
	BARCELONA 8-B RIO DE JANEIRO-PORTA		1.327.038	16.153	0,19%	0%	0,15%	0,22%	0,25%	0,25%	0,25%	0,29%	
	BARCELONA 8-C TURÓ DE LA PEIRA		1.327.038	14.926	0,17%	0%	0,15%	0,24%	0,24%	0,23%	0,21%	0,19%	
	BARCELONA 8-D RIO DE JANEIRO-PROSPER		1.327.038	21.564	0,25%	0%	0,16%	0,30%	0,35%	0,33%	0,36%	0,37%	
	BARCELONA 8-E RIO DE JANEIRO-VERDUN		1.327.038	21.380	0,25%	0%	0,17%	0,30%	0,32%	0,32%	0,36%	0,41%	
	BARCELONA 8-F GUINEUETA		1.327.038	29.128	0,34%	0%	0,25%	0,42%	0,48%	0,49%	0,41%	0,43%	
	BARCELONA 8-G ROQUETES		1.327.038	21.502	0,25%	0%	0,21%	0,31%	0,34%	0,32%	0,33%	0,34%	
	BARCELONA 8-H CIUTAT MERIDIANA		1.327.038	17.678	0,20%	0%	0,14%	0,24%	0,29%	0,28%	0,28%	0,29%	
	BARCELONA 8-I XAFARINES		1.327.038	22.127	0,26%	0%	0,19%	0,30%	0,37%	0,36%	0,36%	0,30%	
	BARCELONA 8-J COTXERES		1.327.038	20.853	0,24%	0%	0,13%	0,32%	0,37%	0,33%	0,34%	0,28%	
	BARCELONA 9-D SANT ANDREU		1.327.038	19.462	0,23%	0%	0,23%	0,37%	0,42%	0,41%	0,07%	0,00%	
	BARCELONA 9-E BON PASTOR		1.327.038	11.875	0,14%	0%	0,11%	0,17%	0,19%	0,18%	0,18%	0,19%	
	BARCELONA 9-F VIA BARCINO		1.327.038	12.395	0,14%	0%	0,11%	0,19%	0,21%	0,20%	0,17%	0,16%	
	BARCELONA 9-G SANT ANDREU		1.327.038	16.854	0,20%	0%	0,20%	0,32%	0,36%	0,37%	0,06%	0,00%	
	BARCELONA 9-H SANT ANDREU		1.327.038	10	0,00%	0%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
	MONTCADA I REIXAC		1.327.038	28.850	0,33%	0%	0,25%	0,39%	0,44%	0,49%	0,46%	0,44%	
	OTROS		1.327.038	10.203	0,12%	0%	0,14%	0,17%	0,15%	0,13%	0,14%	0,12%	
	EN BLANCO		1.327.038	49.856	0,58%	0%	2,79%	0,67%	0,04%	0,06%	0,08%	0,08%	
	Total			1.327.038	422.637	4,90%	0%	6,27%	6,16%	6,20%	6,19%	5,39%	5,13%

UP Solicitante	Área Básica	Número total de derivaciones en 1ª visita de los EAP hacia los especialistas en los años 2010 a Julio 2016	Cardiología	Cirugía general	Dermatología	Digestiu	Endocrinología	Neurología	Oftalmología	Otorrinolaringología	Pneumología	Rehabilitacio	Reumatología	Traumatología	Urología	Total episodios atendidos por los servicios	TD (EAP)
			TD	TD	TD	TD	TD	TD	TD	TD	TD	TD	TD	TD	TD	TD	TD
			BARCELONA 7-C EL CARMEL	22.118	3,64%	8,12%	2,12%	5,22%	4,22%	5,10%	1,10%	2,71%	7,72%	15,83%	8,16%	1,89%	3,48%
BARCELONA 7-D LISBOA	28.881	4,75%	10,61%	2,77%	6,81%	5,51%	6,67%	1,44%	3,54%	10,08%	20,67%	10,66%	2,47%	4,54%	1.327.038	0,33%	
BARCELONA 7-E SANT RAFAEL	1.714	0,28%	0,63%	0,16%	0,40%	0,33%	0,40%	0,09%	0,21%	0,60%	1,23%	0,63%	0,15%	0,27%	1.327.038	0,02%	
BARCELONA 7-F LISBOA	24.729	4,07%	9,08%	2,37%	5,83%	4,72%	5,71%	1,23%	3,03%	8,63%	17,70%	9,13%	2,11%	3,89%	1.327.038	0,29%	
BARCELONA 8-A VILAPICINA	10.379	1,71%	3,81%	1,00%	2,45%	1,98%	2,40%	0,52%	1,27%	3,62%	7,43%	3,83%	0,89%	1,63%	1.327.038	0,12%	
BARCELONA 8-B RIO DE JANEIRO-PORTA	16.153	2,66%	5,93%	1,55%	3,81%	3,08%	3,73%	0,81%	1,98%	5,64%	11,56%	5,96%	1,38%	2,54%	1.327.038	0,19%	
BARCELONA 8-C TURÓ DE LA PEIRA	14.926	2,46%	5,48%	1,43%	3,52%	2,85%	3,44%	0,74%	1,83%	5,21%	10,68%	5,51%	1,28%	2,35%	1.327.038	0,17%	
BARCELONA 8-D RIO DE JANEIRO-PROSPER	21.564	3,55%	7,92%	2,07%	5,09%	4,12%	4,98%	1,08%	2,64%	7,53%	15,43%	7,96%	1,84%	3,39%	1.327.038	0,25%	
BARCELONA 8-E RIO DE JANEIRO-VERDUN	21.380	3,52%	7,85%	2,05%	5,04%	4,08%	4,93%	1,07%	2,62%	7,46%	15,30%	7,89%	1,83%	3,36%	1.327.038	0,25%	
BARCELONA 8-F GUINEUETA	29.128	4,79%	10,70%	2,80%	6,87%	5,56%	6,72%	1,45%	3,57%	10,17%	20,84%	10,75%	2,49%	4,58%	1.327.038	0,34%	
BARCELONA 8-G ROQUETES	21.502	3,54%	7,90%	2,06%	5,07%	4,11%	4,96%	1,07%	2,63%	7,50%	15,39%	7,94%	1,84%	3,38%	1.327.038	0,25%	
BARCELONA 8-H CIUTAT MERIDIANA	17.678	2,91%	6,49%	1,70%	4,17%	3,37%	4,08%	0,88%	2,17%	6,17%	12,65%	6,52%	1,51%	2,78%	1.327.038	0,20%	
BARCELONA 8-I XAFARINES	22.127	3,64%	8,13%	2,12%	5,22%	4,22%	5,11%	1,10%	2,71%	7,72%	15,83%	8,17%	1,89%	3,48%	1.327.038	0,26%	
BARCELONA 8-J COTXERES	20.853	3,43%	7,66%	2,00%	4,92%	3,98%	4,81%	1,04%	2,56%	7,28%	14,92%	7,70%	1,78%	3,28%	1.327.038	0,24%	
BARCELONA 9-D SANT ANDREU	19.462	3,20%	7,15%	1,87%	4,59%	3,72%	4,49%	0,97%	2,38%	6,79%	13,93%	7,18%	1,66%	3,06%	1.327.038	0,23%	
BARCELONA 9-E BON PASTOR	11.875	1,95%	4,36%	1,14%	2,80%	2,27%	2,74%	0,59%	1,46%	4,14%	8,50%	4,38%	1,01%	1,87%	1.327.038	0,14%	
BARCELONA 9-F VIA BARCINO	12.395	2,04%	4,55%	1,19%	2,92%	2,37%	2,86%	0,62%	1,52%	4,33%	8,87%	4,57%	1,06%	1,95%	1.327.038	0,14%	
BARCELONA 9-G SANT ANDREU	16.854	2,77%	6,19%	1,62%	3,98%	3,22%	3,89%	0,84%	2,07%	5,88%	12,06%	6,22%	1,44%	2,65%	1.327.038	0,20%	
BARCELONA 9-H SANT ANDREU	10	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,01%	0,00%	0,00%	0,00%	1.327.038	0,00%	
MONTCADA I REIXAC	28.850	4,75%	10,60%	2,77%	6,81%	5,51%	6,66%	1,44%	3,54%	10,07%	20,64%	10,65%	2,46%	4,54%	1.327.038	0,33%	
OTROS	10.203	1,68%	3,75%	0,98%	2,41%	1,95%	2,35%	0,51%	1,25%	3,56%	7,30%	3,77%	0,87%	1,61%	1.327.038	0,12%	
EN BLANCO	49.856	8,21%	18,31%	4,79%	11,76%	9,52%	11,51%	2,49%	6,11%	17,40%	35,68%	18,40%	4,26%	7,84%	1.327.038	0,58%	
Total	422.637	3,40%	1,52%	5,83%	2,37%	2,93%	0,02%	0,11%	0,05%	0,02%	0,01%	0,02%	0,07%	0,04%	1.327.038	4,90%	

Figura 30.
Tasa de derivación de primera visita en relación con los EAP



5.1.2. Episodios concluidos en la AEA en los años en estudio

5.1.2.1. Episodios. Origen de la solicitud

Se han analizado 1.327.038 episodios registrados en los años en estudio. Se ha hallado una frecuencia de visita entre 1 y 42 visitas por paciente y año. La media ha sido del 1,92. El 78,5% de los episodios han mostrado una relación entre 1 y 2 visitas por paciente y año.

En la tabla 37, que indica los episodios registrados en relación con los años en estudio, se ha encontrado el 17,9% en el año 2010, como resultado mayor de la variable. Se han comparado los años 2010 (17,9%) y el 2015 (13,9%).

- El resultado ha mostrado una disminución del 4% de los episodios registrados.

Tabla 37.
Estadísticos de los episodios concluidos, en los años

		Año			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2010	237331	17,9	17,9	17,9
	2011	210293	15,8	15,8	33,7
	2012	204711	15,4	15,4	49,2
	2013	196688	14,8	14,8	64,0
	2014	191721	14,4	14,4	78,4
	2015	184884	13,9	13,9	92,4
	Julio 2016	101410	7,6	7,6	100,0
	Total	1327038	100,0	100,0	

En la figura 31, que muestra todos los episodios en relación con la unidad de procedencia y año, se ha encontrado en la unidad “SAP Muntanya” el 41,04% en el 2011 y el 35,5% en el 2015.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha mostrado una disminución del 5,5%.

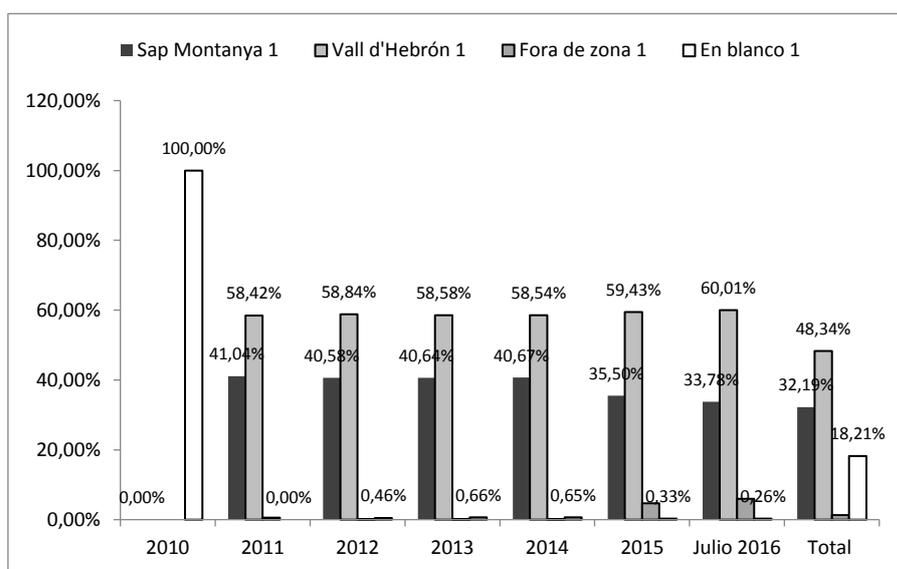
En la unidad “Vall d’Hebron”, se ha encontrado el 58,4% de los episodios en el 2011 y el 59,43% en el 2015.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha detectado un aumento del 1,0 %.

El 100% de los episodios en el 2010 corresponden a la unidad “En Blanco”.

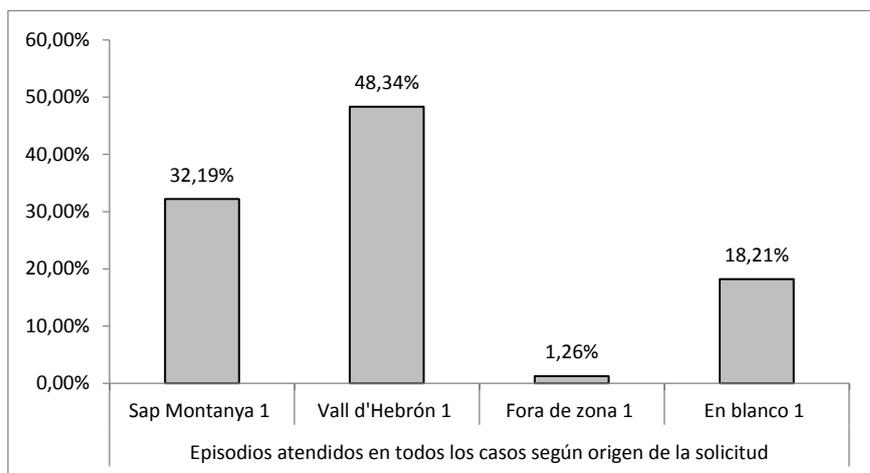
Figura 31.

Episodios registrados en todos los casos en relación con la unidad de procedencia (UP)



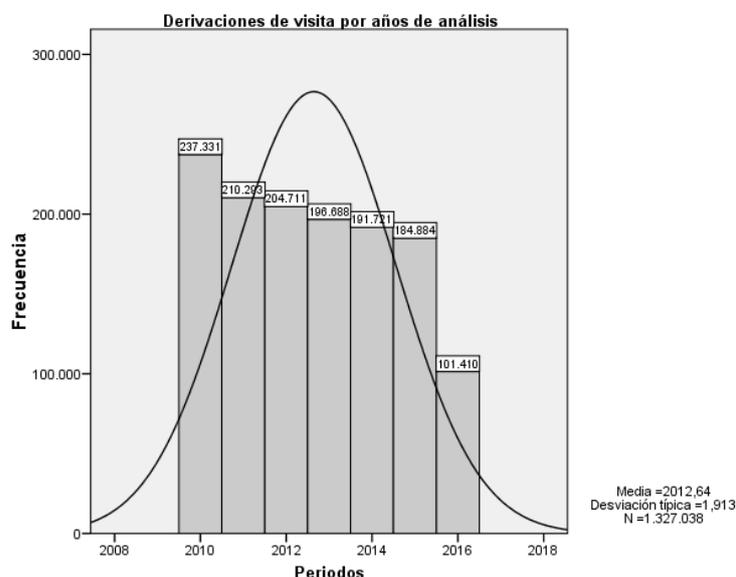
La figura 32, que muestra todos los episodios registrados en relación con las unidades productivas. El 48,34% de los episodios se ha encontrado en la unidad “Vall d’Hebron” y el 32,19% en “SAP Muntanya”.

Figura 32.
Episodios registrados en todos los casos en relación con la unidad de procedencia (UP)



La figura 33, de los episodios registrados en los años en estudio ha presentado valores de una desviación típica del 1,91 y una distribución leptocúrtica.

Figura 33.
Episodios registrados en los años 2009 – julio 2016



5.1.2.2. Episodios. Grupos de edad y sexo

En la tabla 38, que muestra la frecuencia de los episodios en relación con los grupos de edad y sexo, se ha encontrado el 99,7% de los casos como válidos y el 0,3% como perdido por el sistema.

Los valores estadísticos de los episodios en relación con el grupo de edad y sexo, ha presentado una media del 1,92, y una desviación típica de 1,28.

En la tabla 38, que muestra la frecuencia de los episodios en relación con los grupos de edad y sexo, se ha detectado que:

- El 20,3% de los episodios corresponden al grupo “Mujer de Más de 74 años”.
- El 15,0% de los episodios pertenecen al grupo “Hombre de Más de 74 años”.
- El 13,4% de los episodios afectan al grupo “Mujer 45-64 años”.
- El 10,8% de los episodios recaen en el grupo “Hombre 45-64 años”.

Tabla 38.

Frecuencia de los episodios concluidos en relación con los grupos de edad y sexo

		Edad y sexo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hombre Menos de 5 años	818	,1	,1	,1
	Hombre 5-14 años	18673	1,4	1,4	1,5
	Hombre 15-44 años	103442	7,8	7,8	9,3
	Hombre 45-64 años	142974	10,8	10,8	20,1
	Hombre 65-74 años	126912	9,6	9,6	29,7
	Hombre Más de 74 años	198612	15,0	15,0	44,7
	Mujer Menos de 5 años	673	,1	,1	44,8
	Mujer 5-14 años	19138	1,4	1,4	46,2
	Mujer 15-44 años	111845	8,4	8,5	54,7
	Mujer 45-64 años	177598	13,4	13,4	68,1
	Mujer 65-74 años	154255	11,6	11,7	79,7
	Mujer Más de 74 años	268045	20,2	20,3	100,0
	Total	1322985	99,7	100,0	
Perdidos	Sistema	4053	,3		
	Total	1327038	100,0		

En la tabla 39, que indica los episodios en relación con los grupos de edad y sexo en los años en estudio, se ha observado que:

- El 20,3% de los episodios pertenecen al grupo “Mujer de Más de 74 años”. Este resultado ha sido mayor en el año 2010 con el 23,0%.
- El 15,0% de los episodios corresponde al grupo “Hombre de Más de 74 años”. Este resultado ha sido mayor en el año 2010 con el 17,8%.
- El 0,1% de los episodios proceden de los grupos “Hombre Menor de 5 años” y “Mujer Menos de 5 años”. Este resultado ha sido el más bajo encontrado en la tabla.

Tabla 39.

De contingencia de los episodios concluidos en relación con los grupos de edad y sexo

			Tabla de contingencia Edad y sexo * Año						Total	
			Año							
			2010	2011	2012	2013	2014	2015	Julio 2016	
Edad y sexo	Hombre Menos de 5 años	Recuento	0	0	34	127	241	279	137	818
		% de Año	,0%	,0%	,0%	,1%	,1%	,2%	,1%	,1%
	Hombre 5-14 años	Recuento	2211	2820	2991	3256	3358	2829	1208	18673
		% de Año	,9%	1,4%	1,5%	1,7%	1,8%	1,5%	1,2%	1,4%
	Hombre 15-44 años	Recuento	17887	16361	15840	15958	15213	14565	7618	103442
		% de Año	7,5%	7,9%	7,8%	8,1%	7,9%	7,9%	7,5%	7,8%
	Hombre 45-64 años	Recuento	23329	21174	21499	21497	21648	21859	11968	142974
		% de Año	9,8%	10,2%	10,6%	10,9%	11,3%	11,8%	11,8%	10,8%
	Hombre 65-74 años	Recuento	21457	19300	19493	18890	18902	18448	10422	126912
		% de Año	9,0%	9,3%	9,6%	9,6%	9,9%	10,0%	10,3%	9,6%
	Hombre Más de 74 años	Recuento	42127	34074	31364	27973	25949	23745	13380	198612
		% de Año	17,8%	16,4%	15,4%	14,2%	13,5%	12,8%	13,2%	15,0%
	Mujer Menos de 5 años	Recuento	0	1	49	127	205	194	97	673
		% de Año	,0%	,0%	,0%	,1%	,1%	,1%	,1%	,1%
	Mujer 5-14 años	Recuento	2041	2783	3090	3263	3497	2932	1532	19138
		% de Año	,9%	1,3%	1,5%	1,7%	1,8%	1,6%	1,5%	1,4%
	Mujer 15-44 años	Recuento	18955	17016	17031	17076	16715	16190	8862	111845
		% de Año	8,0%	8,2%	8,4%	8,7%	8,7%	8,8%	8,7%	8,5%
	Mujer 45-64 años	Recuento	29168	25681	26096	27067	27210	27445	14931	177598
		% de Año	12,3%	12,4%	12,8%	13,8%	14,2%	14,8%	14,7%	13,4%
	Mujer 65-74 años	Recuento	25458	22897	23556	22913	23030	23212	13189	154255
		% de Año	10,7%	11,0%	11,6%	11,6%	12,0%	12,0%	13,0%	11,7%
	Mujer Más de 74 años	Recuento	54690	45159	42675	38540	35745	33178	18058	268045
		% de Año	23,0%	21,8%	20,9%	19,6%	18,6%	17,9%	17,8%	20,3%
Total		Recuento	237323	207266	203718	196687	191713	184876	101402	1322985
		% de Año	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 40, que muestra los episodios en relación con los grupos de edad y año, se ha detectado que:

- El 35,3% de los episodios pertenecen al grupo de “Más de 74 años”. Este resultado ha sido mayor el año 2010 (40,8%).
- El 24,2% de los episodios corresponden al grupo de “45-64 años”. Este resultado ha sido mayor en el año 2015 (26,7%).

Se han analizado ambos periodos 2010 y 2015, y el resultado ha detectado que el primer grupo de “Más de 74 años” ha sido superior al grupo “45-64 años” en un 11,1%.

Tabla 40.
De contingencia de los episodios concluidos en relación con los grupos de edad

Tabla de contingencia Grupo de edad * Año

			Año							Total
			2010	2011	2012	2013	2014	2015	Julio 2016	
Grupo de edad	Menos de 5 años	Recuento	0	1	83	254	446	473	234	1491
		% de Año	,0%	,0%	,0%	,1%	,2%	,3%	,2%	,1%
	5-14 años	Recuento	4252	5603	6081	6519	6855	5761	2740	37811
		% de Año	1,8%	2,7%	3,0%	3,3%	3,6%	3,1%	2,7%	2,9%
	15-44 años	Recuento	36844	33377	32871	33034	31928	30755	16480	215289
		% de Año	15,5%	16,1%	16,1%	16,8%	16,7%	16,6%	16,3%	16,3%
	45-64 años	Recuento	52497	46855	47595	48564	48858	49304	26899	320572
		% de Año	22,1%	22,6%	23,4%	24,7%	24,7%	25,5%	26,7%	24,2%
	65-74 años	Recuento	46915	42197	43049	41803	41932	41660	23611	281167
		% de Año	19,8%	20,4%	21,1%	21,3%	21,9%	22,5%	23,3%	21,3%
	Más de 74 años	Recuento	96818	79235	74041	66513	61694	56923	31446	466670
		% de Año	40,8%	38,2%	36,3%	33,8%	32,2%	30,8%	31,0%	35,3%
Total		Recuento	237326	207268	203720	196687	191713	184876	101410	1323000
		% de Año	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 41, que muestra los casos válidos de los episodios, se ha observado una pérdida del 0,3% de los episodios en el grupo de edad y sexo.

Tabla 41.
Episodios concluidos en relación con los servicios, grupos de edad, y sexo

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Edad y sexo * Año * Tipo de Servicio	1322985	99,7%	4053	,3%	1327038	100,0%

En la tabla 42, que muestra los episodios en relación con los grupos de edad y sexo en el servicio de Cardiología, se ha observado el 27,9% de los episodios en el grupo “Hombre Más de 74 años”, como resultado mayor de la variable. Este resultado ha sido del 32,7% en el año 2010 y el 23,7% en el año 2015.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha mostrado una disminución del 9,0%.

En Cardiología se ha detectado en el año 2010 el 18,2% de los episodios y el 13,7% en el 2015.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha detectado una disminución del 4,5%.

Tabla 42.
De contingencia en Cardiología en relación con los grupos de edad y sexo.

Tabla de contingencia Edad y sexo * Año * Tipo de Servicio

Tipo de Servicio	Edad y sexo		Año						Total	
			2010	2011	2012	2013	2014	2015		Julio 2016
Cardiología	Hombre	Menos de 5 años							100,0%	100,0%
		% de Edad y sexo % de Año							,0%	,0%
	Hombre 5-14 años	% de Edad y sexo	7,3%	40,0%	12,7%	9,1%	14,5%	12,7%	3,6%	100,0%
		% de Año	,0%	,1%	,0%	,0%	,1%	,1%	,0%	,1%
	Hombre 15-44 años	% de Edad y sexo	16,3%	15,0%	15,0%	12,2%	16,1%	15,1%	10,3%	100,0%
		% de Año	2,1%	2,2%	2,2%	2,1%	2,6%	2,5%	2,8%	2,3%
	Hombre 45-64 años	% de Edad y sexo	13,5%	14,2%	15,3%	13,9%	16,3%	16,7%	10,1%	100,0%
		% de Año	8,3%	9,9%	10,6%	11,6%	12,8%	13,6%	13,3%	11,2%
	Hombre 65-74 años	% de Edad y sexo	15,7%	14,5%	15,9%	14,3%	15,3%	15,0%	9,2%	100,0%
		% de Año	12,9%	13,5%	14,7%	16,1%	16,0%	16,3%	16,1%	14,9%
	Hombre Más de 74 años	% de Edad y sexo	21,3%	17,1%	16,7%	13,0%	13,0%	11,6%	7,2%	100,0%
		% de Año	32,7%	29,9%	28,9%	27,3%	25,6%	23,7%	23,7%	27,9%
	Mujer Menos de 5 años	% de Edad y sexo							100,0%	100,0%
		% de Año							,0%	,0%
	Mujer 5-14 años	% de Edad y sexo	3,9%	31,4%	19,6%	5,9%	15,7%	11,8%	11,8%	100,0%
		% de Año	,0%	,1%	,1%	,0%	,1%	,0%	,1%	,1%
Mujer 15-44 años	% de Edad y sexo	15,7%	17,7%	14,2%	12,5%	14,1%	16,0%	9,8%	100,0%	
	% de Año	1,3%	1,7%	1,4%	1,5%	1,5%	1,8%	1,8%	1,6%	
Mujer 45-64 años	% de Edad y sexo	13,4%	14,5%	15,6%	12,7%	15,7%	17,3%	10,9%	100,0%	
	% de Año	3,9%	4,8%	5,2%	5,1%	5,9%	6,7%	6,9%	5,3%	
Mujer 65-74 años	% de Edad y sexo	14,4%	14,3%	15,4%	13,5%	15,3%	16,5%	10,6%	100,0%	
	% de Año	7,1%	8,1%	8,6%	9,2%	9,7%	10,9%	11,3%	9,0%	
Mujer Más de 74 años	% de Edad y sexo	20,8%	17,1%	16,5%	13,0%	13,1%	12,1%	7,4%	100,0%	
	% de Año	31,6%	29,6%	28,4%	27,1%	25,6%	24,4%	24,1%	27,7%	
Total	% de Edad y sexo	18,2%	16,0%	16,1%	13,3%	14,2%	13,7%	8,5%	100,0%	
	% de Año	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

En la tabla 43, que muestra los episodios en relación con los grupos de edad y sexo en el servicio de Cirugía General y Digestiva, se ha observado el 18,4% de los episodios en el grupo “Hombre 45-64 años”, como resultado mayor de la variable. Este resultado ha sido del 17,4% en el año 2010 y el 19,1% en el año 2015.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha mostrado un aumento del 1,7%.

El 19,5% de los episodios en Cirugía General y Digestiva se han localizado en el 2010 y el 14,9% en el 2015.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha mostrado una disminución del 4,6%.

Tabla 43.
De contingencia en Cirugía General y Digestiva en relación con los grupos de edad y sexo

Tabla de contingencia Edad y sexo * Año * Tipo de Servicio

Tipo de Servicio			Año								Total
			2010	2011	2012	2013	2014	2015	Julio 2016		
Cirugía general y sexo	Edad y sexo	Hombre 5-14 años	% de Edad y sexo	25,0%	16,7%	8,3%	16,7%		20,8%	12,5%	100,0%
		% de Año	,1%	,1%	,0%	,1%		,1%	,1%	,1%	
	Hombre 15-44 años	% de Edad y sexo	16,5%	15,7%	12,7%	15,3%	15,5%	16,1%	8,3%	100,0%	
		% de Año	13,8%	16,9%	16,4%	16,3%	17,3%	17,6%	17,1%	16,3%	
	Hombre 45-64 años	% de Edad y sexo	18,4%	14,4%	12,5%	16,0%	15,3%	15,5%	8,0%	100,0%	
		% de Año	17,4%	17,5%	18,2%	19,3%	19,3%	19,1%	18,4%	18,4%	
	Hombre 65-74 años	% de Edad y sexo	18,8%	14,6%	12,2%	15,7%	14,9%	15,5%	8,3%	100,0%	
		% de Año	8,8%	8,8%	8,8%	9,4%	9,3%	9,5%	9,5%	9,1%	
	Hombre Más de 74 años	% de Edad y sexo	23,2%	14,7%	13,2%	14,2%	13,5%	13,7%	7,5%	100,0%	
		% de Año	10,8%	8,8%	9,4%	8,4%	8,3%	8,3%	8,5%	9,0%	
	Mujer Menos de 5 años	% de Edad y sexo					100,0%			100,0%	
		% de Año					,0%			,0%	
	Mujer 5-14 años	% de Edad y sexo	31,3%	12,5%	31,3%	18,8%	6,3%			100,0%	
		% de Año	,1%	,0%	,1%	,0%	,0%			,0%	
	Mujer 15-44 años	% de Edad y sexo	18,0%	15,3%	13,0%	15,7%	14,7%	15,0%	8,4%	100,0%	
		% de Año	12,4%	13,5%	13,7%	13,7%	13,5%	13,5%	14,1%	13,4%	
	Mujer 45-64 años	% de Edad y sexo	19,6%	14,8%	12,2%	16,0%	14,6%	15,3%	7,6%	100,0%	
		% de Año	16,3%	15,8%	15,6%	16,9%	16,2%	16,6%	15,5%	16,2%	
Mujer 65-74 años	% de Edad y sexo	19,6%	14,8%	13,1%	15,0%	15,1%	14,1%	8,4%	100,0%		
	% de Año	8,1%	7,9%	8,3%	7,9%	8,3%	7,6%	8,5%	8,1%		
Mujer Más de 74 años	% de Edad y sexo	25,5%	17,5%	12,9%	12,8%	12,0%	12,3%	7,1%	100,0%		
	% de Año	12,2%	10,8%	9,5%	7,8%	7,7%	7,7%	8,3%	9,3%		
Total	% de Edad y sexo	19,5%	15,2%	12,6%	15,3%	14,6%	14,9%	8,0%	100,0%		
	% de Año	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

En la tabla 44, que muestra los episodios en relación con los grupos de edad y sexo en el servicio de Dermatología, se ha encontrado el 15,3% de los episodios en el grupo “Mujer 15-44 años”, como resultado mayor de la variable. Este resultado ha sido del 15,7% en el año 2010 y el 15,2% en el año 2015.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha sido similar.

El 17,2% de los episodios en Dermatología se han encontrado en el 2010 y el 13,0% en el 2015.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha mostrado una disminución del 4,2%.

Tabla 44.
De contingencia en Dermatología en relación con los grupos de edad y sexo

Tabla de contingencia Edad y sexo * Año * Tipo de Servicio

Tipo de Servicio				Año						Total	
				2010	2011	2012	2013	2014	2015		Julio 2016
Dermatología	Edad y sexo	Hombre Menos de 5 años	% de Edad y sexo			5,5%	19,8%	36,3%	26,2%	12,2%	100,0%
			% de Año			,1%	,3%	,5%	,4%	,3%	,2%
		Hombre 5-14 años	% de Edad y sexo	17,6%	17,9%	17,6%	18,9%	17,3%	8,5%	2,2%	100,0%
			% de Año	2,1%	2,4%	2,3%	2,4%	2,2%	1,3%	,6%	2,0%
		Hombre 15-44 años	% de Edad y sexo	17,9%	15,1%	15,9%	16,8%	15,1%	12,4%	6,8%	100,0%
			% de Año	13,3%	13,1%	12,9%	13,3%	12,3%	12,2%	11,4%	12,8%
		Hombre 45-64 años	% de Edad y sexo	17,2%	14,3%	15,1%	15,8%	15,4%	14,0%	8,3%	100,0%
			% de Año	8,9%	8,7%	8,6%	8,7%	8,8%	9,6%	9,8%	9,0%
		Hombre 65-74 años	% de Edad y sexo	15,7%	13,6%	15,8%	15,7%	16,5%	14,4%	8,3%	100,0%
			% de Año	6,9%	7,0%	7,6%	7,4%	8,0%	8,3%	8,3%	7,6%
		Hombre Más de 74 años	% de Edad y sexo	17,2%	14,8%	16,7%	16,2%	15,3%	12,5%	7,4%	100,0%
			% de Año	13,1%	13,1%	14,0%	13,2%	12,8%	12,6%	12,7%	13,1%
		Mujer Menos de 5 años	% de Edad y sexo		,4%	12,4%	26,3%	38,0%	16,2%	6,8%	100,0%
			% de Año		,0%	,1%	,3%	,4%	,2%	,1%	,2%
		Mujer 5-14 años	% de Edad y sexo	16,2%	16,0%	17,4%	18,9%	19,3%	9,1%	3,1%	100,0%
			% de Año	1,9%	2,2%	2,3%	2,4%	2,5%	1,4%	,8%	2,1%
		Mujer 15-44 años	% de Edad y sexo	17,6%	14,7%	15,5%	16,1%	15,4%	12,9%	7,8%	100,0%
			% de Año	15,7%	15,3%	15,1%	15,2%	15,0%	15,2%	15,7%	15,3%
		Mujer 45-64 años	% de Edad y sexo	17,0%	14,6%	14,9%	15,7%	15,8%	13,8%	8,2%	100,0%
			% de Año	13,3%	13,3%	12,8%	13,1%	13,6%	14,2%	14,5%	13,4%
		Mujer 65-74 años	% de Edad y sexo	16,2%	14,6%	15,0%	15,3%	15,8%	13,9%	9,3%	100,0%
			% de Año	9,0%	9,5%	9,1%	9,1%	9,7%	10,2%	11,7%	9,6%
		Mujer Más de 74 años	% de Edad y sexo	18,4%	15,3%	15,7%	16,0%	14,9%	12,5%	7,2%	100,0%
			% de Año	15,9%	15,4%	15,0%	14,8%	14,2%	14,3%	14,0%	14,9%
	Total		% de Edad y sexo	17,2%	14,7%	15,7%	16,1%	15,6%	13,0%	7,6%	100,0%
			% de Año	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 45, que muestra los episodios en relación con los grupos de edad y sexo en el servicio de Digestivo, se ha observado el 18,3% de los episodios en el grupo “Mujer 45-64 años”, como resultado mayor de la variable. Este resultado ha sido del 15,2% en el año 2010 y el 20,8% en el año 2015.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha encontrado una disminución del 5,6%.

El 16,8% de los episodios en Digestivo se han localizado en el 2010 y el 17,4% en el 2015.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha mostrado un aumento del 0,6%.

Tabla 45.
De contingencia en Digestivo en relación con los grupos de edad y sexo

Tabla de contingencia Edad y sexo * Año * Tipo de Servicio

Tipo de Servicio			Año							Total
			2010	2011	2012	2013	2014	2015	Julio 2016	
Digestiu	Edad y sexo	Hombre Menos de 5 años					100,0%			100,0%
		% de Edad y sexo % de Año					,0%			,0%
		Hombre 5-14 años	25,0%	15,0%	25,0%	5,0%	20,0%	5,0%	5,0%	100,0%
		% de Edad y sexo % de Año	,0%	,0%	,1%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%
		Hombre 15-44 años	14,0%	11,5%	14,1%	15,6%	15,9%	18,8%	10,0%	100,0%
		% de Edad y sexo % de Año	6,9%	7,6%	8,7%	9,0%	8,8%	9,0%	8,0%	8,3%
		Hombre 45-64 años	17,7%	12,0%	13,5%	14,9%	14,9%	16,5%	10,6%	100,0%
		% de Edad y sexo % de Año	12,3%	11,2%	11,8%	12,2%	11,6%	11,1%	11,9%	11,7%
		Hombre 65-74 años	16,7%	13,1%	13,4%	14,9%	15,3%	16,5%	10,2%	100,0%
		% de Edad y sexo % de Año	7,7%	8,1%	7,7%	8,1%	7,9%	7,4%	7,6%	7,8%
		Hombre Más de 74 años	21,9%	15,1%	13,1%	13,9%	12,9%	14,4%	8,8%	100,0%
		% de Edad y sexo % de Año	12,9%	12,0%	9,7%	9,6%	8,5%	8,2%	8,3%	9,9%
		Mujer Menos de 5 años			100,0%					100,0%
		% de Edad y sexo % de Año			,0%					,0%
		Mujer 5-14 años	12,5%	25,0%	18,8%	25,0%	12,5%	6,3%		100,0%
		% de Edad y sexo % de Año	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%		,0%
		Mujer 15-44 años	12,7%	10,3%	13,5%	14,3%	16,4%	21,0%	11,8%	100,0%
		% de Edad y sexo % de Año	9,3%	10,1%	12,3%	12,2%	13,4%	14,8%	13,8%	12,2%
	Mujer 45-64 años	14,0%	11,9%	12,3%	14,0%	15,9%	19,7%	12,1%	100,0%	
	% de Edad y sexo % de Año	15,2%	17,4%	16,8%	17,9%	19,3%	20,8%	21,2%	18,3%	
	Mujer 65-74 años	15,5%	12,1%	13,2%	14,3%	15,5%	18,5%	10,9%	100,0%	
	% de Edad y sexo % de Año	12,8%	13,4%	13,6%	13,9%	14,3%	14,8%	14,5%	13,9%	
	Mujer Más de 74 años	21,6%	14,2%	14,5%	13,8%	13,6%	13,6%	8,7%	100,0%	
	% de Edad y sexo % de Año	22,8%	20,2%	19,2%	17,1%	16,0%	13,9%	14,7%	17,8%	
	Total	16,8%	12,5%	13,4%	14,4%	15,0%	17,4%	10,5%	100,0%	
	% de Edad y sexo % de Año	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

En la tabla 46, que muestra los episodios en relación con los grupos de edad y sexo en el servicio de Endocrinología, se ha observado el 21,2% de los episodios en el grupo “Mujer 45-64 años”, como resultado mayor de la variable. Este resultado ha sido del 19,5% en el año 2010 y el 23,2% en el año 2015.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha mostrado un aumento del 3,7%.

El 19% de los episodios en Endocrinología se han localizado en el 2010 y el 14,1% en el 2015.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha mostrado una disminución del 4,9%.

Tabla 46.
De contingencia en Endocrinología en relación con los grupos de edad y sexo

Tabla de contingencia Edad y sexo * Año * Tipo de Servicio

Tipo de Servicio			Año							Total	
			2010	2011	2012	2013	2014	2015	Julio 2016		
Endocrinología	Edad y sexo	Hombre Menos de 5 años							100,0%		100,0%
		% de Edad y sexo							.0%		.0%
		Hombre 5-14 años		18,8%	43,8%	18,8%	12,5%	6,3%			100,0%
		% de Edad y sexo		.0%	.1%	.0%	.0%	.0%			.0%
		Hombre 15-44 años	15,0%	15,2%	14,1%	14,2%	15,8%	16,7%	9,0%		100,0%
		% de Edad y sexo	3,1%	3,6%	3,9%	4,1%	4,5%	4,7%	4,6%		4,0%
		Hombre 45-64 años	15,2%	15,4%	14,2%	13,7%	14,7%	16,9%	9,9%		100,0%
		% de Edad y sexo	7,1%	8,3%	8,8%	8,8%	9,3%	10,7%	11,4%		8,9%
		Hombre 65-74 años	17,7%	16,4%	14,4%	14,3%	14,8%	14,4%	8,1%		100,0%
		% de Edad y sexo	7,7%	8,1%	8,2%	8,5%	8,7%	8,4%	8,7%		8,3%
		Hombre Más de 74 años	24,0%	19,3%	15,0%	13,0%	12,0%	10,8%	5,8%		100,0%
		% de Edad y sexo	12,3%	11,3%	10,1%	9,2%	8,3%	7,5%	7,3%		9,8%
		Mujer Menos de 5 años					100,0%				100,0%
		% de Edad y sexo					.0%				.0%
		Mujer 5-14 años	15,6%	25,0%	28,1%	12,5%	18,8%				100,0%
		% de Edad y sexo	.0%	.1%	.1%	.0%	.1%				.0%
		Mujer 15-44 años	15,5%	14,2%	14,6%	14,3%	16,2%	16,3%	8,9%		100,0%
		% de Edad y sexo	10,1%	10,5%	12,4%	12,8%	14,2%	14,3%	14,1%		12,3%
	Mujer 45-64 años	17,6%	15,2%	14,1%	14,3%	14,9%	15,5%	8,4%		100,0%	
	% de Edad y sexo	19,6%	19,3%	20,7%	21,9%	22,4%	23,2%	22,8%		21,2%	
	Mujer 65-74 años	19,0%	16,3%	14,4%	14,4%	13,7%	14,0%	8,2%		100,0%	
	% de Edad y sexo	15,3%	15,0%	15,2%	15,9%	14,8%	15,2%	16,1%		15,3%	
	Mujer Más de 74 años	23,3%	19,6%	14,8%	13,0%	12,4%	11,1%	5,8%		100,0%	
	% de Edad y sexo	24,7%	23,8%	20,6%	18,8%	17,7%	15,9%	15,1%		20,2%	
	% de Edad y sexo	19,0%	16,6%	14,5%	13,9%	14,1%	14,1%	7,8%		100,0%	
	% de Año	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		100,0%	

En la tabla 47, que muestra los episodios en relación con los grupos de edad y sexo en el servicio de Neurología, se ha observado el 33,2% de los episodios en el grupo “Mujer Más de 74 años”, como resultado mayor de la variable. Este resultado ha sido del 35,6% en el año 2010 y el 31,4% en el año 2015.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha mostrado una disminución del 4,2%.

El 18,1% de los episodios en Neurología se han detectado en el 2010 y el 14,8% en el 2015.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha indicado una disminución del 3,3%.

Tabla 47.
De contingencia en Neurología en relación con los grupos de edad y sexo

Tabla de contingencia Edad y sexo * Año * Tipo de Servicio

Tipo de Servicio			Año							Total
			2010	2011	2012	2013	2014	2015	Julio 2016	
Neurología	Edad y sexo	Hombre Menos de 5 años					50,0%	50,0%		100,0%
		% de Edad y sexo					.0%	.0%		.0%
		Hombre 5-14 años	6,7%	20,0%	13,3%	13,3%	6,7%	40,0%		100,0%
		% de Edad y sexo	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.1%		.0%
		Hombre 15-44 años	16,6%	15,2%	14,8%	13,6%	15,2%	16,5%	8,2%	100,0%
		% de Edad y sexo	4,2%	4,7%	4,6%	4,4%	4,6%	5,1%	4,4%	4,6%
		Hombre 45-64 años	17,8%	14,0%	15,0%	13,9%	15,3%	15,2%	8,8%	100,0%
		% de Edad y sexo	6,3%	6,1%	6,6%	6,3%	6,6%	6,6%	6,7%	6,5%
		Hombre 65-74 años	16,3%	13,9%	13,8%	14,5%	16,1%	16,0%	9,4%	100,0%
		% de Edad y sexo	5,7%	5,9%	5,9%	6,4%	6,8%	6,8%	7,0%	6,3%
		Hombre Más de 74 años	19,1%	15,2%	15,2%	14,3%	13,9%	14,0%	8,3%	100,0%
		% de Edad y sexo	20,8%	20,3%	20,5%	19,9%	18,4%	18,6%	19,4%	19,8%
		Mujer 5-14 años	15,4%	15,4%	15,4%	7,7%	7,7%	38,5%		100,0%
		% de Edad y sexo	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.1%		.0%
		Mujer 15-44 años	15,6%	14,4%	13,9%	14,3%	15,6%	16,8%	9,4%	100,0%
		% de Edad y sexo	7,1%	8,1%	7,8%	8,3%	8,6%	9,3%	9,1%	8,2%
	Mujer 45-64 años	17,4%	14,1%	14,8%	14,3%	15,8%	14,9%	8,6%	100,0%	
	% de Edad y sexo	11,2%	11,1%	11,8%	11,7%	12,3%	11,7%	11,8%	11,6%	
	Mujer 65-74 años	16,9%	14,3%	14,1%	14,5%	16,0%	15,7%	8,5%	100,0%	
	% de Edad y sexo	9,2%	9,5%	9,5%	10,1%	10,5%	10,4%	9,8%	9,8%	
	Mujer Más de 74 años	19,4%	15,3%	14,6%	14,0%	14,4%	14,0%	8,2%	100,0%	
	% de Edad y sexo	35,6%	34,3%	33,2%	32,8%	32,0%	31,4%	31,9%	33,2%	
	Total	18,1%	14,8%	14,6%	14,2%	14,9%	14,8%	8,5%	100,0%	
	% de Edad y sexo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

En la tabla 48, que muestra los episodios en relación con los grupos de edad y sexo en el servicio de Oftalmología, se ha observado el 26,2% de los episodios en el grupo “Mujer Más de 74 años”, como resultado mayor de la variable. Este resultado ha sido del 31,2% en el año 2010 y el 23,5% en el año 2015.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha mostrado una disminución del 7,7%.

El 16% de los episodios en Oftalmología se han encontrado en el 2010 y el 14,3% en el 2015.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha mostrado una disminución del 1,7%.

Tabla 48.
De contingencia en Oftalmología en relación con los grupos de edad y sexo

Tabla de contingencia Edad y sexo * Año * Tipo de Servicio

Tipo de Servicio			Año							Total
			2010	2011	2012	2013	2014	2015	Julio 2016	
Oftalmología	Edad y sexo	Hombre Menos de 5 años			2,1%	12,0%	20,2%	40,1%	25,6%	100,0%
		% de Edad y sexo			,0%	,1%	,2%	,3%	,3%	,1%
		Hombre 5-14 años	8,7%	13,0%	15,0%	16,3%	18,1%	18,6%	10,3%	100,0%
		% de Año	1,9%	2,8%	3,2%	3,6%	4,3%	4,4%	4,3%	3,4%
		Hombre 15-44 años	18,7%	18,2%	15,9%	15,0%	13,1%	12,3%	6,9%	100,0%
		% de Año	5,2%	5,1%	4,5%	4,4%	4,1%	3,8%	3,7%	4,5%
		Hombre 45-64 años	13,9%	14,6%	14,8%	15,5%	15,1%	16,8%	9,3%	100,0%
		% de Edad y sexo								
		% de Año	6,0%	6,2%	6,4%	7,0%	7,2%	8,0%	7,7%	6,9%
		Hombre 65-74 años	14,2%	15,1%	15,4%	15,1%	14,9%	16,1%	9,2%	100,0%
		% de Edad y sexo								
		% de Año	7,6%	8,1%	8,4%	8,5%	8,9%	9,6%	9,6%	8,6%
		Hombre Más de 74 años	19,1%	17,6%	16,2%	14,5%	13,1%	12,4%	7,1%	100,0%
		% de Edad y sexo								
		% de Año	19,5%	18,0%	16,8%	15,5%	14,9%	14,1%	13,9%	16,3%
		Mujer Menos de 5 años			1,8%	11,3%	21,5%	39,3%	26,2%	100,0%
		% de Edad y sexo								
		% de Año			,0%	,1%	,1%	,2%	,3%	,1%
		Mujer 5-14 años	7,3%	13,1%	15,0%	16,3%	18,3%	18,3%	11,6%	100,0%
		% de Edad y sexo								
	% de Año	1,7%	3,1%	3,6%	4,0%	4,9%	4,8%	5,3%	3,8%	
	Mujer 15-44 años	17,5%	18,0%	16,6%	15,7%	13,2%	11,9%	7,0%	100,0%	
	% de Edad y sexo									
	% de Año	6,5%	6,7%	6,3%	6,1%	5,5%	4,9%	5,1%	5,9%	
	Mujer 45-64 años	13,9%	14,0%	14,5%	16,5%	15,8%	16,1%	9,1%	100,0%	
	% de Edad y sexo									
	% de Año	8,8%	8,9%	9,3%	10,9%	11,2%	11,3%	11,1%	10,1%	
	Mujer 65-74 años	13,8%	14,5%	15,7%	15,4%	15,2%	16,0%	9,4%	100,0%	
	% de Edad y sexo									
	% de Año	11,6%	12,2%	13,4%	13,5%	14,2%	14,9%	15,4%	13,4%	
	Mujer Más de 74 años	18,6%	17,3%	16,4%	15,0%	13,1%	12,6%	7,2%	100,0%	
	% de Edad y sexo									
	% de Año	31,2%	29,0%	27,9%	26,3%	24,5%	23,5%	23,3%	26,9%	
	Total									
	% de Edad y sexo	16,0%	16,0%	15,8%	15,3%	14,3%	14,4%	8,3%	100,0%	
	% de Año	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

En la tabla 49, que muestra los episodios en relación con los grupos de edad y sexo en el servicio de Otorrinolaringología, se ha observado el 17,6% de los episodios en el grupo “Mujer Más de 74 años”, como resultado mayor de la serie. Este resultado ha sido del 20,2% en el año 2010 y el 14,9% en el año 2015.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha mostrado una disminución del 5,3%.

El 18,9% de los episodios en Otorrinolaringología se han encontrado en el 2010 y el 12,3% en el 2015.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha detectado una disminución del 6,6%.

Tabla 49.
De contingencia en Otorrinolaringología en relación con los grupos de edad y sexo

Tabla de contingencia Edad y sexo * Año * Tipo de Servicio

Tipo de Servicio			Año							Total
			2010	2011	2012	2013	2014	2015	Julio 2016	
Otorrinolaringología	Edad y sexo	Hombre Menos de 5 años			2,9%	14,4%	38,5%	32,7%	11,5%	100,0%
		% de Edad y sexo			,0%	,1%	,2%	,2%	,1%	,1%
		Hombre 5-14 años	17,9%	19,1%	19,9%	18,2%	15,6%	8,1%	1,2%	100,0%
		% de Año	1,9%	2,1%	2,5%	2,4%	2,2%	1,3%	,3%	2,0%
		Hombre 15-44 años	17,6%	17,1%	15,1%	15,5%	14,6%	13,1%	7,0%	100,0%
		% de Año	8,7%	9,2%	9,0%	9,8%	9,7%	10,0%	9,5%	9,4%
		Hombre 45-64 años	17,0%	16,6%	15,8%	15,4%	14,5%	13,2%	7,5%	100,0%
		% de Año	11,2%	11,9%	12,6%	13,0%	12,9%	13,4%	13,7%	12,5%
		Hombre 65-74 años	18,4%	17,7%	16,0%	14,7%	13,2%	12,9%	7,1%	100,0%
		% de Año	8,7%	9,1%	9,2%	8,9%	8,5%	9,4%	9,4%	9,0%
		Hombre Más de 74 años	23,3%	20,1%	14,9%	13,5%	12,5%	10,0%	5,7%	100,0%
		% de Año	14,3%	13,3%	11,0%	10,6%	10,3%	9,5%	9,6%	11,6%
		Mujer Menos de 5 años			10,5%	12,8%	36,0%	33,7%	7,0%	100,0%
		% de Año			,0%	,1%	,2%	,2%	,1%	,1%
		Mujer 5-14 años	17,9%	19,0%	20,5%	17,7%	15,0%	7,6%	2,3%	100,0%
		% de Año	1,5%	1,7%	2,0%	1,9%	1,7%	1,0%	,5%	1,5%
		Mujer 15-44 años	17,5%	16,5%	14,8%	13,9%	15,4%	14,0%	7,9%	100,0%
		% de Año	9,1%	9,3%	9,3%	9,3%	10,8%	11,2%	11,4%	9,9%
		Mujer 45-64 años	17,1%	15,9%	15,5%	15,1%	15,0%	13,9%	7,6%	100,0%
		% de Año	13,4%	13,5%	14,6%	15,1%	15,8%	16,7%	16,4%	14,8%
	Mujer 65-74 años	18,0%	16,6%	16,1%	14,9%	14,1%	12,9%	7,3%	100,0%	
	% de Año	11,2%	11,1%	12,1%	11,9%	11,8%	12,3%	12,5%	11,7%	
	Mujer Más de 74 años	21,7%	18,7%	15,7%	14,2%	12,9%	10,4%	6,4%	100,0%	
	% de Año	20,2%	18,8%	17,6%	16,9%	16,1%	14,9%	16,4%	17,6%	
	Total	18,9%	17,5%	15,7%	14,8%	14,1%	12,3%	6,8%	100,0%	
	% de Edad y sexo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% de Año	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

En la tabla 50, que muestra los episodios en relación con los grupos de edad y sexo en el servicio de Neumología, se ha observado el 21% de los episodios en el grupo “Hombre Más de 74 años”, como resultado mayor de la variable. Este resultado ha sido del 27% en el año 2010 y el 16,8% en el año 2015.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha mostrado una disminución del 3,2%.

El 16,4% de los episodios en Neumología se han descubierto en el 2010 y el 15,5% en el 2015.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha mostrado una disminución del 0,9%.

Tabla 50.
De contingencia en Neumología en relación con los grupos de edad y sexo

Tabla de contingencia Edad y sexo * Año * Tipo de Servicio

Tipo de Servicio				Año						Total	
				2010	2011	2012	2013	2014	2015		Julio 2016
Pneumología	Edad y sexo	Hombre Menos de 5 años	% de Edad y sexo % de Año				100,0% ,0%				100,0% ,0%
		Hombre 5-14 años	% de Edad y sexo % de Año		30,8% ,1%	15,4% ,0%	23,1% ,0%	23,1% ,0%	7,7% ,0%		100,0% ,0%
		Hombre 15-44 años	% de Edad y sexo % de Año	16,0% 5,5%	12,8% 5,4%	12,7% 4,9%	14,5% 5,3%	15,6% 5,6%	17,4% 6,4%	11,0% 7,1%	100,0% 5,7%
		Hombre 45-64 años	% de Edad y sexo % de Año	11,6% 11,4%	12,1% 14,5%	13,2% 14,6%	16,7% 17,5%	17,8% 18,4%	18,7% 19,5%	10,0% 18,3%	100,0% 16,2%
		Hombre 65-74 años	% de Edad y sexo % de Año	14,5% 12,8%	12,3% 13,3%	14,8% 14,8%	16,1% 15,1%	16,6% 15,5%	16,3% 15,3%	9,5% 15,7%	100,0% 14,6%
		Hombre Más de 74 años	% de Edad y sexo % de Año	21,1% 27,0%	15,9% 24,8%	15,6% 22,5%	15,0% 20,4%	13,2% 17,8%	12,4% 16,8%	6,8% 16,2%	100,0% 21,0%
		Mujer 5-14 años	% de Edad y sexo % de Año			60,0% ,0%		40,0% ,0%			100,0% ,0%
		Mujer 15-44 años	% de Edad y sexo % de Año	16,7% 4,4%	12,4% 4,0%	14,4% 4,3%	14,6% 4,1%	16,1% 4,5%	16,8% 4,7%	9,0% 4,5%	100,0% 4,4%
		Mujer 45-64 años	% de Edad y sexo % de Año	13,7% 9,5%	12,2% 10,3%	12,9% 10,0%	15,6% 11,5%	17,5% 12,7%	17,6% 13,0%	10,5% 13,5%	100,0% 11,4%
		Mujer 65-74 años	% de Edad y sexo % de Año	15,0% 10,0%	12,7% 10,4%	14,7% 11,1%	15,1% 10,7%	16,1% 11,3%	16,3% 11,6%	10,2% 12,8%	100,0% 11,0%
		Mujer Más de 74 años	% de Edad y sexo % de Año	20,1% 19,2%	15,0% 17,4%	16,4% 17,6%	15,3% 15,4%	14,1% 14,1%	12,5% 12,6%	6,6% 11,8%	100,0% 15,7%
		Total	% de Edad y sexo % de Año	16,4% 100,0%	13,5% 100,0%	14,6% 100,0%	15,5% 100,0%	15,7% 100,0%	15,5% 100,0%	8,8% 100,0%	100,0% 100,0%

En la tabla 51, que muestra los episodios en relación con los grupos de edad y sexo en el servicio de Rehabilitación, se ha observado el 23,7% de los episodios en el grupo “Mujer Más de 74 años”, como resultado mayor de la variable. Este resultado ha sido del 27,5% en el año 2010 y el 21,4% en el año 2015.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha encontrado una disminución del 6,1%.

El 16,8% de los episodios en Rehabilitación se han hallado en el 2010, y el 17,4% en el 2015.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha mostrado un aumento del 0,6%.

Tabla 51.
De contingencia en Medicina Física y Rehabilitación en relación con los grupos de edad y sexo

Tabla de contingencia Edad y sexo * Año * Tipo de Servicio

Tipo de Servicio				Año							Total
				2010	2011	2012	2013	2014	2015	Julio 2016	
Rehabilitación	Edad y sexo	Hombre 5-14 años	% de Edad y sexo				33,3%	46,7%	20,0%		100,0%
			% de Año				,1%	,2%	,1%		,1%
		Hombre 15-44 años	% de Edad y sexo	14,2%		17,9%	19,0%	18,8%	19,7%	10,4%	100,0%
			% de Año	4,4%		5,1%	5,4%	5,1%	5,9%	5,7%	5,2%
		Hombre 45-64 años	% de Edad y sexo	17,4%		18,5%	15,7%	20,7%	17,1%	10,5%	100,0%
			% de Año	10,2%		9,9%	8,4%	10,6%	9,7%	10,8%	9,8%
		Hombre 65-74 años	% de Edad y sexo	17,0%		18,2%	18,7%	20,2%	16,1%	9,8%	100,0%
			% de Año	7,0%		6,8%	7,0%	7,2%	6,4%	7,1%	6,9%
		Hombre Más de 74 años	% de Edad y sexo	19,7%		21,2%	16,3%	18,1%	15,7%	9,1%	100,0%
			% de Año	8,9%		8,7%	6,7%	7,1%	6,8%	7,2%	7,6%
		Mujer 5-14 años	% de Edad y sexo	11,8%		11,8%		29,4%	41,2%	5,9%	100,0%
			% de Año	,1%		,1%		,1%	2%	,1%	,1%
		Mujer 15-44 años	% de Edad y sexo	14,7%		17,0%	19,9%	20,9%	18,3%	9,3%	100,0%
			% de Año	6,1%		6,4%	7,5%	7,5%	7,3%	6,7%	6,9%
		Mujer 45-64 años	% de Edad y sexo	15,1%		17,7%	19,7%	19,4%	17,7%	10,4%	100,0%
			% de Año	18,9%		20,2%	22,5%	21,2%	21,5%	22,9%	21,1%
	Mujer 65-74 años	% de Edad y sexo	15,4%		17,2%	17,6%	20,4%	19,4%	10,1%	100,0%	
		% de Año	16,9%		17,3%	17,6%	19,6%	20,7%	19,5%	18,5%	
	Mujer Más de 74 años	% de Edad y sexo	19,5%		20,0%	19,4%	17,3%	15,7%	8,2%	100,0%	
		% de Año	27,5%		25,7%	24,8%	21,3%	21,4%	20,2%	23,7%	
	Total	% de Edad y sexo	16,8%		18,5%	18,5%	19,2%	17,4%	9,6%	100,0%	
		% de Año	100,0%		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

En la tabla 52, que muestra los episodios en relación con los grupos de edad y sexo en el servicio de Reumatología, se ha observado el 24,8% de los episodios en el grupo “Mujer Más de 74 años”, como resultado mayor de la variable. Este resultado ha sido del 31,6% en el año 2010 y el 20,8% en el año 2015.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha mostrado una disminución del 10,8%.

El 18,9% de los episodios en Reumatología se han descubierto en el 2010, y el 14% en el 2015.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha mostrado una disminución del 4,9%.

Tabla 52.
De contingencia en Reumatología en relación con los grupos de edad y sexo

Tabla de contingencia Edad y sexo * Año * Tipo de Servicio

Tipo de Servicio				Año							Total	
				2010	2011	2012	2013	2014	2015	Julio 2016		
Reumatología	Edad y sexo	Hombre 5-14 años	% de Edad y sexo		100,0%							100,0%
			% de Año		,0%							,0%
		Hombre 15-44 años	% de Edad y sexo	14,5%	15,6%	16,4%	14,5%	13,8%	15,7%	9,5%	100,0%	
			% de Año	2,7%	3,4%	3,9%	3,7%	3,5%	3,9%	4,0%	3,5%	
		Hombre 45-64 años	% de Edad y sexo	15,2%	16,2%	15,9%	14,3%	14,8%	15,1%	8,5%	100,0%	
			% de Año	6,7%	8,2%	8,9%	8,6%	8,7%	8,9%	8,5%	8,3%	
		Hombre 65-74 años	% de Edad y sexo	17,5%	16,9%	14,4%	14,0%	15,2%	13,5%	8,4%	100,0%	
			% de Año	5,6%	6,3%	5,9%	6,2%	6,6%	5,9%	6,2%	6,1%	
		Hombre Más de 74 años	% de Edad y sexo	19,9%	16,5%	15,0%	13,6%	13,0%	14,4%	7,6%	100,0%	
			% de Año	8,8%	8,5%	8,5%	8,3%	7,8%	8,6%	7,8%	8,4%	
		Mujer 5-14 años	% de Edad y sexo	25,0%					25,0%	50,0%	100,0%	
			% de Año	,0%					,0%	,1%	,0%	
		Mujer 15-44 años	% de Edad y sexo	13,3%	14,6%	15,0%	15,1%	16,0%	16,1%	9,9%	100,0%	
			% de Año	5,0%	6,3%	7,1%	7,7%	8,0%	8,1%	8,4%	7,0%	
		Mujer 45-64 años	% de Edad y sexo	16,5%	15,5%	14,6%	14,0%	14,9%	15,1%	9,2%	100,0%	
			% de Año	21,7%	23,6%	24,5%	25,3%	26,3%	26,7%	27,8%	24,7%	
		Mujer 65-74 años	% de Edad y sexo	19,7%	15,8%	14,1%	13,7%	14,1%	14,0%	8,6%	100,0%	
			% de Año	17,9%	16,7%	16,5%	17,2%	17,2%	17,2%	17,9%	17,2%	
	Mujer Más de 74 años	% de Edad y sexo	24,1%	17,9%	14,6%	12,8%	12,5%	11,8%	6,4%	100,0%		
		% de Año	31,6%	27,1%	24,6%	23,1%	22,0%	20,8%	19,3%	24,8%		
	Total	% de Edad y sexo	18,9%	16,3%	14,7%	13,8%	14,0%	14,0%	8,2%	100,0%		
		% de Año	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

En la tabla 53, que muestra los episodios en relación con los grupos de edad y sexo en el servicio de Traumatología, se ha observado el 19% de los episodios en el grupo “Mujer 45-64 años”, como resultado mayor de la variable. Este resultado ha sido del 17,8% en el año 2010 y el 20,8% en el año 2015.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha mostrado un aumento del 3%.

El 19,2% de los episodios en Traumatología se han descubierto en el 2010, y el 13,7% en el 2015.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha detectado una disminución del 5,5%.

Tabla 53.
De contingencia en Traumatología en relación con los grupos de edad y sexo

Tabla de contingencia Edad y sexo * Año * Tipo de Servicio

Tipo de Servicio			Año							Total
			2010	2011	2012	2013	2014	2015	Julio 2016	
Traumatología	Edad y sexo	Hombre Menos de 5 años			13,3%	13,3%	24,4%	48,9%		100,0%
		% de Edad y sexo			,0%	,0%	,0%	,1%		,0%
		Hombre 5-14 años	11,5%	15,9%	14,2%	20,0%	20,9%	16,7%	,7%	100,0%
		% de Año	,8%	1,2%	1,1%	1,7%	1,9%	1,6%	,2%	1,3%
		Hombre 15-44 años	19,2%	17,2%	16,5%	14,7%	13,9%	13,5%	5,0%	100,0%
		% de Año	11,0%	11,2%	11,3%	10,7%	10,8%	10,8%	10,8%	10,9%
		Hombre 45-64 años	18,1%	16,1%	16,2%	15,2%	14,4%	14,3%	5,7%	100,0%
		% de Año	11,7%	11,9%	12,5%	12,5%	12,7%	12,9%	13,8%	12,4%
		Hombre 65-74 años	19,2%	16,1%	16,0%	15,5%	14,7%	13,2%	5,2%	100,0%
		% de Año	6,4%	6,2%	6,4%	6,6%	6,7%	6,2%	6,5%	6,4%
		Hombre Más de 74 años	22,7%	17,4%	15,6%	14,7%	13,3%	11,8%	4,6%	100,0%
		% de Año	8,1%	7,1%	6,6%	6,7%	6,5%	5,9%	6,1%	6,9%
		Mujer Menos de 5 años			2,4%	35,7%	28,6%	33,3%		100,0%
		% de Año			,0%	,1%	,0%	,1%		,0%
		Mujer 5-14 años	13,9%	15,6%	16,1%	18,5%	19,5%	15,6%	,9%	100,0%
		% de Año	,8%	1,1%	1,1%	1,4%	1,6%	1,3%	,2%	1,1%
		Mujer 15-44 años	18,6%	16,6%	15,9%	15,9%	13,9%	13,8%	5,3%	100,0%
		% de Año	9,4%	9,6%	9,6%	10,3%	9,6%	9,8%	10,1%	9,7%
	Mujer 45-64 años	18,0%	15,9%	15,3%	15,2%	14,3%	15,0%	6,2%	100,0%	
	% de Año	17,8%	18,0%	18,2%	19,1%	19,4%	20,8%	23,0%	19,0%	
	Mujer 65-74 años	18,5%	17,1%	16,1%	14,9%	14,0%	13,9%	5,5%	100,0%	
	% de Año	13,1%	13,9%	13,7%	13,5%	13,5%	13,8%	14,8%	13,6%	
	Mujer Más de 74 años	21,8%	18,0%	16,6%	14,1%	13,0%	12,5%	4,0%	100,0%	
	% de Año	21,0%	19,9%	19,3%	17,4%	17,2%	16,9%	14,6%	18,6%	
	Total	19,2%	16,8%	16,0%	15,0%	14,1%	13,7%	5,1%	100,0%	
	% de Edad y sexo									
	% de Año	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

En la tabla 54, que muestra los episodios en relación con los grupos de edad y sexo en el servicio de Urología, se ha observado el 29,6% de los episodios en el grupo “Hombre Más de 74 años”, como resultado mayor de la variable. Este resultado ha sido del 36,72% en el año 2010 y el 24,3% en el año 2015.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha mostrado una disminución del 12,4%.

El 21% de los episodios en Urología se han detectado en el 2010 y el 12,4% en el 2015.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha hallado una disminución del 8,6%.

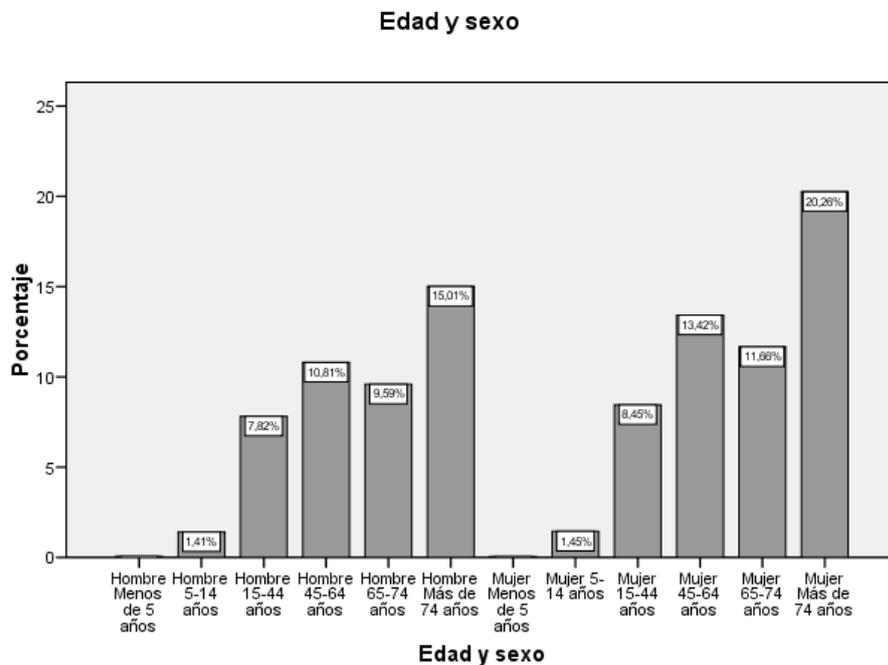
Tabla 54.
De contingencia en Urología en relación con los grupos de edad y sexo

Tabla de contingencia Edad y sexo * Año * Tipo de Servicio

Tipo de Servicio				Año							Total
				2010	2011	2012	2013	2014	2015	Julio 2016	
Urología	Edad y sexo	Hombre Menos de 5 años	% de Edad y sexo % de Año					100,0%			100,0%
		Hombre 5-14 años	% de Edad y sexo % de Año	17,1%	17,1%	22,9%	22,9%	17,1%		2,9%	100,0%
	Hombre 15-44 años	% de Edad y sexo % de Año	15,0%	15,2%	14,7%	16,0%	15,4%	14,8%	8,9%	100,0%	
	Hombre 45-64 años	% de Edad y sexo % de Año	17,8%	16,2%	15,3%	14,0%	14,5%	14,2%	8,1%	100,0%	
	Hombre 65-74 años	% de Edad y sexo % de Año	19,9%	16,9%	15,7%	13,9%	13,5%	12,7%	7,3%	100,0%	
	Hombre Más de 74 años	% de Edad y sexo % de Año	21,0%	21,9%	22,4%	22,4%	22,8%	22,6%	22,9%	22,1%	
	Mujer 5-14 años	% de Edad y sexo % de Año			25,0%			25,0%	25,0%	100,0%	
	Mujer 15-44 años	% de Edad y sexo % de Año	18,4%	14,5%	16,6%	14,2%	13,1%	14,7%	8,6%	100,0%	
	Mujer 45-64 años	% de Edad y sexo % de Año	19,7%	16,1%	17,3%	14,2%	13,0%	12,4%	7,4%	100,0%	
	Mujer 65-74 años	% de Edad y sexo % de Año	22,6%	16,4%	15,1%	12,4%	13,0%	12,8%	7,7%	100,0%	
	Mujer Más de 74 años	% de Edad y sexo % de Año	25,6%	18,5%	16,1%	13,5%	11,2%	9,9%	5,1%	100,0%	
	Total	% de Edad y sexo % de Año	21,0%	17,1%	15,5%	13,8%	13,1%	12,4%	7,1%	100,0%	
			100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

En la figura 34, de los episodios registrados en relación con los grupos de edad y sexo, se ha encontrado el grupo mayoritario “Mujer Más de 74 años”.

Figura 34.
Episodios registrados en relación con los grupos de edad y sexo.



5.1.2.3. Episodios. Servicios en la atención especializada ambulatoria

En la tabla 55, que indica la frecuencia de los episodios registrados en relación con los servicios en la atención especializada ambulatoria, se han localizado los tres servicios con un mayor registro de episodios concluidos:

- El 23,2% de los episodios se han registrado en el servicio de “Oftalmología”, con el mayor resultado de la variable.
- El 13,6% de los episodios en el servicio de “Traumatología”.
- El 12,1% de los episodios registrados en el servicio de “Dermatología”.

Tabla 55.

Frecuencia de los episodios registrados en relación con los servicios

		Tipo de Servicio			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Cardiología	93471	7,0	7,0	7,0
	Cirugía general	41887	3,2	3,2	10,2
	Dermatología	160245	12,1	12,1	22,3
	Digestiu	65203	4,9	4,9	27,2
	Endocrinología	80584	6,1	6,1	33,3
	Neurología	66659	5,0	5,0	38,3
	Oftalmología	308307	23,2	23,2	61,5
	Otorrinolaringología	125543	9,5	9,5	71,0
	Pneumología	44083	3,3	3,3	74,3
	Rehabilitacio	21499	1,6	1,6	75,9
	Reumatología	41687	3,1	3,1	79,1
	Traumatología	180075	13,6	13,6	92,6
	Urología	97795	7,4	7,4	100,0
	Total	1327038	100,0	100,0	

En la tabla 56, que muestra los episodios registrados en relación con los servicios, grupos de edad y sexo en la atención especializada, se ha observado que:

- El 61,1% de los episodios en el grupo “Mujer 5-14 años” pertenecen al servicio de “Oftalmología”.
- El 40,1% de los episodios en el grupo “Hombre Menos de 5 años” corresponden al servicio de “Dermatología”.
- El 17% de los episodios en el grupo “Hombre 65-74 años” conciernen al servicio de “Urología”.
- El 19,2% de los episodios en el grupo “Mujer 45-64 años” afectan al servicio de “Traumatología”.

- El 13,1% de los episodios en el grupo “Hombre Más de 74 años” pertenecen al servicio de “Cardiología”.

Tabla 56.

De contingencia de los episodios registrados en relación con los servicios, grupos de edad y sexo

Tabla de contingencia Edad y sexo * Tipo de Servicio

Edad y sexo		Tipo de Servicio													Total		
		Cardiología	Crugía general	Dermatología	Digestiu	Endocrinología	Neurología	Oftalmología	Otorrinolaringología	Pneumología	Rehabilitación	Reumatología	Traumatología	Urología			
Hombre Menos de 5 años	Recuento	2	0	328	2	1	2	332	104								818
	% de Edad y sexo	.2%	.0%	40,1%	.2%	.1%	.2%	40,6%	12,7%	.1%	.0%	.0%	.5%	.1%			100,0%
	% de Tipo de Servicio	.0%		.2%	.0%	.0%	.0%	.1%	.1%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%			.1%
Hombre 5-14 años	Recuento	55	24	3235	20	16	15	10488	2458	13	15	1	2298	35			18673
	% de Edad y sexo	.3%	.1%	17,3%	.1%	.1%	.1%	56,2%	13,2%	.1%	.1%	.0%	12,3%	.2%			100,0%
	% de Tipo de Servicio	.1%	.1%	2,0%	.0%	.0%	.0%	3,4%	2,0%	.0%	.1%	.0%	1,3%	.0%			1,4%
Hombre 15-44 años	Recuento	2157	6831	20429	5408	3201	3035	13813	11737	2495	968	1460	19697	12211			103442
	% de Edad y sexo	2,1%	6,6%	19,7%	5,2%	3,1%	2,9%	13,4%	11,3%	2,4%	.9%	1,4%	19,0%	11,8%			100,0%
	% de Tipo de Servicio	2,3%	16,3%	12,8%	8,3%	4,0%	4,6%	4,5%	9,4%	5,7%	5,2%	3,5%	10,9%	12,5%			7,8%
Hombre 45-64 años	Recuento	10429	7707	14323	7651	7208	4311	21126	15688	7140	1817	3439	22277	19858			142974
	% de Edad y sexo	7,3%	5,4%	10,0%	5,4%	5,0%	3,0%	14,8%	11,0%	5,0%	1,3%	2,4%	15,6%	13,9%			100,0%
	% de Tipo de Servicio	11,2%	18,4%	9,0%	11,7%	8,9%	6,5%	6,9%	12,5%	16,2%	9,9%	8,3%	12,4%	20,3%			10,8%
Hombre 65-74 años	Recuento	13897	3923	12089	5066	6671	4185	28489	11253	9425	1275	2533	11578	21629			168912
	% de Edad y sexo	11,0%	3,0%	9,5%	4,0%	5,3%	3,3%	20,9%	8,9%	5,1%	1,0%	2,0%	9,1%	17,0%			100,0%
	% de Tipo de Servicio	14,9%	9,1%	7,6%	7,8%	8,3%	6,3%	8,6%	9,0%	14,6%	6,9%	6,1%	6,4%	22,1%			9,6%
Hombre Más de 74 años	Recuento	26082	3777	20994	6478	7855	13174	50326	14517	9274	1402	3499	12323	28911			198612
	% de Edad y sexo	13,1%	1,9%	10,6%	3,3%	4,0%	6,6%	25,3%	7,3%	4,7%	.7%	1,8%	6,2%	14,6%			100,0%
	% de Tipo de Servicio	27,9%	9,0%	13,1%	9,9%	9,8%	19,8%	16,3%	11,6%	21,0%	7,6%	8,4%	6,9%	29,6%			15,0%
Mujer Menos de 5 años	Recuento	1	1	266	1	1	0	275	86	0	0	0	42	0			673
	% de Edad y sexo	.1%	.1%	39,9%	.1%	.1%	.0%	40,9%	12,8%	.0%	.0%	.0%	6,2%	.0%			100,0%
	% de Tipo de Servicio	.0%	.0%	.2%	.0%	.0%	.0%	.1%	.1%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%			.1%
Mujer 5-14 años	Recuento	51	16	3310	16	32	13	11684	1941	5	17	4	2045	4			19138
	% de Edad y sexo	.3%	.1%	17,3%	.1%	.2%	.1%	61,1%	10,1%	.0%	.1%	.0%	10,7%	.0%			100,0%
	% de Tipo de Servicio	.1%	.0%	2,1%	.0%	.0%	.0%	3,8%	1,5%	.0%	.1%	.0%	1,1%	.0%			1,4%
Mujer 15-44 años	Recuento	1456	5594	24456	7983	9949	5498	18318	12373	1927	1280	2923	17478	2610			111845
	% de Edad y sexo	1,3%	5,0%	21,9%	7,1%	8,9%	4,9%	16,4%	11,1%	1,7%	1,1%	2,6%	15,6%	2,3%			100,0%
	% de Tipo de Servicio	1,6%	13,4%	15,3%	12,2%	12,3%	8,2%	5,9%	9,9%	4,4%	6,9%	7,0%	9,7%	2,7%			8,5%
Mujer 45-64 años	Recuento	4967	6782	21474	11917	17046	7757	31104	18566	5016	3891	10312	34167	4579			177598
	% de Edad y sexo	2,8%	3,8%	12,1%	6,7%	9,6%	4,4%	17,5%	10,5%	2,8%	2,2%	5,8%	19,2%	2,6%			100,0%
	% de Tipo de Servicio	5,3%	16,2%	13,4%	18,3%	21,2%	11,6%	10,1%	14,8%	11,4%	21,1%	24,7%	19,0%	4,7%			13,4%
Mujer 65-74 años	Recuento	8431	3373	15299	9059	12328	6552	41389	14713	4858	3423	7172	24521	3137			154255
	% de Edad y sexo	5,5%	2,2%	9,9%	5,9%	8,0%	4,2%	26,8%	9,5%	3,1%	2,2%	4,6%	15,9%	2,0%			100,0%
	% de Tipo de Servicio	9,0%	8,1%	9,6%	13,9%	15,3%	9,8%	13,4%	11,7%	11,0%	18,5%	17,2%	13,6%	3,2%			11,7%
Mujer Más de 74 años	Recuento	25858	3906	23814	11574	16253	22108	82728	22026	6911	4380	10334	33419	4734			268945
	% de Edad y sexo	9,6%	1,5%	8,9%	4,3%	6,1%	8,2%	30,9%	8,2%	2,6%	1,6%	3,9%	12,5%	1,8%			100,0%
	% de Tipo de Servicio	27,7%	9,3%	14,9%	17,8%	20,2%	33,2%	26,9%	17,6%	15,7%	23,7%	24,8%	18,6%	4,8%			20,3%
Total	Recuento	93406	41834	160016	65175	80561	66650	308072	125462	44065	18468	41677	179890	97709			1322985
	% de Edad y sexo	7,1%	3,2%	12,1%	4,9%	6,1%	5,0%	23,3%	9,5%	3,3%	1,4%	3,2%	13,6%	7,4%			100,0%
	% de Tipo de Servicio	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%			100,0%

En la tabla 57, que indica los episodios en relación con la unidad de procedencia, y servicio en la atención especializada, se ha observado que, por unidad de procedencia:

- El 48,3% de los episodios corresponden a la unidad “Vall d’Hebron”, como resultado mayor de la variable.
- El 32,2% corresponden a la unidad “SAP Muntanya”.
- El 18,2% pertenecen a la unidad “En Blanco”.

Y por servicio:

- El 23,2% recaen en el servicio de “Oftalmología”, como resultado mayor de la variable.
- El 13,6% corresponden al servicio de “Traumatología”.

Tabla 57.

De contingencia de los episodios registrados en los servicios en relación con la procedencia

Tabla de contingencia Tipo de Servicio * UP. Solicitante

Tipo de Servicio		UP. Solicitante				Total
		SAP Montaña	Vall d'Hebrón	Fuera de zona	En blanco	
Cardiología	Recuento	20314	55323	796	17038	93471
	% de UP. Solicitante	4,8%	8,6%	4,8%	7,0%	7,0%
Cirugía general	Recuento	21184	11635	917	8151	41887
	% de UP. Solicitante	5,0%	1,8%	5,5%	3,4%	3,2%
Dermatología	Recuento	72774	56486	2596	28389	160245
	% de UP. Solicitante	17,0%	8,8%	15,6%	11,7%	12,1%
Digestiu	Recuento	15809	37886	531	10977	65203
	% de UP. Solicitante	3,7%	5,9%	3,2%	4,5%	4,9%
Endocrinología	Recuento	12627	52141	501	15315	80584
	% de UP. Solicitante	3,0%	8,1%	3,0%	6,3%	6,1%
Neurología	Recuento	19692	33876	1001	12090	66659
	% de UP. Solicitante	4,6%	5,3%	6,0%	5,0%	5,0%
Oftalmología	Recuento	84397	169311	3192	51407	308307
	% de UP. Solicitante	19,8%	26,4%	19,2%	21,3%	23,2%
Otorrinolaringología	Recuento	49968	49358	2048	24169	125543
	% de UP. Solicitante	11,7%	7,7%	12,3%	10,0%	9,5%
Pneumología	Recuento	11572	24734	530	7247	44083
	% de UP. Solicitante	2,7%	3,9%	3,2%	3,0%	3,3%
Rehabilitacio	Recuento	4670	13723	1	3105	21499
	% de UP. Solicitante	1,1%	2,1%	,0%	1,3%	1,6%
Reumatología	Recuento	9766	23557	494	7870	41687
	% de UP. Solicitante	2,3%	3,7%	3,0%	3,3%	3,1%
Traumatología	Recuento	75667	66405	2568	35435	180075
	% de UP. Solicitante	17,7%	10,4%	15,4%	14,7%	13,6%
Urología	Recuento	28718	47074	1492	20511	97795
	% de UP. Solicitante	6,7%	7,3%	9,0%	8,5%	7,4%
Total	Recuento	427158	641509	16667	241704	1327038
	% de UP. Solicitante	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 58, se muestra todos los episodios en relación con el servicio y año en la atención especializada. Se ha encontrado el 23,2% de los episodios en el servicio de Oftalmología, como resultado mayor de la variable. Este resultado ha sido menor en el año 2010 con el 20,7% y mayor en el 2015 con el 24,0%.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha mostrado una disminución del 3,3%.

El 13,6% de los episodios se han registrado en el servicio de "Traumatología". Este resultado ha sido mayor en el 2010 con el 14,6% y menor en el 2015 con el 13,4%.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha detectado una disminución del 1,2%.

El 12,1% de los episodios se han localizado en el servicio de "Dermatología". Este resultado ha sido en el 2010 del 11,6% y en el 2015 con el 11,3%.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha mostrado una disminución del 0,3%.

En el total de los episodios en relación con el tipo de servicio y año, se ha detectado el 17,9% en el año 2010 y el 13,9% en el 2015.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha mostrado una disminución del 4,0%.

Tabla 58.

De contingencia de los episodios en relación con los servicios y año

Tabla de contingencia Tipo de Servicio * Año

Tipo de Servicio		Año							Total
		2010	2011	2012	2013	2014	2015	Julio 2016	
Cardiología	Recuento	17005	14946	15098	12416	13257	12799	7950	93471
	% de Tipo de Servicio	18,2%	16,0%	16,2%	13,3%	14,2%	13,7%	8,5%	100,0%
	% de Año	7,2%	7,1%	7,4%	6,3%	6,9%	6,9%	7,8%	7,0%
Cirugía general	Recuento	8146	6338	5342	6387	6108	6236	3330	41887
	% de Tipo de Servicio	19,4%	15,1%	12,8%	15,2%	14,6%	14,9%	7,9%	100,0%
	% de Año	3,4%	3,0%	2,6%	3,2%	3,2%	3,4%	3,3%	3,2%
Dermatología	Recuento	27546	23600	25277	25795	25029	20832	12166	160245
	% de Tipo de Servicio	17,2%	14,7%	15,8%	16,1%	15,6%	13,0%	7,6%	100,0%
	% de Año	11,6%	11,2%	12,3%	13,1%	13,1%	11,3%	12,0%	12,1%
Digestiu	Recuento	10969	8160	8782	9358	9799	11324	6811	65203
	% de Tipo de Servicio	16,8%	12,5%	13,5%	14,4%	15,0%	17,4%	10,4%	100,0%
	% de Año	4,6%	3,9%	4,3%	4,8%	5,1%	6,1%	6,7%	4,9%
Endocrinología	Recuento	15309	13412	11687	11169	11374	11368	6265	80584
	% de Tipo de Servicio	19,0%	16,6%	14,5%	13,9%	14,1%	14,1%	7,8%	100,0%
	% de Año	6,5%	6,4%	5,7%	5,7%	5,9%	6,1%	6,2%	6,1%
Neurología	Recuento	12080	9849	9758	9454	9959	9892	5667	66659
	% de Tipo de Servicio	18,1%	14,8%	14,6%	14,2%	14,9%	14,8%	8,5%	100,0%
	% de Año	5,1%	4,7%	4,8%	4,8%	5,2%	5,4%	5,6%	5,0%
Oftalmología	Recuento	49240	49359	48737	47064	44150	44286	25471	308307
	% de Tipo de Servicio	16,0%	16,0%	15,8%	15,3%	14,3%	14,4%	8,3%	100,0%
	% de Año	20,7%	23,5%	23,8%	23,9%	23,0%	24,0%	25,1%	23,2%
Otorrinolaringología	Recuento	23744	21928	19735	18514	17630	15427	8565	125543
	% de Tipo de Servicio	18,9%	17,5%	15,7%	14,7%	14,0%	12,3%	6,8%	100,0%
	% de Año	10,0%	10,4%	9,6%	9,4%	9,2%	8,3%	8,4%	9,5%
Pneumología	Recuento	7241	5947	6450	6843	6903	6821	3878	44083
	% de Tipo de Servicio	16,4%	13,5%	14,6%	15,5%	15,7%	15,5%	8,8%	100,0%
	% de Año	3,1%	2,8%	3,2%	3,5%	3,6%	3,7%	3,8%	3,3%
Rehabilitacio	Recuento	3105	3025	3416	3414	3554	3214	1771	21499
	% de Tipo de Servicio	14,4%	14,1%	15,9%	15,9%	16,5%	14,9%	8,2%	100,0%
	% de Año	1,3%	1,4%	1,7%	1,7%	1,9%	1,7%	1,7%	1,6%
Reumatología	Recuento	7868	6802	6147	5732	5855	5849	3434	41687
	% de Tipo de Servicio	18,9%	16,3%	14,7%	13,8%	14,0%	14,0%	8,2%	100,0%
	% de Año	3,3%	3,2%	3,0%	2,9%	3,1%	3,2%	3,4%	3,1%
Traumatología	Recuento	34585	30207	29037	27068	25287	24693	9198	180075
	% de Tipo de Servicio	19,2%	16,8%	16,1%	15,0%	14,0%	13,7%	5,1%	100,0%
	% de Año	14,6%	14,4%	14,2%	13,8%	13,2%	13,4%	9,1%	13,6%
Urología	Recuento	20493	16720	15245	13474	12816	12143	6904	97795
	% de Tipo de Servicio	21,0%	17,1%	15,6%	13,8%	13,1%	12,4%	7,1%	100,0%
	% de Año	8,6%	8,0%	7,4%	6,9%	6,7%	6,6%	6,8%	7,4%
Total	Recuento	237331	210293	204711	196688	191721	184884	101410	1327038
	% de Tipo de Servicio	17,9%	15,8%	15,4%	14,8%	14,4%	13,9%	7,6%	100,0%
	% de Año	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 59, que indica la actividad registrada en relación con el tipo de prestación por unidad de procedencia y año, se ha observado que:

- El 81,9% de los episodios corresponden a la visita sucesiva en la unidad “Vall d’Hebron”, como resultado mayor de la variable “visita sucesiva”
- El 63,4% de los episodios pertenecen a la primera visita en la unidad “SAP Muntanya”, como resultado mayor de la variable “primera visita”.
- El 19% de los episodios proceden de la primera visita en la unidad “En Blanco”.

- El 17,4% de los episodios corresponden a la visita sucesiva en la unidad “En Blanco.

Tabla 59.

De contingencia de los episodios registrados en relación con la prestación, procedencia, y año

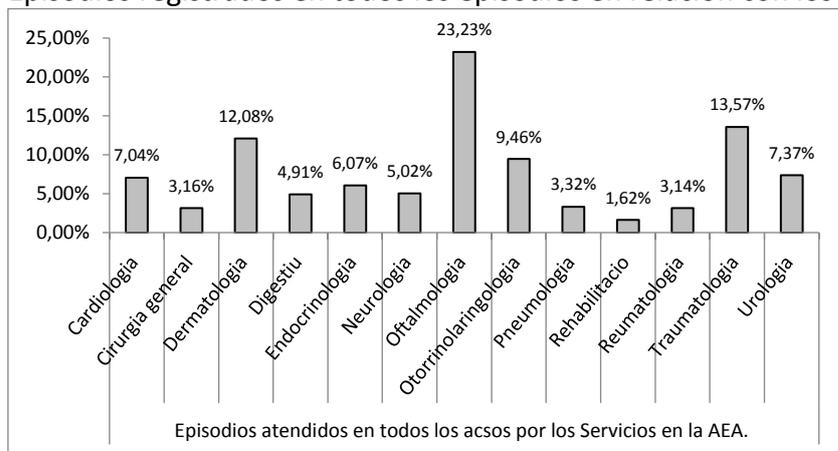
Tabla de contingencia UP. Solicitante * Año * Tipo de prestación

Tipo de prestación				Año							Total
				2010	2011	2012	2013	2014	2015	Julio 2016	
Primera visita	UP. Solicitante	SAP Montaña	Recuento	0	85656	81942	79202	77195	64832	33810	422637
			% de Año	,0%	79,9%	81,2%	81,1%	79,9%	70,3%	68,1%	63,4%
		Vall d'Hebron	Recuento	0	20428	17819	16942	17876	18063	9607	100735
		% de Año	,0%	19,1%	17,7%	17,3%	18,5%	19,6%	19,4%	15,1%	15,1%
	Fuera de zona	Recuento	0	1125	242	239	265	8682	5949	16502	
		% de Año	,0%	1,0%	,2%	,2%	,3%	9,4%	12,0%	2,5%	
	En blanco	Recuento	122388	5	928	1287	1228	605	261	126702	
		% de Año	100,0%	,0%	,9%	1,3%	1,3%	,7%	,5%	19,0%	
	Total	Recuento	122388	107214	100931	97670	96564	92182	49627	666576	
		% de Año	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Visita sucesiva	UP. Solicitante	SAP Montaña	Recuento	0	641	1130	726	774	808	442	4521
			% de Año	,0%	,6%	1,1%	,7%	,8%	,9%	,9%	,7%
		Vall d'Hebron	Recuento	0	102429	102639	98274	94357	91822	51253	540774
		% de Año	,0%	99,4%	98,9%	99,2%	99,2%	99,1%	99,0%	81,9%	
	Fuera de zona	Recuento	0	7	2	1	5	64	86	165	
		% de Año	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,1%	,2%	,0%	
	En blanco	Recuento	114943	2	9	17	21	8	2	115002	
		% de Año	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	17,4%	
	Total	Recuento	114943	103079	103780	99018	95157	92702	51783	660462	
		% de Año	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

En la figura 35, donde se hace referencia a todos los episodios registrados en relación con los servicios en la atención especializada, se ha encontrado el 23,3% de los episodios en el servicio de “Oftalmología” entre los años 2010 y Julio 2016, y el 13,57% de los episodios en el servicio de “Traumatología”

Figura 35.

Episodios registrados en todos los episodios en relación con los servicios en la AEA.



5.1.2.4. Episodios. Centros de atención especializada (CAE)

En la tabla 60, que indica los episodios registrados en relación con el centro de atención especializada, se ha encontrado el 33,2% de los episodios en la categoría “CAESAN”, como resultado mayor de la variable. El 31,1% en el “CAECHA”. Y el 23,4% en el “CAEHOR”.

Tabla 60.

Frecuencia de los episodios registrados en relación con los centros de atención especializada (CAEs).

Centro de Atención Especializada					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	CAEBPA	4200	,3	,3	,3
	CAECAR	6015	,5	,5	,8
	CAECHA	412522	31,1	31,1	31,9
	CAECO	11	,0	,0	31,9
	CAEGUI	12291	,9	,9	32,8
	CAEHOR	310424	23,4	23,4	56,2
	CAEMER	6161	,5	,5	56,6
	CAEMON	2216	,2	,2	56,8
	CAERJA	89051	6,7	6,7	63,5
	CAEROQ	10332	,8	,8	64,3
	CAESAN	440081	33,2	33,2	97,5
	CAETUR	22979	1,7	1,7	99,2
	CAEVBA	7285	,5	,5	99,7
	CAEVH	3470	,3	,3	100,0
	Total	1327038	100,0	100,0	

En la tabla 61, que muestra los episodios registrados en relación con los centros de atención especializada por año, se ha localizado el 33,2% de los episodios en la categoría “CAESAN”, como resultado mayor de la variable. Este resultado ha sido del 33,6% en el 2010 y del 34,4% en el 2015.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha mostrado un aumento del 0,8%.

En la tabla 61, el 31,1% de los episodios se han localizado en la categoría “CAECHA”. El 23,4% en la categoría “CAEHOR” y el 0,3% en la categoría “CAEBPA”.

El 0,5% de los episodios han sido localizados en la categoría “CAECAR”. Este centro de atención especializada ha dejado de tener actividad a partir de enero del 2016. Del mismo modo se ha observado como otros centros han dejado de registrar actividad:

- El 0,2% en el “CAEMON” en el 2012.
- El 0,5% en el “CAEMER” en el 2014.
- El 0,9% en el “CAEGUI” en el 2016.

- El 0,8% en el “CAEROQ” en el 2016.
- El 1,7% en el “CAETUR” en el 2016.

De forma global, de todos de los episodios registrados en los centros de atención especializada, se han encontrado el 17,9% en el 2010 y el 13,9% en el 2015.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha detectado una disminución del 4,0%.

Tabla 61.

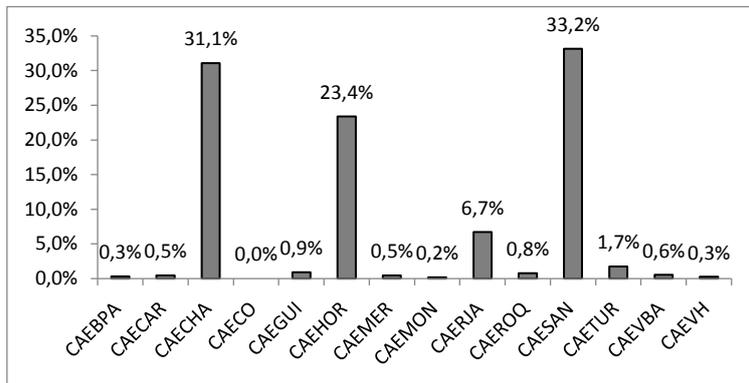
De contingencia de los episodios registrados en relación con los centros de atención especializada, y año

Tabla de contingencia Centro de Atención Especializada * Año

			Año							Total
			2010	2011	2012	2013	2014	2015	Julio 2016	
Centro de Atención Especializada	CAEBPA	% de Centro de Atención Especializada	36,1%	30,4%	33,5%	,0%				100,0%
		% de Año	,6%	,6%	,7%	,0%				,3%
	CAECAR	% de Centro de Atención Especializada	16,9%	24,4%	19,5%	16,0%	19,8%	3,4%		100,0%
		% de Año	,4%	,7%	,6%	,5%	,6%	,1%		,5%
	CAECHA	% de Centro de Atención Especializada	16,1%	14,5%	14,9%	15,3%	15,5%	15,2%	8,4%	100,0%
		% de Año	28,0%	28,4%	30,1%	32,2%	33,4%	33,9%	34,3%	31,1%
	CAECO	% de Centro de Atención Especializada			63,6%	9,1%	18,2%		9,1%	100,0%
		% de Año			,0%	,0%	,0%		,0%	,0%
	CAEGUI	% de Centro de Atención Especializada	25,4%	17,7%	17,7%	16,9%	16,4%	6,0%		100,0%
		% de Año	1,3%	1,0%	1,1%	1,1%	1,1%	,4%		,9%
	CAEHOR	% de Centro de Atención Especializada	18,1%	16,9%	15,9%	14,8%	13,9%	13,2%	7,2%	100,0%
		% de Año	23,6%	24,9%	24,1%	23,4%	22,5%	22,2%	22,1%	23,4%
	CAEMER	% de Centro de Atención Especializada	37,3%	30,9%	28,0%	3,7%				100,0%
		% de Año	1,0%	,9%	,8%	,1%				,5%
	CAEMON	% de Centro de Atención Especializada	71,1%	28,9%						100,0%
		% de Año	,7%	,3%						,2%
	CAERJA	% de Centro de Atención Especializada	18,3%	15,6%	16,9%	16,8%	14,5%	11,3%	6,6%	100,0%
		% de Año	6,9%	6,6%	7,4%	7,6%	6,7%	5,5%	5,8%	6,7%
	CAEROQ	% de Centro de Atención Especializada	24,2%	21,5%	20,7%	17,2%	11,1%	5,3%		100,0%
		% de Año	1,1%	1,1%	1,0%	,9%	,6%	,3%		,8%
	CAESAN	% de Centro de Atención Especializada	18,1%	15,5%	14,9%	14,2%	14,2%	14,5%	8,7%	100,0%
		% de Año	33,6%	32,4%	31,9%	31,8%	32,6%	34,4%	37,6%	33,2%
	CAETUR	% de Centro de Atención Especializada	25,4%	24,4%	14,8%	14,2%	14,0%	7,2%		100,0%
		% de Año	2,5%	2,7%	1,7%	1,7%	1,7%	,9%		1,7%
	CAEVBA	% de Centro de Atención Especializada	12,3%	10,4%	16,8%	21,9%	21,7%	12,6%	4,3%	100,0%
		% de Año	,4%	,4%	,6%	,8%	,8%	,5%	,3%	,5%
	CAEVH	% de Centro de Atención Especializada						100,0%		100,0%
		% de Año						1,9%		,3%
Total		% de Centro de Atención Especializada	17,9%	15,8%	15,4%	14,8%	14,4%	13,9%	7,6%	100,0%
		% de Año	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

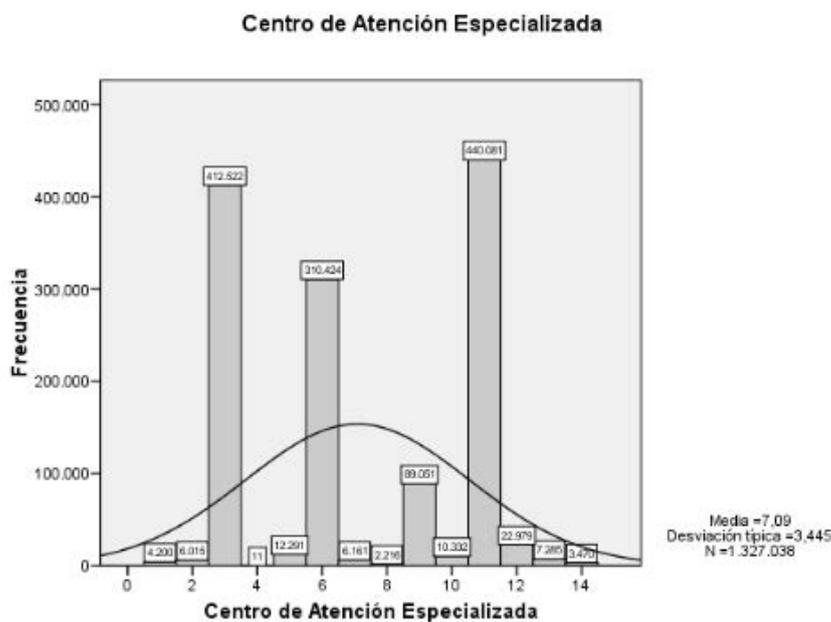
En la figura 36, donde se hace referencia a todos los episodios registrados en relación a los centros de atención especializada, se ha observado que los tres centros con mayor registro de episodios han sido: el 33,2% “CAESAN”, el 31,1% “CAECHA”, y el 23,4% “CAEHOR”.

Figura 36.
Episodios registrados en relación con los centros de atención especializada.



En la figura 37, que indica los valores de episodios en relación con los centros de atención especializada, ha presentado valores que se alejan de la normalidad en una distribución platicúrtica.

Figura 37.
Episodios registrados en relación con los centros de atención especializada



1: CAEBPA. 2: CAECAR. 3: CAECHA. 4: CAECO. 5: CAEGUI. 6: CAEHOR. 7: CAEMER. 8: CAEMON.
9: CAERJA. 10: CAEROQ. 11: CAESAN. 12: CAETUR. 13: CAEVBA. 14: CAEVH.

5.1.2.5. Episodios. Tipo de prestación de visita por servicio en la AEA

En la tabla 62, que indica la frecuencia de los episodios registrados en relación con el tipo de servicio en la atención especializada, se han encontrado en la “primera visita o sucesiva” los siguientes servicios:

- El 23,2% en el servicio de “Oftalmología”.
- El 13,6% en el servicio de “Traumatología”.
- El 12,1% en el servicio de “Dermatología”.
- El resto de categorías o servicios se han situado por debajo del 10%.

Tabla 62.

Frecuencia de los episodios registrados en relación con los servicios

		Tipo de Servicio			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Cardiología	93471	7,0	7,0	7,0
	Cirugía general	41887	3,2	3,2	10,2
	Dermatología	160245	12,1	12,1	22,3
	Digestiu	65203	4,9	4,9	27,2
	Endocrinología	80584	6,1	6,1	33,3
	Neurología	66659	5,0	5,0	38,3
	Oftalmología	308307	23,2	23,2	61,5
	Otorinolaringología	125543	9,5	9,5	71,0
	Pneumología	44083	3,3	3,3	74,3
	Rehabilitacio	21499	1,6	1,6	75,9
	Reumatología	41687	3,1	3,1	79,1
	Traumatología	180075	13,6	13,6	92,6
	Urología	97795	7,4	7,4	100,0
	Total	1327038	100,0	100,0	

En la tabla 63, que muestra los episodios registrados en relación con los servicios y las prestaciones de primera y visita sucesiva en los años en estudio, se ha localizado el 23,2% en el servicio de Oftalmología, como resultado mayor en la variable servicio.

- Este resultado ha sido mayor, con el 27% en la “visita sucesiva” y menor con el 19,5% en la “primera visita”.

El 13,6% se ha encontrado en el servicio de Traumatología.

- Este resultado ha sido mayor, con el 17% en la “primera visita” y menor con el 10,1% en la “visita sucesiva”.

El 12,1% se ha mostrado en el servicio de “Dermatología”.

- Este resultado ha sido mayor, con un 15,7% en la “primera visita” y menor con el 8,4% en la “visita sucesiva”

Tabla 63.
De contingencia de los episodios registrados en relación con la prestación y servicio

Tabla de contingencia Tipo de Servicio * Tipo de prestación

			Tipo de prestación		Total
			Primera visita	Visita sucesiva	
Tipo de Servicio	Cardiología	Recuento	40479	52992	93471
		% de Tipo de prestación	6,1%	8,0%	7,0%
	Cirugía general	Recuento	31179	10708	41887
		% de Tipo de prestación	4,7%	1,6%	3,2%
	Dermatología	Recuento	104936	55309	160245
		% de Tipo de prestación	15,7%	8,4%	12,1%
	Digestiu	Recuento	33218	31985	65203
		% de Tipo de prestación	5,0%	4,8%	4,9%
	Endocrinología	Recuento	24686	55898	80584
		% de Tipo de prestación	3,7%	8,5%	6,1%
	Neurología	Recuento	32024	34635	66659
		% de Tipo de prestación	4,8%	5,2%	5,0%
	Oftalmología	Recuento	129727	178580	308307
		% de Tipo de prestación	19,5%	27,0%	23,2%
	Otorrinolaringología	Recuento	70715	54828	125543
		% de Tipo de prestación	10,6%	8,3%	9,5%
	Pneumología	Recuento	17357	26726	44083
		% de Tipo de prestación	2,6%	4,0%	3,3%
	Rehabilitacio	Recuento	9687	11812	21499
		% de Tipo de prestación	1,5%	1,8%	1,6%
	Reumatología	Recuento	16259	25428	41687
		% de Tipo de prestación	2,4%	3,9%	3,1%
	Traumatología	Recuento	113421	66654	180075
		% de Tipo de prestación	17,0%	10,1%	13,6%
	Urología	Recuento	42888	54907	97795
		% de Tipo de prestación	6,4%	8,3%	7,4%
Total		Recuento	666576	660462	1327038
		% de Tipo de prestación	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 64, donde se hace referencia a los episodios registrados en relación con el tipo de prestación en los años en estudio, se ha localizado en la “primera visita” el 51,6% de los episodios en el 2010 y el 49,9% en el 2015.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha mostrado una disminución del 1,7%.

El 48,4% de los episodios en la “visita sucesiva” se han detectado en el año 2010 y el 50,1% en el 2015.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha reflejado un aumento del 1,7%.

En el total de los episodios en relación con las primera y visita sucesiva y año, se ha encontrado el 17,9% en el año 2010 y el 13,9% en el 2015.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha mostrado una disminución del 4,0%.

Tabla 64.
De contingencia de los episodios registrados en relación con la prestación y año

Tabla de contingencia Tipo de prestación * Año

			Año						Total	
			2010	2011	2012	2013	2014	2015		Julio 2016
Tipo de prestación	Primera visita	Recuento	122388	107214	100931	97670	96564	92182	49627	666576
		% de Tipo de prestación	18,4%	16,1%	15,1%	14,7%	14,5%	13,8%	7,4%	100,0%
		% de Año	51,6%	51,0%	49,3%	49,7%	50,4%	49,9%	48,9%	50,2%
	Visita sucesiva	Recuento	114943	103079	103780	99018	95157	92702	51783	660462
		% de Tipo de prestación	17,4%	15,6%	15,7%	15,0%	14,4%	14,0%	7,8%	100,0%
		% de Año	48,4%	49,0%	50,7%	50,3%	49,6%	50,1%	51,1%	49,8%
Total	Recuento	237331	210293	204711	196688	191721	184884	101410	1327038	
	% de Tipo de prestación	17,9%	15,8%	15,4%	14,8%	14,4%	13,9%	7,6%	100,0%	
	% de Año	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

En la tabla 65, que indica el global de los episodios o visitas registradas en relación con el tipo de prestación en los años en estudio, se ha encontrado el 46,2% en 1 episodio o visita por paciente y año en la categoría “primera y visita sucesiva”, como resultado mayor en la variable primera visita.

El 2,0% de los episodios o visitas en relación con el tipo de prestación “primera y visita sucesiva”, se ha hallado en 5 episodios por paciente y año.

En el total de episodios o visitas registradas en relación con el tipo de prestación, se ha encontrado el 57,9% en la “primera visita” y el 34,4% en la “visita sucesiva”.

Tabla 65.
De contingencia de los episodios registrados en relación con la prestación

Tabla de contingencia Episodios por paciente por año * Tipo de prestación

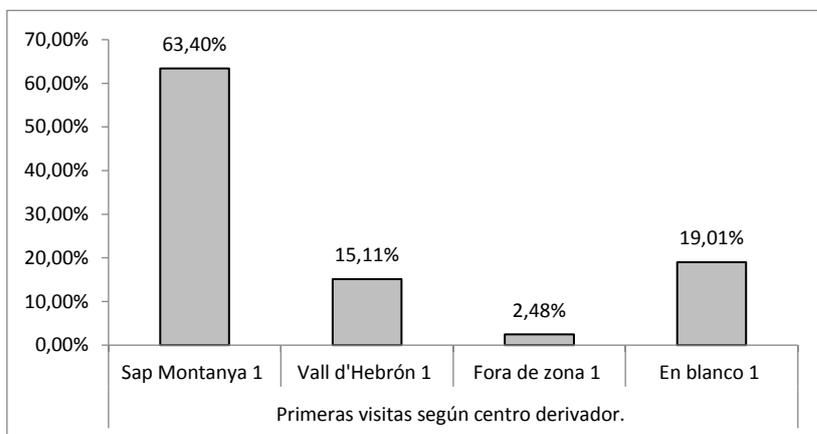
		Tipo de prestación		Total	
		Primera visita	Visita sucesiva		
Episodios por paciente por año	1	Recuento	386031	228957	612988
		% de Tipo de prestación	57,9%	34,4%	46,2%
	2	Recuento	179169	250143	429312
		% de Tipo de prestación	26,9%	37,9%	32,4%
	3	Recuento	63219	106827	170046
		% de Tipo de prestación	9,5%	16,2%	12,8%
	4	Recuento	22729	42063	64792
		% de Tipo de prestación	3,4%	6,4%	4,9%
	5	Recuento	8344	17551	25895
		% de Tipo de prestación	1,3%	2,7%	2,0%
	6	Recuento	3494	7690	11184
		% de Tipo de prestación	,5%	1,2%	,8%
	7	Recuento	1694	4011	5705
		% de Tipo de prestación	,3%	,6%	,4%
	8	Recuento	750	1842	2592
	% de Tipo de prestación	,1%	,3%	,2%	
9	Recuento	435	1140	1575	
	% de Tipo de prestación	,1%	,2%	,1%	
10	Recuento	259	631	890	
	% de Tipo de prestación	,0%	,1%	,1%	
11	Recuento	92	436	528	
	% de Tipo de prestación	,0%	,1%	,0%	
12	Recuento	120	396	516	
	% de Tipo de prestación	,0%	,1%	,0%	
13	Recuento	63	184	247	
	% de Tipo de prestación	,0%	,0%	,0%	
14	Recuento	23	117	140	
	% de Tipo de prestación	,0%	,0%	,0%	
15	Recuento	2	28	30	
	% de Tipo de prestación	,0%	,0%	,0%	

En la figura 38, que muestra los episodios registrados en “primera visita” en relación con la unidad de procedencia, se ha observado:

- El 63,40% en la categoría “SAP Muntanya”.
- El 15,11% en la categoría “Vall d’Hebron”.
- El 19,01% en la categoría “En Blanco”.
- El 2,48% en la categoría “Fuera de zona”.

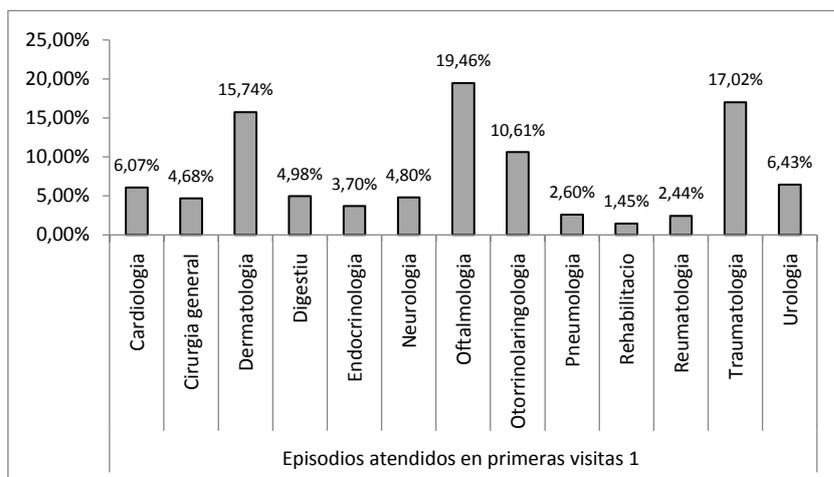
Estos últimos “Fuera de zona”, han estado concluidos y registrados en la atención especializada Ambulatoria, aunque no pertenezcan al servicio de atención primaria (SAP) Muntanya”.

Figura 38.
Episodios registrados en primera visita en relación con la unidad procedencia (UP)



En la figura 39, que muestra los episodios registrados en “primera visita” en relación con los servicios en la atención especializada, se ha visualizado el 19,46% en el servicio de Oftalmología, entre los años 2010 y 2015, como resultado mayor en la categoría servicios. El 17,02% en Traumatología. Y el 15,74% en Dermatología.

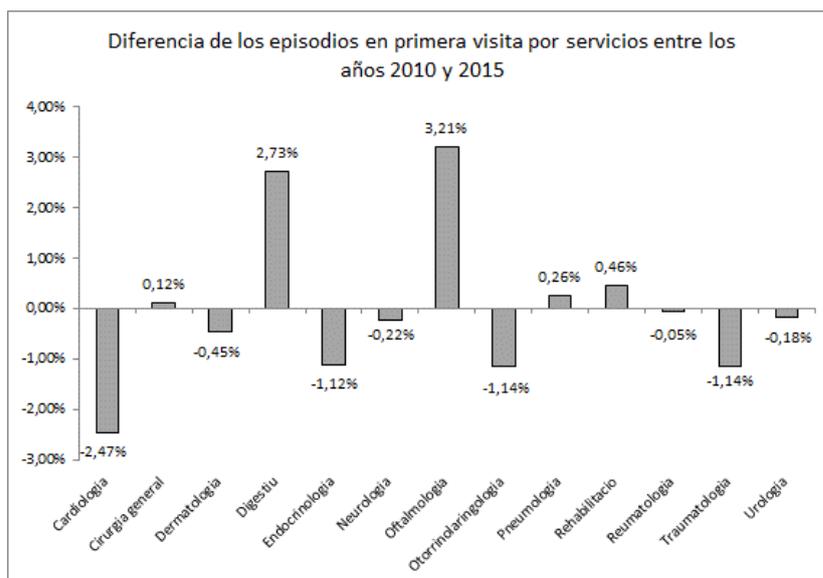
Figura 39.
Episodios registrados en primera visita en relación con los servicios en la AEA



En la figura 40, donde se hace referencia a los episodios registrados en “primera visita” en relación con los servicios en la atención especializada en los años 2010 al 2015, se ha encontrado:

- Una disminución del 2,47% en primera visita en el servicio de Cardiología.
- Un aumento del 3,21% en primera visita en el servicio de Oftalmología.

Figura 40.
Diferencia de los episodios registrados en primera visita en relación con los servicios entre el 2010 y el 2015.

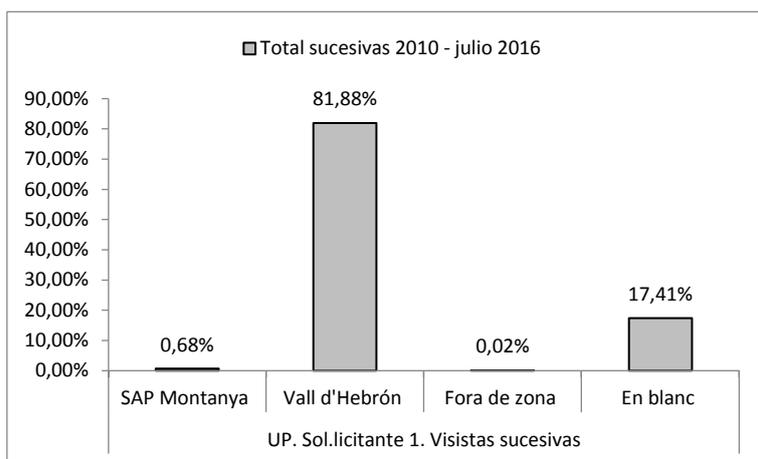


En la figura 41, que muestra los episodios registrados como visita sucesiva en relación con las unidades de procedencia entre los años 2010 a Julio del 2016, se han encontrado:

- El 81,88% de las visitas sucesivas en la unidad “Vall d’Hebron”, como resultado mayor de la variable.
- El 0,68% en la unidad “SAP Muntanya”.
- El 17,41% en la unidad “En blanco”.

Figura 41.

Episodios registrados en la visita sucesiva en relación con las unidades de procedencia (UP)

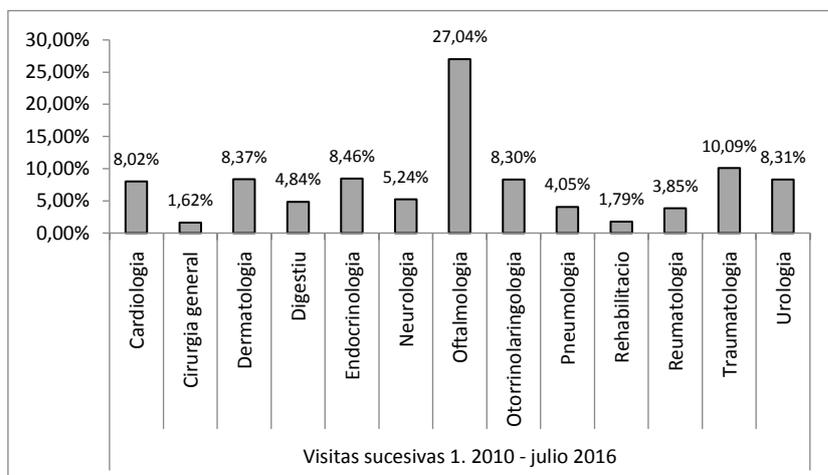


En la figura 42, que indica los episodios registrados en la visita sucesiva en relación con los servicios en la atención especializada, entre los años 2010 y Julio 2016, se ha encontrado:

- El 27,4% de los episodios en el servicio de “Oftalmología”, como el mayor resultado de la serie.
- El 10,09% de los episodios en el servicio de “Traumatología”.
- El 8,37% de los episodios en el servicio de “Dermatología”.

Figura 42.

Episodios registrados en la visita sucesiva en relación con los servicios en la AEA



En la tabla 66, que indica los episodios registrados en relación con los servicios, prestaciones y años en estudio en la atención especializada, se han encontrado una “disminución” de los episodios registrados en “primera visita” en los servicios de:

- El 11% de los episodios corresponde al servicio de Cardiología entre los años 2010 (22,1%) y 2015 (11,1%).
- El 4,7% de los episodios se ha detectado en el servicio de Dermatología entre los años 2010 (17,3%) y en el 2015 (12,6%).
- El 9,7% de los episodios se ha registrado en el servicio de Endocrinología entre los años 2010 (22,5%) y en el 2015 (12,8%).
- El 5,5% de los episodios se ha encontrado en el servicio de Neurología entre los años 2010 (19,6%) y en el 2015 (14,1%).
- El 1,7% de los episodios se ha hallado en el servicio de Oftalmología entre los años 2010 (16,1%) y en el 2015 (14,4%).
- El 6,3% de los episodios se ha mostrado en el servicio de Otorrinolaringología entre los años 2010 (19,4%) y en el 2015 (13,1%).
- El 5% de los episodios se ha localizado en el servicio de Reumatología entre los años 2010 (19,0%) y en el 2015 (14,0%).
- El 5,7% de los episodios se ha mostrado en el servicio de Traumatología entre los años 2010 (19,4%) y en el 2015 (13,7%).
- El 5% de los episodios se ha observado en el servicio de Urología entre los años 2010 (18,5%) y en el 2015 (13,5%).

Al contrario, se ha encontrado un “aumento” del 3,7% de los episodios registrados en “primera visita” en el servicio de Digestivo entre los años 2010 (15,5%) y en el 2015 (19,2%).

Tabla 66.
De contingencia de los episodios registrados en relación con los servicios, prestación, y año

Tabla de contingencia Tipo de prestación * Año * Tipo de Servicio

Tipo de Servicio	Tipo de prestación			Año						Total	
				2010	2011	2012	2013	2014	2015		2016
Cardiología	Tipo de prestación	Primera visita	Recuento	8964	7556	7582	4215	4814	4475	2873	40479
			% de Tipo de prestación	22,1%	18,7%	18,7%	10,4%	11,9%	11,1%	7,1%	100,0%
		Visita sucesiva	Recuento	8041	7390	7516	8201	8443	8324	5077	52992
	Total	Recuento	17005	14946	15098	12416	13257	12799	7950	93471	
			% de Tipo de prestación	18,2%	16,0%	16,2%	13,3%	14,2%	13,7%	8,5%	100,0%
		% de Tipo de prestación	15,2%	13,9%	14,2%	15,5%	15,9%	15,7%	9,6%	100,0%	
Cirugía general	Tipo de prestación	Primera visita	Recuento	6115	4918	3619	4685	4625	4721	2496	31179
			% de Tipo de prestación	19,6%	15,8%	11,6%	15,0%	14,8%	15,1%	8,0%	100,0%
		Visita sucesiva	Recuento	2031	1420	1723	1702	1483	1515	834	10708
	Total	Recuento	8146	6338	5342	6387	6108	6236	3330	41887	
			% de Tipo de prestación	19,4%	15,1%	12,8%	15,2%	14,6%	14,9%	7,9%	100,0%
		% de Tipo de prestación	19,0%	13,3%	16,1%	15,9%	13,8%	14,1%	7,8%	100,0%	
Dermatología	Tipo de prestación	Primera visita	Recuento	18167	15892	16473	17081	16123	13264	7936	104936
			% de Tipo de prestación	17,3%	15,1%	15,7%	16,3%	15,4%	12,6%	7,6%	100,0%
		Visita sucesiva	Recuento	9379	7708	8804	8714	8906	7568	4230	55309
	Total	Recuento	27546	23600	25277	25795	25029	20832	12166	160245	
			% de Tipo de prestación	17,2%	14,7%	15,8%	16,1%	15,6%	13,0%	7,6%	100,0%
		% de Tipo de prestación	17,5%	17,0%	14,8%	13,6%	14,3%	14,7%	8,1%	100,0%	
Digestiu	Tipo de prestación	Primera visita	Recuento	5140	3563	3930	4658	5786	6389	3752	33218
			% de Tipo de prestación	15,5%	10,7%	11,8%	14,0%	17,4%	19,2%	11,3%	100,0%
		Visita sucesiva	Recuento	5829	4597	4852	4700	4013	4935	3059	31985
	Total	Recuento	10969	8160	8782	9358	9799	11324	6811	65203	
			% de Tipo de prestación	16,8%	12,5%	13,5%	14,4%	15,0%	17,4%	10,4%	100,0%
		% de Tipo de prestación	17,5%	17,0%	14,8%	13,6%	14,3%	14,7%	8,1%	100,0%	
Endocrinología	Tipo de prestación	Primera visita	Recuento	5551	3891	3389	3589	3397	3150	1719	24686
			% de Tipo de prestación	22,5%	15,8%	13,7%	14,5%	13,8%	12,8%	7,0%	100,0%
		Visita sucesiva	Recuento	9758	9521	8298	7580	7977	8218	4546	56898
	Total	Recuento	15309	13412	11687	11169	11374	11368	6265	80584	
			% de Tipo de prestación	19,0%	16,6%	14,5%	13,9%	14,1%	14,1%	7,8%	100,0%
		% de Tipo de prestación	16,8%	14,5%	14,9%	14,2%	15,3%	15,5%	8,9%	100,0%	
Neurología	Tipo de prestación	Primera visita	Recuento	6267	4834	4614	4535	4672	4521	2581	32024
			% de Tipo de prestación	19,6%	15,1%	14,4%	14,2%	14,6%	14,1%	8,1%	100,0%
		Visita sucesiva	Recuento	5813	5015	5144	4919	5287	5371	3086	34635
	Total	Recuento	12080	9849	9758	9454	9959	9892	5667	66659	
			% de Tipo de prestación	18,1%	14,8%	14,6%	14,2%	14,9%	14,8%	8,5%	100,0%
		% de Tipo de prestación	16,1%	16,4%	15,1%	15,3%	14,5%	14,4%	8,1%	100,0%	
Oftalmología	Tipo de prestación	Primera visita	Recuento	20918	21307	19604	19899	18819	18710	10470	129727
			% de Tipo de prestación	16,1%	16,4%	15,1%	15,3%	14,5%	14,4%	8,1%	100,0%
		Visita sucesiva	Recuento	28322	28052	29133	27165	25331	25576	15001	178590
	Total	Recuento	49240	49359	48737	47064	44150	44286	25471	308307	
			% de Tipo de prestación	16,0%	16,0%	15,8%	15,3%	14,3%	14,4%	8,3%	100,0%
		% de Tipo de prestación	18,3%	18,7%	16,9%	15,5%	13,3%	11,3%	5,9%	100,0%	
Otorinolaringología	Tipo de prestación	Primera visita	Recuento	13688	11677	10462	9991	10313	9255	5329	70715
			% de Tipo de prestación	19,4%	16,5%	14,8%	14,1%	14,6%	13,1%	7,5%	100,0%
		Visita sucesiva	Recuento	10056	10251	9273	8523	7317	6172	3236	54828
	Total	Recuento	23744	21928	19735	18514	17630	15427	8565	125543	
			% de Tipo de prestación	18,9%	17,5%	15,7%	14,7%	14,0%	12,3%	6,8%	100,0%
		% de Tipo de prestación	16,4%	13,5%	14,6%	15,5%	15,7%	15,5%	8,8%	100,0%	
Pneumología	Tipo de prestación	Primera visita	Recuento	3167	2456	2533	2582	2525	2626	1468	17357
			% de Tipo de prestación	18,2%	14,1%	14,6%	14,9%	14,5%	15,1%	8,5%	100,0%
		Visita sucesiva	Recuento	4074	3491	3917	4261	4378	4195	2410	26726
	Total	Recuento	7241	5947	6450	6843	6903	6821	3878	44083	
			% de Tipo de prestación	16,4%	13,5%	14,6%	15,5%	15,7%	15,5%	8,8%	100,0%
		% de Tipo de prestación	14,2%	15,2%	15,1%	15,0%	16,6%	15,1%	8,9%	100,0%	
Rehabilitación	Tipo de prestación	Primera visita	Recuento	1372	1477	1460	1452	1608	1458	860	9687
			% de Tipo de prestación	14,2%	15,2%	15,1%	15,0%	16,6%	15,1%	8,9%	100,0%
		Visita sucesiva	Recuento	1733	1548	1956	1962	1946	1756	911	11812
	Total	Recuento	3105	3025	3416	3414	3554	3214	1771	21499	
			% de Tipo de prestación	14,4%	14,1%	15,9%	15,9%	16,5%	14,9%	8,2%	100,0%
		% de Tipo de prestación	18,3%	18,7%	16,9%	15,5%	13,3%	11,3%	5,9%	100,0%	
Reumatología	Tipo de prestación	Primera visita	Recuento	3090	2434	2423	2317	2282	2275	1438	16259
			% de Tipo de prestación	19,0%	15,0%	14,9%	14,3%	14,0%	14,0%	8,8%	100,0%
		Visita sucesiva	Recuento	4778	4368	3724	3415	3573	3574	1996	25428
	Total	Recuento	7868	6802	6147	5732	5855	5849	3434	41687	
			% de Tipo de prestación	18,9%	16,3%	14,7%	13,8%	14,0%	14,0%	8,2%	100,0%
		% de Tipo de prestación	18,9%	15,4%	16,1%	15,5%	14,7%	13,7%	5,6%	100,0%	
Traumatología	Tipo de prestación	Primera visita	Recuento	22016	19909	18301	16755	15464	15531	5445	113421
			% de Tipo de prestación	19,4%	17,6%	16,1%	14,8%	13,6%	13,7%	4,8%	100,0%
		Visita sucesiva	Recuento	12569	10298	10736	10313	9823	9162	3753	66654
	Total	Recuento	34585	30207	29037	27068	25287	24693	9198	180075	
			% de Tipo de prestación	19,2%	16,8%	16,1%	15,0%	14,0%	13,7%	5,1%	100,0%
		% de Tipo de prestación	18,5%	17,0%	15,3%	13,8%	14,3%	13,5%	7,6%	100,0%	
Urología	Tipo de prestación	Primera visita	Recuento	7933	7300	6541	5911	6136	5807	3260	42888
			% de Tipo de prestación	18,5%	17,0%	15,3%	13,8%	14,3%	13,5%	7,6%	100,0%
		Visita sucesiva	Recuento	12560	9420	8704	7563	6680	6336	3644	54907
	Total	Recuento	20493	16720	15245	13474	12816	12143	6904	97795	
			% de Tipo de prestación	21,0%	17,1%	15,6%	13,8%	13,1%	12,4%	7,1%	100,0%

5.1.2.6. Episodios. Prioridad de la visita solicitada (A1 – A2)

En la tabla 67, que indica la frecuencia de los episodios registrados en relación con la prioridad de la prestación, se ha encontrado el 78,1% de los episodios registrados en ambas prioridades, “preferente–urgente” y “ordinario” como casos válidos para el análisis y el 21,9% de los episodios como casos no validos o perdidos por el sistema.

De los episodios registrados como casos válidos se han detectado que:

- El 85,7% de los episodios corresponde a la prioridad (A2) ordinario.
- El 14,3% de los episodios pertenece a la prioridad (A1) preferente-urgente.

Tabla 67.

Frecuencia de los episodios registrados en relación con la prestación, y prioridad

		Prioritat A1(urg/pref) A2(ordi.)			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	A1.- Urgente/prioritario	148672	11,2	14,3	14,3
	A2.- Ordinario	887376	66,9	85,7	100,0
	Total	1036048	78,1	100,0	
Perdidos	Sistema	290990	21,9		
Total		1327038	100,0		

En la tabla 68, que muestra los episodios registrados en relación con la variable prestación, prioridad y año, se han hallado;

- El 59,5% en la categoría “Primera visita” prioridad “A1 preferente-urgente”.
- El 51,0% en la categoría “Visita sucesiva” prioridad “A2 ordinario”.

En la prioridad “A1 preferente-urgente”, el 20,5% de los episodios se han localizado en el año 2011 y el 17,6% en el 2015.

- El resultado entre ambos periodos ha mostrado una disminución del 2,9%.

En la prioridad “A2 ordinario”, el 18,7% de los episodios se ha encontrado en el 2011 y el 17,1% en el 2015.

- El resultado entre ambos periodos ha detectado una pérdida del 1,6%.

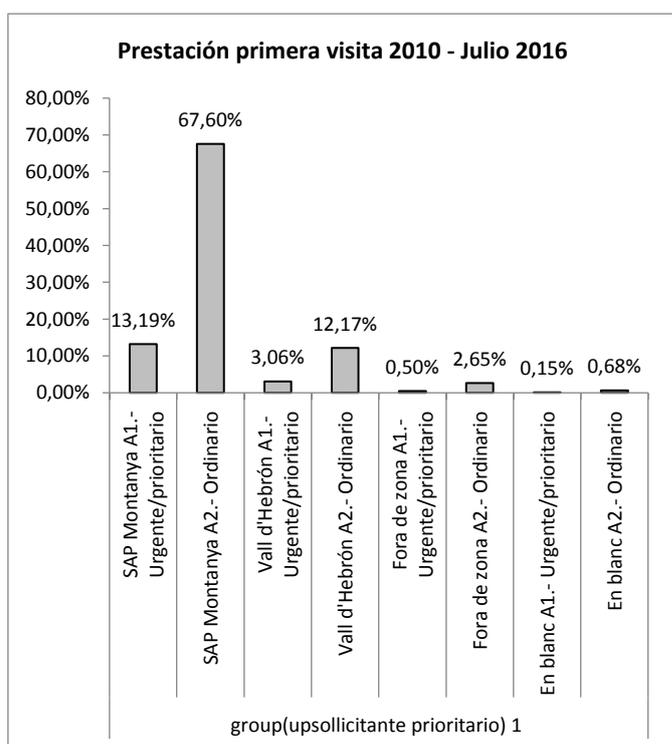
Tabla 68.
De contingencia de los episodios registrados en relación con la prestación, prioridad, y año

Tabla de contingencia Tipo de prestación * Año * Prioritat A1(urg/pref) A2(ordi.)

Prioritat A1(urg/pref) A2(ordi.)				Año						Total	
				2011	2012	2013	2014	2015	Julio 2016		
A1.- Urgente/prioritario	Tipo de prestación	Primera visita	Recuento	18623	16717	15129	14880	15088	7984	88421	
			% de Tipo de prestación	21,1%	18,9%	17,1%	16,8%	17,1%	9,0%	100,0%	
				% de Año	61,1%	64,4%	61,3%	57,4%	57,5%	51,9%	59,5%
	Visita sucesiva	Recuento	11881	9222	9538	11064	11147	7399	60251		
		% de Tipo de prestación	19,7%	15,3%	15,8%	18,4%	18,5%	12,3%	100,0%		
		% de Año	38,9%	35,6%	38,7%	42,6%	42,5%	48,1%	40,5%		
	Total	Recuento	30504	25939	24667	25944	26235	15383	148672		
		% de Tipo de prestación	20,5%	17,4%	16,6%	17,5%	17,6%	10,3%	100,0%		
		% de Año	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		
	A2.- Ordinario	Tipo de prestación	Primera visita	Recuento	80580	79252	79883	79098	74952	40917	434682
% de Tipo de prestación				18,5%	18,2%	18,4%	18,2%	17,2%	9,4%	100,0%	
				% de Año	48,7%	47,6%	48,9%	50,2%	49,4%	49,0%	
Visita sucesiva		Recuento	84946	87216	83376	78537	76783	41836	452694		
		% de Tipo de prestación	18,8%	19,3%	18,4%	17,3%	17,0%	9,2%	100,0%		
		% de Año	51,3%	52,4%	51,1%	49,8%	50,6%	50,6%	51,0%		
Total		Recuento	165526	166468	163259	157635	151735	82753	887376		
		% de Tipo de prestación	18,7%	18,8%	18,4%	17,8%	17,1%	9,3%	100,0%		
		% de Año	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

En la figura 43, que muestra los episodios en “primera visita” en la prioridad A1 y A2, en relación con la unidad de procedencia, se ha mostrado el 16,9% en la prioridad A2 preferente-urgente de todas las unidades de procedencia. Este resultado ha sido del 13,19% en la unidad de procedencia SAP Muntanya y el 3,06% en la unidad Vall d’Hebron.

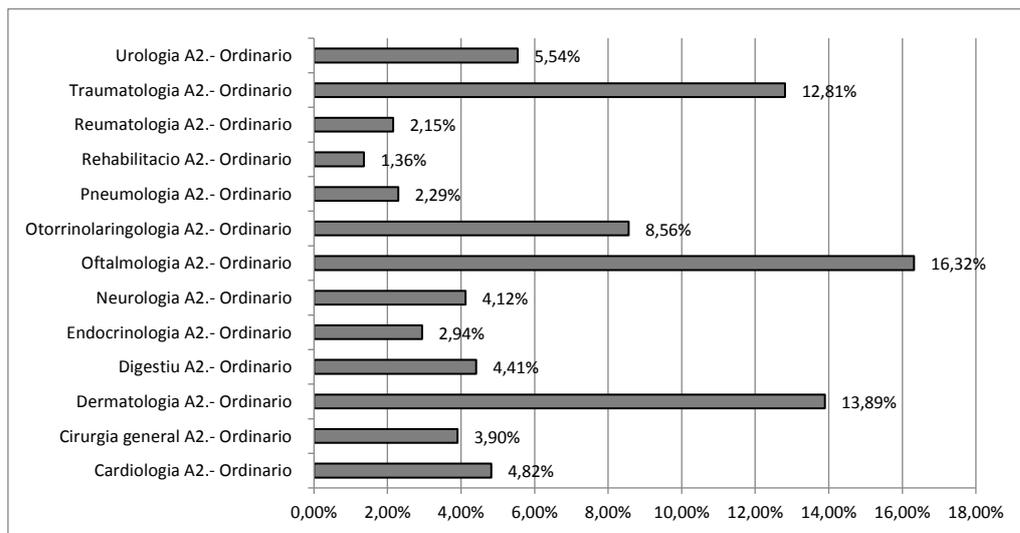
Figura 43.
Episodios de primera visita en la prioridad A1 – A2 en relación con la unidad de procedencia



En la figura 44, que muestra los episodios registrados en la “primera visita” prioridad “A2 ordinario” en relación con los servicios en la atención especializada, se ha detectado que:

- El 16,32% de los episodios primera visita ordinario pertenecen al servicio de Oftalmología.
- El 13,89% de los episodios primera visita ordinario corresponden al servicio de Dermatología.
- El 12,81% de los episodios primera visita ordinario recaen en el servicio de Traumatología.
- El 4,82 de los episodios primera visita ordinario pertenecen al servicio de Cardiología.

Figura 44.
Episodios de primera visita en la prioridad A2 ordinario en relación con los servicios en la AEA



5.1.2.7. Episodios. Episodios como visita sucesiva, en lugar de primera visita

En la tabla 69, que indica los casos válidos y perdidos de las falsas visitas sucesivas, se ha mostrado el 8,2% como casos válidos en la variable “Falsa Sucesiva”.

Tabla 69.
De los casos válidos y perdidos en la variable “Falsa Sucesiva”.

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
falsasuc * any	109377	8,2%	1217661	91,8%	1327038	100,0%

En la tabla 70 y en la figura 45, que indican los episodios en relación con la variable falsa sucesiva en los años en estudio, se ha encontrado el 57,2% de los episodios “falsa sucesiva” en el año 2010 y el 2,9% en el 2015.

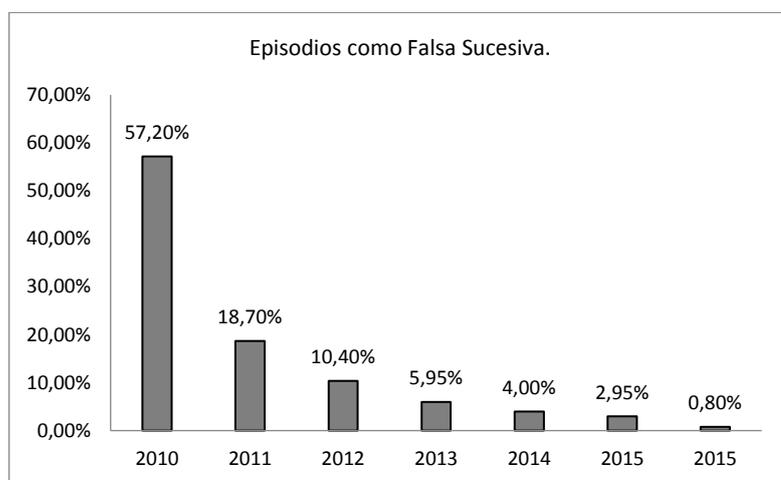
- Se han estudiado ambos periodos y el resultado ha mostrado una disminución del 54,3%.

Tabla 70.
De contingencia de los episodios registrados como falsas sucesiva en relación con los años 2010 – 2016.

Tabla de contingencia falsasuc * Año

		Año							Total
		2010	2011	2012	2013	2014	2015	Julio 2016	
falsasuc 1	Recuento	62604	20491	11375	6467	4375	3162	903	109377
	% de falsasuc	57,2%	18,7%	10,4%	5,9%	4,0%	2,9%	,8%	100,0%
Total	Recuento	62604	20491	11375	6467	4375	3162	903	109377
	% de falsasuc	57,2%	18,7%	10,4%	5,9%	4,0%	2,9%	,8%	100,0%

Figura 45.
Episodios de falsa visita sucesiva en lugar de primera visita en relación con los años 2010 – 2015



5.1.2.8. Episodios. Tasa de visita (TV)

En relación a los episodios registrados por los servicios en la atención especializada, como la tasa de visita (TV) entre el global de los episodios registrados (1.327.038) y los usuarios registrados en el Registro Central de Asegurados correspondientes al estudio (401.902) por 1000 habitantes atendidos.

- El resultado obtenido ha sido del 36,28% durante los años 2010 a Julio 2016.

En la tabla 71, que muestra la tasa de visita de los episodios registrados en relación con los servicios y año, se ha encontrado el 109,59% de la tasa de visita en el servicio de “Oftalmología” entre los años 2010 y Julio 2016, como resultado mayor de la variable servicio.

Los servicios en la atención especializada que han presentado resultados de la tasa de visita por encima de la media 36,28%, han sido:

- Traumatología con el 64,01%.
- Dermatología” con el 56,96%.
- Otorrinolaringología con el 44,62%.

En relación a la tasa de visita global de los servicios y años en estudio, se ha encontrado el 45,42% en el 2010 y del 35,39% en el 2015.

- Se han estudiado ambos periodos y el resultado ha mostrado una disminución del 10,03%.

Tabla 71.

Tasa de visita de los episodios registrados en relación con los servicios y años

Tasa de visita en la atención especializada por cada 1000 habitantes atendidos.														
Año	Cardiología	Cirugía general	Dermatología	Digestivo	Endocrinología	Neurología	Oftalmología	Otorrinolaringología	Pneumología	Rehabilitación	Reumatología	Traumatología	Urología	Total TV
2.010	42,31	20,27	68,54	27,29	38,09	30,06	122,52	59,08	18,02	7,73	19,58	86,05	50,99	45,42
2.011	37,19	15,77	58,72	20,30	33,37	24,51	122,81	54,56	14,80	7,53	16,92	75,16	41,60	40,25
2.012	37,57	13,29	62,89	21,85	29,08	24,28	121,27	49,10	16,05	8,50	15,29	72,25	37,93	39,18
2.013	30,89	15,89	64,18	23,28	27,79	23,52	117,10	46,07	17,03	8,49	14,26	67,35	33,53	37,65
2.014	32,99	15,20	62,28	24,38	28,30	24,78	109,85	43,87	17,18	8,84	14,57	62,92	31,89	36,69
2.015	31,85	15,52	51,83	28,18	28,29	24,61	110,19	38,38	16,97	8,00	14,55	61,44	30,21	35,39
Jul-16	19,78	8,29	30,27	16,95	15,59	14,10	63,38	21,31	9,65	4,41	8,54	22,89	17,18	19,41
Totales	33,22	14,89	56,96	23,18	28,64	23,69	109,59	44,62	15,67	7,64	14,82	64,01	34,76	36,28

Fuente: Tabla elaborada por el autor de la Tesis mediante los datos aportados por la explotación de los registros, y los datos del RCA.

5.1.3. Paciente único atendido en la AEA

5.1.3.1. Paciente único. Origen de la solicitud

En el resultado del análisis de la tabla 72, que muestra los casos de los pacientes únicos, se ha encontrado el 17,8% como resultado válido, frente el 82,2% de los casos perdidos.

Tabla 72.

De los casos válidos y perdidos en la categoría paciente único.

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
npac_any * Año	235844	17,8%	1091194	82,2%	1327038	100,0%

En la tabla 73, que indica los pacientes únicos en relación con los años en estudio, se ha descubierto el 45,6% en el año 2010 y el 6,6% en el 2015.

- Se han estudiado ambos periodos y el resultado ha detectado una disminución del 39%.

Tabla 73.

De contingencia del paciente único en relación con los años

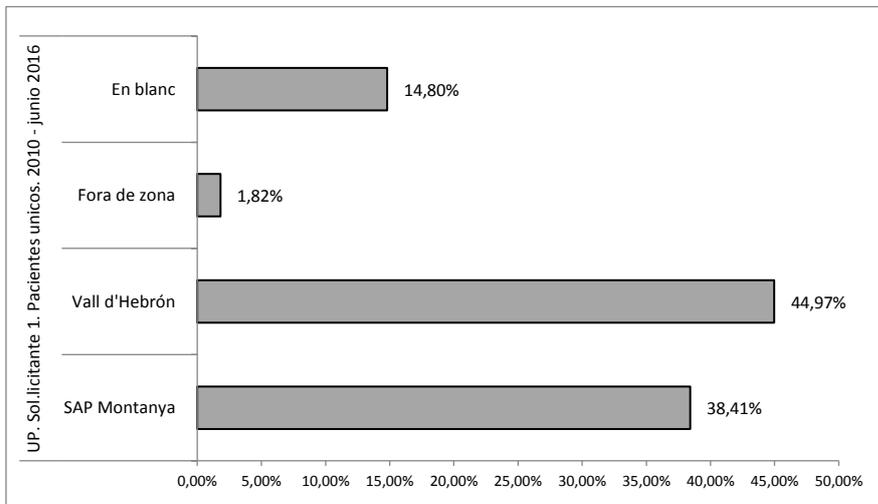
Tabla de contingencia npac_año * Año

		Año							Total
		2010	2011	2012	2013	2014	2015	Julio 2016	
npac_año 1	Recuento	107645	36819	27135	22142	18594	15590	7919	235844
	% de npac_año	45,6%	15,6%	11,5%	9,4%	7,9%	6,6%	3,4%	100,0%
Total	Recuento	107645	36819	27135	22142	18594	15590	7919	235844
	% de npac_año	45,6%	15,6%	11,5%	9,4%	7,9%	6,6%	3,4%	100,0%

En la figura 46, que indica los pacientes únicos en relación con la unidad de procedencia, se ha mostrado el 44,9% de la unidad “Vall d’Hebron” y el 38,41% en la unidad “SAP Muntanya”.

- Se han estudiado ambas unidades y el resultado ha mostrado una disminución del 6,49% en la unidad de procedencia “SAP Muntanya”.

Figura 46.
Episodios del paciente único en relación con las unidades de procedencia



5.1.3.2. Paciente único. Grupos de edad y sexo

En la tabla 74, que indica los episodios registrados de los pacientes únicos en relación con el género y años en estudios se ha encontrado el 17,7% como casos válidos.

El resultado global de los pacientes únicos por género y año, han sido:

- El 53,2% en el género “femenino”.
- El 46,8% en el género “masculino”.

Tabla 74.
De contingencia del paciente único en relación con el género y año

Resumen del procesamiento de los casos

Grupo de edad * Año * npac_ any	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
	235178	17,7%	1091860	82,3%	1327038	100,0%

Tabla de contingencia Sexo * Año * npac_año

npac_año	Sexo	Año	Año							Total
			2010	2011	2012	2013	2014	2015	Julio 2016	
1	Hombre	Recuento	49099	17402	12723	10691	8988	7529	3785	110217
		% de Sexo	44,5%	15,8%	11,5%	9,7%	8,2%	6,8%	3,4%	100,0%
		% de Año	45,6%	47,3%	47,4%	48,3%	48,3%	48,3%	47,8%	46,8%
	Mujer	Recuento	58544	19417	14123	11451	9603	8057	4134	125329
		% de Sexo	46,7%	15,5%	11,3%	9,1%	7,7%	6,4%	3,3%	100,0%
		% de Año	54,4%	52,7%	52,6%	51,7%	51,7%	51,7%	52,2%	53,2%
Total		Recuento	107643	36819	26846	22142	18591	15586	7919	235546
		% de Sexo	45,7%	15,6%	11,4%	9,4%	7,9%	6,6%	3,4%	100,0%
		% de Año	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 75, que muestra los episodios registrados como paciente único en relación con los grupos de edad y año, se ha encontrado:

- El 29,5% en el grupo de edad de “15-44 años”. Como resultado mayor en la variable grupo de edad.

En los grupos de edad inferior al grupo mayoritario de “15-44 años”, se ha detectado que:

- El 27% pertenece al grupo entre “45-64 años”.
- El 22,9% corresponde al grupo de “Más de 74 años”.

Tabla 75.

De contingencia del paciente único en relación con los grupos de edad y año

Tabla de contingencia Grupo de edad * Año * npac_año

npac_año	Grupo de edad		Año							Total	
			2010	2011	2012	2013	2014	2015	Julio 2016		
1	Menos de 5 años	Recuento	0	1	67	167	283	287	111	916	
		% de Grupo de edad	,0%	,1%	7,3%	18,2%	30,9%	31,3%	12,1%	100,0%	
		% de Año	,0%	,0%	,2%	,8%	1,5%	1,8%	1,4%	,4%	
	5-14 años	Recuento	2767	2226	2175	2122	1933	1433	707	13363	
		% de Grupo de edad	20,7%	16,7%	16,3%	15,9%	14,5%	10,7%	5,3%	100,0%	
		% de Año	2,6%	6,1%	8,1%	9,6%	10,4%	9,2%	8,9%	5,7%	
	15-44 años	Recuento	21993	11922	9750	8598	7341	6362	3307	69273	
		% de Grupo de edad	31,7%	17,2%	14,1%	12,4%	10,6%	9,2%	4,8%	100,0%	
		% de Año	20,4%	32,7%	36,3%	38,8%	39,5%	40,8%	41,8%	29,5%	
	45-64 años	Recuento	25946	10686	7883	6506	5484	4686	2250	63441	
		% de Grupo de edad	40,9%	16,8%	12,4%	10,3%	8,6%	7,4%	3,5%	100,0%	
		% de Año	24,1%	29,3%	29,4%	29,4%	29,5%	30,1%	28,4%	27,0%	
	65-74 años	Recuento	19728	5038	3303	2346	1772	1392	743	34322	
		% de Grupo de edad	57,5%	14,7%	9,6%	6,8%	5,2%	4,1%	2,2%	100,0%	
		% de Año	18,3%	13,8%	12,3%	10,6%	9,5%	8,9%	9,4%	14,6%	
	Más de 74 años	Recuento	37208	6580	3668	2403	1777	1426	801	53863	
		% de Grupo de edad	69,1%	12,2%	6,8%	4,5%	3,3%	2,6%	1,5%	100,0%	
		% de Año	34,6%	18,1%	13,7%	10,9%	9,6%	9,1%	10,1%	22,9%	
	Total		Recuento	107642	36453	26846	22142	18590	15586	7919	235178
			% de Grupo de edad	45,8%	15,5%	11,4%	9,4%	7,9%	6,6%	3,4%	100,0%
			% de Año	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

5.1.3.3. Paciente único. Equipos de atención primaria (EAP)

En la tabla 76, que muestra los episodios de paciente único en relación con los equipos de primaria y año, se ha encontrado que:

- El 40,8% de los pacientes únicos pertenecen al equipo “En Blanco”.
- El 4,9% de los pacientes únicos corresponden al equipo de “Moncada y Reixac”.
- El 4,4% de los pacientes únicos recaen en el equipo de “EAP 7D-Lisboa”.

Tabla 76.
De contingencia del paciente único en relación con los EAP y año

Tabla de contingencia Área Básica * Año * npac_año

npac_año	Área Básica		Año								Total
			2010	2011	2012	2013	2014	2015	Julio 2016		
1	Básica	BARCELONA 7-C EL CARMEL	Recuento	1931	1194	1287	1113	1014	785	352	7676
		% de Área Básica	25,2%	15,6%	16,8%	14,5%	13,2%	10,2%	4,6%	100,0%	
			% de Año	1,8%	3,2%	4,7%	5,0%	5,5%	5,0%	4,4%	3,3%
		BARCELONA 7-D LISBOA	Recuento	2267	1735	1654	1562	1406	1114	537	10275
			% de Área Básica	22,1%	16,9%	16,1%	15,2%	13,7%	10,8%	5,2%	100,0%
			% de Año	2,1%	4,7%	6,1%	7,1%	7,6%	7,1%	6,8%	4,4%
		BARCELONA 7-E SANT RAFAEL	Recuento	1856	398	282	141	128	120	68	2993
			% de Área Básica	62,0%	13,3%	9,4%	4,7%	4,3%	4,0%	2,3%	100,0%
			% de Año	1,7%	1,1%	1,0%	,6%	,7%	,8%	,9%	1,3%
		BARCELONA 7-F LISBOA	Recuento	1826	1192	1160	1186	931	864	387	7546
			% de Área Básica	24,2%	15,8%	15,4%	15,7%	12,3%	11,4%	5,1%	100,0%
			% de Año	1,7%	3,2%	4,3%	5,4%	5,0%	5,5%	4,9%	3,2%
		BARCELONA 8-A VILAPICINA	Recuento	1431	828	647	543	462	354	191	4456
			% de Área Básica	32,1%	18,6%	14,5%	12,2%	10,4%	7,9%	4,3%	100,0%
			% de Año	1,3%	2,2%	2,4%	2,5%	2,5%	2,3%	2,4%	1,9%
		BARCELONA 8-B RIO DE JANEIRO-PORTA	Recuento	1496	773	762	721	562	484	269	5067
			% de Área Básica	29,5%	15,3%	15,0%	14,2%	11,1%	9,6%	5,3%	100,0%
			% de Año	1,4%	2,1%	2,8%	3,3%	3,0%	3,1%	3,4%	2,1%
		BARCELONA 8-C TURÓ DE LA PEIRA	Recuento	1371	879	1003	845	666	528	251	5543
			% de Área Básica	24,7%	15,9%	18,1%	15,2%	12,0%	9,5%	4,5%	100,0%
			% de Año	1,3%	2,4%	3,7%	3,8%	3,6%	3,4%	3,2%	2,4%
		BARCELONA 8-D RIO DE JANEIRO-PROSPER	Recuento	1346	755	1083	987	738	650	336	5895
			% de Área Básica	22,8%	12,8%	18,4%	16,7%	12,5%	11,0%	5,7%	100,0%
			% de Año	1,3%	2,1%	4,0%	4,5%	4,0%	4,2%	4,2%	2,5%
		BARCELONA 8-E RIO DE JANEIRO-VERDUN	Recuento	1519	972	1259	1150	956	766	458	7080
			% de Área Básica	21,5%	13,7%	17,8%	16,2%	13,5%	10,8%	6,5%	100,0%
			% de Año	1,4%	2,6%	4,6%	5,2%	5,1%	4,9%	5,8%	3,0%
		BARCELONA 8-F GUINEUETA	Recuento	2087	1251	1522	1404	1219	859	464	8806
			% de Área Básica	23,7%	14,2%	17,3%	15,9%	13,8%	9,8%	5,3%	100,0%
			% de Año	1,9%	3,4%	5,6%	6,3%	6,6%	5,5%	5,9%	3,7%
		BARCELONA 8-G ROQUETES	Recuento	1593	1061	1178	1038	873	653	345	6741
			% de Área Básica	23,6%	15,7%	17,5%	15,4%	13,0%	9,7%	5,1%	100,0%
			% de Año	1,5%	2,9%	4,3%	4,7%	4,7%	4,2%	4,4%	2,9%
		BARCELONA 8-H CIUTAT MERIDIANA	Recuento	1308	841	979	944	766	728	341	5907
			% de Área Básica	22,1%	14,2%	16,6%	16,0%	13,0%	12,3%	5,8%	100,0%
			% de Año	1,2%	2,3%	3,6%	4,3%	4,1%	4,7%	4,3%	2,5%
		BARCELONA 8-I XAFARINES	Recuento	1674	1043	1163	1129	979	785	369	7142
			% de Área Básica	23,4%	14,6%	16,3%	15,8%	13,7%	11,0%	5,2%	100,0%
			% de Año	1,6%	2,8%	4,3%	5,1%	5,3%	5,0%	4,7%	3,0%
		BARCELONA 8-J COTXERES	Recuento	0	918	1492	1430	1154	957	409	6360
			% de Área Básica	,0%	14,4%	23,5%	22,5%	18,1%	15,0%	6,4%	100,0%
			% de Año	,0%	2,5%	5,5%	6,5%	6,2%	6,1%	5,2%	2,7%
		BARCELONA 9-D SANT ANDREU	Recuento	1945	1489	1802	1584	1212	614	267	8913
			% de Área Básica	21,8%	16,7%	20,2%	17,8%	13,6%	6,9%	3,0%	100,0%
			% de Año	1,8%	4,0%	6,6%	7,2%	6,5%	3,9%	3,4%	3,8%
		BARCELONA 9-E BON PASTOR	Recuento	1023	738	892	773	667	564	313	4970
			% de Área Básica	20,6%	14,8%	17,9%	15,6%	13,4%	11,3%	6,3%	100,0%
			% de Año	1,0%	2,0%	3,3%	3,5%	3,6%	3,6%	4,0%	2,1%
		BARCELONA 9-F VIA BARCINO	Recuento	999	681	815	803	588	485	214	4585
			% de Área Básica	21,8%	14,9%	17,8%	17,5%	12,8%	10,6%	4,7%	100,0%
			% de Año	,9%	1,8%	3,0%	3,6%	3,2%	3,1%	2,7%	1,9%
		BARCELONA 9-G SANT ANDREU	Recuento	1741	1204	1512	1435	1108	524	210	7734
			% de Área Básica	22,5%	15,6%	19,6%	18,6%	14,3%	6,8%	2,7%	100,0%
			% de Año	1,6%	3,3%	5,6%	6,5%	6,0%	3,4%	2,7%	3,3%
		BARCELONA 9-H SANT ANDREU	Recuento	0	0	0	0	0	70	306	376
			% de Área Básica	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	18,6%	81,4%	100,0%
			% de Año	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,4%	3,9%	,2%
		MONTCADA I REIXAC	Recuento	2319	1633	1901	1826	1857	1283	635	11454
			% de Área Básica	20,2%	14,3%	16,6%	15,9%	16,2%	11,2%	5,5%	100,0%
			% de Año	2,2%	4,4%	7,0%	8,2%	10,0%	8,2%	8,0%	4,9%
		OTROS	Recuento	2589	1673	1665	1181	862	1384	843	10197
			% de Área Básica	25,4%	16,4%	16,3%	11,6%	8,5%	13,6%	8,3%	100,0%
			% de Año	2,4%	4,5%	6,1%	5,3%	4,6%	8,9%	10,6%	4,3%
		EN BLANCO	Recuento	75324	15561	3077	347	446	1019	354	96128
			% de Área Básica	78,4%	16,2%	3,2%	,4%	,5%	1,1%	,4%	100,0%
			% de Año	70,0%	42,3%	11,3%	1,6%	2,4%	6,5%	4,5%	40,8%
		Total	Recuento	107645	36819	27135	22142	18594	15590	7919	235844
			% de Área Básica	45,6%	15,6%	11,5%	9,4%	7,9%	6,6%	3,4%	100,0%
			% de Año	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

5.1.3.4. Paciente único. Centros de atención especializada (CAE)

En la tabla 77, que muestra los episodios de paciente único en relación con los centros de atención especializada y año, se ha localizado:

- El 34,9% en la categoría “CAESAN”, centro de Sant Andreu.
- El 31,2% en la categoría “CAECHA”, centro de Chafarinas.
- El 21,4% en la categoría “CAEHOR”, centro de Horta.

Tabla 77.

De contingencia del paciente único en relación con los centros de atención especializada y año

			Tabla de contingencia Centro de Atención Especializada * Año * npac_año								
npac_año	Centro de Atención Especializada		Año								Total
			2010	2011	2012	2013	2014	2015	Julio 2016		
1	CAEBPA	Recuento	533	284	244	0	0	0	0	1061	
		% de Centro de Atención Especializada	50,2%	26,8%	23,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	
		% de Año	,5%	,8%	,9%	,0%	,0%	,0%	,0%	,4%	
	CAECAR	Recuento	315	291	206	123	126	23	0	1084	
		% de Centro de Atención Especializada	29,1%	26,8%	19,0%	11,3%	11,6%	2,1%	,0%	100,0%	
		% de Año	,3%	,8%	,8%	,6%	,7%	,1%	,0%	,5%	
	CAECHA	Recuento	32056	11049	8700	7434	6207	5345	2829	73620	
		% de Centro de Atención Especializada	43,5%	15,0%	11,8%	10,1%	8,4%	7,3%	3,8%	100,0%	
		% de Año	29,8%	30,0%	32,1%	33,6%	33,4%	34,3%	35,7%	31,2%	
	CAECO	Recuento	0	0	1	0	1	0	0	2	
		% de Centro de Atención Especializada	,0%	,0%	50,0%	,0%	50,0%	,0%	,0%	100,0%	
		% de Año	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	
	CAEGUI	Recuento	1095	505	373	334	279	73	0	2659	
		% de Centro de Atención Especializada	41,2%	19,0%	14,0%	12,6%	10,5%	2,7%	,0%	100,0%	
		% de Año	1,0%	1,4%	1,4%	1,5%	1,5%	,5%	,0%	1,1%	
	CAEHOR	Recuento	25574	7444	5029	4218	3612	3006	1518	50401	
		% de Centro de Atención Especializada	50,7%	14,8%	10,0%	8,4%	7,2%	6,0%	3,0%	100,0%	
		% de Año	23,8%	20,2%	18,5%	19,0%	19,4%	19,3%	19,2%	21,4%	
	CAEMER	Recuento	710	317	270	26	0	0	0	1323	
		% de Centro de Atención Especializada	53,7%	24,0%	20,4%	2,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	
		% de Año	,7%	,9%	1,0%	,1%	,0%	,0%	,0%	,6%	
	CAEMON	Recuento	720	176	0	0	0	0	0	896	
		% de Centro de Atención Especializada	80,4%	19,6%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	
		% de Año	,7%	,5%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,4%	
	CAERJA	Recuento	6384	2163	1811	1555	1087	720	428	14148	
		% de Centro de Atención Especializada	45,1%	15,3%	12,8%	11,0%	7,7%	5,1%	3,0%	100,0%	
		% de Año	5,9%	5,9%	6,7%	7,0%	5,8%	4,6%	5,4%	6,0%	
	CAEROQ	Recuento	823	421	292	201	129	51	0	1917	
		% de Centro de Atención Especializada	42,9%	22,0%	15,2%	10,5%	6,7%	2,7%	,0%	100,0%	
		% de Año	,8%	1,1%	1,1%	,9%	,7%	,3%	,0%	,8%	
	CAESAN	Recuento	36845	13058	9440	7546	6596	5719	3127	82331	
		% de Centro de Atención Especializada	44,8%	15,9%	11,5%	9,2%	8,0%	6,9%	3,8%	100,0%	
		% de Año	34,2%	35,5%	34,8%	34,1%	35,5%	36,7%	39,5%	34,9%	
	CAETUR	Recuento	2269	965	577	509	441	180	0	4941	
		% de Centro de Atención Especializada	45,9%	19,5%	11,7%	10,3%	8,9%	3,6%	,0%	100,0%	
		% de Año	2,1%	2,6%	2,1%	2,3%	2,4%	1,2%	,0%	2,1%	
	CAEVBA	Recuento	321	146	192	196	116	81	17	1069	
		% de Centro de Atención Especializada	30,0%	13,7%	18,0%	18,3%	10,9%	7,6%	1,6%	100,0%	
		% de Año	,3%	,4%	,7%	,9%	,6%	,5%	,2%	,5%	
	CAEVH	Recuento	0	0	0	0	0	392	0	392	
		% de Centro de Atención Especializada	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%	
		% de Año	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	2,5%	,0%	,2%	
Total		Recuento	107645	36819	27135	22142	18594	15590	7919	235844	
		% de Centro de Atención Especializada	45,6%	15,6%	11,5%	9,4%	7,9%	6,6%	3,4%	100,0%	
		% de Año	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

5.1.3.5. Paciente único. Servicios en la atención especializada ambulatoria (AEA)

En la tabla 78, que muestra la relación entre el paciente único en relación con los servicios y años en estudio en la atención especializada, se ha detectado:

El 22,6% de los episodios como “paciente único” en el servicio de “Oftalmología”.

- Este resultado ha sido similar en los años 2010 y 2015.

El 17,8% de los episodios como “paciente único” se ha localizado en el servicio de “Dermatología”.

- Este resultado ha sido mayor en el 2013 con el 20,9%, corrigiéndose en el 2015 con el 16,8%.

El 13,6% de los episodios como “paciente único” se ha encontrado en el servicio de “Traumatología”.

- Este resultado ha sido mayor en el 2015 con el 16,8%.

Tabla 78.

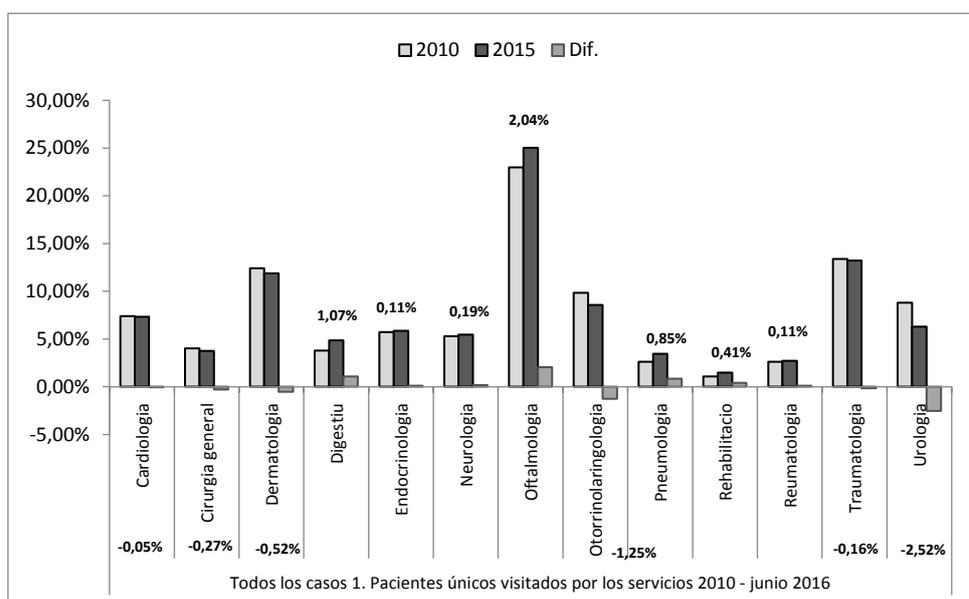
De contingencia del paciente único en relación con los servicios y año

				Tabla de contingencia Tipo de Servicio * Año * npac_año							
npac_año				Año							Total
1	Tipo de Servicio			2010	2011	2012	2013	2014	2015	Julio 2016	
1	Cardiología	Recuento		11640	1960	1272	716	721	610	366	17285
		% de Tipo de Servicio		67,3%	11,3%	7,4%	4,1%	4,2%	3,5%	2,1%	100,0%
		% de Año		10,8%	5,3%	4,7%	3,2%	3,9%	3,9%	4,6%	7,3%
	Cirugía general	Recuento		5884	2189	1466	1482	1206	1110	550	13887
		% de Tipo de Servicio		42,4%	15,8%	10,6%	10,7%	8,7%	8,0%	4,0%	100,0%
		% de Año		5,5%	5,9%	5,4%	6,7%	6,5%	7,1%	6,9%	5,9%
	Dermatología	Recuento		17385	6724	5512	4629	3806	2623	1408	42087
		% de Tipo de Servicio		41,3%	16,0%	13,1%	11,0%	9,0%	6,2%	3,3%	100,0%
		% de Año		16,2%	18,3%	20,3%	20,9%	20,5%	16,8%	17,8%	17,8%
	Digestiu	Recuento		4690	1123	1022	711	591	594	285	9016
		% de Tipo de Servicio		52,0%	12,5%	11,3%	7,9%	6,6%	6,6%	3,2%	100,0%
		% de Año		4,4%	3,1%	3,8%	3,2%	3,2%	3,8%	3,6%	3,8%
	Endocrinología	Recuento		6748	1174	771	634	656	560	301	10844
		% de Tipo de Servicio		62,2%	10,8%	7,1%	5,8%	6,0%	5,2%	2,8%	100,0%
		% de Año		6,3%	3,2%	2,8%	2,9%	3,5%	3,6%	3,8%	4,6%
	Neurología	Recuento		5795	1610	1148	900	825	757	422	11457
		% de Tipo de Servicio		50,6%	14,1%	10,0%	7,9%	7,2%	6,6%	3,7%	100,0%
		% de Año		5,4%	4,4%	4,2%	4,1%	4,4%	4,9%	5,3%	4,9%
	Oftalmología	Recuento		24668	8321	5789	4899	4056	3533	2020	53286
		% de Tipo de Servicio		46,3%	15,6%	10,9%	9,2%	7,6%	6,6%	3,8%	100,0%
		% de Año		22,9%	22,6%	21,3%	22,1%	21,8%	22,7%	25,5%	22,6%
	Otorrinolaringología	Recuento		8663	3877	2803	2295	1994	1500	775	21907
		% de Tipo de Servicio		39,5%	17,7%	12,8%	10,5%	9,1%	6,8%	3,5%	100,0%
		% de Año		8,0%	10,5%	10,3%	10,4%	10,7%	9,6%	9,8%	9,3%
	Pneumología	Recuento		1844	637	526	420	394	348	188	4357
		% de Tipo de Servicio		42,3%	14,6%	12,1%	9,6%	9,0%	8,0%	4,3%	100,0%
		% de Año		1,7%	1,7%	1,9%	1,9%	2,1%	2,2%	2,4%	1,8%
	Rehabilitación	Recuento		832	366	286	233	227	196	109	2249
		% de Tipo de Servicio		37,0%	16,3%	12,7%	10,4%	10,1%	8,7%	4,8%	100,0%
		% de Año		8%	1,0%	1,1%	1,1%	1,2%	1,3%	1,4%	1,0%
	Reumatología	Recuento		1819	672	469	361	291	253	168	4033
		% de Tipo de Servicio		45,1%	16,7%	11,6%	9,0%	7,2%	6,3%	4,2%	100,0%
		% de Año		1,7%	1,8%	1,7%	1,6%	1,6%	2,1%	1,7%	
	Traumatología	Recuento		11385	6046	4530	3627	2818	2615	797	31818
		% de Tipo de Servicio		35,8%	19,0%	14,2%	11,4%	8,9%	8,2%	2,5%	100,0%
		% de Año		10,6%	16,4%	16,7%	16,4%	15,2%	16,8%	10,1%	13,5%
	Urología	Recuento		6292	2120	1541	1235	1009	891	530	13618
		% de Tipo de Servicio		46,2%	15,6%	11,3%	9,1%	7,4%	6,5%	3,9%	100,0%
		% de Año		5,8%	5,8%	5,7%	5,6%	5,4%	5,7%	6,7%	5,8%
Total		Recuento		107645	36819	27135	22142	18594	15590	7919	235844
		% de Tipo de Servicio		45,6%	15,6%	11,5%	9,4%	7,9%	6,6%	3,4%	100,0%
		% de Año		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

En la figura 47, que muestra la diferencia de los episodios de los pacientes únicos registrado en relación con los servicios en la atención especializada en los años 2010 y 2015, se ha encontrado:

- Una disminución del 2,52% en el servicio de “Urología”.
- Una disminución del 1,25% en el servicio de “Otorrinolaringología”.
- Un aumento del 2,04% en el servicio de “Oftalmología”.

Figura 47. Episodios del paciente único en relación con los servicios en la atención especializada



5.1.3.6. Paciente único. Tipo de prestación de visita, primera o sucesiva visita

En la tabla 79, donde se hace referencia al paciente único en relación con el tipo de prestación y año, se ha encontrado que:

El 79% de forma global corresponde a la “Primera visita”.

- Este resultado ha sido mayor en el 2014 con el 91,9%.

El 21% de forma global corresponde a la “Visita sucesiva”.

- Este resultado ha sido mayor en el 2010 con el 35,4%, corrigiéndose en los años posteriores, hasta el 2015 con el 8,2%.

Tabla 79.

De contingencia del paciente único en relación con la prestación y año

Tabla de contingencia Tipo de prestación * Año * npac_año

npac_año	Tipo de prestación		Año							Total
			2010	2011	2012	2013	2014	2015	Julio 2016	
1	Primera visita	Recuento	69546	33064	24390	20224	17079	14319	7701	186323
		% de Año	64,6%	89,8%	89,9%	91,3%	91,9%	91,8%	97,2%	79,0%
	Visita sucesiva	Recuento	38099	3755	2745	1918	1515	1271	218	49521
		% de Año	35,4%	10,2%	10,1%	8,7%	8,1%	8,2%	2,8%	21,0%
Total		Recuento	107645	36819	27135	22142	18594	15590	7919	235844
		% de Año	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

5.1.3.7. Paciente único. Prioridad de la visita solicitada (A1 – A2)

En la tabla 80, que muestra los casos válidos y los episodios del paciente único en relación con la prioridad de la prestación y año, se ha encontrado:

- El 9,3% de los episodios como casos validos del “paciente único”.
- El 90,7% como perdido.

El 17,1% de los episodios del paciente único corresponden a la prioridad preferente-urgente, y el 82,9% pertenece a la prioridad ordinario.

Tabla 80.

De contingencia del paciente único en relación con la prioridad y año

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Tipo de prestación * any * Prioritat A1(urg/pref) A2(ordi.) * npac_any	122892	9,3%	1204146	90,7%	1327038	100,0%

Tabla de contingencia Prioritat A1(urg/pref) A2(ordi.) * Año * npac_año

npac_año	Prioritat A1(urg/pref) A2(ordi.)	A1 - Urgente/prioritario	Recuento	Año							Total
				2011	2012	2013	2014	2015	Julio 2016		
1		A1 - Urgente/prioritario	Recuento	6228	4491	3382	2980	2615	1328	21024	
			% de Prioritat A1(urg/pref) A2(ordi.)	29,6%	21,4%	16,1%	14,2%	12,4%	6,3%	100,0%	
		A2 - Ordinario	% del total	5,1%	3,7%	2,8%	2,4%	2,1%	1,1%	17,1%	
			Recuento	28852	21487	17914	14861	12352	6402	101868	
Total		A1 - Urgente/prioritario	% de Prioritat A1(urg/pref) A2(ordi.)	28,3%	21,1%	17,6%	14,6%	12,1%	6,3%	100,0%	
			% del total	23,5%	17,5%	14,6%	12,1%	10,1%	5,2%	82,9%	
		A2 - Ordinario	Recuento	35080	25978	21296	17841	14967	7730	122892	
			% de Prioritat A1(urg/pref) A2(ordi.)	28,5%	21,1%	17,3%	14,5%	12,2%	6,3%	100,0%	
		% del total	28,5%	21,1%	17,3%	14,5%	12,2%	6,3%	100,0%		

5.2. Indicadores de calidad en la asistencia básica

5.2.1. Recursos humanos ofrecidos a la atención primaria (AP)

5.2.1.1. Recursos humanos. Número de especialistas por servicio, semana y por año

El análisis de los recursos humanos se ha realizado sobre 44 de 52 semanas en un año natural, por el número de especialistas, sesiones o agendas, y horas disponibles por semana y año. La diferencia corresponde a 8 semanas que las agendas no están activas por motivos varios: Vacaciones, libres disponibles, congresos, incidencias varias, otros. En la tabla 81, que indica el número de especialistas en relación con el servicio, semana y año en la atención especializada, se ha identificado una media de 105 especialistas por semana y año. Este resultado ha ido aumentando a partir del año 2011 con 102 especialistas y en el año 2015 con 113 especialistas por semana.

- Se han estudiado los años 2009 y 2015 y el resultado ha mostrado un aumento de 15 especialistas.

Tabla 81.

Número de especialistas con relación a los servicios, semana, y año

Período 2009 - 2015	Número de especialistas en los servicios por semana y año.								
Servicios en la atención especializada.	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Media (n) de especialistas en el servicio y año.	Media (%) de especialistas en el servicio y año.
CARDIOLOGIA	11	11	11	11	11	11	12	11	10,61%
QUIRURGIA GENERAL I DIGESTIVA	5	5	4	3	3	4	4	4	3,81%
QUIRURGIA ORT I TRAUMATOLOGIA	16	16	16	18	19	19	18	17	16,60%
DERMATOLOGIA PV	8	8	9	9	10	11	11	9	8,98%
ENDOCRINOLOGIA I NUTRICIÓ	6	6	6	6	7	6	6	6	5,85%
GASTROENTEROLOGIA- AP DIGESTIU	6	6	6	5	4	3	4	5	4,63%
NEUROLOGIA	5	5	6	6	7	8	8	6	6,12%
OFTALMOLOGIA	12	12	14	15	21	20	22	17	15,78%
OTORRINOLARINGOLOGIA	9	9	9	9	9	8	8	9	8,30%
PNEUMOLOGIA	6	6	6	6	6	6	6	6	5,71%
REUMATOLOGIA	5	5	6	4	5	6	5	5	4,90%
UROLOGIA	9	9	9	10	9	9	9	9	8,71%
Total profesionales en el año (n)	98	98	102	102	111	111	113	105	100,00%

En la figura 48, que muestra la media de especialistas en relación con los servicios, semana y año, se ha encontrado:

- El 16,60% en el servicio de Traumatología, como el resultado mayor de la variable
- El 15,78% en el servicio de Oftalmología
- El 10,61% en el servicio de Cardiología.

Figura 48.
Media de especialistas en relación con los servicios, semana y año 2009- 2015



5.2.1.2. Recursos humanos Número de sesiones (agendas) por servicio, semana y año

En la tabla 82, que muestra el número de sesiones o agendas en relación con las semanas y año de los especialistas en la atención especializada, se ha encontrado:

- Una media de 248 sesiones o agendas activas por semana y año.

Con respecto al total de las sesiones encontradas en relación con los años en estudio (1.737), se han analizado los años 2009 (290) y 2015 (223) y el resultado ha mostrado:

- Una disminución de 67 sesiones o agendas.

Tabla 82.
Número de sesiones “agendas” con relación a las semanas, y año

Período 2009 - 2015	Número de sesiones ofertadas por semana AEA.								Media (n) de sesiones en el servicio y año.	Media (%) de sesiones en el servicio y año.
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015			
Servicios en la atención especializada.										
CARDIOLOGIA	18	19	19	18	19	19	20	19	19	7,60%
CIRURGIA GENERAL I DIGESTIVA	14	14	10	6	8	8	8	10	10	3,91%
CIRURGIA ORT I TRAUMATOLOGIA	35	34	35	29	26	26	21	29	29	11,86%
DERMATOLOGIA PV	32	30	29	34	30	30	29	31	31	12,32%
ENDOCRINOLOGIA I NUTRICIÓ	19	19	17	14	13	13	13	15	15	6,22%
GASTROENTEROLOGIA- AP DIGESTIU	25	21	16	16	12	12	12	16	16	6,56%
NEUROLOGIA	15	11	12	11	12	12	13	12	12	4,95%
OFTALMOLOGIA	43	44	44	41	45	42	44	43	43	17,44%
OTORRINOLARINGOLOGIA	28	28	28	28	29	28	26	28	28	11,23%
PNEUMOLOGIA	18	16	15	15	11	11	10	14	14	5,53%
REUMATOLOGIA	26	16	16	10	10	10	10	14	14	5,64%
UROLOGIA	17	16	18	16	16	17	17	17	17	6,74%
Total año (n)	290	268	259	238	231	228	223	248	248	100,00%

En la figura 49, que indica las sesiones de los especialistas en relación con los servicios, semana y año, se ha encontrado:

- El 17,44% (43 sesiones) en el servicio de Oftalmología, como resultado mayor de la variable servicio.
- El 3,91% (10 sesiones) en el servicio de Cirugía General y Digestiva, como resultado menor de la variable servicio.

Figura 49.
Sesiones de especialistas en relación con los servicio, semana y año



5.2.1.3. Recursos humanos. Número de horas por servicio, semana y por año

En el análisis de resultados de la tabla 83, que indica el número de horas de los especialistas en relación con los servicios, semana y año, se ha encontrado de forma global una media por año de 983 horas.

- El resultado refleja una pérdida de 113:50 horas entre los años 2009 (1.069:00) y 2015 (955:50)

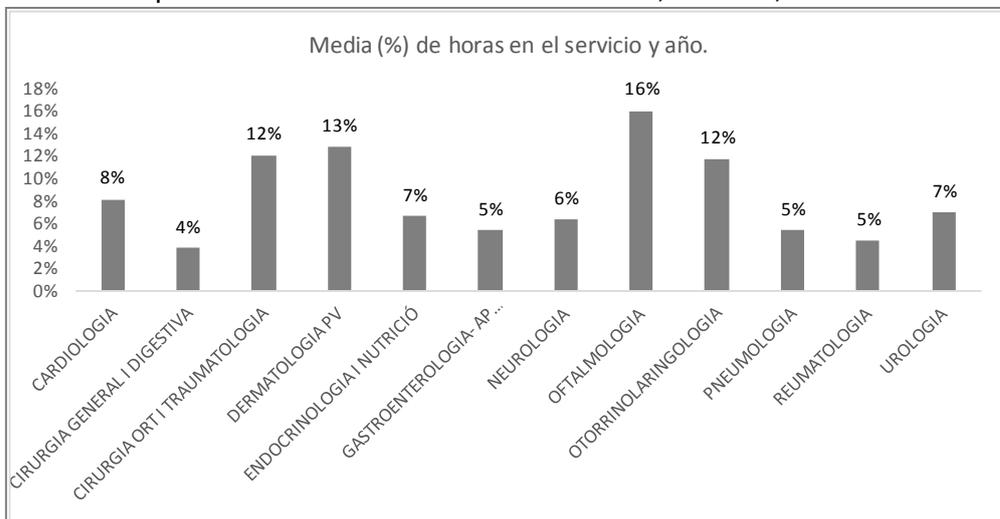
Tabla 83.
Número de horas con relación a los servicios, y año

Servicios en la atención especializada.	Número de horas ofertadas por semana AEA.							Total 2009 - 2015	Media (n) de horas en el servicio y año.	Media (%) de horas en el servicio y año.
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015			
CARDIOLOGIA	84,30	89,00	81,00	83,45	71,50	74,00	78,30	562,35	80	8%
CIRURGIA GENERAL I DIGESTIVA	61,00	38,00	34,00	27,00	39,50	31,35	31,15	262,40	37	4%
CIRURGIA ORT I TRAUMATOLOGIA	127,55	125,50	120,00	123,00	123,00	114,00	98,00	831,45	119	12%
DERMATOLOGIA PV	109,50	145,00	111,30	140,00	136,50	118,45	118,20	880,15	126	13%
ENDOCRINOLOGIA I NUTRICIÓ	84,00	63,00	71,45	63,00	58,00	58,40	58,15	456,40	65	7%
GASTROENTEROLOGIA- AP DIGESTIU	53,30	58,00	56,15	52,00	52,00	47,30	52,10	371,25	53	5%
NEUROLOGIA	64,30	64,00	64,45	58,50	58,50	60,35	67,10	438,40	63	6%
OFTALMOLOGIA	156,30	148,50	140,30	182,00	172,45	157,45	147,20	1.105,40	158	16%
OTORRINOLARINGOLOGIA	145,00	106,00	126,20	66,50	66,50	143,30	157,25	811,55	116	12%
PNEUMOLOGIA	59,30	56,00	52,15	56,00	48,00	47,45	49,55	369,25	53	5%
REUMATOLOGIA	54,15	53,00	69,00	34,50	34,50	35,20	31,20	312,35	45	5%
UROLOGIA	68,30	71,00	64,00	71,00	71,00	66,45	66,10	478,25	68	7%
Total año	1.069,00	1.047,40	991,20	958,15	933,45	956,10	955,50	6.882,00	983	100%

En la figura 50, que muestra la media de horas invertidas en la atención especializada en relación con los servicios durante los años 2009 y 2015, se ha encontrado:

- El 16% de media de horas en el servicio de Oftalmología.
- El 13% de media de horas en el servicio de Dermatología
- El 12% de media en horas en los servicios de Cirugía Ortopédica y Traumatológica y Otorrinolaringología.

Figura 50.
Horas de especialistas en relación con los servicios, semana, año entre el 2009 y el 2015



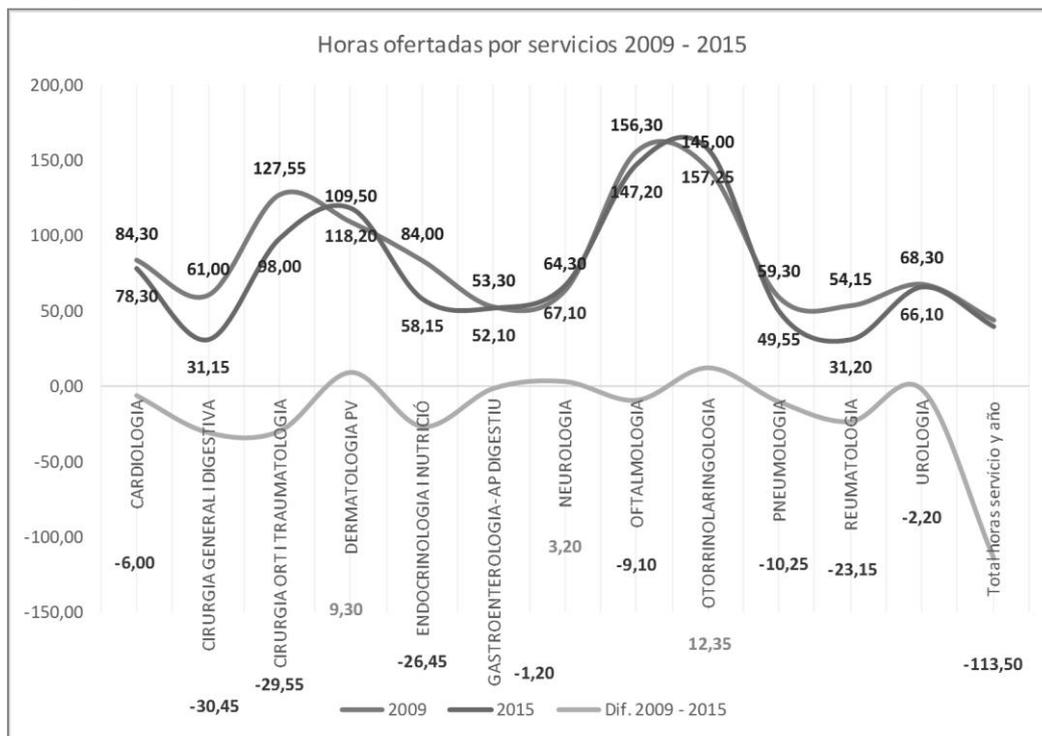
En la figura 51, que muestra la diferencia de horas ofertadas en relación con los servicios a la atención primaria en los años 2009 al 2015, se ha descubierto una pérdida global en los años en estudio de 113:50 horas, y se han localizado perdidas relevantes en:

- De 30:45 horas en el servicio de Cirugía General y Digestiva.
- De 29:55 horas en el servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatológica.

- De 26:45 horas en el servicio de Endocrinología.
- De 23:15 horas en el servicio de Reumatología.

Figura 51.

Diferencia de horas ofertadas a la atención primaria en relación con los servicios. 2009 - 2015



5.2.2. Frecuencia en la utilización de los servicios por la población asignada AIS BCN Norte SAP Muntanya

La frecuentación por parte de la población en la utilización de los servicios en la atención especializada, es un indicador relevante para adecuar recursos y observar el nivel de salud de la población referente. La frecuencia establece un promedio o número de visitas por paciente en un servicio en concreto.

El análisis divide el número total de episodios registrados, por la población asignada. El resultado proporciona el número de veces que un paciente ha acudido a un servicio o servicios en la atención especializada ambulatoria.

En la tabla 84, que muestra la frecuentación o utilización de los servicios con relación a la población asignada en los años en estudio, se ha encontrado de media:

- El 47,17% de la población ha utilizado los servicios en la atención especializada.

Este resultado ha sido del 59,05% en el 2010 y del 46% en el 2015.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha mostrado una disminución del 13,05% de la frecuentación de los servicios por parte de la población.

Tabla 84.

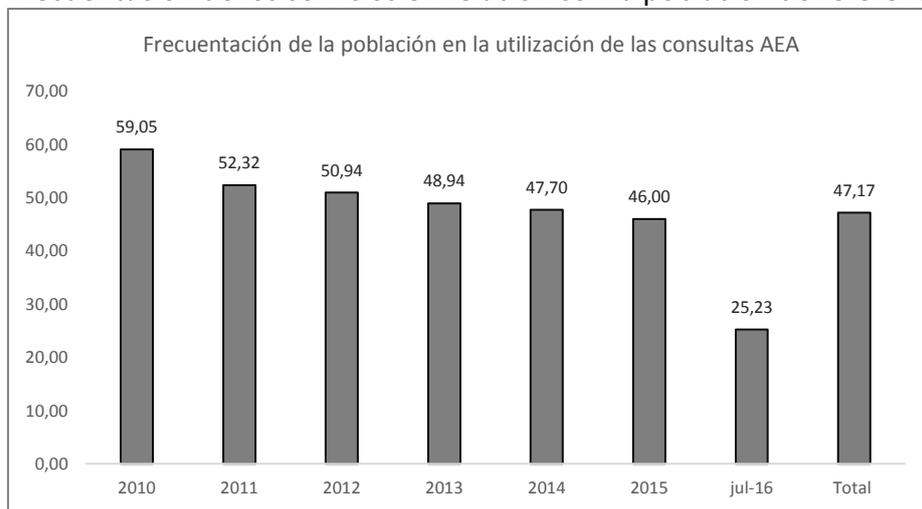
Frecuencia en la utilización de los servicios con relación a la población asignada

Años	Población asignada	Episodios atendidos	Frecuentación en la utilización de los servicios en la AEA por la población asignada.
2010	401902	237331	59,05
2011	401902	210293	52,32
2012	401902	204711	50,94
2013	401902	196688	48,94
2014	401902	191721	47,70
2015	401902	184884	46,00
jul-16	401902	101410	25,23
Total	401.902	1.327.038	47,17

En la figura 52, que indica la frecuentación de los servicios en relación con la población de referencia en los años 2010 a Julio del 2016, se ha mostrado el 59,05% en el año 2010, como resultado mayor de la variable año.

Figura 52.

Frecuentación de los servicios en relación con la población de referencia



5.2.2.1. Frecuentación de los servicios. Grupos de edad y sexo

En el análisis de la frecuentación por parte de la población de los servicios en la atención especializada, por los grupos de edad y sexo, se ha localizado el 99,7% de los episodios registrados como casos validos en los grupos de "Edad y sexo".

En los grupos de edad y sexo, se ha observado que:

- El 33,2% en el grupo “Mujer mayor de 64 años” en el servicio de “Neurología
- El 29,6% en el grupo “Hombre mayor de 64 años” en el servicio de “Urología”.

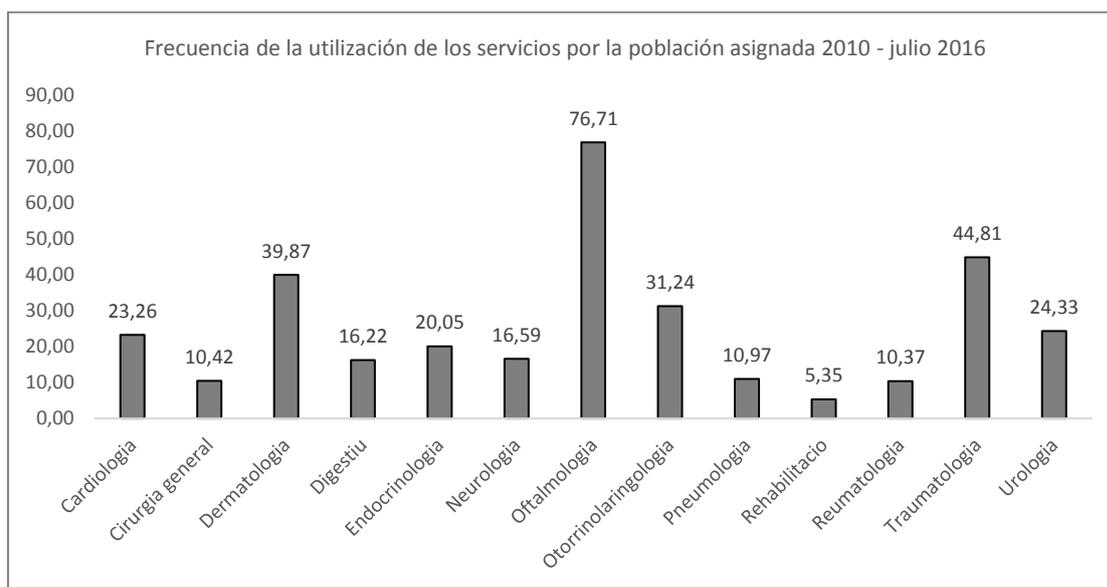
5.2.2.2. Frecuentación de los servicios en la atención especializada ambulatoria (AEA)

En la figura 53, que muestra la frecuentación de los servicios en relación con la población asignada, se ha localizado:

- El 76,71% en el servicio de Oftalmología, como resultado mayor de la variable.
- El 44,81% en el servicio de Traumatología.
- El 39,87% en el servicio de Dermatología.

Figura 53.

Frecuentación de los servicios en relación con la población de referencia



5.2.2.3. Frecuentación de los servicios. Ratio de visita sucesiva y primeras (r: 2/1)

El análisis de la frecuentación de los servicios por parte de la población asignada y la ratio de visitas que realiza el especialista, se ha valorado como un elemento importante para la optimización de las agendas y consultas. La reiteración de visita se ha calculado a partir del cociente entre el número de segundas visitas (660.462) y las primeras (666.576).

- Este resultado ha sido del 1,07 de ratio por año y del 0,93 de media por servicio.

En la tabla 85, que indica el cociente entre el número de segundas y primeras visitas, se ha encontrado el valor de:

- 1,04 de la ratio entre segundas y primeras visitas en julio 2016, como resultado mayor en la variable año.

En la tabla se han localizado los servicios que están por encima de la media de la ratio (1,07) por año, y estos han sido:

- Endocrinología con el 2,34.
- Neumología con el 1,55.
- Reumatología con el 1,55.
- Cardiología con el 1,46.
- Neurología con el 1,10.
- Oftalmología con el 1,38.
- Rehabilitación con el 1,21.
- Urología con el 1,25.

Los servicios que se han encontrado por debajo de la media de la ratio (1,07) por año, han sido:

- Cirugía General y Digestiva con el 0,35
- Dermatología con el 0,53
- Digestivo con el 0,99
- Otorrinolaringología con el 0,76
- Traumatología con el 0,60

El resultado de la media sucesiva primera visita, calculada por los servicios en la atención especializada en los años en estudio, ha sido del 0,93.

Tabla 85.
Cociente entre el número de segundas y primeras visitas (r:2/1)

Año	Ratio de sucesiva y primera visita por Servicio y año en la (AEA)													Total r:2/1
	Cardiología	Cirugía General	Dermatología	Digestiu	Endocrinología	Neurología	Oftalmología	ORL	Pneumología	RHB	Reumatología	Traumatología	Urología	
	r:2/1	r:2/1	r:2/1	r:2/1	r:2/1	r:2/1	r:2/1	r:2/1	r:2/1	r:2/1	r:2/1	r:2/1	r:2/1	r:2/1
2.010	0,90	0,33	0,52	1,13	1,76	0,93	1,35	0,73	1,29	1,26	1,55	0,57	1,58	0,94
2.011	0,98	0,29	0,49	1,29	2,45	1,04	1,32	0,88	1,42	1,05	1,79	0,52	1,29	0,96
2.012	0,99	0,48	0,53	1,23	2,45	1,11	1,49	0,89	1,55	1,34	1,54	0,59	1,33	1,03
2.013	1,95	0,36	0,51	1,01	2,11	1,08	1,37	0,85	1,65	1,35	1,47	0,62	1,28	1,01
2.014	1,75	0,32	0,55	0,69	2,35	1,13	1,35	0,71	1,73	1,21	1,57	0,64	1,09	0,99
2.015	1,86	0,32	0,57	0,77	2,61	1,19	1,37	0,67	1,60	1,20	1,57	0,59	1,09	1,01
2.016	1,77	0,33	0,53	0,82	2,64	1,20	1,43	0,61	1,64	1,06	1,39	0,69	1,12	1,04
Totales Servicio	1,46	0,35	0,53	0,99	2,34	1,10	1,38	0,76	1,55	1,21	1,55	0,60	1,25	1,07

Años	Población asignada	Población atendida	Episodios atendidos	Primera visita	Visita sucesivas	r:2/1
2.010	401.902	107.645	237.331	122.388	114.943	0,94
2.011	401.902	36.819	210.293	107.214	103.079	0,96
2.012	401.902	27.135	204.711	100.931	103.780	1,03
2.013	401.902	22.142	196.688	97.670	99.018	1,01
2.014	401.902	18.594	191.721	96.564	95.157	0,99
2.015	401.902	15.590	184.884	92.182	92.702	1,01
Jul-16	401.902	7.919	101.410	49.627	51.783	1,04
Total	401.902	235.844	1.327.038	666.576	660.462	

5.2.3. Pacientes no presentados a la visita del especialista en la atención ambulatoria

Se han detectado 132.860 pacientes no presentados a la visita del especialista entre los años 2011 al 2015.

Los servicios con un resultado relevante en pacientes no presentados a la visita, han sido:

- El 24,87% en Oftalmología.
- El 18,83% en Dermatología.
- El 13,39% en Traumatología.
- El 2,36% en Reumatología, como el servicio con un menor resultado de pacientes no presentados a la visita.

En la tabla 86, que indica los pacientes no presentados a la visita del especialista en los años 2011 al 2015, se ha encontrado el 32,62% en el año 2014, como el resultado mayor en la categoría año.

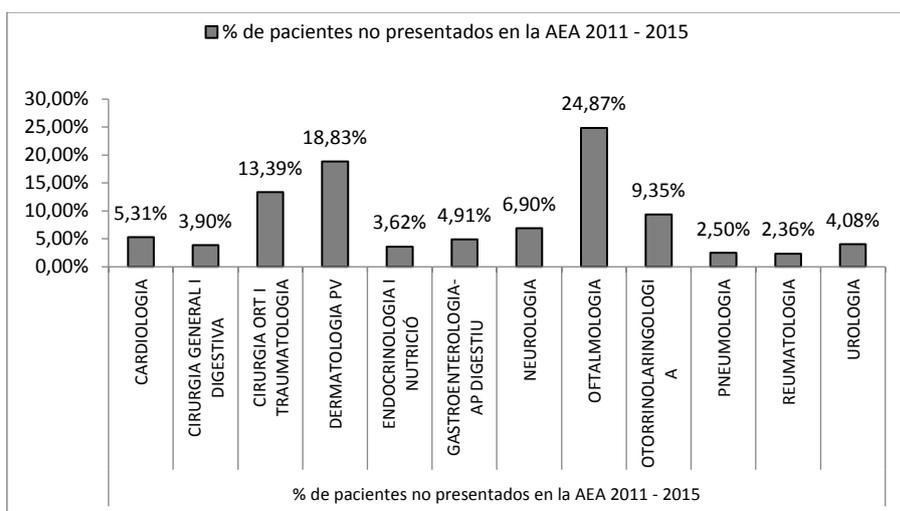
Se han analizado los no presentados en los años 2011 (13,41%) y el 2015 (21,20%) y el resultado ha mostrado un aumento del 7,79%.

Tabla 86.
Pacientes no presentados a la visita en los años 2011 al 2015.

Periodo 2011 - 2015							
Servicios de Atención especializada Ambulatoria en "SAP Muntanya"	Pacientes no presentados a la visita en el año.					Total 2011 - 2015	% Total
	2011	2012	2013	2014	2015		
CARDIOLOGIA	1.019	1.588	810	2.346	1.289	7.052	5,31%
CIRURGIA GENERAL I DIGESTIVA	345	920	751	1.924	1.236	5.176	3,90%
CIRURGIA ORT I TRAUMATOLOGIA	2.113	3.911	1.741	6.193	3.826	17.784	13,39%
DERMATOLOGIA PV	3.517	5.633	2.642	7.886	5.336	25.014	18,83%
ENDOCRINOLOGIA I NUTRICIÓ	656	1.062	366	1.576	1.147	4.807	3,62%
GASTROENTEROLOGIA- AP DIGESTIU	807	1.151	590	2.156	1.815	6.519	4,91%
NEUROLOGIA	1.204	2.175	1.076	2.862	1.847	9.164	6,90%
OFTALMOLOGIA	4.748	8.346	3.260	10.021	6.670	33.045	24,87%
OTORRINOLARINGOLOGIA	1.968	2.944	1.133	4.174	2.199	12.418	9,35%
PNEUMOLOGIA	441	747	374	976	790	3.328	2,50%
REUMATOLOGIA	401	668	379	1.023	666	3.137	2,36%
UROLOGIA	593	988	289	2.202	1.344	5.416	4,08%
Total en el año (n)	17.812	30.133	13.411	43.339	28.165	132.860	100,00%
Total año (%)	13,41%	22,68%	10,09%	32,62%	21,20%	100,00%	

En la figura 54, que muestra los pacientes no presentados a la visita del especialista en relación con los servicios y años en estudio, se han encontrado servicios cuyo resultado no ha sido tan negativo: Reumatología (2,36%), Pneumología (2,50%), Endocrinología (3,62%) y Cirugía General y Digestiva (3,90%).

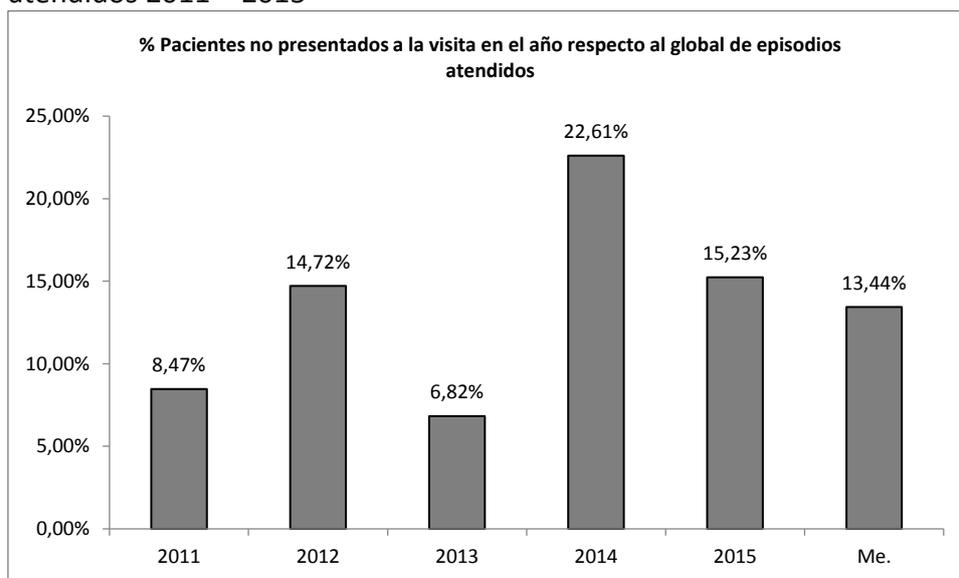
Figura 54.
Pacientes no presentados a la visita en los años 2011 – 2015



En la figura 55, que muestra los pacientes no presentados a la visita del especialista en el año en relación al global de episodios atendidos entre los años 2011 y 2015, se ha encontrado el 22,61% en el 2014 de pacientes no presentados a la visita, como el resultado mayor en la categoría/año. Y el 6,82% en el 2013 de no presentados a la visita, como el resultado menor en la categoría/año.

Figura 55.

Pacientes no presentados a la visita en el año en relación con el global de episodios atendidos 2011 – 2015



En la tabla 87, que muestra los pacientes no presentados a la visita del especialista respecto al global de episodios atendidos en los años en estudio, se ha encontrado el resultado del 13,57% de media en los pacientes no presentados respecto al global de los episodios atendidos.

Tabla 87.

Pacientes no presentados a la visita respecto al global de episodios atendidos.

	2011	2012	2013	2014	2015	Media
Total, episodios atendidos	210.293	204.711	196.688	191.721	184.884	197.659
Pacientes no presentados a la visita en el año.	17.812	30.133	13.411	43.339	28.165	26.572
Pacientes no presentados a la visita en el año respecto al global de episodios atendidos	8,47%	14,72%	6,82%	22,61%	15,23%	13,57%

- Se han analizado los pacientes no presentados a la visita respecto al global de episodios atendidos entre los años 2011 (8,47%) y 2015 (15,23) y el resultado ha mostrado un aumento del 6,83%.

5.2.4. Anulaciones y reprogramaciones de visita en la AEA

5.2.4.1. Anulaciones de visita en relación con los motivos más relevantes y por años

En las anulaciones de visita se han registrado 10 conceptos o motivos de anulación, motivos por lo que se ha solicitado el cierre de la agenda del especialista en la atención especializada ambulatoria.

En la tabla 88, que indica las anulaciones de visita entre los años 2010 y 2015, se ha encontrado el 76,83% de las anulaciones de visita “por decisión del centro”, como resultado mayor de la tabla, y el 15,07% por “otros motivos”.

El 2,53% de las anulaciones de visita pertenecen a las solicitadas por “decisión del paciente”, y el 4,11% por “duplicidad en la citación” o planificación de visita.

El 8,75% de las anulaciones de visita corresponden al año 2010 y el 10,42% al año 2015.

- Se ha realizado un análisis comparativo entre ambos periodos y el resultado indicado un aumento del 1,67%.

Tabla 88.

Anulaciones de visitas en los años 2010 – 2015

Rótulos de fila (Anulaciones)	2.010	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	Totales
ANULACIÓN DE ISH	0,02%	0,02%	0,00%	0,00%	0,01%	0,04%	0,08%
AUSENCIA REITERADA	0,00%	0,01%	0,02%	0,00%	0,04%	0,02%	0,02%
CAUSA MÉDICA	0,00%	0,01%	0,01%	0,00%	0,02%	0,03%	0,01%
DECISIÓN CENTRO	77,09%	83,36%	78,93%	76,65%	73,94%	63,06%	76,83%
DECISIÓN FACULTATIVO	1,10%	0,87%	0,87%	0,98%	0,86%	1,85%	1,01%
DECISIÓN PACIENTE	1,42%	1,56%	2,65%	2,42%	2,82%	5,20%	2,53%
DUPLICIDAD	1,93%	3,73%	5,02%	3,96%	3,87%	5,75%	4,11%
ERROR	0,12%	0,27%	0,34%	0,33%	0,47%	0,89%	0,38%
FUERA TÉRMINO	0,02%	0,01%	0,01%	0,01%	0,04%	0,09%	0,03%
OTROS	18,29%	10,17%	12,13%	15,64%	17,94%	23,07%	15,07%
Total general	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,07%
	8,75%	23,70%	19,83%	19,38%	17,92%	10,42%	100,00%

En la tabla 89, que muestra las anulaciones de visita respecto al global de episodios atendidos, se ha localizado el 36,82% de media entre los años 2010 y 2015.

El 50,86% de las anulaciones de visita respecto al global de los episodios atendidos pertenece al año 2011, como resultado mayor de la tabla.

El 16,63% de las anulaciones respecto al global de los episodios atendidos corresponden al 2010 y el 25,44% al 2015.

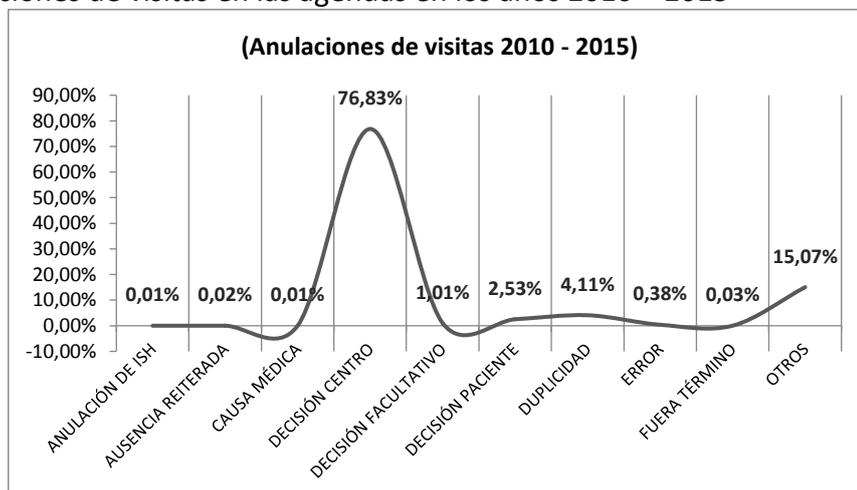
- Se han estudiado ambos periodos y el resultado ha indicado un aumento del 8,81%.

Tabla 89.
Anulaciones de visita respecto al global de episodios atendidos

	2.010	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	Me.
Total episodios atendidos	237.331	210.293	204.711	196.688	191.721	184.884	204.271
Total anulaciones	39.480	106.963	89.492	87.449	80.846	47.026	75.209
% anulaciones respecto al global de episodios atendidos	16,63%	50,86%	43,72%	44,46%	42,17%	25,44%	36,82%

En la figura 56, que indica las anulaciones de visita en relación con los diez motivos más relevantes del estudio, el 76,83% de las anulaciones corresponden por “decisión del centro”, como resultado mayor de la variable anulaciones.

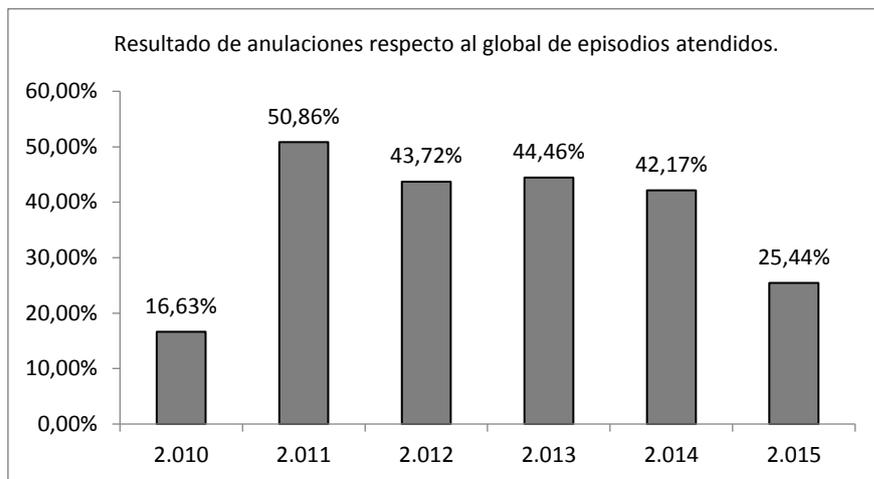
Figura 56.
Anulaciones de visitas en las agendas en los años 2010 – 2015



En la figura 57, que muestra las anulaciones de visita en relación con el global de los episodios atendidos en los años en estudio, se ha detectado el 50,86% de las anulaciones en el 2011, como resultado mayor en la categoría año.

Figura 57.

Anulaciones de visita, en relación con el global de episodios atendidos 2010 – 2015



5.2.4.2. Reprogramaciones de visita en relación con los motivos más relevantes

En la tabla 90, que muestra las reprogramaciones de visita realizadas en la atención especializada ambulatoria entre los años 2010 y 2015, se ha encontrado 18 motivos por los que se realiza una reprogramación de las visitas en las agendas de los especialistas:

- El 39,65% de las reprogramaciones de visita pertenecen a “cambio organizativo del servicio”, como resultado mayor de la tabla.
- El 18,99% de las reprogramaciones corresponden a “otros motivos”
- El 17,63% se han encontrado en “cambio solicitado por el paciente”.

De forma grupal, el 16,74% de las reprogramaciones corresponden a las salidas de guardia, congresos–formación, días libres, permiso de formación, permisos y vacaciones, y libranzas o días personales no planificados, entre los años 2010 y 2015.

El 20,37% de las reprogramaciones se han localizado en el año 2010, como resultado mayor en la categoría/año. Y el 15,51% en el 2015.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha detectado una disminución del 4,86% en las reprogramaciones de visita en la atención especializada.

Tabla 90.
Reprogramaciones de visita realizadas en los años 2010 – 2015

Rótulos de fila (Reprogramaciones)	2010	2011	2012	2013	2014	2015 Totales	%
AVANCE DE PRESTACIÓN	0	105	2.169	4.144	5.265	5.053	16.736 4,56%
AVERÍA APARATO	0	76	74	43	19	11	223 0,06%
CAMBIO ORGANIZATIVO SERVICIO	36.479	18.745	26.827	20.842	24.101	18.658	145.652 39,65%
CAMBIO SOLICITADO POR PACIENTE	4.238	6.313	12.381	12.705	14.117	15.023	64.777 17,63%
CAMBIOS POR QUIRÓFANOS	11	110	74	145	126	156	622 0,17%
CAMBIOS POR SALIDA DE GUARDIAS	571	996	1.064	1.506	1.170	1.570	6.877 1,87%
CONGRESO/FORMACIÓN	1.236	2.637	2.226	2.378	2.802	2.392	13.671 3,72%
CONTRAINDICACIÓN MÉDICA	303	237	251	316	278	152	1.537 0,42%
DIAS LIBRES	542	1.677	1.155	470	687	472	5.003 1,36%
HOSPITALIZACIÓN	0	2	7	10	32	36	87 0,02%
MALA PREPARACIÓN DEL PACIENT	0	1	4	2	2	4	13 0,00%
OTROS	25.874	12.414	10.546	7.704	6.906	6.306	69.750 18,99%
PERMISO POR FORMACIÓN EN OTRO CEN	0	0	42	25	1	20	88 0,02%
PERMISOS	1.093	1.710	1.769	1.849	2.927	1.867	11.215 3,05%
REPROGRAMACIÓN POR CITA VINCULAD	188	251	446	388	337	532	2.142 0,58%
RESOLUCIÓN PACIENTE NO PRESENTAD	86	341	1.154	1.023	497	479	3.580 0,97%
REUNIÓN OFICIAL	36	122	82	93	47	269	649 0,18%
VACACIONES	4.173	4.139	4.236	4.336	3.891	3.983	24.758 6,74%
Total general	74.830	49.876	64.507	57.979	63.205	56.983	367.380 100,00%
	20,37%	13,58%	17,56%	15,78%	17,20%	15,51%	100,00%

En la tabla 91, que muestra las reprogramaciones de visita respecto al global de los episodios atendidos entre los años 2010 y 2015, se ha encontrado el 31,52 de las reprogramaciones en el 2010 y el 30,82% en el 2015.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha mostrado una disminución del 0,70%.

Tabla 91.
Reprogramaciones de visita respecto al global de episodios atendidos

	2.010	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	Me.
Total episodios atendidos	237.331	210.293	204.711	196.688	191.721	184.884	204.271
Total reprogramaciones	74.830	49.876	64.507	57.979	63.205	56.983	61.230
% reprogramaciones respecto al global de episodios atendidos	31,53%	23,72%	31,51%	29,48%	32,97%	30,82%	29,97%

En la tabla 92, que refleja la diferencia entre las anulaciones y las reprogramaciones de visita respecto al global de episodios atendidos, se ha localizado el 14,89% de la diferencia entre anulación y reprogramación de visita en el año 2010 y el 5,39% en el año 2015.

- Se han analizado ambos periodos y el resultado ha detectado una disminución del 9,5%.

Tabla 92.

Diferencia entre las anulaciones y reprogramaciones de visita respecto al global de episodios atendidos

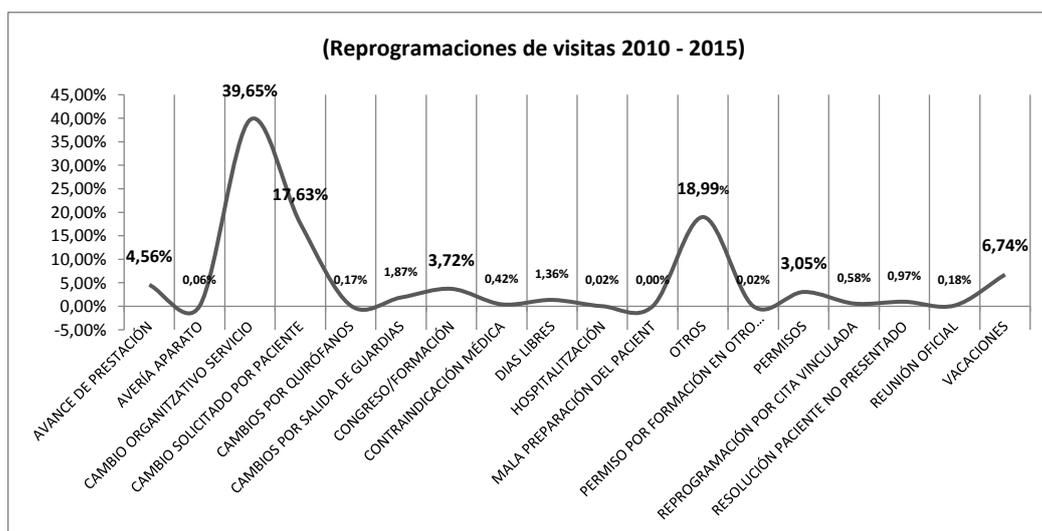
	2.010	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	Me.
% anulaciones respecto al global de episodios atendidos	16,63%	50,86%	43,72%	44,46%	42,17%	25,44%	36,82%
% reprogramaciones respecto al global de episodios atendidos	31,53%	23,72%	31,51%	29,48%	32,97%	30,82%	29,97%
Diferencia entre anulaciones y reprogramaciones respecto al global de episodios atendidos	14,89%	-27,15%	-12,21%	-14,98%	-9,20%	5,39%	-6,84%

En la figura 58, que muestra las reprogramaciones de visita en la atención especializada ambulatoria en relación con los 18 motivos entre los años 2010 y 2015, se han descubierto 7 motivos mayoritarios en el estudio:

- El 39,65% corresponde a los cambios organizativos por el servicio.
- El 18,99% pertenece a otros.
- El 17,63% procede de los cambios solicitados por el paciente.
- El 6,74% proviene de las vacaciones.
- El 4,56% recae en el avance de la prestación o visita.
- El 3,72% corresponde a los congresos y formación continuada.
- El 3,05% pertenece a los permisos.

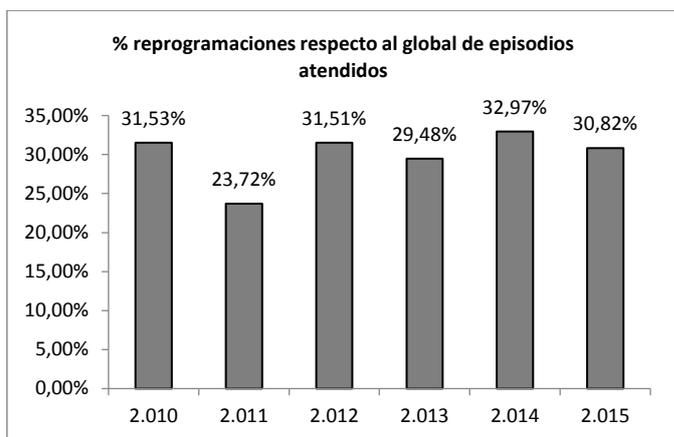
Figura 58.

Reprogramaciones de visitas en relación con los 18 motivos entre el 2010 - 2015



En la figura 59, que muestra las reprogramaciones respecto al global de los episodios atendidos en los años en estudio, se ha encontrado el 32,97% en el año 2014, como resultado mayor de la figura.

Figura 59.
Reprogramaciones respecto al global de episodios atendidos 2010 – 2015



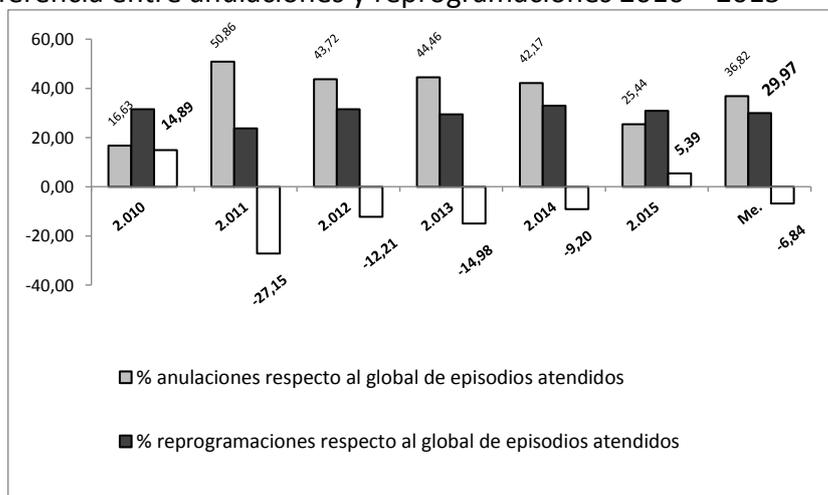
En la figura 60, que muestra la diferencia entre las anulaciones y las reprogramaciones de visita en relación con el global de los episodios atendidos entre los años 2010 y 2015 se ha encontrado:

- El 27,15% en negativo, en la diferencia de las anulaciones con respecto a las reprogramaciones de visita en el 2011.
- El 14,89% en positivo, en la diferencia de las anulaciones con respecto a las reprogramaciones de visita en el 2010.

Se ha analizado la diferencia entre anulación y reprogramación de visita entre el año 2010 (14,89%), y en el 2015 (5,39%), y el resultado:

- Ha detectado una disminución del 6,84%.

Figura 60.
Diferencia entre anulaciones y reprogramaciones 2010 – 2015



5.2.5. Tiempo de espera (TE) entre la citación o programación y la visita

En la tabla 93, que cita el tiempo de espera en la primera visita con relación a los servicios y años en estudio 2010 – 2015 en la atención especializada:

- Se ha encontrado de forma global una media de 44,72 días entre la citación o programación y la visita concluida por el especialista.

Los resultados del tiempo de espera en el año 2010 han sido de 36,38 días y en el 2015 de 35,84 días.

- Se han analizado ambos resultados y el resultado ha detectado una reducción de 0,54 días.

Tabla 93.

Tiempo de espera en la primera visita con relación a los servicios y años

Tiempo de espera de la primera visita entre la citación y visita. (días naturales)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Me.
CARDIOLOGIA	47,76	71,79	51,75	66,75	97,25	43,90	63,20
CIRURGIA GENERAL I DIGESTIVA	24,40	40,89	53,94	63,28	53,84	21,57	42,99
CIRURGIA ORT I TRAUMATOLOGIA	22,25	62,70	61,00	67,89	79,33	63,94	59,52
DERMATOLOGIA PV	41,75	54,25	65,25	42,00	52,50	36,91	48,78
ENDOCRINOLOGIA I NUTRICIÓ	36,03	37,22	33,52	28,91	44,13	17,17	32,83
GASTROENTEROLOGIA- AP DIGESTIU	24,07	28,92	21,20	29,52	64,67	64,10	38,75
NEUROLOGIA	31,66	44,80	65,62	74,41	61,67	26,39	50,76
OFTALMOLOGIA	87,79	99,67	88,00	51,67	38,33	37,56	67,17
OTORRINOLARINGOLOGIA	52,97	72,17	43,03	25,05	41,11	23,74	43,01
PNEUMOLOGIA	18,22	28,33	22,83	27,92	45,22	51,83	32,39
REUMATOLOGIA	15,41	19,56	28,56	44,48	40,83	28,49	29,56
UROLOGIA	34,30	69,67	19,24	13,56	14,75	14,48	27,67
Media armónica total en el año.	36,38	52,50	46,16	44,62	52,80	35,84	44,72

En la tabla 94, que muestra el tiempo medio de espera en la primera visita en relación con los servicios y años en estudio 2010 y 2015 en la atención especializada, se han detectado por debajo de los 30 días del tiempo de espera los servicios de:

- Reumatología
- Urología.

El de tiempo de espera igual o superior a 50 días pertenecen a los servicios de: Cardiología.

- Cirugía Ortopédica y Traumatológica.
- Neurología.

- Oftalmología.

Tabla 94.

Tiempo medio de espera en primera visita con relación a los servicio y años

	Me. Del tiempo de espera en primera visita en al AEA 2010 - 2015			
	≤ 30 días	≥ 30 días ≤ 40 días	≥ 40 días ≤ 50 días	≥ 50 días
Servicios	REUMATOLOGIA	ENDOCRINOLOGIA I NUTRICIÓ	CIRURGIA GENERAL I DIGESTIVA	CARDIOLOGIA
	UROLOGIA	GASTROENTEROLOGIA- AP DIGESTIU	DERMATOLOGIA PV	CIRURGIA ORT I TRAUMATOLOGIA
		PNEUMOLOGIA	OTORRINOLARINGOLOGIA	NEUROLOGIA
				OFTALMOLOGIA

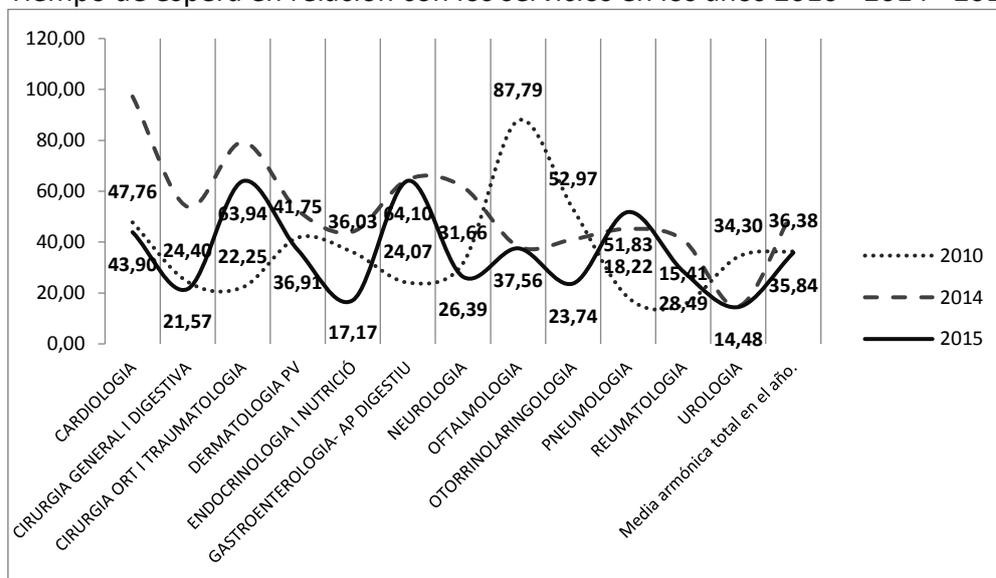
En la figura 61, se muestra la evolución en el tiempo de espera en relación con los servicios en los años 2010 – 2014 y 2015. El resultado mayor en una reducción de 50,23 días en el tiempo de espera corresponde al servicio de Oftalmología, entre los años 2010 (87,79 días) y el 2015 (37,56 días).

Los servicios con resultados que indican un aumento en el tiempo de espera han sido:

- Cirugía Ortopédica y Traumatológica (41,69 días)
- Gastroenterología y Digestivo (40.03 días)
- Pneumología (33,61 días)

Figura 61.

Tiempo de espera en relación con los servicios en los años 2010 - 2014 - 2015.



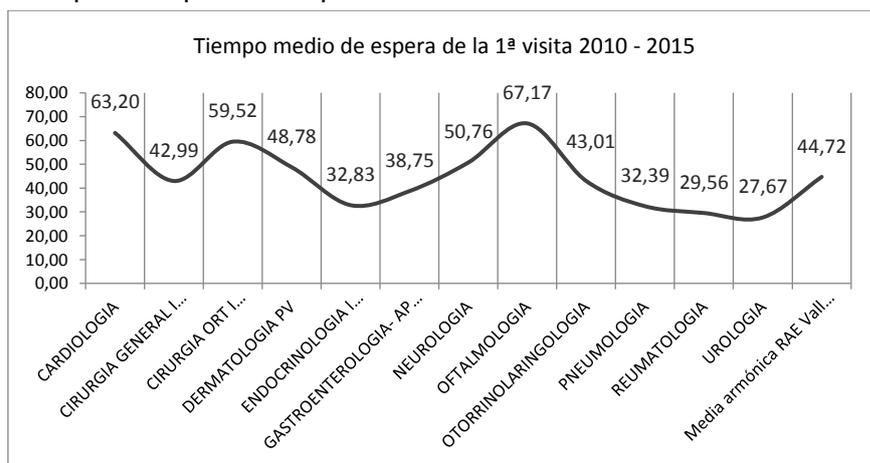
En la figura 62, que indica el tiempo de espera en la primera visita en relación con los servicios en la atención especializada ambulatoria, se ha encontrado:

- 67,17 en el servicio de Oftalmología, como resultado mayor de la variable.

- 63,20 en el servicio de Cardiología.
- 59,52 en el servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.
- 50,76 en el servicio de Neurología.

Se han analizado ambos periodos y el resultado del tiempo de espera en la primera visita en los servicios ha mostrado una media de 44,72 días.

Figura 62.
Tiempo de espera en la primera visita en relación con los servicios 2010 – 2015.



5.2.6. Solicitudes de cambio de especialista en la AEA

En la tabla 95, que refleja las solicitudes de los pacientes o familiares de cambio de especialista en la atención especializada en los años en estudio, se ha detectado el 18,73% en el año 2012, como el resultado mayor de la tabla.

En relación al resultado de las solicitudes de cambio de especialista respecto al global de episodios atendidos en los años 2010 (0,29%) y 2015 (0,19%):

- Se ha detectado una disminución en un 0,1%.

Tabla 95.
Solicitudes de cambio de especialistas en la atención especializada

Periodo 2009 - 2015		Solicitudes de cambio de Especialista registradas y tramitadas en el periodo						Total solicitudes 2009 - 2015
Servicios de Atención Especializada Ambulatoria en SAP Montaña		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total general		564	693	580	761	617	500	347
		13,88%	17,06%	14,28%	18,73%	15,19%	12,31%	8,54%

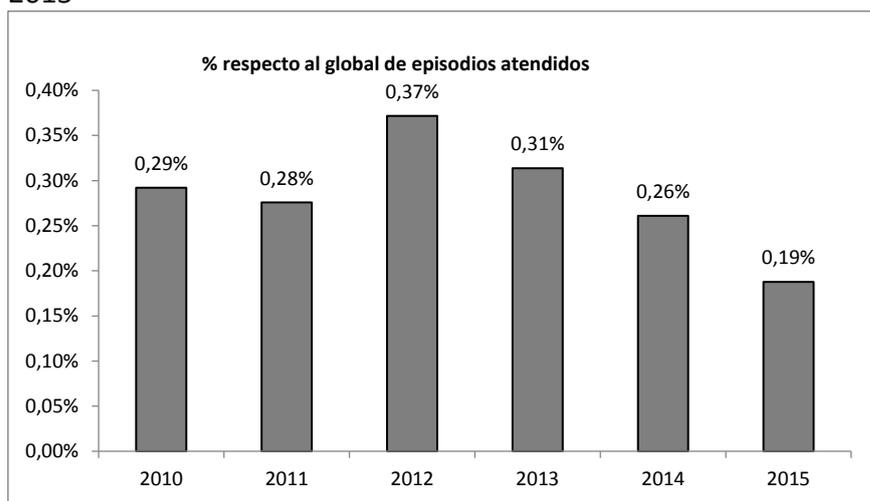
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Total episodios atendidos	237.331	210.293	204.711	196.688	191.721	184.884	1.225.628
Solicitudes de cambio de Especialista registradas y tramitadas en el periodo	693	580	761	617	500	347	3.498
% respecto al global de episodios atendidos	0,29%	0,28%	0,37%	0,31%	0,26%	0,19%	

En la figura 63, que muestra las solicitudes de cambio de especialistas respecto al global de los episodios atendidos entre los años 2010 y 2015:

- Se ha encontrado una disminución del 0,18% entre los años 2012 (0,37%) y el 2015 (0,19%).

Figura 63.

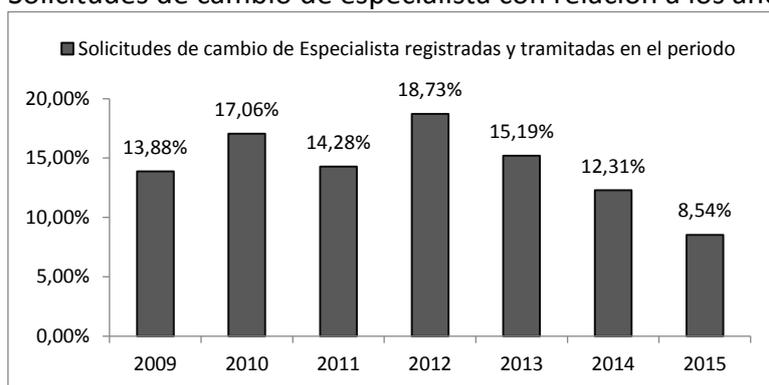
Solicitudes de cambio de especialista respecto al global de episodios atendidos 2010 – 2015



En la figura 64, que muestra las solicitudes de cambio de especialista con relación a los años 2009 y 2015, se ha localizado el 18,73% en el 2012, corrigiéndose el número de solicitudes en años posteriores 2013 (15,19%), 2014 (12,31%), y 2015 (8,54%).

Figura 64.

Solicitudes de cambio de especialista con relación a los años 2009 – 2015



5.2.7. Solicitudes de reclamaciones en la AEA.

Los resultados de las reclamaciones registradas entre los años 2010 y 2015, muestran un total de 2.005.

En la tabla 96, que recoge las reclamaciones respecto al global de los episodios atendidos en los años, se ha observado el 0,33% de las reclamaciones en el año 2014.

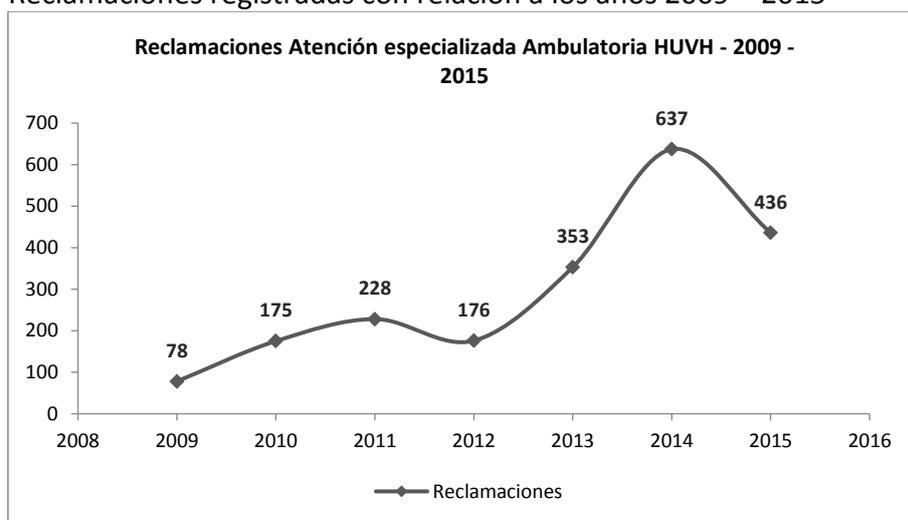
- Se han analizado los periodos 2010 (0,07%) y el 2015 (0,24%) y el resultado ha detectado un aumento del 0,17%.

Tabla 96.
Reclamaciones respecto al global de episodios atendidos

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Totales
Total episodios atendidos	237.331	210.293	204.711	196.688	191.721	184.884	1.225.628
Total reclamaciones registradas y tramitadas	175	228	176	353	637	436	2.005
% respecto al global de episodios atendidos	0,07%	0,11%	0,09%	0,18%	0,33%	0,24%	1,02%

En la figura 65, que indica las reclamaciones registradas en la atención especializada ambulatoria en relación con los años 2009 y 2015, se han notificado unas 637 reclamaciones en el año 2014, como el mayor resultado en los años en estudio.

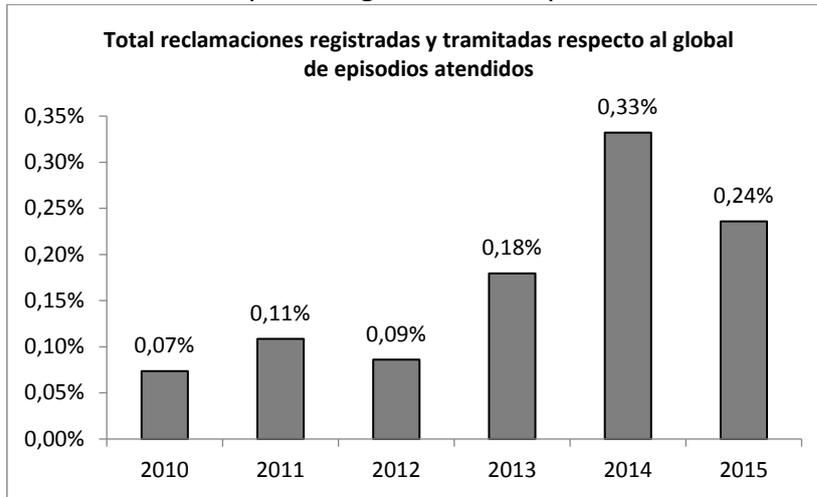
Figura 65.
Reclamaciones registradas con relación a los años 2009 – 2015



En la figura 66 del total de reclamaciones registradas respecto al global de los episodios atendidos, se localizó el 0,33% en el 2014 como el año de mayor resultado, reduciéndose en años posteriores.

Figura 66.

Reclamaciones respecto al global de los episodios atendidos 2010 – 2015.



CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

6. DISCUSIÓN

Discusión sobre la metodología empleada

En la metodología empleada para la selección de la muestra, se han considerado como unidad de análisis todos los episodios registrados en forma de solicitudes de derivación de visita de los médicos de familia y especialistas desde enero del 2009 a julio del 2016.

Desde un principio se ha visto acertado la inclusión de todos los sujetos derivados por el servicio de atención primaria (SAP) Muntanya, incluidos los pacientes de otras zonas del ámbito de referencia al ámbito de Muntanya. Estas se han identificado como “otras zonas”.

En relación a las derivaciones de las unidades de procedencia (UP) “En Blanco”, sin la correspondiente identificación del facultativo solicitante, ni del equipo de atención primaria, se ha encontrado apropiado que la no identificación de la derivación del solicitante no anulaba el episodio en sí, puesto que la propia derivación iba a generar actividad.

Respecto a potenciales sesgos de medición como sostienen Royo Bordonada MA. et al., y Hueso González A. et al. ⁽⁸⁸⁻⁸⁹⁾, se estima que pueden ser poco probables, en cuanto a los indicadores seleccionados, las fuentes de información, y el modo de medición.

Se ha considerado que la exclusión de las solicitudes de derivación, episodios no completos, y prioridad en la prestación en el 2009 y en el primer semestre del 2016, pudo haber infraestimado nuestros resultados, pero por la escasa magnitud no se ha visto que afectara el resultado del estudio en relación a la totalidad de 1.327.038 de casos o episodios registrados.

En el análisis del instrumento de medida, se ha utilizado unos indicadores que nos han permitido evaluar la actividad y la calidad en la asistencia básica en la gestión y la satisfacción con relación a los criterios de validez y fiabilidad.

En el análisis del modelo, se ha seguido un orden centrado en lo relacionado con, las agendas de los especialistas, la gestión, la planificación, y los circuitos de citación. Con la monitorización de las agendas se ha podido detectar los problemas e implantar medidas correctoras.

En el análisis de la población, se ha observado 1.327.038 episodios. El 99,7% se ha asociado a la variable edad y sexo. De este resultado el 35,3% han pertenecido al grupo mayoritario de "Más de 74 años". De este grupo mayoritario el 20,3% han correspondido a mujeres y el 15,0% a hombres.

Durante los años 2010 - 2015 se ha encontrado una mayor participación en la opinión de los pacientes y ciudadanos representados en los grupos de interés social, véase asociación de pacientes a nivel Nacional, como APACOR (Asociación de Pacientes Coronarios), FEDER (Federación Española de Enfermedades Raras). ADER (Asociación De Enfermos del Riñón), AECC (Asociación Española Contra el Cáncer). ANES (Asociación Nacional de Enfermos de Sarcoidosis) etc. Donde las administraciones valoran sus reivindicaciones en una mejora en la atención asistencial.

Cierto es que a lo largo de estos años se ha llevado a cabo, pruebas y experimentos sobre diferentes formas de gestión, orientadas hacia la flexibilización y la utilización del derecho privado, adoptando en las diferentes Comunidades Autónomas, nuevas formas e iniciativas de gestión que sientan las bases para una mayor eficiencia en el sistema con la fórmula de colaboración público privada, o modelo sanitario aplicado a la gestión de los hospitales públicos mediante el sistema de concesión administrativa, modelo conocido como Alzira. ⁽⁹⁰⁻⁹²⁾

Una inapropiada coordinación asistencial entre la atención primaria y especializada produce efectos negativos en la continuidad asistencial y una ineficiencia de los recursos.

A partir del año 2010 se ha detectado una aproximación en la coordinación entre ambas organizaciones, como el interés y la necesidad de compartir la información clínica administrativa y de resultados, la capacidad resolutoria del médico de familia, el recuperar el espíritu y el origen del médico de cabecera. Como sostiene Gallo Vallejo et al. ⁽⁹³⁾ (p236) “El médico general o médico de familia es el profesional que, ante todo, es responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite asistencia médica y puede implicar para ello a otros profesionales de la salud, que prestarán sus servicios cuando sea necesario”.

En este estudio se han identificado los problemas y las causas que lo ocasionan, la complejidad y la dimensión de la organización en la atención especializada ambulatoria.

Se han creado mecanismos de alerta para identificar los problemas de forma ordenada y generalizada, desde el punto de vista de quien sufre o padece el problema, los pacientes y los profesionales.

En nuestro estudio, se ha examinado la región sanitaria de Barcelona (RSB) del área integral de salud (AIS) Barcelona norte, en el servicio de atención primaria (SAP) Muntanya, que agrupa tres distritos o barrios de Barcelona, Horta-Guinardo, Nou Barris, y Sant Andreu, barrios con una población de 363.010 usuarios, en relación con el registro central de personas aseguradas (RCA)³⁴, datos del 2016. Con la incorporación posterior de los equipos de atención primaria de Montcada-Reixac, y Cotxeras Borbó (centro no ICS) han sumado un total de 401.902 usuarios, población referente en nuestro estudio.

En Cataluña el crecimiento migratorio entre los años 2009 y 2017 ha sido de 11.168 personas, contrario al crecimiento natural, con una disminución de 8.710 personas en el mismo periodo. En relación a la asistencia sanitaria en Cataluña, se ha comprobado una pérdida de 123.409 asegurados.

En la integración del modelo, se han observado diversos problemas que producían desequilibrios en el sistema sanitario, en relación a usuarios, profesionales de la salud, y gestores, como:

³⁴ Fuente: Registro central de personas aseguradas (RCA). Regulado por Decreto 29/1995, de 10 de enero (DOGC 2013, de 17.2.1995), y modificado por la Orden SSS/250/2002, del 1 de julio (DOGC 3678, de 16.7.2002).

- a. Pacientes insatisfechos debido al tiempo de espera para ser atendidos por el especialista.
- b. Especialistas con una sobrecarga en las agendas, debido a una planificación que recae en criterios de actividad.
- c. Resistencia al cambio funcional y organizativo, por parte de los especialistas venidos de primaria, con unas agendas de 14 horas por semana hacia unas nuevas agendas de 35 horas semanales. Resistencia que generó problemas en la gestión de agendas con anulaciones y reprogramaciones de visitas a finales del 2008 y el primer semestre del 2009.
- d. Un cambio en la herramienta de la gestión clínica y administrativa, retirando físicamente la historia clínica en formato papel, y la entrada en el sistema informático Siap-web, finalizando en el “Sistema, aplicaciones y productos” ARGOS asistencial, de gestión clínica y administrativa.

Por todo lo anterior descrito, podemos suponer que los resultados se encuentran libres de errores sistemáticos desde un punto de vista metodológico.

Discusión de los resultados

En el apartado de resultados se ha podido identificar el efecto de los cambios implantados en el modelo de integración al Hospital Universitario Vall d’Hebron. Mediante la aplicación de acciones de mejora y en el marco de un modelo más eficiente, con la optimización de las agendas, se ha conseguido una mejor calidad de la asistencia básica en la atención al paciente como eje principal.

6.1. Indicadores de actividad en la asistencia básica

6.1.1. Derivaciones de visita de los médicos de familia hacia los especialistas en la AEA

Objetivo. Analizar si son menores las derivaciones de visita en relación con el origen de la solicitud, grupos de edad, equipos de atención primaria, prestación de la visita, prioridad y periodo

6.1.1.1. Analizar si son menores las solicitudes de derivaciones de visita, en relación con el origen de las derivaciones

En el proceso de la derivación de la primera visita, existe un criterio principal mencionado por Cabo Salvador ⁽³¹⁾ “Prestar la atención sanitaria con la máxima de calidad, con una mínima cantidad, con la tecnología apropiada y cerca del domicilio de residencia del paciente”, criterio con el que coincidimos.

En nuestro análisis se ha encontrado una disminución global del 4% en todas las derivaciones entre los años 2010 y 2015.

Por unidades de procedencia, se ha localizado una disminución del 4,8% en todas las derivaciones de SAP Muntanya, y una disminución del 2,1% de la unidad de procedencia Vall d’Hebron. Ambas entre los años 2011 y 2015.

El 48,3% de las derivaciones en primera visita y sucesiva, han sido recogidas en la unidad “Vall d’Hebron” y el 32,2% en la unidad “SAP Muntanya”. Tabla 30.

En la unidad de procedencia “En Blanco” se ha observado una disminución del 98,5% de las derivaciones en primera visita entre los años 2010 y 2015.

En el año 2010, origen de las derivaciones “En Blanco”, se ha observado que las solicitudes podrían haber sido realizadas por el personal administrativo de los centros de primaria a petición de los pacientes, del médico de familia, o como falsa visita sucesivas siendo una primera visita.

La acción correctora impulsada en su momento ha dado como resultado una reducción del 99,7% de las derivaciones “En Blanco” entre los años 2010 y el 2015. Tabla 22.

Normalmente el mayor resultado observado debería de haber correspondido a la unidad “SAP Muntanya” lugar donde se encuentran los equipos de primaria, es decir, el origen del proceso, y no en el centro sanitario Vall d’Hebron.

Como sostiene Rojas Bruno ⁽⁹⁴⁾, “la mayoría de solicitudes para los especialistas provenían de atención primaria, seguidas de las revisiones o controles, un número considerable de las solicitudes provenían de los pacientes que fueron atendidos en urgencias del hospital, por los Servicios de Traumatología, Cardiología, Neumología y Neurología”, con el que coincidimos. Tabla 21-22.

Una gran parte de las derivaciones analizadas, el 48,3% han sido detectadas en la unidad Vall d’Hebron, procedentes del servicio de urgencias. Visitas que deberían de haber tenido una continuidad asistencial en la atención especializada ambulatoria.

En el estudio de Rojas Bruno ⁽⁹⁴⁾, realizado en un hospital comarcal, Hospital Punta de Europa de Algeciras en Cádiz, sobre el total de derivaciones, el 44% procedían de la atención primaria como primera visita, el 25% para controles, y el 17% de las urgencias.

En cambio, nuestro análisis se ha centrado en un hospital terciario de alta tecnología y de gran complejidad como es el Hospital Universitario Vall d’Hebron de Barcelona.

6.1.1.2. Analizar si son menores las solicitudes de derivaciones de visita en relación con los grupos de edad y sexo

Se ha encontrado una disminución del 3,9% de las derivaciones en todos los grupos de edad y sexo entre los años 2010 y 2015.

Una disminución del 8,5% en el grupo de edad mayor de 64 años entre los años 2010 y 2015. Por sexo se ha encontrado una disminución del 4% en el mismo periodo. Y una disminución del 0,9% en el sexo “mujer”.

En los resultados se ha encontrado que el 99,7% corresponde a 1.323.000 de los episodios validos en el grupo de edad y sexo. El resultado mayor encontrado ha correspondido al grupo de edad “Más de 74 años” con el 35,3% y el 24,2% al grupo “entre 45 y 64 años”.

En el grupo de “Más de 74 años”, el 38,7% ha correspondido a la unidad de procedencia “Vall d’Hebron”, grupo de edad que ha precisado más visitas o controles en el modelo RAE. Este podría haber sido uno de los motivos de un mayor número de derivaciones hacia la atención especializada. Tabla 24-25.

Un estudio del Ayuntamiento de Barcelona del 2016 sobre la población en los tres distritos de Horta – Guinardó, Nou Barris y Sant Andreu ha encontrado que el grupo mayor de población ha correspondido al de 44,3 años³⁵ (población residente). En nuestro estudio el grupo de edad mayoritario es el de más de 74 años (población atendida). Concepto equivalente a la población asignada y a la población atendida.

6.1.1.3. Analizar si son menores las solicitudes de derivaciones de visita en relación con los equipos de atención primaria (EAP)

Los resultados obtenidos indican una disminución del 9,6% de las derivaciones solicitadas por los equipos de primaria en “primera visita” en la unidad de procedencia SAP Muntanya entre los años 2011 (79,9%) y 2015 (70,3%). Una disminución que puede confirmar el alcance positivo de las acciones de mejora implantadas.

Se ha observado una disminución del 0,3% en las derivaciones de “visita sucesiva” solicitadas por la unidad de “Vall d’Hebron” en el periodo 2011 (99,4%) y 2015 (99,1%), resultado que refleja una mejora en la citación de las visitas de control por parte de los especialistas. Tabla 27.

Se han encontrado equipos de primaria que han realizado derivaciones de visita por encima de la media hacia los especialistas, equipos del centro de Horta el 7D Lisboa con el 6,8% y el 7F Lisboa con el 5,5%, y un tercer equipo, el 8F Guineueta con el 5,4%. Podemos considerar que estos tres equipos han ido aumentando las derivaciones de visita desde el 2010 hasta el 2015 por encima del 4,5% de la media.

Del total de las derivaciones “En Blanco”, se han encontrado el 21,9% en primera visita y el 19,0% en visita sucesiva. El resultado indica que las visitas “En Blanco” han podido

³⁵ Fuente: Departamento de Estadística. Ayuntamiento de Barcelona. Padrón Municipal de Habitantes 1991 y 1996. Censo de Población a 30 de enero del 2016. Instituto Nacional de Estadística. Instituto de Estadística de Catalunya. Web: <http://www.bcn.cat/estadistica/castella/>

haber sido planificadas desde los mostradores de primaria, sin la solicitud correspondiente de derivación. El resultado sobre la acción de mejora en la planificación de visita ha ido en la dirección adecuada. Tabla 29.

En España, Olivet et al. ⁽⁶⁾, Gervas et al. ⁽⁹⁾, Peiró et al. ⁽¹⁰⁾, García Zambrana ⁽³⁴⁾, De Prado et al. ⁽⁶⁶⁾, han publicado estudios sobre el modelo de integración de la atención especializada ambulatoria y del proceso de la derivación de visita hacia los especialistas. Coincidimos con lo publicado en el modelo y el proceso de derivación de visita hacia la atención especializada en:

“una disminución de las derivaciones de primera visita hacia el hospital y hacia la atención especializada”, la “optimización en las agendas de los especialistas”, una “mayor oferta asistencial hacia la atención primaria”, y la “adecuación de los circuitos de programación de visita en la atención especializada”.

Autores como, Coulter ⁽⁹⁵⁾, citado por Peiró ⁽¹⁰⁾ (p84) describen la función de barrera o guardián (gatekeeper) que realizan los médicos de familia hacia los niveles secundarios, así como también Gervas et al. ⁽⁹⁾, sobre el proceso de derivación de los pacientes, en la solicitud de interconsulta presencial o de derivación de primera visita.

Autores como, García Olmo et al. ⁽¹²⁾ en su artículo comenta que “la derivación del médico de familia hacia el especialista, pacientes, médicos generales y especialistas tienen expectativas distintas. Al paciente le interesa contar con una segunda opinión”. Kinchen et.al ⁽⁹⁶⁾ comenta que “El médico general busca listas de espera cortas, una atención de calidad para el paciente y buena comunicación con el especialista”.

En cambio, el médico especialista espera que las derivaciones citadas en sus agendas estén justificadas y motivadas correctamente, y los gestores, véase directores, esperan reducir el número de derivaciones para mejorar su eficiencia. Reflexiones con las que coincidimos plenamente.

Los problemas encontrados en el análisis del modelo han sido, “las derivaciones de los equipos de primaria”, “la demanda no adecuada en la primera visita”, “la no adecuación de los circuitos del proceso de derivación”, especialmente en la primera visita con la

prioridad preferente-urgente, “circuito del envío de la solicitud de visita hacia el hospital mediante FAX”.

Las acciones de mejora que han corregido los problemas iniciales han ido hacia la priorización del circuito para los casos complejos en la atención primaria, circuito de derivación conocido como Unidades de Diagnóstico Rápido (UDR) en una primera visita preferente-urgente hacia las consultas externas hospitalarias. Acciones de mejora implantadas a principios del 2010.

Otra mejora observada ha sido, la de disponer de una “consulta a distancia no presencial” a solicitud de los médicos de familia sobre las agendas de los especialistas sin la necesidad de que el paciente acuda a la visita. Consulta orientada hacia, una segunda opinión, una valoración clínica, la indicación de pruebas complementarias, etc., con una respuesta no superior a 7 días por parte del especialista. En este contexto de mejora, se ha encontrado una disminución de las derivaciones de los equipos de primaria, en primera visita en un 4% entre los años 2010 y 2015. Tabla 28.

A petición de los médicos de familia se crearon espacios libres en las agendas de los especialistas para poder programar en primera visita con la prioridad preferente-urgente. Espacios de cita orientados para situaciones complejas, o empeoramiento del paciente. Aspecto de mejora que ha anulado los tramos de las visitas sucesivas que no se ocupaban, por primera visita.

6.1.1.4. Analizar si son menores las solicitudes de derivaciones de visita en relación con el tipo de prestación primera o sucesiva

En los resultados se ha encontrado una disminución global del 4% en ambas prestaciones, primera y visita sucesiva, entre los años 2010 al 2015, y una disminución del 4,8% en primera y visita sucesiva en la unidad productiva SAP Muntanya, entre los años 2011 y 2015, y pérdidas del 2,4% de las derivaciones de primera visita, y del 1,9% en las visitas sucesivas en la unidad Vall d’Hebron entre los años 2011 y 2015.

El 63,4% (666.576) de las derivaciones por tipo de prestación “primera visita” han pertenecido a la unidad productiva “SAP Muntanya”, el 19% “En Blanco”, el 15,1% en “Vall d’Hebron”, y el 2,5% “Fuera de zona”.

El 81,9% (660.462) de las derivaciones en la “visita sucesiva” han correspondido a la unidad productiva “Vall d’Hebron”, el 0,7% en “SAP Muntanya”, y el 17,4% “En Blanco”. Ambos resultados, primera visita y sucesiva, nos han ayudado a confirmar que nuestro análisis ha sido coincidente con las publicaciones referenciadas, sobre el origen de la primera visita de los equipos de primaria “SAP Muntanya”. Tabla 30.

El 63,4% de las derivaciones por tipo de prestación en la “primera visita” ha sido el resultado mayor observado en la unidad “SAP Muntanya”. Podemos considerar que el origen de la actividad asistencial ha pertenecido a la atención primaria, como el origen de las derivaciones hacia los especialistas.

El 81,9% de las derivaciones como “visita sucesiva” ha correspondido mayoritariamente a la unidad productiva “Vall d’Hebron”. Podemos defender que el origen de las visitas sucesivas ha ido orientada en la atención especializada como vehículo de seguimiento a los pacientes cuyo origen ha podido ser desde la atención primaria como la hospitalaria. Tabla 30.

La disminución de las solicitudes de visitas sucesivas solicitadas por los especialistas, ha sido posible gracias al esfuerzo de estos profesionales en el conocimiento de sus pacientes asignados, en un tiempo aproximado entre 12 y 18 meses. Por ejemplo, en el año 2010 se ha observado que la “visita sucesiva” ha sido del 17,4%, y en el 2011 del 15,6%. En un solo año se ha detectado una disminución del 1,8%. Reducción que ha sido por un igual en todo el periodo en estudio. Tabla 31.

En la incidencia “En Blanco” de los equipos de primaria se ha encontrado una cierta igualdad en casi todos los indicadores de actividad en la asistencia básica. La corrección de la incidencia ha sido posible mediante las acciones, procedimientos, y protocolos, aportados por la dirección de primaria y del hospital. En un año la disminución de la incidencia “En Blanco” ha sido del 30,7%, entre 69,3% en el 2010 y el 38,6% en el 2011. La misma comparación se ha realizado entre el 2010 (69,3%) y el 2015 (2,2%) proporcionando un resultado de una disminución del 67,1%. Tabla 32.

En relación a la reducida capacidad de cita, asociada a una sobrecarga de pacientes en las agendas de los especialistas, se han implantado unas acciones de mejora orientadas a informar a los centros para no programar primeras visitas en agendas cuya capacidad haya sido superada, sin la autorización o validación previa del especialista.

Con respecto a las solicitudes de primera visita que debían de haber sido atendidas en menos de dos días, y que provenían de los servicios de urgencias, especialmente de Oftalmología y Traumatología, se ha implantado un circuito de mejora en el servicio de Oftalmología para la visita en el mismo centro hospitalario.

En el servicio de Traumatología se ha implantado una acción de mejora en las agendas de visita para el control y seguimiento, curas, accidentes, fracturas y retirada de yeso y de puntos de sutura, en el Centro de Sant Andreu.

La reiteración de visita encontrada en el periodo en estudio, entre las visitas sucesivas y primeras visita, ha sido del 0,99.

6.1.1.5. Analizar si son menores las solicitudes de derivaciones de visita en relación con el tipo de prioridad de la visita ordinario, preferente o urgente

Se han analizado los resultados de la prioridad en la visita, en relación al profesional que lo haya solicitado, el médico de familia o el especialista.

Se ha encontrado una disminución del 2,4% en las derivaciones de la unidad SAP Muntanya en la primera visita prioridad A1 “preferente-urgente”. Y un aumento del 2.4% en la prioridad A2 “ordinario” entre los años 2011 y 2015.

Resultado que son consecuencias a un reajuste en el tipo de prioridad solicitada por los médicos de familia.

En la revisión bibliográfica de los artículos publicados no se ha encontrado una información relevante sobre la prioridad de las citas, y el tiempo asignado para cada prioridad en la atención especializada. Tamayo Canillas ⁽⁶⁷⁾ (p80 – 82) escribe como lo más idóneo en la programación y gestión de agendas en la atención ambulatoria: “la

definición, los criterios y los requisitos mínimos básicos y comunes que regula el RD 605/2003, de 23 de mayo³⁶

Morales Iglesias ⁽⁷⁷⁾ (p7-27) define las agendas y los procedimientos en relación a la citación en el anexo 3 de su artículo como: “datos mínimos recomendables para solicitud y trámite de consulta primera y sucesiva”. Pero no indica el tiempo mínimo en las visitas preferente u ordinario.

En cambio, la Asociación en Defensa del Paciente (ADEPA) en su página web indica que, “cuando el médico de cabecera nos dé el volante para el especialista, esta no excederá de un mes, si el volante recoge preferente no excederá de 7-10 días, si fuera preferente-urgente la cita será inmediata 1-3 días. Esta misma situación es extensible al especialista, si nos diera volantes o remitiera a otro especialista diferente”. ⁽⁹⁷⁾

El Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud (CatSalut), en el 2015 informa de dos órdenes que reordenan el tiempo de espera máximo garantizado a determinadas intervenciones quirúrgicas, y el tiempo de referencia de acceso al resto de prestaciones sanitarias. “En las consultas de la atención especializada 30 días para la prioridad preferente, y 90 días para la prioridad ordinario”. ⁽⁹⁸⁾

Se ha encontrado un documento informativo de la dirección del servicio de atención primaria (SAP) Muntanya dirigida hacia sus equipos de primaria y el personal administrativo, donde describe la prioridad urgente dentro de los circuitos rápidos en la unidad de diagnóstico rápido (UDR) del centro sanitario, en este caso hacia las consultas externas del Hospital Universitario Vall d’Hebron También hace referencia que una visita preferente debe ser realizada antes de los 15 días³⁷.

El 83,7% en las solicitudes de los equipos de primaria han correspondido a la primera visita prioridad ordinario y el 16,3% en la prioridad preferente-urgente.

³⁶ Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Sección: I. Disposiciones generales. BOE núm. 134, de 5 de junio de 2003, páginas 21830 a 21840 (11 págs.) Ministerio de Sanidad y Consumo. BOE-A-2003-11266.

³⁷ Solicitud de visita urgente/preferente con el médico especialista. Oficina de soporte y gestión de procesos integrados RAE. SAP Muntanya 22/10/2009.

El 88,3% en las solicitudes de la unidad Vall d'Hebron se ha localizado en la visita sucesiva prioridad ordinario y el 11,7% en la prioridad preferente-urgente.

Se ha realizado una acción de mejora en relación a la solicitud por los médicos de familia del centro de Chafarinas, para poder solicitar una primera visita preferente-urgente, en el servicio de Otorrinolaringología. La acción de mejora ha consistido en crear un circuito de programación de visita directa hacia las agendas en las consultas externas del hospital. El resultado ha supuesto la reducción de la demora en un 3,6% en la prioridad urgentes-preferentes.

6.1.1.6. Analizar si son menores las solicitudes de visita con relación a la tasa de derivación (TD)

En el análisis de las derivaciones de visita con relación a la tasa de derivación se ha encontrado una disminución del 0,88% en la tasa de derivación en primera visita entre los años 2011 y 2015.

En el análisis de la tasa de derivación de visita de los equipos de primaria hacia los especialistas, se han encontrado tres equipos de primaria cuya tasa de derivación se ha situado por encima de la media nacional del 6%, y de la media de nuestro estudio del 4,9%. Estos equipos han sido el EAP 7D Lisboa con el 7,19%, el EAP 8F Guineueta con el 7,25%, y el EAP Moncada y Rexach con el 7,18%.

La tasa de derivación de los médicos de familia en la serie "En Blanco" ha sido del 0,58% entre los años 2011 y 2015.

Se han encontrado mejoras implantadas en la codificación y en el cumplimiento de las solicitudes de derivación, con una mínima información necesaria para un registro óptimo, como, por ejemplo: motivo de visita, orientación diagnóstica, antecedentes, fecha, sello y firma del facultativo solicitante. La solicitud de derivación de visita no correcta en los campos principales, no debía de ser aceptada, para proseguir el proceso de cita por el personal administrativo de los centros en la atención especializada ambulatoria.

Se ha encontrado en el servicio Dermatología una tasa de derivación del 5,83%, tasa superior al resto de los servicios. Podemos considerar dos motivos para este resultado, las derivaciones en blanco en un 4,79%, y las derivaciones de los equipos 8F Guineueta,

7D Lisboa y Montcada y Reixac en un 5,57%, factores que han podido influir en el resultado final.

En los estudios elaborados por el servicio de atención primaria (SAP) Muntanya, de todas las especialidades incluyendo las líneas pediátricas hasta el 2013, se ha detectado una disminución del 0,38% en la tasa de derivación entre los años 2008 y 2009. Índice calculado sobre una población atendida en el año 2008 de 267.222 individuos por 100. La disminución en nuestro estudio ha sido del 0,88% en un periodo de 4,5 años.

Se ha encontrado en un 4,9% en la tasa de derivación de primera visita de los equipos de primaria entre los años 2011 a Julio del 2016, tasa que coincide con el resultado de Rojas Lucena ⁽¹⁴⁾ (p39) y otros similares a los publicados en la literatura. Autores como Roland et al. ⁽⁹⁹⁾ publican cifras del 5,8%, el Services Reseach for the European Comunity ⁽¹⁰⁰⁾ del 6%, e incluso Jiménez Marín et al. ⁽⁸⁴⁾ y Fraquelo Morales et al. ⁽¹⁰¹⁾ cifras del 6,6%. Nuestro resultado nos sitúa por debajo de la media con los publicados.

En estudios españoles ^(10,95,102) cifran la tasa de derivación de los médicos de familia hacia los especialistas en la atención primaria, en torno al 6%. En estudios europeos ^(7,103-104) que han analizado las derivaciones de primaria al especialista, han descrito que la tasa de derivación se ha situado alrededor del 6%, teniendo en cuenta diferentes factores como el nivel profesional, o socioeconómico, entre otros. En estudios británicos ⁽¹⁰⁾ señalan hasta 20 veces la tasa de derivación entre médicos generales. En nuestro estudio se ha encontrado la tasa media de derivación calculada en un 4,9%. Un 1,22% por debajo de la media nacional y europea. Tabla 36. Figura 30.

Autores como Fraile L. et al. ⁽¹⁰⁵⁾, Gil García ⁽¹⁰⁶⁾ y Delgado et al. ⁽¹⁰⁷⁾, han publicado que la tasa de derivación en España se encuentra entre el 3% y el 19%. En otro estudio, el de García Olmo et al. ⁽¹⁰⁸⁾, la tasa de derivación se sitúa en torno al 6,63%.

6.1.2. Episodios atendidos en la atención especializada ambulatoria (AEA)

Objetivo. Razonar si son menores los episodios atendidos en relación con el origen de la solicitud, grupos de edad, servicios de la atención especializada, centros de atención especializada, prestación de la visita, prioridad y periodo

El análisis del modelo nos ha proporcionado una visión integrada en el proceso asistencial de los participantes, médicos de familia, especialistas, enfermería, profesionales administrativos, celadores, y pacientes.

Se ha encontrado el 78,6% de los pacientes en un intervalo entre 1 y 2 episodios, o visitas por paciente atendido. De estos episodios, el 84,8% se han localizado en primera visita, y el 72,3% en la visita sucesiva. La media de episodios (visitas) por paciente y año ha sido del 1,92.

Globalmente se ha encontrado una disminución del 4% en todos los episodios registrados entre los años 2010 y 2015.

6.1.2.1. Razonar si son menores los episodios atendidos en relación con el origen del episodio solicitado

Se ha observado una disminución del 4% en el origen de los episodios entre los años 2010 (17,9%) y 2015 (13,9%).

En cambio, se ha visto un aumento del 1% en la unidad de procedencia Vall d'Hebron de los episodios registrados entre los años 2011 y 2015.

En el origen global de los episodios registrados, primera visita y sucesiva, se ha encontrado el 48,34% de los episodios en la unidad de procedencia "Vall d'Hebron" y el 32,19% en la unidad "SAP Muntanya". Tabla 21-22. Figuras 31-32.

Se ha visto que la unidad de procedencia "Vall d'Hebron" refleja el mayor resultado registrado en los años en estudio. Este resultado ha sido debido a varios motivos: el primero, debido a las solicitudes de primera visita de los médicos de familia. El segundo, por las solicitudes de primera visita generadas por el especialista a los pacientes dados de alta en los procesos de hospitalización, urgencias, hospital de día, y consultas externas. Y en tercer lugar por las visitas sucesivas solicitadas por los propios especialistas. La suma de los tres escenarios refleja un resultado mayor en la unidad de

procedencia “Vall d’Hebron” que en la unidad “SAP Muntanya”. Podemos considerar que los episodios registrados en la unidad de procedencia “Vall d’Hebron”, dispone de una doble posibilidad al poder generar solicitudes de primera y visita sucesiva. Por el contrario, los episodios registrados en la unidad de procedencia “SAP Muntanya” tan solo dispone de la posibilidad de generar primeras visitas hacia la atención especializada.

Vergeles-Blanca ⁽¹⁰⁹⁾, citado por Beatriz Aller et al. ⁽¹¹⁰⁾ (p371-387), comenta que “la continuidad asistencial entre niveles es uno de los grandes retos de nuestro Sistema Nacional de Salud”. Sin embargo, en la revisión bibliográfica que se ha realizado, son escasos los estudios orientados a analizar la continuidad asistencial en nuestro sistema de salud desde la perspectiva de la coordinación asistencial entre ambos niveles. ⁽¹¹¹⁾

Autores como Reid ⁽¹¹²⁾, y Aller ⁽¹¹³⁾, definen los episodios como una parte de la continuidad asistencial como el grado de la coherencia y la unión que perciben los pacientes a lo largo del tiempo, donde “la continuidad asistencial se asocia a una mayor satisfacción de los usuarios y una mejor calidad de vida percibida”.

6.1.2.2. Razonar si son menores los episodios atendidos en relación con los grupos de edad y sexo

En nuestro estudio detectamos que ha habido una disminución del 4% en este indicador. En los grupos de edad y sexo, se ha localizado una pérdida del 0,3% de los episodios sobre el 99,7% de los casos válidos.

De los casos válidos, el 20,3% ha correspondido al grupo de “Mujeres de Más de 74 años”, y el 15,0% al grupo de “Hombres de Más de 74 años”. El resultado de ambos grupos ha reflejado que, el 35,3% de la población ha pertenecido al grupo de edad de “Mas de 74 años”, equivalente a unos 466.670 episodios registrados.

En los resultados se ha encontrado mejoras en la planificación de las agendas y en los servicios, con una mayor presencia del grupo de Más de 74 años, grupo de edad con dificultades al recoger y retener la información, para en entender o asimilar el diagnóstico, al recordar cómo tomar la medicación, y qué visita o prueba programar. Tabla 38-40.

García Olmo et al. ⁽¹⁰⁸⁾ (p274), comenta que el grupo de edad mayoritario en su estudio oscila entre los 25 a 44 años, y que concuerda con otros estudios. Resultado que no es coincidente con nuestro estudio.

En nuestro estudio el 27,9% de las derivaciones procedentes de la unidad de SAP Muntanya, se ha localizado en la primera visita en el grupo entre los 45-64 años, y con el 35,3% de los episodios atendidos por los servicios, se ha encontrado en el grupo mayores de 74 años, como grupo mayoritario.

En el estudio de género de García Olmo ⁽¹⁰⁸⁾, y otros autores ^(106,114-115), comentan que “tienden a considerar a los pacientes varones como portadores de problemas más graves”.

En nuestro estudio el 55,3% ha correspondido al género femenino y el 20,3% al grupo de “Mujer Más de 74 años”. El 44,7% ha correspondido al género masculino y el 15% al grupo de “Hombres de Más de 74 años”.

Se han analizado las variables de género, grupo de edad, y servicio, y el resultado en este caso ha sido coincidente con lo publicado por García Olmo et al. ⁽¹⁰⁸⁾ (p274). Por ejemplo, coincidimos que en el grupo “Hombre de Más de 74 años” el 27,9% han sido atendidos en el servicio de Cardiología, el 21% en el servicio de Pneumología, y el 29,6% en el servicio de Urología. Tabla 42,50,54.

En cambio, no coincidimos con dicho autor ⁽¹⁰⁸⁾, porque en nuestro estudio el grupo mayoritario ha sido el de “Mujer de Mas de 74 años”. Donde el 33,2% han sido atendidas en el servicio de Neurología, y el 26,2% en el servicio de Oftalmología.

Ambos resultados indican que, la población de “Más de 74 años” ha sido atendida principalmente por los servicios de Neurología y Oftalmología. Tablas 47-48.

En nuestro resultado el 15,3% ha pertenecido al grupo “Mujer 15-44 años” en el servicio de Dermatología. Tabla 44.

6.1.2.3. Razonar si son menores los episodios atendidos en relación con los servicios en la atención especializada ambulatoria

Se ha encontrado una disminución del 9,6% de los episodios atendidos por los servicios en primeras visitas entre los años 2011 (79,9%) y 2015 (70,3%).

Los servicios que han registrado una mayor actividad comparada con el resto de los servicios en el periodo 2010 al 2015, han sido: Oftalmología con el 23,2%. Traumatología con el 13,6%, y Dermatología con el 12,1%. Tabla 55.

Rojas Lucena ⁽¹⁴⁾ publica en su artículo que, “el servicio con un mayor resultado de episodios es el Aparato Locomotor de Traumatología con el 21,4%, Oftalmología con el 15,3%, y Dermatología con el 14,1%”. En nuestro estudio ha sido Oftalmología situándose por delante del Aparato Locomotor.

En el análisis por grupos de edad y servicio, se ha encontrado como grupo mayoritario el 29,6% en el grupo “Hombre Más de 74 años” en el servicio el Urología, seguido por el servicio de Cardiología con el 27,7% en el grupo de “Mujer Más de 74 años”. Tabla 56.

En los resultados se ha encontrado una creciente demanda de visitas hacia el servicio de Oftalmología, especialmente del grupo menor de 14 años. Para atender la demanda se han observado acciones de mejora en la creación de nuevas agendas específicas para la atención infantil en los tres centros de primaria, Horta-Guinardó, Sant Andreu, y Chafarinas en el distrito de Nou Barris.

En el artículo de Rojas Lucena ⁽¹⁴⁾ y de Prado Prieto et al. ⁽⁶⁶⁾, el tercer servicio publicado con un mayor resultado es el servicio de Dermatología. Por grupos de edad y sexo, con el 40,1% en el grupo “Hombre Menor a 5 años” y con el 21,9% en el grupo de “Mujer 15-44 años”. Resultados que coinciden con nuestro estudio.

La disminución en el número de episodios de primeras visitas detectado a principios del 2010, se ha producido como consecuencia de las acciones de mejora en la orientación y la motivación hacia los profesionales. En relación a los administrativos/as de programación y con el objetivo de corregir las programaciones de visita incorrectas. También han ido orientadas hacia los médicos de familia y especialistas. En esta línea se ha encontrado las recomendaciones a mediados del 2010 orientadas hacia los criterios de derivación de primera visita. Criterios a cumplir en cada uno de los apartados de la solicitud.

Los servicios en que se ha encontrado una disminución de los episodios en la primera y visita sucesiva entre los años 2010 y 2015 han sido: Urología en un 7,6%,

Otorrinolaringología en un 6,6%, Traumatología en un 5,5%, Endocrinología y Reumatología en un 4,9%, Cardiología y Cirugía General en un 4,5%, Dermatología en un 4,2%, Neurología en un 3,3%, Oftalmología en un 1,7%, y Neumología en un 0,9%.

Por el contrario, los dos únicos servicios que han aumentado los episodios en primera y visita sucesiva han sido Digestivo y Rehabilitación con un 0,6%. Tabla 66.

Se ha encontrado una disminución del 11% de los episodios en el servicio de Cardiología en “primera visita”, y del 5,7% en el servicio de Traumatología, entre los años 2010 y 2015. La excepción ha sido en el servicio de Digestivo con un aumento del 3,2% entre los años 2010 (15,5%) y 2015 (19,2%).

Los servicios de Oftalmología y Traumatología son algunos de los servicios que más urgencias hospitalarias han atendido, a su vez, estos servicios han generado primeras visitas hacia la atención especializada, pero se ha observado como el servicio de Oftalmología ha registrado menos visitas primeras que sucesivas, el 19,5% en primera visita y el 27% en la visita sucesiva. Por el contrario, el servicio de Traumatología ha registrado más visitas primeras que sucesivas, el 17% en la primera visita y el 10,1% en la visita sucesiva.

Resultado que nos indica que el servicio de Traumatología ha generado más derivaciones de primera visita desde el hospital hacia la atención especializada que el servicio de Oftalmología. Tabla 56.

Se ha observado como la unidad de procedencia “En Blanco”, que no identifica quien solicita la visita, recae especialmente en los servicios con un mayor índice en el registro de los episodios concluidos. Por ejemplo: Oftalmología con el 21,3%, Traumatología con el 14,7%, y Dermatología con el 11,7%. Estos servicios han recibido episodios de primera visita sin saber el origen de la solicitud, el médico de familia, el equipo de atención primaria, el ámbito de ubicación en el sector del paciente, etc. En algunas ocasiones sin el motivo de la visita por la que se deriva al especialista, tan solo con la palabra “control”, sin la identificación de quien realiza la solicitud de derivación de primera visita, y a veces como sucesiva. Por lo que ha sido necesario implementar unas medidas correctoras. Medidas que podemos considerar como fuente de la pérdida de actividad en la atención especializada, y observada en los resultados. Tabla 57.

Una de las acciones de mejora solicitadas por los especialistas, ha consistido en una mayor flexibilidad en la planificación de sus agendas, con el objetivo de disponer de un tramo libre para la citación directa de visitas sucesivas. Acciones orientadas a facilitar al paciente una nueva citación al terminar la visita. El resultado de la acción de mejora ha obtenido una disminución en la sobrecarga de las agendas, y de las demoras en los servicios entre los años 2010 y 2015. Por ejemplo, en Oftalmología una reducción en la demora de visita de 50,23 días. En Otorrinolaringología una reducción de visita de 29,23 días, y en Urología una reducción de visita de 19,82 días. Tabla 93. Figura 61.

A finales del 2008, y después de las primeras evaluaciones realizadas se ha encontrado la necesidad de optimizar los recursos y mejorar las agendas como resultado de la creciente demanda desde la atención primaria. En enero del 2009 se inicia la creación de nuevas configuraciones en las agendas de los especialistas, orientadas hacia la integración al sistema asistencial de gestión clínica y administrativa.

Mejoras en relación al tiempo de visita por paciente, tramos específicos o monográficos para unas patologías determinadas, espacios para las pruebas diagnósticas y terapéuticas. Por ejemplo: biopsias, retirada de puntos de suturas, curas, etc., en el servicio de Dermatología la extracción de tapones de cera, biopsias etc., en Otorrinolaringología, las curas, retirada de puntos de sutura, retirada de drenajes etc., en Cirugía General y Digestiva la retirada de yeso, férulas, curas, retirada de puntos de sutura, etc., en Traumatología y los ECG, eco doppler, etc., en Cardiología.

En febrero del 2012 en el servicio de Oftalmología se ha identificado una nueva consulta monográfica en la patología de la obstrucción del conducto lagrimal y otras patologías asociadas. Una consulta integrada a nivel territorial, agrupando los pacientes en una agenda en el centro de Sant Andreu. El resultado encontrado refleja una reordenación del resto de agendas en el servicio de Oftalmología, y una mejora en las demoras de citación de visita.

En la misma fecha, febrero del 2012, se ha encontrado una reordenación de los horarios de visita en la agenda de Oftalmología Pediátrica de los tres centros, Horta, Sant Andreu y Chafarinas. El resultado de la acción de mejora refleja una mayor disponibilidad de los

espacios de cita en las agendas, y una reducción en las demoras en el resto de las agendas de Oftalmología.

El modelo integrador en la atención especializada ambulatoria, modelo descrito como CAE-2³⁸, en referencia a los tres centros con mayores recursos disponibles, centros de Sant Andreu, Chafarinas y Horta, es un modelo orientado hacia los centros con una mejor dotación de medios tecnológicos, con relevancia en el diagnóstico por la imagen, en busca de una coordinación más eficiente, una reducción en las demoras de visita, en las anulaciones y las reprogramaciones de visita, y en las pruebas complementaria.

La implantación de mejoras en el circuito de derivación de la atención primaria hacia las unidades de diagnóstico rápido (UDR) del hospital, como circuitos orientados hacia los procesos complejos y de diagnóstico rápido, dispuestas en las consultas externas del Hospital Universitario Vall d'Hebron, refleja una disminución de la sobrecarga de las agendas, y de la demora de la visita, aportando un grado de satisfacción manifiesta de los pacientes en las UDR de Cirugía de Colon, Neumología, y Urología.

Lo más relevante de las unidades de diagnóstico rápido ha sido la rápida respuesta dada hacia los pacientes con fecha de visita, pruebas, y un diagnóstico por parte de los especialistas de estas unidades, entre una semana y diez días. Resultados que quedan recogidos en la historia clínica compartida entre ambos niveles, primaria y hospitalaria, donde el médico de familia puede consultar a tiempo real el resultado informado y las acciones recomendadas.

Las acciones de mejora propuestas a cada servicio, se han gestionado mediante acuerdos pactados, que a veces han generado discrepancias entre los implicados, médicos de familia, especialistas, y personal administrativo.

6.1.2.4. Razonar si son menores los episodios atendidos en relación con los centros de atención especializada (CAE)

Se ha encontrado una disminución global de los episodios del 4% entre los años 2010 y 2015.

³⁸ Modelo de los centros de atención especializada Sant Andreu y Nou Barris (Chafarinas)

Los resultados encontrados reflejan los centros de atención especializada con una mayor actividad o episodios registrados. Por ejemplo: CAESAN³⁹ con el 33,2% de los episodios, CAECHA⁴⁰ con el 31,1% de ellos episodios, y CAEHOR⁴¹ con el 23,4% de ellos episodios.

Resultados que corresponden a los centros en los que se han realizado mejoras en las agendas de los especialistas. Mejoras en la reubicación física de los especialistas en una sola planta en el centro de Sant Andreu. Reajustes orientados hacia el modelo CAE-2⁴², reagrupando la mayoría de especialidades y agendas en una sola planta y centro, con el objetivo de mejorar los indicadores de calidad en la asistencia básica.

Los centros con poca presencia de especialistas, por debajo del 10% de los episodios registrados, se han agrupado en los centros de Sant Andreu, Chafarinas y Horta. Tabla 60.

El centro de mayor actividad o episodios registrados ha sido el centro de Sant Andreu, con un aumento del 0,8% de los episodios entre los años 2010 (33,6%) y 2015 (34,4%). Resultado que nos confirma las mejoras introducidas al reorganizar la actividad en los centros con mayores recursos.

Los centros que han dejado de tener actividad o episodios en los últimos años han sido los centros del Carmelo, Guineueta, Ciutat Meridiana, Montcada i Reixac, Roquetes y Turo de la Peira. Centros que han sido integrados a los centros con mayores recursos disponibles. Tabla 61.

El resultado encontrado en el centro de Cotxeras Borbó (CAECO) con un registro del 0% de episodios en los años en estudio, son valores que corresponden inicialmente a la consulta a distancia sin paciente, actividad realizada por los endocrinólogos en los centros de Rio de Janeiro y Chafarinas, con relación a la proximidad de los pacientes en su ámbito de residencia.

³⁹ Centro de atención especializada Sant Andreu (CAESAN)

⁴⁰ Centro de atención especializada Chafarinas (CAECHA)

⁴¹ Centro de atención especializada Horta (CAEHOR)

⁴² Modelo de los centros de atención especializada Sant Andreu y Nou Barris (Chafarinas)

6.1.2.5. Razonar si son menores los episodios atendidos en relación con el tipo de prestación primera visita o sucesiva

Se ha encontrado una disminución global de los episodios registrados, primera y visita sucesiva, de un 4% entre los años 2010 (17,9%) y 2015 (13,9%).

Una disminución del 1,7% en la prestación de “primera visita” entre los años 2010 (51,6%) y 2015 (49,9%), Resultado en concordancia con la hipótesis inicial, la disminución de los episodios en la prestación de “primera visita”.

Al realizar la misma operación en la categoría de “visita sucesiva” el resultado encontrado ha sido de un aumento del 1,7% entre el 2010 (48,4%) y el 2015 el (50,1%). Este resultado nos conduce a una compensación entre prestaciones y años: han disminuido las primeras visitas, pero han aumentado por igual las visitas sucesivas. Tabla 64.

Uno de los resultados que han ayudado a entender la gestión de las agendas en las categorías de “primera y visita sucesiva”, han sido el número de veces que un paciente ha sido atendido por el mismo servicio y año. Del resultado se desprende que el 57,9% de los episodios han sido encontrados en una “primera visita” y el 34,4% de los episodios en una “visita sucesiva”. Tabla 65.

Las acciones correctoras que se han implantado en relación a los episodios registrados han sido:

- Informar a los especialistas de la importancia en reducir las “visitas sucesivas” innecesarias
- Informar a los médicos de familia en utilizar la solicitud de “primera visita” para un proceso asistencial nuevo o diferente al actual.
- Informar a los médicos de familia en utilizar la “visita sucesiva”, para el mismo proceso, en lugar de solicitar una primera visita, como se vio en las “falsas visitas sucesivas siendo primeras”.
- Informar al personal administrativo para no programar “visitas sucesivas” sin una solicitud del especialista, indicando motivo, nombre del especialista, sello, y fecha aproximada de visita, etc.

Los servicios que han registrado un mayor resultado en los episodios “primera visita” han sido: Oftalmología con el 19,5% y Traumatología con el 17%.

Los servicios que han registrado un mayor resultado en los episodios “visita sucesiva” han sido: Oftalmología con el 27% y Traumatología con el 10,1%.

Resultados que nos indican en primer lugar que, el servicio de Oftalmología ha concluido más episodios de “visita sucesiva” que de “primera visita”. Una diferencia encontrada entre los servicios de una mayor demanda de actividad hacia una población mayor de 74 años, predominado las mujeres, que a su vez se multiplicarían por dos, por la dualidad en el proceso oftalmológico.

6.1.2.6. Razonar si son menores los episodios atendidos en relación con el tipo de prioridad ordinario, preferente o urgente

Se ha encontrado una disminución del 2,9% en la prestación de primera y visita sucesiva en los años 2011 (20,5%) y 2015 (17,6%), y una disminución del 1,6% en la prioridad “ordinario” en los años 2011 (18,7%) y 2015 (17,1%). Ambos resultados indican una reducción con respecto al inicio del modelo RAE.

Los resultados anteriores al 2011 no se han recogido por el cambio de sistema de gestión, planificación de pacientes y agendas hacia sistemas, aplicaciones y productos Argos asistencial.

Una de las acciones de mejora ha ido orientada a informar a los profesionales para identificar correctamente el grado de la prioridad para su programación posterior. Sin esta premisa la fecha de visita hacia el especialista no habría sido correcta.

Otra mejora ha consistido en revisar y cerrar los procesos abiertos e innecesarios, transfiriendo el paciente al médico de familia.

De los casos válidos observados, el 85,7% se han encontrado en la prioridad A2 ordinario y el 14,3% en la prioridad A1 preferente-urgente. Resultado que refleja que la mayoría de los episodios atendidos por los especialistas, no son urgentes en la atención especializada ambulatoria.

En la visita primera no urgente, se ha encontrado que una mayoría están para una valoración diagnóstica por el especialista, y en una menor cuantía para la elaboración de informes a petición de los pacientes.

De las visitas para informes varios, se ha encontrado una mejora en las agendas con una definición específica de “informes varios”, especialmente en los servicios de mayor demanda como son Oftalmología y Traumatología.

Las mejoras han reflejado unos circuitos ordenados, de mayor fluidez, y eficacia en la gestión y citación en las agendas, al no ocupar tramos de visita presenciales. El modelo de “circuito de informes”, se han activado para aquellos informes solicitados por los pacientes al personal administrativo de los mostradores en la atención especializada. El circuito consiste en que el personal administrativo facilita al solicitante un documento normalizado y estandarizado donde se ha de especificar el “motivo” del informe, adjuntando una fotocopia del DNI de la persona que lo solicita, y de la persona que acredita su recogida. Una vez realizado el informe por el facultativo este será entregado a la persona acreditada en un sobre cerrado.

El especialista dispone de un tramo adaptado para “informes”, sin la presencia del paciente. En algunas ocasiones y por criterio clínico, solicita la presencia del paciente para la tramitación del informe, situaciones que se observan en los servicios de Neurología y Traumatología, especialmente para las prestaciones ortoprotésicas especiales, denominadas PAO (prescripción del artículo ortoprotésico). Figura 44.

6.1.2.7. Razonar si son menores los episodios atendidos en relación con los episodios de las visitas sucesivas en lugar de primeras visitas

Se ha encontrado una disminución del 54,3% de los episodios de las visitas sucesivas en lugar de primeras visitas entre los años 2010 y 2015.

Durante los primeros años de la integración del modelo RAE al Hospital Universitario Vall d'Hebron, se ha considerado que el personal administrativo en la atención especializada, ha ido realizando programaciones de visitas no correctas. Programaciones que han debido de ser primera visita y se citaban como visita sucesiva, estas a petición

del médico de familia mediante notas en papel, y otras con solicitudes de otros procesos abiertos en el año.

En ocasiones se ha observado que la visita la solicitaba el paciente, sin requerimiento o derivación del facultativo. Los motivos encontrados y mencionados por el paciente han sido: se les ha pasado la visita, no estar mejor, querer visitarse, etc.

La cita o visita a petición del paciente genera una sobrecarga en las agendas, y un aumento de las demoras. Incidencia que se ha encontrado corregida mediante una planificación de la visita con las normas y procedimientos de cita establecida por el hospital y la atención primaria.

De los casos válidos con respecto a los episodios de visita sucesiva en lugar de primera visita, se ha encontrado una disminución del 46,8% entre los años 2010 y 2012. Y una disminución del 54,3% entre los años 2010 (57,2%) y 2015 (2,9%). Esta última disminución refleja las acciones de mejora introducidas a partir del 2010, año en que se decidió recoger las incidencias de forma automatizada, identificando el motivo de las citaciones de visita.

El resultado refleja una correcta cumplimentación y citación del médico de familia y los equipos de primaria. Tabla 69, 70.

6.1.2.8. Razonar si son menores los episodios atendidos con relación a la tasa de visita de los especialistas en la atención especializada ambulatoria

Al comparar la tasa de visita por mil habitantes atendidos por los servicios en los años en estudio, se ha encontrado que el año con la mayor tasa de visita ha sido el 2010 con un 45,42‰ visitas, y el menor el 2015 con un 35,39‰ visitas. El resultado final nos conduce a nuestro objetivo, con una reducción de un 10,03‰ de las visitas atendidas entre los años 2010 y 2015.

El servicio con una mayor tasa de visita ha sido Oftalmología con el 109,59‰, seguido de Traumatología con el 64,01‰, Dermatología con el 56,96‰, y Otorrinolaringología con el 44,62‰.

Se han comparado la tasa de visita de los servicios en la atención especializada entre los años 2010 y 2015, y el resultado refleja los servicios que han disminuido y los que han aumentado:

Los servicios que han disminuido la tasa de visita han sido:

- En un 24,61‰ en Traumatología 2010 (86,05‰) y 2015 (61,44‰).
- En un 20,7‰ en Otorrinolaringología 2010 (59,08‰) y 2015 (38,38‰).
- En un 12,33‰ en Oftalmología 2010 (122,52‰) y 2015 (110,19‰).
- En un 10,4‰ en Cardiología 2010 (42,31‰) y 2015 (31,85‰).

En cambio, el único servicio que refleja un aumento del 0,89‰ ha sido Digestivo entre el 2010 (27,29‰) y en el 2015 (28,18‰).

El aumento de la tasa de visita en el servicio de Digestivo se ha producido tras las nuevas incorporaciones de especialistas Digestólogos en el 2011, substituyendo a los especialistas incorporados de la atención primaria al modelo RAE Vall d'Hebron. Se ha realizado un ajuste en las agendas, acompañado de unas actualizaciones horarias, pasando de agendas o sesiones de 2,5 horas a 7 horas. Una sesión equivalente a un día de visita en la atención especializada ambulatoria.

En los datos facilitados por la dirección de primaria en el 2010, se ha visto una disminución en la tasa de visita en un 4,33 por mil habitantes entre las doce especialidades médicas en los años 2007 y el 2009.⁴³

En el año 2007 la tasa de visita global ha sido de 997,63 visitas, con una media de 83,13 por mil habitantes, y en el año 2009 de 1.049,60 visitas, con una media de 87,46 por mil habitantes.

En nuestro estudio la tasa de visita ha sido del 36,28‰ entre los años 2010 a julio del 2016. Tabla 71.

⁴³ Fuente: Khalix. Documento de elaboración propia de la Dirección SAP Muntanya. Tabla 3. Visitas totales realizadas por los médicos especialistas. Tasas por 1.000 habitantes. Población asignada atendida 2007 (302.437), en el 2008 (267.222), en el 2009 (277.269 habitantes).

6.1.3. Pacientes únicos atendidos en la atención especializada ambulatoria (AEA)

Objetivo. Conocer si el número de los pacientes únicos atendidos en la atención especializada es menor en relación con el origen de la solicitud, grupos de edad, servicios de la atención especializada, centros de atención especializada, prestación de la visita, prioridad y periodo

El paciente único es aquel que tan solo ha sido visitado una sola vez en un servicio concreto y año.

En el artículo de San José Laporte et al. ⁽⁷⁶⁾, y Zambra et al. ⁽¹¹⁶⁾, analizan a los pacientes únicos en las consultas de alta resolución o de atención inmediata, pero no en el ámbito de la atención especializada ambulatoria. Resultados que no son comparables con nuestro estudio.

El informe de la Agencia Valenciana de Salut ⁽¹¹⁷⁾ del 2007, recoge que, “cuando un paciente sea dado de alta por un episodio de determinada enfermedad y con posterioridad aparezca una situación nueva de esa misma enfermedad, el médico de familia lo derivará como primera visita”. Informe que es coincidente con nuestro análisis del modelo.

El artículo de Moreno Domene P. et al. ⁽¹¹⁸⁾, publicado por la sociedad española de directivos de la salud (SEDISA), expone que una “primera consulta simultánea, es aquella primera consulta que se da a un paciente que ya tiene un episodio abierto en esa especialidad/subespecialidad, pero se le cita por otra patología distinta, dentro de la misma especialidad/subespecialidad”.

Moreno Domene P. et al. ⁽¹¹⁸⁾ continúa explicando que “la consulta sucesiva, es la consulta en la que un paciente recibe asistencia en régimen ambulatorio por una misma entidad patológica, en la misma especialidad o subespecialidad, y que no queda incluida en el concepto de primera consulta”. Pueden ser:

- Sucesiva de resultados (una consulta sucesiva en la que se valoran las pruebas o exploraciones complementarias solicitadas en la primera consulta).
- Sucesiva de revisión (la consulta sucesiva que no queda incluida en la definición anterior).

Conceptos que están presentes en la base de nuestro estudio.

Nuestros resultados han encontrado una disminución global del 39% de los pacientes únicos entre los años 2010 y 2015.

6.1.3.1. Conocer si el número de los pacientes únicos atendidos en la atención especializada es menor con relación al origen de la derivación

Con respecto a la disminución de los pacientes únicos entre los años 2010 y 2015, se ha detectado una disminución del 18% en la unidad de procedencia SAP Muntanya y una disminución del 19,3% en la unidad Vall d'Hebron.

El mayor resultado registrado de los pacientes únicos por su origen ha sido del 45,6% en el año 2010, corrigiéndose en años posteriores situándose por debajo del 10% a partir del 2013. Tabla 72-73.

Se ha visto como el 44,9% de los pacientes únicos se han localizado en la unidad de procedencia "Vall d'Hebron" y el 38,41% en la unidad "SAP Muntanya".

El origen del paciente único en la unidad de procedencia "Vall d'Hebron", provenían de procesos de alta complejidad, reingresos en crónicos, enfermedades raras, todo ello en una población de más de 74 años.

Las causas del origen de la derivación del paciente único en la unidad "Vall d'Hebron", manifiesta una adecuada gestión en las agendas de los especialistas, como sostiene Moral Iglesias ⁽⁷⁷⁾ (p⁹), apartado 3.3, gestión de agenda, "la gestión operativa de las agendas conlleva en ocasiones la realización de actualizaciones en tiempo real. Estas actualizaciones son necesarias para hacer frente a variaciones puntuales de la demanda, reajustes de la actividad entre áreas asistenciales y en general, adaptaciones a situaciones no previstas en la planificación habitual". Comentario que compartimos en nuestro estudio.

6.1.3.2. Conocer si el número de los pacientes únicos atendidos en la atención especializada es menor con relación a los grupos de edad y sexo

En los resultados se ha encontrado una disminución del 39% en los pacientes únicos relacionados con los grupos de edad y sexo entre los años 2010 y 2015.

En referencia a los pacientes únicos en relación con los grupos de edad y sexo, el 53,2% se han encontrado en el género “femenino”, y el 46,8% al género “masculino”.

Por grupos de edad, el 29,5% se han localizado mayormente en el grupo “entre 15 – 44 años” y el 27,0% en el grupo “entre 45 – 64 años”.

6.1.3.3. Conocer si el número de los pacientes únicos atendidos en la atención especializada es menor con relación a los equipos de atención primaria (EAP)

En los resultados se ha encontrado una disminución del 39% de los pacientes únicos en los años 2010 (45,6%) y 2015 (6,6%). El descenso del 39% nos confirma la hipótesis con relación a la disminución de los pacientes únicos. Tabla 76.

En la categoría “otros”, de nuestro estudio, se hace referencia a los equipos de primaria que no han pertenecido al ámbito asistencial de SAP Muntanya, pero han enviado solicitudes de visita de pacientes hacia los especialistas en la atención especializada. Por ejemplo, pacientes del ámbito sanitario de Barcelona, Vallés Oriental, Vallés Occidental, Eixample, Gracia etc., como también pacientes de otras regiones sanitarias en busca de una segunda opinión, y otros motivos⁴⁴.

6.1.3.4. Conocer si el número de los pacientes únicos atendidos en la atención especializada es menor con relación a los centros de atención especializada (CAE)

En el apartado de los resultados se confirma la disminución del 39% de los pacientes únicos atendidos en los centros de atención especializada entre los años 2010 y 2015.

⁴⁴ Regiones Sanitarias. <http://catsalut.gencat.cat/es/coneix-catsalut/catsalut-territori/>

De los casos válidos encontrados, el 34,9% han sido localizados en el “CAESAN” de Sant Andreu, el 31,2% en el “CAECHA” de Chafarinas, y el 21,4% en el “CAEHOR” de Horta.

Las acciones de mejora encontradas en el modelo RAE, reflejan una ordenada integración de los centros de poca actividad relacionada con los pacientes únicos, hacia el modelo CAE 2.

6.1.3.5. Conocer si el número de los pacientes únicos atendidos en la atención especializada es menor con relación a los servicios en la atención especializada ambulatoria

En los resultados de los pacientes únicos con relación a los servicios en la atención especializada, se ha observado una disminución del 39% entre los años 2010 y 2015.

Los servicios que muestran una mayor presencia de los pacientes únicos han sido, el servicio de Oftalmología con el 22,6%, resultado similares en los años 2010 hasta julio del 2016. En Dermatología con el 17,8%, y en Traumatología con el 13,6%.

Los servicios que reflejan una disminución de los pacientes únicos han sido: Urología con un 2,52% y Otorrinolaringología con un 1,25%, entre los años 2011 y 2015.

Las acciones de mejora encontradas en los servicios en la atención especializada han sido:

- a. Reorganizar la gestión en las agendas y la demanda de los equipos de primaria.
 - i. Urología en el 2010, con una nueva estructura en las agendas con más horas por día de visita.
 - ii. Otorrinolaringología en el 2014, con una reestructuración en la gestión y planificación en las agendas con: un aumento de las horas equivalente a 143,30 horas por semana, un aumento en las primeras visitas, una reducción de las visitas sucesivas, una reducción de las agendas en las consultas externas en el hospital, y la creación de tramos libres de citación en primeras visitas para los procesos de orientación diagnóstica inferior a 7 días.
- b. Reagrupar los servicios en los centros con mayores recursos.
- c. Establecer circuitos de drenaje hacia otras agendas especiales, o hacia las consultas externas del hospital.

- d. Incorporar la figura del optometrista en el centro de Horta.
- e. Adecuar las agendas con una especificidad “monográfica” para aquellas patologías que han necesitado una atención ajustada a la solicitud del médico de familia y especialista, con el objetivo de una disminución del tiempo de espera para los servicios afectados.

6.1.3.6. Conocer si el número de los pacientes únicos atendidos en la atención especializada es menor con relación al tipo de prestación primera visita o sucesiva

En el resultado de los pacientes únicos con relación al tipo de prestación, se ha encontrado una disminución del 39% en todas las prestaciones, primera y visita sucesiva. Una disminución del 27,2% en la primera visita, y una disminución con el mismo resultado en la visita sucesiva entre los años 2010 y 2015.

La diferencia encontrada en la “primera visita” entre los años 2010 (64,6%) y el 2015 (91,8%) ha sido de un aumento del 27,2%.

En cambio, en los resultados en la “visita sucesiva” se ha observado que el año con un mayor resultado de episodios ha sido el 2010 con el 35,4%, disminuyendo progresivamente hasta resultados del 2015 con el 8,2%. La diferencia entre ambos periodos ha sido de una disminución del 27,2%, cumpliéndose el objetivo de reducir las segundas visitas innecesarias. Tabla 79.

Podemos considerar que la disminución de las “visitas sucesivas” en los pacientes únicos por tipo de prestación, ha sido debida a las acciones de mejora introducidas en los años en estudio, especialmente en el año 2010. Acciones consistentes en disminuir las visitas de control programadas anualmente, sin la solicitud previa del especialista, como una rutina de los años anteriores. Mejoras en el procedimiento de solicitud de derivación de visita: circuito, criterios de solicitud, cumplimiento de la derivación por parte de los médicos de familia, especificidad de la enfermedad actual, la no admisión de otros procesos o patologías abiertos por el especialista, la no aceptación de la solicitud de “visita sucesiva”, y la limitación de derivaciones del médico de familia en “primera visita”.

Señalar que, el aumento del 27,2% en la prestación “primera visitas” entre los años 2010 y 2015 posiblemente ha sido la diferencia de las visitas sucesivas siendo realmente primeras visitas.

6.1.3.7. Conocer si el número de los pacientes únicos atendidos en la atención especializada es menor en relación al tipo de prioridad ordinario, preferente o urgente

De los pacientes únicos atendidos por los especialistas en relación al tipo de prioridad, se ha encontrado una disminución del 16,3% como resultado global de las prioridades ordinario y preferente o urgente entre los años 2011 y 2015. En el mismo periodo se ha localizado una disminución del 3% en la prioridad A1 preferente-urgente y una disminución del 13,4% en la prioridad A2 ordinario.

De los casos válidos, el 82,9% se han encontrado en la prioridad A2 ordinario, y el 17,1% en la A1 preferente-urgente.

Coincidimos plenamente con lo publicado por la Agencia Valenciana de Salud ⁽¹¹⁷⁾ en los criterios de la interconsulta en la atención primaria y especializada, que sostienen que la prioridad de la consulta solicitada puede ser:

- a. **Urgente:** Patología que debe de ser atendida el mismo día de su aparición, por lo que se envía directamente al servicio de Urgencias del hospital o en su caso, al centro de especialidades.
- b. **No demora, o preferente:** Tiene una demora máxima de 15 días (BOE nº 134 de 5 de junio de 2003). Si la solicitud no se ajusta a los criterios de la interconsulta establecidos, la unidad de derivación puede revisar su prioridad, con apoyo de los especialistas en caso necesario.
- c. **Ordinario:** Se cita directamente desde los centros de atención primaria a través de la correspondiente aplicación informática.

Por lo que no tiene sentido ni argumento el criterio de “**Urgente**” en la atención especializada ambulatoria, debate abierto durante todos estos años con los equipos de primaria y direcciones en el ámbito de SAP Muntanya.

6.2. Indicadores de calidad en la asistencia básica

6.2.1. Recursos humanos ofrecidos a la atención primaria (AP)

Objetivo. Evaluar la disminución de los recursos humanos ofrecidos a la atención primaria con relación a los profesionales, sesiones, horas por semana, y años desde el 2009 hasta el 2015

En este apartado conviene señalar que se ha realizado el cálculo sobre 44 de las 52 semanas en un año natural. La diferencia radica en el cierre anual de las agendas por motivos varios: días de libre disposición, periodo de verano, congresos, formación interna, etc. Resultados que afectan directamente a la planificación de las agendas con las correspondientes anulaciones y reprogramaciones de visita.

Sobre los recursos humanos y su planificación, el sistema dispone de varios instrumentos, como el registro de profesionales creado en Cataluña mediante el Decreto 256/2013, con el objetivo de disponer de la información básica necesaria, el número de profesionales por especialidades en función del lugar de trabajo, edad, género, y otras características sociales y demográficas. ⁽¹¹⁹⁾

En el análisis a principios del 2009 de la organización en el modelo RAE, se ha identificado:

- a. La dimensión de la organización interna.
- b. Los servicios y profesionales implicados.
- c. Los recursos disponibles.
- d. La estructura organizativa en la gestión y planificación de las agendas de los especialistas.

En el análisis del modelo se han recuperado los documentos de las memorias⁴⁵, la situación de la reorganización de la atención especializada, la demanda asistencial, y la oferta de los servicios hacia la atención primaria.

⁴⁵ Memoria del Modelo de integración de la Reorganización de la Atención especializada (RAE) ambulatoria. SAP Muntanya – Vall d’Hebron. 2011. 2012. 2013. 2014.

Los recursos humanos estaban distribuidos en 13 servicios, 150 agendas, y 111 especialistas, para una población asignada y atendida de 363.010 habitantes, con relación al registro central de asegurados en el 2009, y de 401.902 en el último registro de asegurados.

En el servicio de Urología se ha observado una pérdida de 5 agendas, equivalente a unas 10 horas por semana en el 2009. Esta incidencia dio lugar a priorizar propuestas dirigidas al servicio y a la dirección del centro.

Otros servicios en el 2009, han planificado las agendas con una disminución de horas significativas, por ejemplo, en Cardiología una disminución de 19:25 horas, y en Endocrinología una disminución de 15 horas.

A partir del 2010, se ha comprobado un aumento de especialistas, acompañado de una reforma horaria, con una recuperación de 30 minutos al inicio de cada agenda, cuyo resultado al final del 2010 ha sido de una recuperación de 5 horas por semana y año.

En febrero del 2011 se ha facilitado a los servicios la información sobre los cambios en los flujos de población asignada por especialista, conocido por el nombre de “cupos”. El resultado de la información ha ido hacia un reajuste de los especialistas, y la adecuación en las agendas.

El resultado encontrado sobre los flujos de población asignada ha reflejado:

- a. Una pérdida del equipo de primaria de la Sagrera de 21.967 usuarios en el centro de atención especializada de Sant Andreu (CAESAN).
- b. La incorporación de los dos equipos de primaria de Moncada i Rexach, unos 45.987 usuarios, en el centro de Sant Andreu (CAESAN).
- c. La incorporación del equipo y población de Cotxeras Borbó, centro no ICS con 27.000 usuarios, hacia los centros de Chafarinas (CAECHA) y Rio de Janeiro (CAERIO).
- d. La continuidad asistencial, agendas y profesionales, de las especialidades de Neurología y Endocrinología de la RAE Sant Rafael, temporalmente en el centro de Horta (CAEHOR).

En marzo del 2013, se han observado acciones de mejora orientadas hacia la creación de nuevas agendas en el servicio de Cardiología, acompañadas de nuevas incorporaciones de cardiólogos en los centros de Vía Barcino y Sant Andreu.

En el 2013, se han localizado acciones de mejora en el servicio de Dermatología, como una reducción de 6 agendas, y la reconversión de las agendas de 2,5 horas a 6 horas por sesión. El resultado ha ido hacia una recuperación de 20,75 horas por semana.

Comparando los años 2009 y 2015, el primero ha sido el año con menos especialistas, pero con más sesiones o días de agenda por semana: 98 especialistas con 290 sesiones, y el segundo, en el 2015 con 113 especialistas con 223 sesiones.

Con el reajuste de los horarios en las agendas y las nuevas incorporaciones, se ha pasado de 12,5 horas por semana, a 40 horas por semana, recuperando unas 27,5 horas por semana.

Con respecto a la permanencia de los profesionales en los servicios, se ha encontrado un servicio con un cambio importante de especialistas y desprogramaciones de visitas en la atención especializada. En el servicio de Oftalmología, se ha pasado de 12 especialistas por semana y año en el 2009, a 22 especialistas en el 2015. El resultado final ha sido de un aumento de 10 especialistas, cubriendo las vacantes y las nuevas agendas.

Se ha comprobado como el servicio de Dermatología ha tenido que adaptarse a nuevos escenarios con la integración del modelo RAE. En el 2009 contaban con 8 dermatólogos, y en el 2015 con 11 dermatólogos por semana y año en la atención especializada ambulatoria.

Por el contrario, en el servicio de Digestivo, han disminuido en 2 Digestólogos por semana y año.

La poca permanencia de los profesionales en algún servicio, [Op. Cit.] ha derivado en un aumento de las anulaciones y reprogramaciones de visitas, un incremento de demora de las citas, y un aumento en las reclamaciones por parte de los pacientes y familiares.

Una de las acciones correctoras realizadas a principios del 2010, debido al desajuste entre las solicitudes de los médicos de familia y los especialistas disponibles en el servicio de Dermatología, consistió en revisar y evaluar un volumen elevado de pacientes citados para una primera visita y en visitas sucesivas citadas erróneamente en las agendas en espacios de primera visita. Se solucionó mediante la remisión de los pacientes a un segundo centro proveedor, próximo al Hospital Universitario Vall d'Hebron, y dentro del área de primaria SAP Muntanya, donde fueron atendidos en una franja inferior a 60 días.

Como resultado final se ha observado una disminución de 67 sesiones entre el 2009 y 2015.

6.2.2. Frecuencia en la utilización de los servicios en la AEA por la población asignada

Objetivo. Observar si ha disminuido la frecuencia en los servicios en la atención especializada con relación a la población asignada y atendida. Y la reiteración de visitas a partir del cociente entre sucesivas y primera visita

La frecuentación, es un indicador que analiza el grado de utilización de los servicios por la población asignada en la atención especializada ambulatoria. Su determinación en nuestro trabajo viene dada por el cociente de episodios atendidos, y por la población asignada al servicio de atención primaria (SAP) Muntanya. El resultado indica el número de veces que la población ha utilizado los servicios de los especialistas en la atención especializada ambulatoria.

En el artículo de Ortega Tallón ⁽¹²⁰⁾, se describe que se utilizan unas estrategias para disminuir el exceso de la frecuentación hacia los especialistas. Estrategias que “se asientan en una planificación alineada a una citación programada, anulando las citas o visitas a demanda de los pacientes sin una justificación clínica previa”. Artículo con el que coincidimos por los resultados de nuestro estudio.

Ortega Tallón MA, et al. ⁽¹²⁰⁾, continúa argumentando que, “la población estudiada en un centro de atención primaria sobre el uso de los servicios sanitarios en el primer nivel, son pacientes de mediana edad, con enfermedad crónica, asociada a una alta utilización de la visita programada”. Observación que no coincide con nuestros resultados.

En un segundo estudio publicado por Carmona R, et al. ⁽¹²¹⁾, sobre la población inmigrante y autóctona en el uso o frecuentación de los servicios de la atención especializada, considera que “es frecuentada en menor grado por la población inmigrante que la autóctona en España”. Nuestro análisis ha sido realizado por igual sin diferencias de origen por lo que no podemos corroborar esta apreciación.

En la frecuentación de los servicios por grupos de edad y sexo en la atención especializada, se ha localizado el 35,3% de frecuentación en el grupo de “Más de 74 años”. El 20,3% en el género “femenino” y el 15% en el género “masculino”. Tabla 38.

Los servicios de mayor frecuentación por grupos de edad y sexo han sido:

Porcentaje	Servicio	Grupo de edad y sexo
33,2%	Neurología	“Mujer de Más de 74 años”
29,6%	Urología	“Hombre de Más de 74 años”
27,9%	Cardiología	“Hombre de Más de 74 años”
27,7%	Cardiología	“Mujer de Más de 74 años”
26,9%	Oftalmología	“Mujer de Más de 74 años”
21,0%	Neumología	“Hombre de Más de 74 años”

Los servicios con una menor frecuentación por grupos de edad y sexo han sido:

Porcentaje	Servicio	Grupo de edad y sexo
< 0,5%	Urología	“Mujer Menor a 5 años”,
< 0,5%	Reumatología	“Mujer Menor a 5 años”,
< 0,5%	Neurología	“Mujer Menor a 5 años”,
< 0,5%	Cirugía General	“Hombre Menor a 5 años”.
< 0,5%	Reumatología	“Hombre Menor a 5 años”.

En el año 2010 se ha encontrado una frecuentación del 59,05%, como la más alta registrada en los servicios.

La media de la frecuentación de todos los servicios en el periodo en estudio ha sido del 47,17%. En los resultados se ha encontrado una disminución del 13,05% en la frecuentación de la población hacia los especialistas entre los años 2010 (59,05%) y 2015 (46%).

La disminución de la frecuentación refleja una optimización en la gestión y planificación de los pacientes por parte de los especialistas en la atención especializada ambulatoria.

Los resultados encontrados del “ratio de visitas sucesivas y primeras”, en la publicación de la memoria asistencial del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia del 2015 ⁽¹²²⁾ (p4), se sitúa en un 1,04 e inferior en los años anteriores, con una población asegurada en el 2015 de 357.169 habitantes. Población aproximada a la de nuestro estudio.

El resultado de la reiteración de visita en nuestro estudio ha sido del 1,01 en el 2015.

La reiteración de visitas sucesivas y primeras visitas en los servicios que han estado por encima de la media del 1,16 han sido: Endocrinología 2,34, Neumología y Reumatología 1,55, Cardiología 1,46, Oftalmología 1,38, Urología 1,25, y Rehabilitación 1,21. El servicio que ha tenido un mejor comportamiento en la reiteración de vistas ha sido Cirugía General y Digestiva con el 0,36.

Uno de los motivos por los que en el servicio de Endocrinología se ha encontrado un índice de reiteración alto (2,34) en relación al resto de servicios, ha sido debido a que el 69,4% de los episodios han estado registrados como visitas sucesivas y un 30,6% como primeras visitas. Casos similares se han observado en otros servicios como en el servicio de Reumatología, con el 1,55, debido a que el 61,0% de los episodios registrados eran visitas sucesivas y el 39% primeras visitas. Neumología con el 1,55, debido a que el 60,6% han sido sucesivas y el 39,4% primeras visitas.

En Endocrinología, la reiteración más alta de todos los servicios, (el 69,4%) ha podido ser debido a pacientes con una probable patología diabética vinculada a controles periódicos, donde ha predominado el grupo de edad y sexo “Mujer 45-64 años” con el 21,2%. Tabla 46

El resultado de la reiteración entre sucesivas y primera de visitas sobre una población 401.902 usuarios y 235.844 pacientes atendidos ha sido del del 1,16 entre los años 2010 a julio del 2016.

6.2.3. Pacientes no presentados a la visita del especialista en la atención ambulatoria

Objetivo. Evaluar la disminución de los pacientes no presentados a la visita en la atención especializada ambulatoria

El resultado recogido de los pacientes no presentados a la visita del especialista en el año 2011 ha sido del 13,41% equivalente a 17.812 pacientes. Tabla 86-87

El aumento del 7,79% de los pacientes no presentados a la visita entre los años 2011 (13,41%) y 2015 (21,20%), posiblemente ha sido debido por las anulaciones a decisión del centro (76,83%).

La no presentación a la visita por parte del paciente sin que exista un motivo justificado, no es lo más correcto. Los argumentos que los pacientes mayoritariamente han utilizado para justificar su ausencia y solicitar una nueva fecha de visita han sido: *“se me ha pasado la visita, no me han llamado, no he recibido el aviso de visita, etc.”*, actitudes que distorsionan la planificación y gestión de las agendas.

En el artículo publicado por el “El Periódico de Extremadura” ⁽¹²³⁾ se expone que, en el año 2013 unos 10.500 pacientes al mes y 125.618 al año no se presentaron a las consultas externas del especialista, anulaciones de visita que representaron un 7% de la actividad planificada.

En el artículo de Morera Guitart et al. ⁽¹²⁴⁾, se expone que “los pacientes no presentados sin aviso a las consultas de los especialistas generan una serie de problemas que dificultan la gestión óptima de la agenda, generando espacios muertos en los tramos de programación que no se podrán llenar, infrautilizando el tiempo y la posible reubicación o reprogramación de pacientes con demoras importantes”. Es decir, se reduce la eficacia, aumentando la lista de espera.

García Olmo et al. ⁽¹⁰⁸⁾ describe que un 4% de los pacientes no acudieron a la cita con el especialista. Resultado con el que no coincidimos al obtener en nuestro estudio un 13,57% de no presentados, respecto al global de episodios atendidos entre los años 2011 y 2015.

En el apartado de las anulaciones y reprogramaciones de visita, se ha observado que realmente se ha reprogramando la mayor parte de lo anulado. Existe una diferencia del 7,21% de lo anulado que no se ha reprogramado porque posiblemente correspondía a duplicidades de cita.

En nuestro estudio el índice real de no presentados es aproximadamente del 6,36%, resultante del 13,57% de no presentados menos el 7,21% de las posibles duplicidades de cita. Resultado aproximado a lo publicado por García Olmo et al. ⁽¹⁰⁸⁾.

En el artículo de Pereira-Victorio CJ, et al. ⁽¹²⁵⁾, se especifica que “la proporción de absentismo a la cita nueva fue cercana al 15 %, cifra parecida a las observadas en todo el mundo”.

6.2.4. Anulaciones y reprogramaciones de visita en la atención especializada ambulatoria

Objetivo. Conocer si son menores las anulaciones y reprogramaciones de visita en la atención especializada ambulatoria

En el apartado de los resultados se han encontrado 451.256 anulaciones de visita o episodios que han generado 367.380 reprogramaciones. Del total de anulaciones, unas 83.879 han quedado sin reprogramar y representan el 18,58%.

Debido al aumento de desprogramaciones y reprogramaciones de visitas, la mayoría a petición del paciente, se han tenido que implantar acciones de mejora centradas en un modelo de solicitud de cambio de visita.

El 76,83% de las anulaciones han correspondido a “decisión del centro” entre los años 2010 y 2015. Tabla 88

En relación a las reprogramaciones de visita en el mismo periodo, el 39,65% han sido por “cambios organizativos del servicio”. Tabla 90

Los resultados de ambas tablas 88 y 90, indican los cambios constantes que han sido realizados por los servicios en los años en estudio, para adaptarse a las necesidades de la atención primaria. Cambios constantes que han generado malestar en algunos pacientes, con las repetidas anulaciones y reprogramaciones de visitas.

Las anulaciones de visita entre los años 2010 (8,75%) y 2015 (10,42%) han sido del 1,67%. El 2011 con el 23,7%, ha sido el año en el que se ha producido el mayor número de anulaciones de visita con respecto a todo el periodo en estudio. En el mismo año, el 83,35% ha recaído en el motivo de anulación por “decisión del centro”. Tabla 88

Una de las posibles causas de las elevadas reprogramaciones de visita en el 2011 ha sido el cierre de las agendas con la autorización preceptiva de la dirección del servicio en un tiempo inferior a 30 días. Especialmente en los periodos de verano, semana santa, y Navidad.

En el año 2015, el 26,36% de las reprogramaciones de visita han sido solicitadas por los pacientes como el mayor resultado registrado en el año.

La diferencia entre las anulaciones y reprogramaciones de visita, respecto al global de los episodios atendidos, se ha encontrado una disminución del 6,85% entre los años 2010 y 2015.

Las reprogramaciones de visita entre los años 2010 (20,37%) y 2015 (15,51%) han sido inferiores en un 4,86%. Resultado de una mejora en el indicador de calidad en la asistencia básica.

6.2.5. Tiempo de espera entre la citación y la visita en la atención especializada ambulatoria

Objetivo. Analizar si es menor el tiempo de espera con relación a la citación y la visita en la atención especializada ambulatoria

Con respecto al tiempo de espera entre la citación y la visita, en el año 2009 en el servicio de Dermatología se comprobó que había sido excesiva en las segundas visitas, y una cierta limitación en la programación de las primeras visitas. Se constató una excesiva programación de visitas sucesivas en las agendas. En el análisis, este volumen de la visita sucesiva había sido para controles anuales de seguimiento, controles que se podían realizar en el nivel primario. [Op. Cit.]

Desde la dirección del servicio de Dermatología se realizaron unas acciones de mejora en las consultas externas del Hospital Universitario Vall d’Hebron, como medida

excepcional y provisional, para poder atender a los pacientes pendientes de visita sucesiva. Medidas que comportaron un incremento en varias agendas de 18,15 horas por semana, con la consiguiente activación del circuito de reprogramación de visita inferior a 30 días en las consultas externas en el Hospital, resultado satisfactorio en la reducción de la demora en la visita sucesiva.

En el mes de julio del mismo año 2009, en el servicio de Dermatología habían sido citados más de 800 pacientes para una “primera visita”, con una demora superior a 120. La dirección del hospital y del servicio aprobó las acciones correctoras pertinentes, que consistieron en reubicar a los pacientes pendientes de una primera visita en otro centro proveedor, con el objetivo en dar la atención y asistencia necesaria en un periodo no superior a 30 días. Se tuvo en cuenta la proximidad del centro proveedor al origen de los pacientes. El tiempo de espera en enero del 2010 para una “primera visita” ordinario había sido de 42 días. Y en enero del 2015 el tiempo de espera para la misma prestación y prioridad recaía en 36,91 días. [Op. Cit.]

En el mes de febrero del 2012 se crearon unas nuevas agendas, con el objetivo de reducir los tiempos de espera en la “primera visita”, a petición de los médicos de familia de los siguientes servicios:

- a. Cardiología. En el CAP Rio de Janeiro, duplicando las agendas y cardiólogos. En enero del 2011 el tiempo de espera era de 56 días, que fue reduciéndose hasta 28 días en el 2012.
- b. Cirugía General. En el 2012 en el CAP de Sant Andreu se trasladó la actividad al centro de Chafarinas, y parte a las consultas hacia el hospital divididas en dos agendas para minimizar las demoras. En el 2012 el tiempo de espera era de 94 días.
- c. Dermatología. En el 2012 en el CAP de Sant Andreu el tiempo de espera era de 84 días, y en el 2013 de 46 días. En el CAP de Chafarinas en el 2012 el tiempo de espera era de 56 días, y en el 2013 de 28 días.
- d. Endocrinología. En el 2012 en el CAP de Sant Andreu el tiempo de espera era de 30 días, y en el 2013 de 23 días. En el 2013 en el CAP de Chafarinas el tiempo de espera era de 60 días y en el 2013 de 58 días.

A principios del 2012, el servicio de Otorrinolaringología había priorizado aplicar unas acciones de mejora debido a la detección de un aumento en la demora y el tiempo de espera para la “primera visita” preferente – urgente en el centro de Chafarinas. Las acciones de mejora que se activaron fueron similares a las del servicio de Dermatología. Consistieron en una derivación directa en la programación de visita, desde el mostrador de primaria hacia las consultas externas del propio hospital. Esto redujo la presión asistencial, las demoras, facilitando la detección precoz de patologías neoplásicas incipientes. [Op. Cit.]

El servicio de Traumatología ha aplicado acciones de mejora similares para reducir las demoras en relación a los controles posteriores a la atención urgente en el Hospital Universitario Vall d’Hebron. Se había priorizado como acción de mejora el disponer de una agenda especial para el control y seguimiento de estos pacientes en el centro de Sant Andreu, y en las consultas externas del propio Hospital de Traumatología Vall d’Hebron. [Op. Cit.]

En el informe anual del 2015 del Sistema Nacional de Salud del MSSSI (89) la media del tiempo de espera en las consultas de la atención especializada en España ha sido de 65 días. En nuestro estudio la media del tiempo de espera de todos los servicios se ha situado entre los 44 y 45 días al final del estudio.

En algunos servicios el tiempo de espera es superior al tiempo de espera de referencia nacional, especialmente en Oftalmología 99,67 días en el año 2011, Cardiología 97,25 días en el año 2014, y Traumatología 79,33 días en el año 2014. Tabla 93.

En el artículo de García Olmo et al. ⁽¹⁰⁸⁾, y citado por Forsyth G, et al. ⁽¹²⁷⁾, “en un estudio inglés, de los años 60, se fijó como norma para el tiempo de espera en las consultas de los especialistas un periodo de 14 días. La evolución de los servicios de salud, desde entonces, se ha caracterizado por un alargamiento progresivo de este tiempo, al menos en algunas especialidades”. No coincidimos con estas conclusiones en nuestro estudio, con la excepción de que la tendencia desde los años sesenta es que se alarguen los tiempos de espera.

Podemos concluir en nuestro estudio, que ha habido una reducción de 0,54 días del tiempo de espera entre los años 2010 y 2015, mediante las acciones de mejora implantadas.

6.2.6. Solicitudes de cambio de especialista en la atención especializada ambulatoria

Objetivo. Valorar si son menores las solicitudes de cambio de especialista en la atención especializada ambulatoria

En la tabla 95, se observa el resultado de los 3.498 cambios de especialista solicitados por los pacientes o familiares entre los años 2010 y 2015. Estos cambios se han clasificado por los motivos siguientes:

- a. Solicitudes de cambio de especialista, sin reclamación.
- b. Solicitudes de cambio de especialista, con reclamación.
- c. Reclamaciones que se acompañan con cambio de especialista.

Los motivos de la solicitud, principalmente han ido asociados al apartado (a).

- a.¹ Laborales, por solicitud del especialista más próximo al trabajo que a la zona de residencia.
- a.² Horario de la consulta del especialista, que interfiere con el trabajo u otras actividades.
- a.³ Imposibilidad de acudir en el horario programado, por ejemplo, personas mayores que dependen de cuidadores.
- a.⁴ Proximidad del especialista y centro al domicilio habitual.
- a.⁵ Fidelización entre paciente y especialista.
- a.⁶ Otros motivos.

En el último grupo a.⁶ otros motivos, se hace referencia a cambios organizativos realizados por la dirección de atención primaria SAP Muntanya, en relación a los movimientos de población asignados a cada equipo de primaria, como el cambio del EAP de Sagrera hacia SAP Dreta, la incorporación de los EAP de Montcada y Reixac, y del EAP no ICS Cotxeras Borbó, el desplazamiento de toda la actividad de Traumatología del EAP Carmel hacia las consultas externas del Hospital Vall d'Hebron, en lugar del centro Horta.

Y otro ejemplo ha sido el del EAP Vía Barcino, que ha trasladado toda la actividad de Cardiología hacia el propio centro, en lugar del centro Chafarinas.

El número de solicitudes de cambio de especialista observado respecto al global de episodios atendidos en el 2011, ha sido del 0,37%. El año 2011 ha sido el año con un mayor índice, seguido del 2012 con un 0,31%. Estos resultados hacen referencia sobre todo a los servicios de Urología, Cardiología, Oftalmología, y Traumatología, que han realizado importantes cambios organizativos, necesarios para adaptarse a las demandas de la atención primaria. Tabla 95

En el año 2015 se han registrado el 0,19% de las solicitudes respecto al global de los episodios atendidos, con una disminución del 0,10% respecto al 2009. Disminución que ha podido ser consecuencia de la integración en el 2015 de la mayoría de las consultas de Traumatología, de la atención primaria a las consultas externas del propio Hospital Universitario Vall d'Hebron, que ha comportado una mejora en la gestión de las visitas en relación a las pruebas complementarias solicitadas. Tabla 95.

Podemos concluir que ha habido una disminución del 0,10% en las solicitudes de cambio de especialista entre los años 2009 y 2015.

6.2.7. Solicitudes de reclamaciones en la atención especializada ambulatoria

Objetivo. Estudiar si son menores las solicitudes de reclamaciones en la atención especializada ambulatoria

El concepto de reclamación en el ámbito de la salud, es la expresión de la opinión del usuario en relación a un acto o proceso asistencial donde se examinan los aspectos de:

- Asistencia.
- Trato.
- Información.
- Organización.
- Trámites de programaciones de visita y de pruebas complementarias.
- Habitabilidad.
- Confort.

- Documentación e informes solicitados.
- Otros aspectos como consecuencia de la atención sanitaria recibida y percibida en un centro, servicio o establecimiento sanitario que no es de su agrado, y de la cual, el usuario, espera una respuesta y/o actuación. ⁽³⁾

En nuestro estudio se ha detectado un aumento en el número de reclamaciones entre el 2010 y el 2014, especialmente este último año con 637 reclamaciones.

El motivo encontrado ha sido la disconformidad de los pacientes con la anulación y reprogramación de las visitas. Figura 65,66.

El número de reclamaciones realizadas por los pacientes o familiares en la atención especializada ambulatoria, entre los años 2010 y 2015 ha sido de 2.005 reclamaciones. Tabla 96. Figuras 65,66.

El resultado de las reclamaciones registradas desde el 2010 hasta el 2012, ha sido del 0,11% respecto al global de episodios atendidos. En el 2013 ha sido del 0,18%, en el 2014 del 0,33%, y en el 2015 del 0,24%. Tabla 96

Al comparar las reclamaciones solicitadas por los pacientes en los años 2014 (0,33%) y el 2015 (0,24%), se ha observado una disminución del 0,09% respecto al global de episodios atendidos.

La media de reclamaciones respecto al global de episodios atendidos entre los años 2010 y 2015 ha sido del 1,02%. Tabla 96.

Una de las limitaciones que ha tenido nuestro estudio ha sido el de no poder contabilizar los datos de actividad del 2009 en el sistema antiguo SIAP-web de la unidad de procedencia SAP Muntanya, y otras zonas.

Para concluir, los resultados del análisis del modelo de integración de la atención especializada ambulatoria al hospital Vall d'Hebron, han evidenciado que, con las acciones correctoras y de mejora del modelo de gestión de las agendas de los especialistas de la atención especializada ambulatoria, han mejorado los indicadores de actividad y calidad en la asistencia, objetivo principal del estudio. Dado la complejidad del tema somos conscientes de que estas conclusiones pueden constituir un punto de partida para futuras investigaciones.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

7. CONCLUSIONES

Objetivo principal

1. En el marco del modelo de la reordenación de la atención especializada (RAE) en el Área Integral de Salud (AIS) de Barcelona Norte, del servicio de atención primaria (SAP) Muntanya al Hospital Universitario Vall d'Hebron, los resultados del análisis y evaluación de los indicadores de actividad y calidad en la asistencia básica, en términos de gestión y planificación en las agendas de los especialistas, han seguido en general una evolución positiva de acuerdo con las acciones de mejora desarrolladas a lo largo de los años 2009 a julio del 2016.

Objetivos específicos

2. Las acciones de mejora establecidas en el modelo de la reordenación de la atención especializada (RAE) del Hospital Universitario Vall d'Hebron han aportado:
 - Un descenso del 99,7% en las derivaciones “En Blanco” solicitadas por los médicos de familia de los EAP en SAP Muntanya.
 - Una disminución del 2,4% en las derivaciones de primera visita preferente-urgente solicitadas por los equipos en SAP Muntanya
 - Un aumento del 2,4% en las derivaciones de primera visita ordinario solicitadas por los equipos en SAP Muntanya.

3. Las acciones correctoras establecidas en la actividad en la asistencia básica han demostrado:
 - Un descenso del 5% en las derivaciones de primera visita de los equipos de primaria hacia los especialistas, y una disminución del 0,88 en la tasa de derivación.
 - Una disminución del 4% en la actividad recogida por los servicios en todas las prestaciones, y una disminución del 10,3% en la tasa de visita.
 - Una reducción del 54,3% en la actividad anotada como visitas sucesivas siendo primeras visitas.

4. Los cambios instaurados en la calidad en la asistencia básica han aportado:
 - Un descenso del 13,05% en la frecuencia de la utilización de los servicios por la población asignada, en los años 2010 y 2015.
 - Una reducción del 4,86% en las reprogramaciones de visita en la atención especializada, y una disminución del 0,71% de las reprogramaciones respecto al global de los episodios atendidos.
 - Una disminución del 9,5% en los resultados entre las anulaciones y reprogramaciones de visitas planificadas, respecto al global de los episodios atendidos en la atención especializada ambulatoria SAP Muntanya.

CAPÍTULO VIII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8. Referencias bibliográficas

Bibliografía

1. Ojeda Feo J, Freire Campo JM, Gervas Camacho J. La coordinación entre atención primaria y especializada: ¿Reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? 2006; 4: p. 357-82.
2. Romay Beccaria JM. La Sanidad Española, presente y futuro: Revista de Administración Sanitaria; 1997.
3. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Encuestas de salud de Cataluña 2014. Informe de los principales resultados. Barcelona; 2015.
4. Servei d'Atenció Primària (SAP) Muntanya de BCN Hospital Universitari Vall d'Hebron de BCN. Reordenació de l'atenció especialitzada hospital Vall d'hebron - SAP Muntanya. Integració. Guia de Processos Organitzatius. Versió preliminar. Desembre del 2008. Barcelona: Institut Català de la Salut (ICS); 2008.
5. Servei d'Atenció Primària Muntanya Hospital Universitari Vall d'Hebron. Reordenación de la Atención Especializada. (Integración) Guia de Procesos Organizativos RAE. ICS; 2008.
6. Olivet M, Lacasa M, Fernández F, Romea S, et al. La reordenación de la atención especializada en el Sector Sanitario Ciutat Vella: Análisis de una experiencia. Barcelona.
7. Prado Priero I, García Olmos L, Rodríguez Salvanés F, Otero Puime A. Evaluación de la demanda derivada en atención primaria. 2005;: p. 146-51.
8. Jonay Ojeda J, Freire Campo JM, Gervas Camacho J. La coordinación entre atención primaria y especializada. Reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional. 2006; 4(2): p. 357-82.
9. Gervas Camacho J, Garcia Olmo LM, Simó J, Peiro S. Paradojas en la derivación de primaria a la especializada. 2008; 40(5): p. 253-5.
10. Peiró S. La derivación primaria especializada como problema y como síntoma. Gestión Clínica y Sanitaria. 2008 Otoño; 10: p. 84-8.
11. Clar Gimeno S, Marqués Espí JA. Integración de niveles asistenciales. Un nuevo modelo organizativo en la Comunidad Valenciana. 2010.
12. García Olmo L, Gervas Camacho J. Reformas organizativas en la relación entre médicos generales y especialistas. Impacto sobre la demanda derivada Elsevier E, editor. Madrid: Atención Primaria; 2010.
13. Falces C, Andrea R, Heras M, Vehi C, Sorribes M, Sanchis L, et al. Integración entre cardiología y atención primaria. Impacto sobre la práctica clínica Cardiología RE, editor. Barcelona: Elsevier España S.L.; 2011.

14. Rojas Lucena IM et al. Evaluación de las derivaciones desde atención primaria a atención especializada. ¿Hacemos un uso excesivo de ellas? Sevilla: Medicina familiar andalucía; 2015.
15. Zambrana García JL. Consultas ambulatorias de atención especializada. Presente y propuestas de futuro. Medicina clínica. 2004; 123(7): p. 257-9.
16. Gálvez Ibañez M. Continuidad asistencial. Análisis conceptual de los actores y amenazas. Propuestas y alternativas. Medicina de Familia (and). 2003 Febrero; 4(1): p. 58-66.
17. Cabo Salvador J, Cabo Muñoz JS, Roberto Iglesias J. Sistemas de salud y reformas sanitarias en España, Canadá y EEUU. Madrid: Gestión Sanitaria del Centro de Estudios Financieros (CEF). Universidad a Distancia de Madrid (UDIMA); 2010.
18. Rodríguez Ocaña E, Martínez Navarro F. Salud pública en España, De la edad media al siglo XXI Escuela Andaluza de Salud Pública , editor.: Nueva Salud Pública; 2011.
19. Lamata Cotanda F. El Sistema Nacional de Salud: Una realidad y un proyecto de responsabilidades compartidas. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI. 2003; 1(4): p. 523-32.
20. Boletín Oficial del Estado (BOE). Ley 14 de Diciembre de 1942. [Online]. [cited 2017. Available from: <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1942/361/A10592-10597.pdf>."
21. Boletín Oficial del Estado (BOE). Ley 36/78 de 1978, de 16 de Noviembre sobre la gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo. In. Madrid; 1978.
22. Boletín Oficial del Estado. (BOE). Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad. núm. 102 de Abril de 1986. Capítulo III. de las Áreas de Salud. Artículo 56 Madrid: Jefatura del Estado; 1986.
23. Boletín Oficial del Estado (BOE). Ley 29/2006 de 26 Julio de garantías y usos racional de los medicamentos y productos sanitarios. In. Madrid; 2006.
24. Boletín Oficial del Estado (BOE). RD 1415/1994, de 25 de Junio, por el que se modifica parcialmente la estructura orgánica del Ministerio de Sanidad y Consumo Madrid: Ministerio de la Presidencia; 1994.
25. Boletín Oficial del Estado (BOE). RD 63/1995, de 20 de Enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo; 1995.
26. Boletín Oficial del Estado (BOE). Ley 15/1977 de 25 de Abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud Madrid: Jefatura del Estado; 1977.
27. Organización Mundial de la Salud. OMS. Informe de la Salud en el mundo 2008; 2008.

28. Organización Mundial de la Salud. OMS. Concepto de la salud. [Online].; 2016 [cited 2017. Available from: "<http://www.who.int/features/qa/28/es/>"
29. Organización Mundial de la Salud. OMS. <http://www.who.int/features/qa/28/es/>. [Online].; 2016 [cited 2016 febrero 4.
30. Organización Mundial de la Salud. OMS. Sistemas de salud. [Online].; 2016 [cited 2017. Available from: "http://www.who.int/topics/health_systems/es/"
31. Cabo Salvador J , Roberto Iglesias J. Gestión Sanitaria Integral Pública y Privada. Capitulo I. Sistemas de salud y reformas sanitarias en España, Canadá y EE.UU; 2010.
32. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Los sistemas sanitarios en los países de la Unión Europea (UE-28). Características e indicadores de salud 2017. [Online].; 2017. Available from: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm>.
33. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Los sistemas sanitarios en los países de la UE-15, características e indicadores de salud 2013 Madrid; 2014.
34. García Zambrana J. Consultas ambulatorias de atención especializada. Presente y propuestas de futuro. 2004; 123(7).
35. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Los sistemas sanitarios en los países de la UE Características de los indicadores de salud en el siglo XXI Madrid; 2013.
36. Arne Björnberg. Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index. 2015. Report; 2016.
37. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. España 2012. ; 2013.
38. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Ordenación Sanitaria del Territorio en las Comunidades Autónomas Madrid; 2016.
39. Boletín Oficial del Estado (BOE) número 27. Real Decreto 137/1984 de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1984.
40. Boletín Oficial del Estado (BOE). Ley 14/1986 del 25 de abril General de Sanidad (LGS) Madrid; 1986.
41. Garcé Armesto S, Abadia B, Durán A, Hernández Quevedo C, Bernal E. España: Análisis del Sistema Sanitario 2010 Azcárate JCGd, editor.: Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud. Health Systems in Transition; 2011.
42. Ministerio de Sanidad Seguridad Social e Igualdad. Trasposición de la Directiva 2011/24/UE relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza. [Online]. [cited 2017 Marzo 22. Available from:

- "<https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/prestaciones/docs/ResumenTransposicionDirectivaAST.pdf>"
43. Organización Mundial de la Salud 2010. España. Análisis del sistema sanitario 2010. Resumen y conclusiones. Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud, Health Systems in Transition. 2010; 12(4): p. 1-240.
 44. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Ordenación Sanitaria del Territorio en las Comunidades Autónomas. Mapa de referencia para el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAO) Año 2015.; 2016.
 45. Ministerio de Sanidad Seguridad Social e Igualdad. Área de Salud en la atención primaria. [Online]. [cited 2017. Available from: "<https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/home.htm>"]
 46. Ministerio de Sanidad Seguridad Social e Igualdad. Zonas básicas de salud del SNS. [Online]. [cited 2017. Available from: "<https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/centrosSalud/home.htm>"]
 47. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Ordenación sanitaria del territorio en las comunidades autónomas. Mapa de referencia para el Sistema de. [Online].; 2018. Available from: "<http://www.msssi.es/estadEstudios/estadisticas/estadi>"
 48. Boixareu P. Bosch R. Petanàs S. Sospedra J. Els equipaments de la Xarxa Sanitaria Pública de Catalunya Barcelona: Setgraf; 2003.
 49. De la Puente Martorell ML. El sistema de atención a la salud en Cataluña. Evolución y orientaciones estratégicas desde la perspectiva del Servicio Catalán de la Salud Barcelona: Servicio Catalán de la Salud; 2010.
 50. Servicio Catalán de la Salud. GenCat. Modelo sanitario catalán. Historia. [Online]. [cited 2017. Available from: "<http://catsalut.gencat.cat/es/coneix-catsalut/presentacio/model-sanitari-catala/>"]
 51. Instituto de información sanitaria , Subcomisión de sistemas de información del SNS. Organización General de la Atención Primaria en las Comunidades Autónomas. Sistema de información atención primaria (SIAP). Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
 52. Sánchez Bayle M. La contrarreforma sanitaria Madrid: Asociación de los Libros de la Catarata; 2013.
 53. Servei Català de la Salut (CatSalut). Las regiones sanitarias. [Online]. [cited 2016 Agosto 22. Available from: "<http://www.catsalut.gencat/ca/catsalut-territori/regions-sanitaries/>"]

54. Agencia de Calidad y Evaluación Sanitaria. Central de resultados. Ámbito hospitalario. Datos 2015 Barcelona: Departamento de Salut. Generalitat de Catalunya; 2014.
55. Consorcio Sanitario de Cataluña. Acta de aprobación de la Junta General del CSB 18/12/2009. Barcelona;; 2009.
56. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Ordenación Sanitaria del Territorio en las Comunidades Autónomas. Mapa de referencia para el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.; 2016.
57. SIDIAP. Sistemas de Información para el desarrollo de la Investigación en Atención Primaria. [Online].; 2018 [cited 2018 Marzo. Available from: "<http://www.sidiap.org/index.php/es/component/content/article?id=33:base-de-dades>"]
58. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya C. Població assegurada a Catalunya. [Online].; 2017 [cited 2018 Febrer 19. Available from: "http://www.observatorisalut.gencat.cat/es/detalls/article/13_IND_poblacion_asegurada.CatSalut"]
59. Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña y de la Agencia de calidad y Evaluación Sanitaria de Cataluña. Central de Resultados. La salud de la población de Cataluña en el contexto europeo. Actualización 2016. 12016th ed. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departamento de Salut.; 2016.
60. Institut d'Estadística de Catalunya. Web de l'estadística oficial de Catalunya. Generalitat de Catalunya. Esperanza de vida a distintas edades. [Online].; 2015 [cited 2018 Febrero. Available from: "<https://www.idescat.cat/economia/inec?tc=3&id=d201&lang=es>"]
61. Ministerio de Sanidad Seguridad Social e Igualdad. Ordenación Sabitaria del Territorio en las Comunidades Autónomas. Mapa de referencia para el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) 2015. Información y estadísticas Sanitarias. 2016.
62. Castellón Leal E. La coordinación territorial de la sanidad. Administración Sanitaria. 1997 de octubre a diciembre; I(4): p. 10-12.
63. Ministerio de Sanidad Seguridad Social e Igualdad. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA). [Online]. [cited 2018 Febrero. Available from: "<http://www.ingesa.msssi.gob.es/organizacion/quienes/home.htm>"]
64. Minsiterio de Sanidad Seguridad Social e Igualdad. Guia de gestión de las constltas externas en la atención especializada. 2000;: p. 34.
65. Casajuana Brunet J. Bellón JA. La gestión de la consulta en Atención Primaria. Atención Primaria. 2003; 5.

66. De Prado Prieto L, García Olmo L, Rodríguez Salvanés F, Otero Puime A. Evaluación de la demanda derivada en atención primaria. *Atención Primaria (Aten Primaria)*. 2005; 35(3): p. 146-51.
67. Tamayo Canillas M^a Luisa. Admisión y gestión de pacientes en atención especializada. Hospital de Cabueñes Gijón; 2003.
68. Whynes DK, Reed G. Fundholders referral patterns and perception of service quality in hospital provision of elective surgery: *BR J Gen Pract.*; 1994.
69. Ministerio de Sanidad Seguridad Social e Igualdad. Enfermedades raras. [Online]. [cited 2018 febrero. Available from: "<https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec04.htm>"]
70. Ministerio de Sanidad Seguridad Social e Igualdad. Cartera de Servicios. [Online]. [cited 2018 febrero. Available from: "<https://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/Home.htm>"]
71. Ministerio de Sanidad Seguridad Social e Igualdad. Cartera de servicios comunes de prestaciones de salud pública. [Online]. [cited 2018 Febrero. Available from: "<https://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/1PrestacionSaludPublica/home.htm>"]
72. World Organization of National Colleges Academics W. http://Wikowand.com/es/medico_de_cabecera. [Online]. [cited 2018 Enero 22.
73. Matas V. Gestión Sanitaria Integrada no progresa adecuadamente. *Sanitaria* 2000. 2014;(209).
74. Pino JM. Atención integrada en el modelo tradicional. *Integración Asistencial. Cuestiones de modelo. Claves para un debate.* ; 2010.
75. Alfaro Latorre M, Etreros Huerta J, Terol García E, Jiménez Rico F. Coordinación entre niveles asistenciales. Atención primaria en el INSALUD: Diecisiete años de experiencia. *Atención primaria en el INSALUD*. 2002;; p. 240-60.
76. San José Laporte A, Jiménez Moreno X, Ligüerre Casals I, Vélez Miranda MC, Vilardell Tarrés M. Atención especializada ambulatoria rápida de patologías médicas desde un hospital universitario terciario: Consulta de atención inmediata. *Barcelona: Revista Clínica Española*; 2008.
77. Moral Iglesias L. Guía de gestión de las consultas externas en la Atención Primaria. , Subdirección General de la Atención Especializada; 2000.
78. Área Integral de Salut (AIS) Servei Català de la Salut (. Observatorio de tendencias de Servicios de Salut. ; 2016.
79. Consorci Sanitari de Barcelona. Ordenació de les Àrees Integrals de salut. *Barcelona*; 2009.

80. CatSalut. Portal de transparencia. Población asegurada por el CatSalut. [Online]. [cited 2018 marzo. Available from: "http://observatorisalut.gencat.cat/ca/indicadors_i_publicacions/publicacions/poblacio/poblacio_assegurada_pel_catsalut/resultats_danys_anteriors/"]
81. Escosa A, Liguierre I, Nebot C, Romea S,.. La integración de la atención especializada en un servicio de atención primaria en Barcelona: hacia la integración de procesos. Barcelona: Institut Català de la Salut. Generalitat de Catalunya; 2009.
82. Barraquer i Roviralta G. Las casas de religiosos en Cataluña durante el primer tercio del siglo XIX Barcelona: J. Altés y Alabart; 1906.
83. Alberdi Ordiozola JC, Sáens Bajo N. Factores determinantes de la derivación de atención primaria a las consultas externas de atención especializada en la Comunidad de Madrid: Aten Primaria; 2006.
84. Jiménez Marin A, Bellón Rodríguez J, Cordobés López J, Domínguez Palomo S, Martín Pérez F, Nieto Vizcaíno D. Valoración de los informes médicos recibidos del segundo nivel. 2001; 27(6): p. 403-7.
85. Hulley Stephen B. Cummings Stephen R. Diseño de la investigación clínica. Un enfoque epidemiológico: Ediciones Doyma S.A.; 1993.
86. Delgado M, Llorca J. Estudios de observación Barcelona: Metodología de la investigación sanitaria. Signo; 2003.
87. Consorci Sanitari de Barcelona. Genralitat de Catalunya. Ayuntamiento de Barcelona. [Online].; 2018 [cited 2018 Enero. Available from: "<http://www.csb.cat/plans-informacio-sanitaria/poblacio-i-territori/>"]
88. Royo Bordonada MÁ, Damián Moreno J. Método epidemiológico. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad (ENS) Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Ciencia e Innovación; Octubre de 2009.
89. Hueso González A, Cascant i Sempere MJ. Metodología y técnicas cunatitativas de investigación. Cuadernos docentes en procesos de desarrollo. nº 1. Primera edición ed.: Universitat Politècnica de València; 2012.
90. Jurado Moreno J , Chacón Fuertes J , Martin Carpena G , Robledo del Corro M , Saéz Martinez FJ. Autogestión en la Atención Primaria española. Análisis de situación de condicionantes y posibles escenarios que introduce este modelo asistencial asi como sus consecuencias a corto y medio plazo. Sociedad Española de Medicos Generles y de Familia SEMG. .
91. De Rosa Torner Alberto , Marin Ferrer M , Tarazona Ginés E. La experiencia del Modelo Alcira del hospital de La Ribera - área 10 salud: la consolidación del modelo.: Revista de adminsitración sanitaria siglo XXI; 2005.
92. Hospital de la Ribera. Modelo Alzira. [Online].; 1997 [cited 2018 Febrero. Available from: "<http://www.modeloalzira.com/experiencias-modelo-alzira>"]

93. Gallo Vallejo F, Altisent Trota R, Díez Espinosa J, Fernández Sánchez J, Foz i Gila G, et al. Perfil profesional del médico de familia. Atención Primaria. 1999 Marzo; 23(4): p. 236-45.
94. Rojas Bruno I. Los médicos especialistas, profesionales en las consultas externas del hospital. Med fam Andal. 2015 Mayo; 16(1): p. 59-75.
95. Coulter A. Managing demand at the interface between primary and secondary care. BMJ. 1998; 16: p. 1974-6.
96. Kinchen K, Cooper L, Levine D, Wang N, Powe N. Referral patients to specialists: Factors affecting choice of specialist by primary care physicians. Ann Fam Med. 2004; 2: p. 245-52.
97. Asociación de defensa del paciente (ADEPA). Decálogo para evitar una lista de espera prolongada. [Online].; 1997 [cited 2018 marzo. Available from: "<http://www.negligenciasmedicas.com/listas-de-espera/>"]
98. Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud (CatSalut). Se amplían a 27 las operaciones con tiempo máximo de espera garantizado. [Online].; 2015 [cited 2018 marzo. Available from: "<https://web.gencat.cat/es/actualitat/detall/Samplien-a-27-les-operacions-amb-temps-maxim-despera-garantit>"]
99. Roland M, Bartholomew J, Morell D, McDermott A, Paul E. Understanding hospital referral rates: a user's guide. Br Med J. 1990; 301: p. 98-102.
100. Concert Action Committee of Health, Services Research for the European Community. The European Study of Referrals from Primary to Secondary Care. Br J General Pract. 1992; 56: p. 1.
101. Franquelo Morales P, García Mateos D, Moya Martínez P, Lema Bartolomé J, Buendía Bermejo J, Saiz Santos S. Tasa de derivación y factores asociados a la calidad de la hoja de derivación en atención primaria. Rev Clin Med Fam. 2008 Octubre; 2(5): p. 199-205.
102. Salvador P. La derivación primaria especializada como problema y como síntoma. 2008; 10(3).
103. Alonso Pérez de Ágreda JP, Febrel Fordejé M, Huelin Domeco de Jarauta J. Factores asociados a la derivación inadecuada entre atención primaria y la especializada: estudio cualitativo en médicos de atención primaria. Gaceta Sanitaria. 2000; 14(2): p. 122-30.
104. Gómez Calcerrada D, Pérez Flores D, Maset P. Exploraciones y derivaciones de un centro de salud: estudio de los factores asociados. Atención Primaria. 1996 Marzo; 17(5): p. 353-7.
105. Fraile L, Abreu M, Muñoz García J, Alvarez Montero S, Alamo A, Frieyro E. El médico de familia y el hospital. Análisis del proceso de interconsulta desde una unidad docente de medicina familiar y comunitaria. Med Clin (Barc). 1986; 86: p. 405-9.

106. Gil García JF. Derivación de paciente al segundo nivel asistencial desde un centro de salud. *Revista de salud*. 1991; 4: p. 25-29.
107. Delgado A, Melquizo M, Guerrero J. Análisis de las interconsultas de un centro de salud urbano. *Atenc Prim*. 1988; 5: p. 359-364.
108. García Olmo L, Gervas Camacho J, Otero A, Pérez Fernández M. La demanda derivada: Un estudio de la relación entre médicos generales y especialistas. *Rev San Hig Púb*. 1994; 68: p. 267-278.
109. Vergeles Blanca J. Relación entre atención primaria y especializada: el reto permanente. *Cuad Gest*. 2000; 8(4): p. 159-66.
110. Beatriz Aler Hernández M, Vargas Lorenzo I, Sanchez Pérez I , Henaó Martínez D, Coderch de Lassaleta J, Llopart López J, et al. La continuidad asistencial entre niveles percibida por usuarios del sistema de salud en Cataluña. *Rev Esp Salud Pública*. 2010;(4): p. 371-387.
111. Letelier M, Aller M, Henaod , et al. Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario. *Gac Sanit*. En prensa. 2010; Doi:10.1016.
112. Reid R. Haggerty J. McKendry. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. 2002.
113. Aller Hernández MB, Vargas Lorenzo I, Sánchez Pérez I, et al. La continuidad asistencial entre niveles percibida por los usuarios del sistema de salud en Cataluña. 2010; 84: p. 371-387.
114. Penschansky R, Fox D. Frequency of referral and patient characteristics in a group practice. *Med Care*. 1970; 8: p. 368-385.
115. Armsrong D, Britten N, Grace J. Measuring general practitioner referrals: patient, workload and list size effects. *J R Coll Gen Pract*. 1988; 38: p. 494-497.
116. Zambrana García J, Tores Jiménez M, Rubio Sánchez J, Montijano Cabrera A, Peña Ojeda J, Velasco Malagóna J, et al. Procesos médicos susceptibles de alta resolución en consultas ambulatorias. 2017; 2(2): p. 82 - 87.
117. Agència Valenciana de Salut. Criterios de interconsulta atención primaria - especializada. Borrador mayo 2007. Valencia:, Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana; 2007.
118. Moreno Domene P, Joaquín EL, Moreno Ruiz JA. "Indicadores de gestión hospitalaria". Sedisa. Siglo XXI. 2010; 16.
119. Ministerio de Sanidad Seguridad Social e Igualdad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016. Estrategias y acciones destacables. Comunidad Autónoma de Cataluña. Madrid:; 2016.

120. Ortega Tallón M, Roca Figueras G, Iglesias Rodriguez M, Jurado Serrano J. Pacientes hiperfrecuentadores de un centro de atención primaria. Características sociodemográficas, clínicas y de utilización de los servicios sanitarios. 2004; 33(2): p. 78-85.
121. Carmona R, Alcázar Alcázar R, Sarría Santamera A, Regidor E. Frecuentación de las consultas de medicina general y especializada por población inmigrante y autóctona. Una revisión sistemática. 2014; 88: p. 135-155.
122. Consorci Hospital General Universitari de València. Resumen de la memoria asistencial. Año 2015. Resumen Memoria Asistencial. Valencia: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública Generalitat Valenciana, Departamento de Salud Valencia Hospital General; Febrero 2016.
123. El Periódico de Extremadura. Mal uso del sistema. 10.500 pacientes no van a sus citas del especialista cada mes. [Online].; 2015 [cited 2017 octubre. Available from: "http://www.elperiodicoextremadura.com/noticias/extremadura/10-500-pacientes-no-van-sus-citas-especialista-mes_798081.html"]
124. Morera Guitart J, Mas Server M, Mas Sesé G. Análisis de los pacientes no presentados a la consulta de neurología de la Marina Alta. 2002; 34(8): p. 707-705.
125. Pereira Victorio C, Vazquez Molinero A, Lizán García M, Gómez Guardiola J, González López Valcárcel B. Absentismo de pacientes a la consulta externa especializada en un hospital de tercer nivel en España. Medicina General y Familia. 2016 Septiembre; 5(3): p. 83-90.
126. Ministerio de Sanidad Seguridad Social e Igualdad. Informe anual del sistema nacional de salud 2015. 2015;; p. 12.
127. Forsyth G LR. Gateway or dividing line? A study of hospital outpatients in the 1.960s. Londres: Oxford University Press. 1968.
128. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. <http://catsalut.gencat.cat/es/coneix-catsalut/acces-sistema-salut/assistencia-transfronterera/persones-assegurades-altre-pais/reclamacions-ue/>. [Online].
129. Fundación Gaspar Casal. La sanidad española en cifras 2016. In. Madrid: Circulo de Sanidad; 2017. p. 197.
130. Boletín Oficial del Estado (BOE). Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad. núm. 102 de Abril de 1986. Madrid: Jefatura del Estado; 1986.
131. Área Integral de Salud Barcelona Norte. CatSalut. Circuito de visitas urgentes o preferentes EAP. Documento de trabajo. Comité de accesibilidad Barcelona Norte. Barcelona; Dirección SAP Montaña; 2009.

Tablas

Índice de tablas

- Tabla 1. Provisión de los servicios sanitarios
- Tabla 2. Población protegida
- Tabla 3. Evolución de la población 2008 – 2016.
- Tabla 4. Indicadores de demografía, calidad de vida, y cifras de población.
- Tabla 5. Evolución de la población asegurada en Cataluña, 2005-2017.
- Tabla 6. Crecimiento de la población en Cataluña.
- Tabla 7. Proyecciones de la población a corto plazo en Cataluña.
- Tabla 8. Esperanza de vida al nacer en Cataluña.
- Tabla 9. Estructura de las agendas en la atención especializada
- Tabla 10. Planificación de la agenda en la atención especializada
- Tabla 11. Población referente en el ámbito territorial SAP Muntanya.
- Tabla 12. Equipos de atención primaria en el SAP Muntanya.
- Tabla 13. Población de referencia en el área básica de salud Muntanya.
- Tabla 14. Problemas de SAP Muntanya.
- Tabla 15. Principales acciones de mejora 2008 - 2015.
- Tabla 16. Previsión inicial de 29 variables de actividad
- Tabla 17. Selección de 15 de las 29 variables de actividad
- Tabla 18. Descripción de las 15 variables de actividad seleccionadas
- Tabla 19. Selección de las variables de calidad en el estudio.
- Tabla 20. Descripción de las variables de calidad seleccionadas
- Tabla 21. Frecuencia de las derivaciones en relación con el origen de las solicitudes
- Tabla 22. Derivaciones en relación con la unidad de procedencia (UP)
- Tabla 23. Estadísticos de las derivaciones en relación con los grupos de edad
- Tabla 24. Frecuencia de las derivaciones en relación con los grupos de edad
- Tabla 25. De contingencia de las derivaciones en relación con los grupos de edad

Tabla 26. Derivaciones con relación a los EAP-ABS en SAP Muntanya

Tabla 27. De contingencia de las derivaciones en relación con la prestación y solicitante

Tabla 28. De contingencia de las derivaciones en relación con los EAP – Área Básica

Tabla 29. De contingencia de las derivaciones en relación con los EAP y prestación

Tabla 30. De contingencia de las derivaciones en relación con la procedencia y prestación

Tabla 31. De contingencia de las derivaciones en relación con la procedencia, prestación y año

Tabla 32. De contingencia de las derivaciones en relación con la prestación y EAP

Tabla 33. De frecuencia de las derivaciones en relación con la prioridad A1 y A2

Tabla 34. De contingencia de las derivaciones en relación con la procedencia, prestación y prioridad

Tabla 35. Derivaciones en relación con la procedencia, prestación, prioridad, y año

Tabla 36. Tasa de la derivación de los EAP en la primera visita, hacia los especialistas

Tabla 37. Estadísticos de los episodios concluidos, en los años

Tabla 38. Frecuencia de los episodios concluidos en relación con los grupos de edad y sexo

Tabla 39. De contingencia de los episodios concluidos en relación con los grupos de edad y sexo

Tabla 40. De contingencia de los episodios concluidos en relación con los grupos de edad

Tabla 41. Episodios concluidos en relación con los servicios, grupos de edad, y sexo

Tabla 42. De contingencia en Cardiología en relación con los grupos de edad y sexo.

Tabla 43. De contingencia en Cirugía General y Digestiva en relación con los grupos de edad y sexo

Tabla 44. De contingencia en Dermatología en relación con los grupos de edad y sexo

Tabla 45. De contingencia en Digestivo en relación con los grupos de edad y sexo

Tabla 46. De contingencia en Endocrinología en relación con los grupos de edad y sexo

Tabla 47. De contingencia en Neurología en relación con los grupos de edad y sexo

Tabla 48. De contingencia en Oftalmología en relación con los grupos de edad y sexo

Tabla 49. De contingencia en Otorrinolaringología en relación con los grupos de edad y sexo

Tabla 50. De contingencia en Neumología en relación con los grupos de edad y sexo

Tabla 51. De contingencia en Medicina Física y Rehabilitación en relación con los grupos de edad y sexo

Tabla 52. De contingencia en Reumatología en relación con los grupos de edad y sexo

Tabla 53. De contingencia en Traumatología en relación con los grupos de edad y sexo

Tabla 54. De contingencia en Urología en relación con los grupos de edad y sexo

Tabla 55. Frecuencia de los episodios registrados en relación con los servicios

Tabla 56. De contingencia de los episodios registrados en relación con los servicios, grupos de edad y sexo

Tabla 57. De contingencia de los episodios registrados en los servicios en relación con la procedencia

Tabla 58. De contingencia de los episodios en relación con los servicios y año

Tabla 59. De contingencia de los episodios registrados en relación con la prestación, procedencia, y año

Tabla 60. Frecuencia de los episodios registrados en relación con los centros de atención especializada (CAEs).

Tabla 61. De contingencia de los episodios registrados en relación con los centros de atención especializada, y año

Tabla 62. Frecuencia de los episodios registrados en relación con los servicios

Tabla 63. De contingencia de los episodios registrados en relación con la prestación y servicio

Tabla 64. De contingencia de los episodios registrados en relación con la prestación y año

Tabla 65. De contingencia de los episodios registrados en relación con la prestación

Tabla 66. De contingencia de los episodios registrados en relación con los servicios, prestación, y año

Tabla 67. Frecuencia de los episodios registrados en relación con la prestación, y prioridad

Tabla 68. De contingencia de los episodios registrados en relación con la prestación, prioridad, y año

Tabla 69. De los casos válidos y perdidos en la variable "Falsa Sucesiva".

Tabla 70. De contingencia de los episodios registrados como falsas sucesiva en relación con los años

Tabla 71. Tasa de visita de los episodios registrados en relación con los servicios y años

Tabla 72. De los casos válidos y perdidos en la categoría paciente único.

Tabla 73. De contingencia del paciente único en relación con los años

Tabla 74. De contingencia del paciente único en relación con el género y año

Tabla 75. De contingencia del paciente único en relación con los grupos de edad y año

Tabla 76. De contingencia del paciente único en relación con los EAP y año

Tabla 77. De contingencia del paciente único en relación con los centros de atención especializada y año

Tabla 78. De contingencia del paciente único en relación con los servicios y año

Tabla 79. De contingencia del paciente único en relación con la prestación y año

Tabla 80. De contingencia del paciente único en relación con la prioridad y año

Tabla 81. Número de especialistas con relación a los servicios, semana, y año

Tabla 82. Número de sesiones “agendas” con relación a las semanas, y año

Tabla 83. Número de horas con relación a los servicios, y año

Tabla 84. Frecuencia en la utilización de los servicios con relación a la población asignada

Tabla 85. Cociente entre el número de segundas y primeras visitas ($r:2/1$)

Tabla 86. Pacientes no presentados a la visita en los años 2011 al 2015.

Tabla 87. Pacientes no presentados a la visita, respecto al global de episodios atendidos.

Tabla 88. Anulaciones de visitas en los años 2010 – 2015

Tabla 89. Anulaciones de visita, respecto al global de episodios atendidos

Tabla 90. Reprogramaciones de visita realizadas en los años 2010 – 2015

Tabla 91. Reprogramaciones de visita, respecto al global de episodios atendidos

Tabla 92. Diferencia entre las anulaciones y reprogramaciones de visita respecto al global de episodios atendidos

Tabla 93. Tiempo de espera en la primera visita con relación a los servicios y años

Tabla 94. Tiempo medio de espera en primera visita con relación a los servicio y años

Tabla 95. Solicitudes de cambio de especialistas en la atención especializada

Tabla 96. Reclamaciones respecto al global de episodios atendidos

Figuras

Índice de figuras

Figura 1. Población residente en España. Resultados nacionales.

Figura 2. Población residente en España 2018.

Figura 3. Sistema catalán de salud

Figura 4. Sistema catalán de salud, como aseguradora pública.

Figura 5. Estructura del sistema sanitario catalán.

Figura 6. Regiones sanitarias en Cataluña.

Figura 7. Sectores sanitarios en Cataluña.

Figura 8. Sectores sanitarios en Barcelona ciudad.

Figura 9. Cronología de las transferencias de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas.

Figura 10. Punto de atención informativa con relación a los servicios, especialistas, y horarios

Figura 11. Estructura de la agenda en el “Sistemas, aplicaciones y productos”. Argos asistencial.

Figura 12. Previsión de bloqueo en la agenda del especialista en el sistema de atención primaria.

Figura 13. Bloqueo en la agenda del especialista en el “Sistemas, aplicaciones y productos”. Argos asistencial.

Figura 14. Listado de bloqueo en la agenda del especialista en el “Sistemas, aplicaciones y productos”. Argos asistencial.

Figura 15. Aviso de citación en la programación de visitas.

Figura 16. Seguimiento de la actividad ambulatoria en el sistema Bussines Information Warehouse del Hospital Universitario Vall d’Hebron.

Figura 17. Registro de las derivaciones solicitadas por los EAP.

Figura 18. Lista de espera en la primera visita en los centros de atención especializada ambulatoria.

Figura 19. Demora en la citación de visitas primera y sucesiva.

Figura 20. Servicio de atención primaria (SAP) Muntanya.

Figura 21. Servicio de atención primaria (SAP) Muntanya en relación con las ABS.

Figura 22. Mapa de procesos del Hospital Universitario Vall d'Hebron.

Figura 23. Circuito y prioridad, en la solicitud de visita de la atención primaria hacia la especializada

Figura 24. Derivaciones en relación con la unidad de procedencia

Figura 25. Derivaciones en relación con los grupos de edad

Figura 26. Derivaciones de primera visita de los EAP 2010 – julio 2016

Figura 27. Derivaciones en relación con la prestación primera y visita sucesiva

Figura 28. Derivaciones en primera visita en relación con la unidad procedencia (UP)

Figura 29. Derivaciones primera y sucesiva en relación con los EAP

Figura 30. Tasa de derivación de la primera visita en relación con los EAP.

Figura 31. Episodios registrados en todos los casos en relación con la unidad procedencia (UP)

Figura 32. Episodios registrados en todos los casos en relación con la unidad procedencia (UP)

Figura 33. Episodios registrados en los años 2009 – julio 2016

Figura 34. Episodios registrados en relación con los grupos de edad y sexo.

Figura 35. Episodios registrados en relación con los servicios en la AEA.

Figura 36. Episodios registrados en relación con los centros de atención especializada.

Figura 37. Episodios registrados en relación con los centros de atención especializada.

Figura 38. Episodios registrados en primera visita en relación con la unidad procedencia (UP)

Figura 39. Episodios registrados en primera visita en relación con los servicios en la AEA

Figura 40. Diferencia de los episodios registrados en primera visita en relación con los servicios entre el 2010 y el 2015.

Figura 41. Episodios registrados en la visita sucesiva en relación con la unidad de procedencia (UP)

Figura 42. Episodios registrados en la visita sucesiva en relación con los servicios en la AEA

Figura 43. Episodios de primera visita en la prioridad A1 – A2 en relación con la unidad de procedencia

Figura 44. Episodios de primera visita en la prioridad A2 ordinario en relación con los servicios en la AEA

Figura 45. Episodios de falsas visita sucesiva en lugar de primera visita en relación con los años

Figura 46. Episodios de paciente único en relación con la unidad de procedencia (UP)

Figura 47. Episodios de paciente único en relación con los servicios en la atención especializada

Figura 48. Media de especialistas en relación con los servicios, semana y año 2009- 2015

Figura 49. Sesiones de especialistas en relación con los servicios, semana y año

Figura 50. Horas por servicio, semana, año, entre el 2009 y el 2015

Figura 51. Diferencia de horas ofertadas en la atención primaria en relación con los servicios.

Figura 52. Frecuentación de los servicios en relación con la población de referencia.

Figura 53. Frecuentación de los servicios en relación con la población de referencia, 2010 – julio 2016

Figura 54. Pacientes no presentados a la visita, 2011 – 2015

Figura 55. Pacientes no presentados a la visita en el año, en relación con el global de episodios atendidos 2011 – 2015

Figura 56. Anulaciones de visitas 2010 – 2015

Figura 57. Anulaciones de visita, en relación con el global de episodios atendidos 2010 – 2015

Figura 58. Reprogramaciones de visitas en relación con los 18 motivos entre el 2010 - 2015

Figura 59. Reprogramaciones respecto al global de episodios atendidos 2010 – 2015

Figura 60. Diferencia entre, anulaciones y reprogramaciones 2010 – 2015

Figura 61. Diferencia del tiempo de espera en relación con los servicios, en los años 2010 - 2014 - 2015.

Figura 62. Tiempo de espera en la primera visita en relación con los servicios 2010 – 2015.

Figura 63. Solicitudes de cambio de especialista, respecto al global de episodios atendidos 2010 – 2015

Figura 64. Solicitudes de cambio de especialista con relación a los años 2009 – 2015.

Figura 65. Reclamaciones registradas con relación a los años 2009 – 2015

Figura 66. Reclamaciones respecto al global de los episodios atendidos 2010 – 2015.

Anexos

Anexos

Acciones de mejora en la atención especializada ambulatoria.

Objetivos y acciones de mejora 2008 - 2018

2008 - 2015	Objetivos:	Acciones de mejora:															
Modelo	Implementar mejoras en el modelo. Definir los niveles de gestión en el territorio. Analizar el impacto del modelo en la agenda. Establecer un modelo de centralización (CAE 2).	Modelo y circuito de solicitud de cambio de especialista.	Normas y circuitos en "programación de visita, permisos, cambios de especialista".	Normas de cierre de agendas y programación en. Escrutamiento y programación de la demanda de AP.	Análisis de la dimensión de la organización y la red de AP.	Modelo centralizador de Traumatología y la red de AP.	Modelo RAE Val y Modelo CAE 1 y CAE 2.	Elaboración de "protocolo y guía en la programación de visita en el circuito LICR de Urología, Cirugía y Pneumología".	Modelo de programación del personal administrativo en las agendas de los especialistas.	Norma a seguir en los Informes de alta en el hospital identificando "control por el especialista" con la solicitud "orden clínica" de primera visita en la atención especializada.	Norma a seguir al personal administrativo en la programación de visita en los mostradores de primaria, con solicitud de derivación clínica, no en una nota escrita a mano, o tan solo a petición del paciente.						
Recursos	Analizar los recursos humanos. Dar soporte al sistema de programación SAP Asistencial	Recursos Humanos. "Distribución proporcional a la demanda de visita".			Recursos de especialistas			Aumento de cardiólogos en el "CAE Via Barcino y CAE Sant Andreu".		Información de los recursos de los especialistas antes del 2008, y después en el 2009.							
Servicio	Analizar el impacto del modelo en los servicios.	Programación de visita en 24 o 48 horas. Nuevas agendas de los servicios endocrinología, neumología y otorinolaringología.	Reprogramación en Dermatología de unos 800 pacientes hacia otros proveedores.	Reducción de horas por semana en Cardiología (15,25 h), Endocrinología (15 h), Urología (10).		Aumento de 18,15 horas por semana en Dermatología agenda de (CCBE) visitas suaves.		Nuevo circuito Patología de la obstrucción del conducto biliar y/o patologías asociadas. Agenda monográfica de Oftalmología en el CAE de Sant Andreu.		Programación directa hacia Traumatología en agendas especializadas. Sant Andreu, Charlerinas, Turis, Cobersa, Noya, y el propio del Hospital.	Círculo de trabajo del paciente diabético para las pruebas de la "dieta no restringida" (NF) hacia el Servicio de Oftalmología	Agendas de Traumatología hacia un modelo de centralización en dos puntos. Ofertas los servicios de radiología y rehabilitación en el mismo centro.					
Agendas	Definir nuevas agendas y circuitos. Establecer agendas de visita de interconsulta. Establecer criterios de cierre en las agendas, especialmente en verano.	Agendas y la programación de pacientes.	Planificación de Agendas de las 4,5 horas. Incrementar horas por semana y año.	Programación en las agendas de (18 pacientes por agenda)	Reducción de horas y horas semana	Horas necesarias para realizar la actividad planificada en 44,752 semanas.	Planificación de 5 agendas de 30 horas. Inicio la actividad CAE Charlerinas 18,30 horas. Frecuencia de 5 horas por semana/año.	Planificación de las agendas a los períodos de descanso de verano y otros períodos anuales.	Nuevas agendas nominativas	Medidas de ajuste ante la demanda de primera visita por parte de los médicos en las agendas de pediatría como en la de adultos.	Reducción del tiempo de espera (TE) en las agendas de mayor demanda.	Agendas flexibles vinculadas (LICR) en las consultas hospital.	Equilibrar las agendas ante solicitudes de cambios de especialistas. No autorizar siempre el mismo especialista.	Programación de avanzar la visita, si está justificada por el especialista, y no por decisión del paciente.	Programación de visita sucesiva solo a criterio del especialista. (duplicar visitas sucesivas innecesarias)	Criterios de derivación de agenda y criterios de derivación de (NF) y especialistas.	Revisión de los criterios de derivación y citación de los pacientes.
Restricciones	Definir criterios de programación de primera y Valorar la disminución de primera visita solicitadas por los (EAP).	Oferta de primera visita y horas a la (EAP).	(75) de primera visita a 60 días	Tramo de primera visita ajustada a la estructura de las agendas. No forzar visita vía administrativa sin autorización del especialista.		Programación directa de primera visita según profesiones del CAP Charlerinas hacia las agendas de CCBE de ORL.	Aumentar la oferta de primera visita, reduciendo el tramo de sucesivos.		Disminución de primera visita solicitadas por los médicos de familia.	Interconsultas de primera visita sin pacientes a distancia en las agendas de las especialidades que generan demora.	Visitas sucesivas y de control innecesarias.	Derivaciones "unidad de derivación rápida" (UDR) en la (EAP) hacia el hospital.					
Indicadores	Establecer criterios en la solicitud de cambio de fecha y hora en la obtención de primera visita. Implementar circuitos de solicitud de cambios de especialista. Establecer circuito de solicitud de evaluaciones y reprogramaciones de visita en las agendas. Analizar el tiempo de espera y demora en la programación de visita. Analizar las reclamaciones en la atención especializada.	Anulaciones y reprogramaciones en de las agendas por motivos no justificados.	Desprogramaciones y reprogramaciones en de las agendas por motivos no justificados.	Reclamaciones en general en un 30%.	Cambios de fecha de visita solicitados por los pacientes.	Demoras de primera visita	Nueva fecha la emisión de visita pendiente de pruebas vinculadas.	Cambios de especialista que están justificados.	Cierres no planificados y comunicados en 48 horas (ITL, guardias, permisos especiales etc.)	Reclamaciones organizativas en un 30%	Cambios de especialistas en un 20%.	Incidencias en Oftalmología a reprogramar entre el 10 de enero y el 15 de febrero del 2009 (8.700) pacientes.	Reprogramaciones vinculadas a los cierres de agendas.	Escuadros de evaluación y reprogramación de visita, que generen incidencias por parte de los pacientes y familiares (Planificación de agendas y de profesionales).			