



PERFIL DEL PACIENTE HIPERFRECUMENTADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA DE TENERIFE

Eva C. García León

Trabajo Fin de Máster
Master Oficial en Investigación, Gestión y Calidad en Cuidados para la Salud.
Itinerario Gestión Sanitaria.
Sección de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de La
Laguna. 2022

RESUMEN

El sobreuso de los servicios sanitarios por un parte de la población produce un gran impacto en éstos, no sólo económico, sino social, creando un distrés funcional en la relación médico paciente y aumentando el síndrome de “bornout” en los profesionales sanitarios. Se estima que un 10-15 % de la población pueden ser hiperfrecuentadores, los cuales, consumen un 50% de las consultas médicas de los centros de salud, y, además, son responsables del 60-65% del coste sanitario. Además, existe una percepción de que la utilización de los servicios de atención primaria es en muchas ocasiones, superior a lo necesario, y es que a coste “cero” mayor consumo por parte de los usuarios.

El presente estudio pretende valorar la asociación entre el perfil sociodemográfico y de salud con la frecuentación a las consultas de Atención Primaria, además del acercamiento al perfil del hiperfrecuentador. A través de la población total en los tres centros de estudio, se obtendrá la muestra. Se realizará un cuestionario de 17 ítems a los participantes, además, se usará un cuaderno de registro de datos para su análisis descriptivo dónde se estudiarán las variables del estudio en las que se harán mediante la media y mediana para aquellas variables que tengan una distribución normal y rango o percentiles en caso contrario, además de un análisis inferencial dónde se determinará la diferencia entre un paciente hiperfrecuentador y normofrecuentador, y se realizará una comparativa de las variables entre los centros de salud en estudio, se utilizarán pruebas paramétricas y para el contraste de hipótesis se usará la base de datos de SPSS.

Palabras clave: perfil, hiperfrecuentación, atención primaria.

ABSTRACT

The overuse of health services by part of the population has a great impact on them, not only economically but also socially, creating functional distress in the doctor-patient relationship and increasing the "burnout" syndrome in health professionals. It is estimated that 10-15% of the population may be hyper-frequent users, who consume 50% of medical consultations in health centres, and are also responsible for 60-65% of healthcare costs. In addition, there is a perception that the use of primary care services is often higher than necessary, and that the "zero" cost means higher consumption by users.

The present study aims to assess the association between the socio-demographic and health profile and the frequentation of primary care consultations, in addition to the approach to the profile of the hyper-frequent user. The sample will be obtained from the total population in the three study centres. A 17-item questionnaire will be administered to the participants, and a data recording notebook will be used for descriptive analysis where the study variables will be studied using the mean and median for those variables with a normal distribution and range or percentiles otherwise, In addition, an inferential analysis will be carried out to determine the difference between a hyperfrequent and a normofrequent patient, and a comparison will be made of the variables between the health centres under study, parametric tests will be used and the SPSS database will be used for the contrast of hypotheses.

Key words: profile, hyperfrequency, primary care.

ÍNDICE

Resumen	pág 1-2
Abreviaturas	pág 4
Introducción	pág 4-5
Marco teórico	pág 5
Antecedentes	pág 5
Sanidad en España: Sistema Nacional de Salud	pág 5-6
Sanidad en Canarias: Servicio Canario de Salud	pág 6-8
Concepto de hiperfrecuentador	pág 8-9
Concepto de hiperfrecuentador según el personal sanitario	pág 10-11
Perfiles de hiperfrecuentación	pág 11- 12
Modelos descriptivos de la hiperfrecuentación	pág 13- 14
Modelo de intervención de Mechanic	pág 15
Justificación	pág 15
Objetivos	pág 16
Metodología	pág 16-21
Ámbito de estudio	pág 17-22
Diseño del estudio	pág 23
Población y muestra del estudio	pág 24-25
Materiales y métodos	pág 25-26
Técnica de recogida de datos	pág 27
Aspectos éticos	pág 27
Análisis estadístico	pág 28-29
Cronograma	pág 29-30
Presupuesto	pág 30
Limitaciones del estudio.....	pág 30-31
Bibliografía	pág 33- 36
Anexos	pág 37-39

ABREVIATURAS

AP: Atención Primaria.

C.S.: Centro de Salud.

GAPTF: Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

HF: Hiperfrecuentador.

PAC: Punto de atención continuada.

SCS: Servicio Canario de Salud.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

SUH: Servicio de urgencias hospitalarias.

UAF: Unidad atención familiar.

INTRODUCCIÓN

EL PROBLEMA

La hiperfrecuentación de los servicios sanitarios por un sector poblacional produce un gran impacto en estos, con consecuencias importantes sobre la sostenibilidad en atención primaria. Se estima que 10-15 % de la población pueden ser hiperfrecuentadores (HF); consumen aproximadamente 50 % de las consultas médicas de los centros de salud (CS) y son responsables de 60-65 % del coste sanitario. Además, existe una percepción generalizada de que la utilización de los servicios de atención primaria es en muchos casos superior a lo necesario.

La hiperfrecuentación no sólo repercute en el coste sanitario, si no también, crea un malestar entre los profesionales sanitarios, aumentando la presión asistencial, favoreciendo la aparición del “burnout” y de trastornos como ansiedad y depresión, además de la disfunción de la relación médico-paciente.

Los profesionales sanitarios de atención primaria tienen un tiempo muy reducido por paciente, si a esto se le suma, tener que atender consultas urgentes, atención domiciliaria, reparto de otros

cupos, y pacientes que hacen un uso inadecuado del servicio, este tiempo se reduce a la mitad, por lo que también, el resto de pacientes resultan afectados, disminuyendo la calidad de los cuidados, favoreciendo el sobrediagnóstico en policonsultores y el infradiagnóstico en el resto de pacientes, así como pruebas y tratamientos innecesarios.

MARCO TEÓRICO.

Antecedentes

La atención primaria de salud es definida en la Conferencia de Alma-Ata en 1978, y representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud. Entre las características de la atención primaria de salud cabe destacar la universalidad, la cual lleva implícito el concepto de «accesibilidad» y a su amparo se encuentra la salvaguardia de los derechos de justicia social y equidad a los que se debe la atención a la salud. El Sistema Sanitario se financia vía impuestos y es el ciudadano con su cotización quien contribuye al sostenimiento de dicho sistema. El hecho de recibir atención médica tantas veces como el paciente lo demande, tras la presentación de la tarjeta sanitaria obtenida previo empadronamiento, tiene un coste económico que no suele ser percibido por los usuarios ^(1,2).

Sanidad en España: Sistema Nacional de Salud

La Constitución Española de 1978, en su artículo 41, afirma que los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad. asimismo, en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud, encomendando a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

Esta ley establece acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con

el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud ⁽³⁾:

- a) Equidad.
- b) Calidad.
- c) Participación ciudadana.

El modelo organizativo actual se basa en dos niveles asistenciales, Atención Primaria y Atención Especializada. La Atención Primaria provee de servicios básicos de salud a los usuarios, siendo los Centros de Salud los principales dispositivos asistenciales, donde trabajan equipos multidisciplinares integrados por médicos de familia, enfermeros, pediatras y personal administrativo, además de trabajadores sociales, matronas y fisioterapeutas. La Atención Especializada se presta en Centros de Especialidades y Hospitales, de manera ambulatoria o en régimen de ingreso ⁽⁴⁾.

Sanidad en Canarias: Servicio Canario de Salud

El Servicio Canario de la Salud, creado por la Ley Territorial 11/1994 de 26 de julio de Ordenación Sanitaria de Canarias, es un organismo autónomo de carácter administrativo, dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines. Está adscrito a la Consejería competente en materia de Sanidad, que ejerce sobre el mismo las facultades de alta dirección, control y tutela que le atribuyen esta Ley y el resto del ordenamiento jurídico.

Constituye el objeto del Servicio Canario de la Salud el desarrollo de las competencias de la Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias en materia de promoción y protección de la salud, de prevención de la enfermedad, así como de la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios integrados o adscritos funcionalmente al propio Servicio ⁽⁵⁾.

El Servicio Canario de Salud está compuesto por tres niveles de atención bien diferenciados:

- Atención Primaria de Salud.
- Atención Especializada hospitalaria y Extrahospitalaria.
- Asistencia Sanitaria de Urgencias

Durante años la Comunidad de Canarias ha ido creciendo y aumentando sus recursos, de forma que, no sólo se garantizan los derechos de los pacientes, sino que, se han cubierto las necesidades en la atención de urgencias y emergencias dentro de la atención primaria de salud:

- Urgencias de Atención Primaria (SNU)
- Puntos de Atención Continuada (PAC).

Son recursos que garantizan asistencia sanitaria fuera del horario habitual de consulta y cuyo objetivo es atender a pacientes que necesiten continuidad de cuidados de forma permanente e ininterrumpida ya que por sus características no se puede prolongar su atención. Se sitúan formando parte del Centro de Salud de cada territorio y está formado por profesionales del equipo de Atención Primaria, por tanto, dependen de la gerencia del área de salud donde estén ubicados. Depende de qué punto de atención continuada presentan unos horarios u otros en los que se compenetran con el centro de salud de referencia. Estos horarios son:

- SNU con turno ininterrumpido de 24 horas.
- SNU con horario de 17:00 a 9:00 horas del día siguiente.
- Atención continuada con horario de 20:00-8:00.

- Urgencias Hospitalarias

Los Servicios de Urgencias Hospitalarios se encargan de la atención sanitaria integral a pacientes que requieren tratamiento urgente contando siempre con recursos sanitarios disponibles en cualquier momento del día o noche. Son zonas que se encuentran dentro de un área específica del hospital y que cuenta con dotación profesional sanitaria capacitada para atender a un gran número de personas con distintos problemas de salud y de gravedad diversa, además de disponer del equipamiento necesario para realizar pruebas complementarias hasta lograr su estabilización, siendo ingresados en el hospital o bien dados de alta. Además, es un servicio imprescindible para cubrir las situaciones de catástrofes que puedan ocurrir.

La isla de Tenerife cuenta con dos hospitales de referencia:

- Hospital Universitario de Canarias (HUC), en el que la población de referencia se sitúa en la zona norte de la isla.

es lo que realmente representa el concepto de hiperfrecuentación y cualquier punto de corte resulta arbitrario. Este es el primer problema que se aparece al tratar de conceptualizar la palabra hiperfrecuentación como tal.

Desde el punto de vista puramente semántico se podría definir al hiperfrecuentador como aquel que acude a un lugar en exceso, más de lo que se considera normal. El problema surge cuando se quiere aplicar esa terminología al ámbito sanitario, queriendo identificar a un grupo de pacientes que acuden a las consultas médicas (urgencias hospitalarias, atención primaria, consultas especializadas) más de lo normal ⁽⁹⁾.

Se podría encuadrar la hiperfrecuentación de servicios de salud es un comportamiento individual ante una percepción de necesidad de atención en salud que se caracteriza por acudir frecuentemente y por iniciativa propia a las consultas y de urgencias de los servicios de salud ⁽¹¹⁾. La decisión de acudir a los servicios sanitarios de una comunidad constituye uno de los aspectos más importantes en relación al gasto sanitario. Este grupo de pacientes denominados hiperfrecuentador no utiliza estos servicios de manera racional y ello repercute en unos costes sanitarios desproporcionados ⁽¹²⁾.

La medida de la frecuentación debe tener en consideración las características específicas de cada paciente y el impacto o beneficio que obtiene de su relación con el sistema de salud. Esto implica individualizar la medida de la frecuentación en función de la situación clínica o necesidad que presenta cada paciente en concreto y debe ir más allá del mero ajuste por edad y sexo, e incluir todos los factores que pueden tener una incidencia en la utilización de servicios de salud, como estado funcional, calidad de vida, enfermedades crónicas, sintomatología, nivel social o estructura familiar, etc ⁽⁷⁾.

Hay estudios que proponen un nuevo término que define mejor el sobreuso de los servicios sanitarios: “La sobrefrecuentación” la cual se definiría cuando se observa un número de visitas que se encuentra por encima del perfil de riesgo que le corresponde a un paciente concreto. la hiperfrecuentación de servicios es un comportamiento en salud en el cual el paciente hace un uso mayor de lo esperado de los servicios ^(7,11).

Concepto de hiperfrecuentación según el personal sanitario

Los profesionales definen la hiperfrecuentación por una serie de criterios cualitativos en los que el número de visitas tiene poca importancia. Los pacientes que suelen hiperfrecuentar acuden por problemas médicos relacionados con enfermedades crónicas, pero también por motivos psicosociales o laborales. Hay hiperfrecuentadores de todas las edades y de ambos sexos, y la relación médico-paciente depende de cada caso concreto.

Según los profesionales de AP, la definición de un paciente como hiperfrecuentador no depende del número sino de la calidad de la visita. Las razones de consulta y las características de los pacientes son múltiples, por lo que no se puede determinar un perfil único. Un factor común en los discursos es que muchos de los hiperfrecuentadores acuden a consulta por problemáticas psicosociales, por lo que sería de gran ayuda agilizar la coordinación con recursos psicosociales para conseguir consultas de AP más eficientes y efectivas.

Los médicos de atención dedican alrededor del 80 % de su tiempo al 20 % de sus pacientes: dos revisiones sistemáticas confirman que hiperfrecuentadores tienen altas tasas de enfermedad física, angustia emocional, enfermedad psiquiátrica y dificultades sociales. Como contrapartida, los profesionales que dispensan la atención ponen de manifiesto la hiperfrecuentación como un concepto difícil de definir porque no está bien establecido el punto de corte en relación con el número de visitas que un paciente debe realizar en las consultas médicas en un periodo de tiempo (2, 13,14).

La hiperfrecuentación es uno de los aspectos más complejos y preocupantes de la práctica diaria en la atención primaria. ya que, unido a la falta de tiempo para la consulta y la consecuente masificación afecta a la calidad del servicio prestado en la consulta ⁽¹¹⁾.

Se ha descrito que un 50% del personal médico de atención primaria considera que recibe más del 20% de visitas innecesarias, ocasionando emociones de difícil manejo entre los profesionales, que han sido objeto de diversos trabajos en los que se apuesta por una serie de estrategias para mejorar frente a este fenómeno. Dichas estrategias van desde medidas organizativas, hasta las que tienen que ver más con el desarrollo por parte de los profesionales de habilidades comunicacionales y de entrenamiento emocional ⁽¹⁶⁾.

Muchos estudios de hiperfrecuentadores coinciden en que una parte importante de las consultas (30-40%) en los servicios de atención primaria (AP) las realizan una pequeña proporción de pacientes (5-10%). Estos pacientes, además de suponer una considerable carga de trabajo para los médicos y enfermeros de familia, suponen un alto coste económico para el sistema sanitario público ^(14,16).

Aunque existen diferentes indicadores del uso de recursos de salud, una parte importante de autores toma como referencia el número de consultas por unidad de tiempo, categorizando de esta manera entre pacientes normofrecuentadores e hiperfrecuentadores ^(13,15).

En ese sentido, se han llevado a cabo diversas contribuciones teóricas que han puesto el énfasis en la conveniencia de abordar este problema para tratar de prevenir el síndrome de Burnout entre los profesionales.

Perfiles de Hiperfrecuentación

Identificando mejor a estos pacientes se pretende ayudar al desarrollo de estrategias de prevención e intervención que posibiliten disminuir la sobreutilización de los servicios de AP ⁽¹⁴⁾.

Según varios estudios los hiperfrecuentadores se pueden dividir en cinco subgrupos ⁽¹³⁾:

1. Pacientes con enfermedad puramente somática.
2. Pacientes con enfermedad psiquiátrica clara.
3. Pacientes en crisis temporal.
4. Pacientes con somatización crónica
5. Pacientes con múltiples problemas.

Los factores que influyen sobre la hiperutilización son numerosos y parecen interactuar de manera clara. Existen factores que están relacionados con el individuo, otros con los profesionales sanitarios y un último grupo tendría que ver con la estructura y funcionamiento del sistema de salud ⁽¹²⁾. Este fenómeno implica una pérdida de calidad asistencial y accesibilidad para los usuarios, además de una gran carga de trabajo para los profesionales de salud ⁽¹⁵⁾.

Respecto a la edad, cabe señalar que la mayoría de los estudios muestran de manera clara que, a mayor edad, mayor utilización de recursos en AP. Aunque algunos trabajos han apuntado la posibilidad de que esta mayor utilización esté asociada a la jubilación y a la posibilidad de disponer de más tiempo libre ⁽¹²⁾.

El aumento de edad, un nivel educativo bajo, la presencia de enfermedad crónica (diabetes e hipertensión), un diagnóstico psiquiátrico y presencia de sintomatología psicopatológica establecen diferencias significativas en el grupo de hiperfrecuentadores frente al grupo de normofrecuentadores.

Como norma general, el paciente hace un balance de los beneficios que le puede traer la utilización de un servicio con las dificultades para alcanzarlo y toma la decisión de la búsqueda o no de la atención. En este sentido, los trastornos ansioso-depresivos podrían modificar la percepción de necesidad y generar el uso de servicios. Algunos estudios han mostrado una asociación positiva entre los trastornos ansioso-depresivos y el uso de servicios ⁽¹⁸⁾.

Por otro lado, un mismo individuo puede variar el ritmo de frecuentación a lo largo del tiempo, pudiendo pasar de un grupo a otro de manera dinámica. Únicamente una proporción menor de la población hiperfrecuentadora mantiene este patrón de utilización durante periodos prolongados ^(13,15).

Sin embargo, algunas barreras de acceso como el uso de copagos o cuotas moderadoras podrían contrarrestar la percepción de necesidad de atención y, por tanto, modular el uso de servicios.

Diferencias de perfil de hiperfrecuentadores en AP y SUH

Según la bibliografía revisada al respecto no existe una clara evidencia de diferencias en el perfil del hiperfrecuentador en atención primaria y servicios de urgencias hospitalarios.

En el estudio de Cesáreo Fernández y compañía ⁽⁸⁾ en el que se realiza el porcentaje de los HF en los diferentes servicios de evidencia que:

- Tanto en AP y SUH, prevalecen como hiperfrecuentadores el sexo femenino frente al masculino.

- Cabe destacar que, en SUH, alrededor del 80% de los pacientes hiperfrecuentadores que acuden lo hacen por decisión propia y no por la derivación de un facultativo de atención primaria o SNU.
- En cuanto a las horas de llegada al servicio prevalece el turno de 15:00 a 8:00 frente al de 8:00 a 15:00 y es similar en ambos servicios.
- Tampoco varía el porcentaje de diagnóstico de enfermedad psiquiátrica en los HF, en el que entre los HF prevalece solo en el 20% de ellos.

Perfil de factores independientes de hiperfrecuentadores en AP

- Edad > 65 de años.
- Consumo habitual de 3 o más fármacos.
- Presentar deterioro cognitivo.
- Vivir en la comunidad.

Perfil de factores independientes en SUH ^(8,19):

- Paciente más joven sin comorbilidad.
- Consulta entre 15.00-8:00 h.
- Problemas no urgentes.

Modelos descriptivos de la hiperfrecuentación

Los profesionales sanitarios de atención primaria han mostrado un interés creciente por conocer las causas implicadas en la utilización de los servicios sanitarios, proponiéndose diversos modelos para su análisis y explicación. Entre éstos, el más mencionado es el de Aday y Andersen ^(10,20) en el que la utilización de los servicios sanitarios es explicada por 3 componentes:

1. predisposición,
2. condiciones facilitadoras y
3. situación de necesidad.

Este último factor desempeña un papel principal como determinante del uso de servicios, entendiéndose como la percepción de un malestar, un síntoma o una enfermedad que incita a la demanda.

Por otro lado, en un sistema de salud público debe preocupar que exista inequidad en el acceso a los servicios, definida en este modelo como la excesiva variabilidad en el uso de servicios ligada a las diferencias en factores ambientales como la estructura social o las creencias en salud, o en factores ⁽²¹⁾.

Otros modelos explicativos son el epidemiológico de Hulka y el centrado en la cultura sanitaria de De la Revilla.

Existen 2 hipótesis sobre la génesis de los llamados hiperfrecuentadores o hiperutilizadores; por una parte, pueden considerarse como un comportamiento apropiado en respuesta a una necesidad real que representa el fin del espectro de consulta; o bien se les considera como individuos «desviados» que crean una innecesaria y no bienvenida carga de trabajo. Aunque, lo más frecuente es que los hiperutilizadores estén en una posición intermedia entre estos extremos, comprendiendo un heterogéneo grupo de pacientes con diferentes necesidades ⁽¹⁷⁾.

El componente mental como factor de necesidad

El paciente hace un balance de los beneficios que le puede traer la utilización de un servicio efectivo y las dificultades para alcanzarlo. Entonces, toma la decisión de buscar o no la atención ⁽²²⁾. Se ha documentado la relación de los trastornos mentales con la sobreutilización de los servicios, lo que es plausible sobre la base de la alteración de la percepción de necesidad. Sin embargo, el abordaje de la salud mental pocas veces es considerado en los servicios.

De hecho, los médicos solamente detectan el 39% de las depresiones, tratan farmacológicamente el 22% de estas y solo 1 de cada 4 médicos de atención primaria refiere estar preparado para atender pacientes con trastornos mentales.

Modelo de intervención de Mechanic

Se ha utilizado en pacientes con trastornos mentales y plantea que la conducta es aprendida social y culturalmente. Este modelo utiliza como predictor de la utilización de los servicios el *distress* psicológico, que incluye las sensaciones corporales, el estrés social y las orientaciones cognitivas. Se considera que los aspectos emocionales subyacentes pueden tener mayor peso para explicar el uso de servicios que el mismo conocimiento de salud. Si una persona tiene un gran componente ansioso o depresivo, puede llegar a perder la capacidad de reflexionar con objetividad y actuar racionalmente ante un problema ^(11, 22).

De otra parte, es posible la causalidad inversa entre estos trastornos y la hiperfrecuentación de servicios, ya que, al modificar la percepción de necesidad, el paciente busca la atención, pero si esta no es satisfecha, surgen nuevas demandas, lo que a la vez genera un estado de susceptibilidad que condiciona la generación o perpetuación de estados ansiosos-depresivos; por tanto, estos trastornos siempre deberían ser evaluados en la atención de estos pacientes ⁽²²⁾.

JUSTIFICACIÓN

Este trabajo surge debido a la necesidad de abordar el problema de la hiperfrecuentación en el sistema sanitario, evitar la tendencia creciente actual y las consecuencias negativas asociadas que ello conlleva.

Esta situación se ha convertido en un problema a nivel nacional, que se incrementa con los años y lleva a la sobrecarga de los servicios sanitarios, lo que conlleva un excesivo gasto económico, de recursos y desgaste en los profesionales de la salud. Estos factores, al unirse, incrementan de forma significativa el riesgo de pérdida en la calidad asistencial, así como, de descontento por parte de los usuarios, quienes no ven solucionados sus demandas, y de frustración y aumento de trastornos ansiosos depresivos en los profesionales de la salud.

Es importante definir y abordar el problema de la hiperfrecuentación en los servicios sanitarios, ya que, con la pandemia por SARS-COV2 se ha visto, aún más, las brechas con las que cuenta el servicio de salud, que no puede asumir más demanda injustificada. Además, destacar, que los economistas de la salud, nombran el aumento de la demanda debido a coste cero de las consultas,

a menor coste más demanda, por lo que sería importante también, abordar la situación y que la población conociera el coste sanitario de sus actos.

OBJETIVOS

Objetivo Principal

- Valorar la asociación entre el perfil sociodemográfico y de salud con la frecuentación a las consultas de Atención Primaria.

Objetivos específicos

- Describir el perfil sociodemográfico y de salud de los pacientes de las ZBS de Santa Cruz de Tenerife.
- Estudiar el fenómeno de la hiperfrecuentación de los usuarios a las consultas de Atención Primaria.
- Enumerar los motivos de demanda de consulta.
- Identificar los principales factores causales de la hiperfrecuentación.

METODOLOGÍA

ÁMBITO DE ESTUDIO.

La gerencia de atención primaria de Tenerife cuenta con un total de 41 zonas básicas de salud y 62 consultorios locales.

Para el estudio, dentro de la Gerencia de Atención primaria de Tenerife se ha escogido el centro de salud de Toscal- Ruiz de Padrón, el centro de salud de Dr. Guigou y el centro de salud de Anada, ubicados en el municipio de Santa Cruz de Tenerife.

En cuanto a la población adscrita a AP de toda Canarias se encuentran los siguientes datos los cuales han sido obtenidos a través del portal de gestión de la consulta del programa Drago AP, de la GAPTF (Gerencia de Atención primaria de Tenerife).

Tabla 1. Población adscrita a AP en Canarias

Población =< 65 años:	1.752.129
Población > 65 años	326.067
Mujeres Embarazadas	19.683

Fuente: Elaboración propia datos obtenidos a través de la Gerencia de atención primaria de Tenerife.

Tabla 2. Población adscrita a AP de Tenerife

Población =< 65 años	758.170
Población > 65 años	145.691
Mujeres Embarazadas	7.973

Fuente: Elaboración propia datos obtenidos a través de la Gerencia de atención primaria de Tenerife.

Centro de Salud Ruiz de Padrón

El centro de salud de Ruiz de Padrón, se encuentra ubicado en el centro de la ciudad, muy cerca de las principales calles de tiendas y restauración, abarca la toda la zona del centro de Santa Cruz,

hasta la calle de teatro Guimerá, que es el punto de corte con el otro centro de salud de la zona centro: Dr Guigou,

- Población adscrita al centro de salud de **Ruiz de Padrón** mayor de 15 años: 20.577

En cuanto al personal, cuenta con un equipo multiprofesional y multidisciplinar.

Tabla 3: Recursos humanos Centro de Salud Ruiz de Padrón

Médicos	10 médicos de familia en plantilla + 2 médicos de refuerzo.
Enfermeros	10 enfermeros de plantilla + 4 de refuerzo
Pediatras	2 pediatras
Enfermeros pediátricos	2 enfermeras pediátricas
Trabajadora social	1 trabajadora social
Matrona	1 matrona
Auxiliares administrativos	8 + 1 secretaria
Auxiliares de enfermería	3 aux. de enfermería

Fuente: elaboración propia. Datos obtenidos de la GAPTF.

Centro de Salud Dr. Guigou

El centro de salud de Dr Guigou, es la otra zona básica de salud que se encuentra ubicado en el centro de la ciudad.

Población adscrita al centro de salud de **Dr. Guigou** mayor de 15 años: 22.144

Tabla 4. Recursos humanos C.S. Dr Guigou

Médicos	12 médicos de familia + 3 médicos de refuerzo
Enfermeros	7 enfermeros de cupo + 3 enfermeros de refuerzo
Pediatras	3 pediatras
Enfermeros pediátricos	3 enfermeras pediátricas
Trabajadora social	1 trabajadora social
Matrona	2 matronas
Auxiliares administrativos	10 + 1 secretaria
Auxiliares de enfermería	6 aux. de enfermería

Fuente: elaboración propia. Datos obtenidos de la GAPTF.

Centro de Salud de Anaga

El centro de salud de Anaga, o también llamado “Casa del mar”, se encuentra ubicado en la avenida marítima, más alejado de la ciudad que los anteriormente nombrados.

Además, a la zona básica de salud de Anaga, también pertenecen los periféricos de San Andrés y Taganana.

El centro de salud de San Andrés, se encuentra en el pueblo de San Andrés, un pueblo pesquero perteneciente a la capital de la isla.

Por otro lado, el consultorio de Taganana, es un entorno completamente distinto, tratándose de un consultorio rural.

La población adscrita a la zona básica de Anaga mayor de 15 años es de 14.484 usuarios

Tabla 5. Recursos humanos de la ZBS de Anaga.

Médicos	10 médicos de familia + 2 médicos de refuerzo
Enfermeros	10 enfermeros + 2 enfermeros de refuerzo
Pediatras	2 pediatras
Enfermeros pediátricos	2 enfermeras pediátricas
Trabajadora social	1 trabajadora social
Matrona	1 matrona
Auxiliares administrativos	5 aux. administrativos

Fuente: elaboración propia. Datos obtenidos de la GAPTF.

En todos los centros de salud existen cupos de medicina familiar comunitaria, cada uno con una UAF (Unidad atención familiar) compuesta por un médico y una enfermera. Además de cupos de pediatría formado también, por un pediatra y una enfermera de pediatría.

Los horarios de atención son de 8:00 a 20:00h, existiendo dos turnos para los profesionales:

Los 3 comparten el mismo turno para las consultas programadas y sin cita del centro de salud.

- Turno de mañana: 08:00-15:00.
- Turno de tarde: 13:00-20:00.

Pero, como diferencia, el C.S. de Anaga cuenta con un servicio de urgencias (SNU) con horario de 17:00-9:00, en el cual alberga tanto a la población adscrita tanto de su centro de salud como la del C.S. de Ruiz de Padrón, sin embargo, la población que precise atención urgente fuera del horario establecido por su centro de salud, perteneciente al C.S. Dr Guigou debe acudir al SNU de los Gladiolos.

Citas forzadas

Los siguientes datos han sido obtenidos a través de la revisión y sistematización de los fueras de hora en Drago ADM por centros.

La búsqueda se centró en las citas forzadas demandadas por el paciente como consulta urgente que no puede demorar hasta la cita previa con su profesional sanitario, además, la búsqueda se centró en los datos únicamente de cupos de medicina y enfermería de familia. Estos datos han sido obtenidos a través del programa administrativo de Drago, el programa que usan las gerencias de atención primaria de Canarias, además de, Drago AP historia clínica.

Tabla 6. Total de citas forzadas

	C.S Ruiz de Padrón	C.S. Dr Guigou	C.S. Anaga
Total Centro Medicina:	12.146	12.992	8.459
Total Centro Enfermería:	4.166	8.970	4.152
Total:	15.220	21.962	12.611

Fuente: elaboración propia a través de datos obtenidos de la GAPTF.

Además, a través del portal del profesional, se ha obtenido datos sobre la frecuentación y actividad en cada uno de los centros a estudiar.

En las siguientes tablas se pueden ver aspectos de la actividad asistencial en los cupos de medicina y de enfermería de los centros en estudio, en el que se puede ver la media de pacientes por cupo, en el que el toscal cuenta con un mayor número de pacientes por cupo de medicina, los usuarios mayores de 65 años por cupo en el que también destacada el c.s. de Toscal, el total de consultas en 12 meses, el porcentaje de población atendida y la frecuentación de la población atendida, en el que se refleja el número de consultas por habitante/año.

Tabla 7: Indicadores de Medicina

INDICADORES	CANARIAS	TENERIFE	DR. GUIGOU	TOSCAL-CENTRO	ANAGA
Cupo medio	1.347,53	1.370,37	1.464,53	1.707	1.306
Mayores de 65 años por cupo	225,79	237,54	305,13	362,17	291,82
Porcentaje de mayores de 65	16,76	17,33	20,83	21,22	22,34
Total de consultas (12 meses)	11.275.137	5.050.313	111.436	90.336	79.521
Total de utilizadores (12 meses)	1.669.777	723.226	16.785	15.103	11.622
% de población atendida	79,38	79,72	76,41	73,73	80,87

Frecuentación atendida pob.	6,75	6,98	6,64	5,98	6,84
------------------------------------	------	------	------	------	------

Fuente: elaboración propia. Datos obtenidos a través de Drago Historia Clínica-Portal del Profesional

Tabla 8: Indicadores de enfermería

INDICADORES	CANARIAS	TENERIFE	DOCTOR GUIGOU, C.S.	RUIZ PADRON, C.S.	ANAGA C.S.
Cupo medio	1.347,53	1.370,37	1.464,53	1.707	1.306
Mayores de 65 años por cupo	225,79	237,54	305,13	362,17	291,82
Porcentaje de mayores de 65	16,76	17,33	20,83	21,22	22,42
Consultas enf. (12 meses)	8.590.753	3.788.164	82.863	76.228	63.186
Utilizadores enf. (12 meses)	1.884.040	811.567	19.502	18.091	13.436
% Utilización enf.	89,57	89,46	88,77	88,32	93,49
% Frecuentación atendida enf.	4,56	4,67	4,25	4,21	4,7

Fuente: elaboración propia. Datos obtenidos a través de Drago Historia Clínica-Portal del Profesional

DISEÑO DEL ESTUDIO.

En primer lugar, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: google scholar, revista Elsevier, Scielo, dialnet, en idiomas de español e inglés.

Las palabras claves fueron utilizadas todas en ese orden, separándolas por los operadores booleanos “Y”, “O”, “AND y OR, para hacer más específico el rango de búsqueda.

Además, se consideró que las publicaciones estuvieran realizadas en centros de atención primaria. Se incluyeron en la revisión las publicaciones de estudios observacionales, ensayos clínicos y revisiones bibliográficas.

Para analizar el problema de la hiperfrecuentación a la luz de los modelos teóricos y orientar algunas estrategias para su intervención se incluyeron tanto los artículos de revista electrónicas como los capítulos de libros de autores clásicos en el acceso a servicios que estuvieran disponibles tanto de manera electrónica y no hubo restricción temporal. Esta búsqueda permitió identificar las brechas en la investigación a nivel nacional que, de no resolverse, podrían limitar el abordaje adecuado de la hiperfrecuentación de servicios.

Por otro lado, de la hoja de cita previa a través del programa “Drago Administrativo” se obtuvieron los datos preliminares del estudio, en el que se extraen total de citas “forzadas” demandadas por el propio paciente. Se tomó como periodo de estudio las citas forzadas desde el 1 de noviembre hasta el 1 de mayo de 2022.

Tipo de estudio

Se llevará a cabo un estudio, descriptivo, transversal, aleatorizado.

Se realizará la obtención de datos a través de la historia clínica y administrativa del paciente mediante cuaderno de recogida de datos.

POBLACIÓN Y MUESTRA DEL ESTUDIO.

Cálculo del tamaño muestral

El cálculo del tamaño muestral se realizará a partir de la población total de cada centro con un intervalo de confianza del 95% aceptando un riesgo del 5% mediante la siguiente fórmula:

$$\text{Tamaño de la muestra} = Z^2 * (p) * (1-p) / c^2$$

Z: Nivel de confianza (95%).

$$p = .5$$

c= Margen de error (.04 = +-4)

Tabla 9. Cálculo del tamaño muestral

Centro	Población	Muestra
Ruiz de Padrón	20.577	378
Dr. Guigou	22.144	379
Anaga	14.484	375
Total	57.205	1.132

Fuente: elaboración propia

Criterios de inclusión

Paciente que tenga su médico de familia en los centros elegidos (Toscal, Guigou o Anaga) y que sea mayor de 15 años.

Criterios de exclusión

- Paciente que no desee participar en el estudio.
- Paciente que no sea capaz de responder coherentemente al cuestionario.
- Pacientes con tarjeta sanitaria provisional (desplazados).
- Pacientes con barrera idiomática.

MATERIALES Y MÉTODOS.

Factores Sociodemográficos y Culturales

Se confeccionará un cuaderno de registro de datos que contendrán las variables en estudio. Una parte se recopilará a través de una entrevista al usuario y la otra se obtendrá a partir de la Historia clínica.

Las variables del estudio serán las siguientes:

Tabla 10. Variables

Variable	Definición	Tipo de variable	Escala	Indicadores
Sexo	Género biológico del encuestado	Cualitativa dicotómica	Hombre/Mujer	Porcentajes
Edad	Edad en el momento del estudio	Cuantitativa continua	15-65 años > 65 años	Promedio y porcentajes
Nivel de estudios	Estudios completados	Cualitativa ordinal	Sin estudios Primarios Secundarios Superiores Universitarios	Promedio y porcentajes
Situación laboral	Situación laboral en el momento del estudio	Cualitativa dicotómica	Activo En paro Jubilado	Porcentajes
Código postal	Código postal de la residencia habitual del usuario	Cualitativa nominal	38001 - 38008	Porcentajes
Número de citas	Citas previas concertadas	Cuantitativa continua	>1	Promedios y porcentajes

Número de citas fuera de hora	Citas forzadas a demanda del usuario	Cuantitativa continua	>1	Promedios porcentajes	y
Número de citas percibidas	Citas que piensa el usuario que ha ocasionado	Cuantitativa continua	De 0 en adelante	Promedios porcentajes	y
Patología psiquiátrica	Enfermedad o trastorno psiquiátrico diagnosticado	Cualitativa dicotómica	En estudio Enfermedad diagnosticado Trastorno diagnosticado	Promedios porcentajes	y
Enfermedad crónica	Padecer enfermedad crónica diagnóstica	Cualitativa dicotómica	Diabetes Mellitus I y II. Hipertensión arterial. Enfermedad vascular arteriosclerótica.	Promedios porcentajes	y
Estado civil	Estado civil	Cualitativa dicotómica	Soltero Casado Divorciado Viudo	Promedio porcentajes	y
Convivencia	Convivir con otras personas	Cualitativa politómica	Solo En pareja Hijos Padres Resto familiares Amigos	Promedios porcentajes	y
Hijos	Número de hijos	Cuantitativa continua	>1	Promedios porcentajes	y
Ingresos económicos	Ingresos anuales del usuario	Cuantitativa continua	< 10.000€ 10.000-20.000€ 20.000€-30.000€ 30.000-40.000€ > 40.000€	Promedios porcentajes	y

Fuente: elaboración propia

TÉCNICA DE RECOGIDA DE DATOS

La recogida de datos se realizará en primer lugar a partir del Drago Administrativo de dónde se obtendrá la muestra para el estudio, una vez obtenida dicha muestra, se contactará con el paciente mediante llamada telefónica para realizarle una entrevista y solicitarle el consentimiento y la conformidad para el estudio y para el acceso a su historia clínica, de dónde se codificarán los datos que faltan, por último, se realizará una encuesta de elaboración propia de la cual se clasificarán el resto de variables para el estudio.

El estudio se hará de manera aleatorizada, la muestra se obtendrá a través del Drago administrativo, mediante el cual se analizarán los fueras de hora de cada centro, definiendo así, el término hiperfrecuentador.

ASPECTOS ÉTICOS

Este proyecto se enviará al Comité Ético de Investigación de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife (GAPTF), solicitando la autorización para la ejecución de dicho estudio. Tras haber obtenido la autorización, se entregará a la dirección de enfermería de los centros en estudio para obtener su permiso e informar sobre el proyecto.

Para ejercer el derecho de autonomía, los pacientes podrán elegir participar libremente y por propia voluntad en la investigación. Previamente habrán sido informados sobre el estudio en el que se les propone participar, dándoles a conocer los objetivos, la metodología, tratamiento de los datos, confidencialidad y exponiendo la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento. Si finalmente decidieran aceptar, darán su aprobación a través de la firma del consentimiento informado.

Además, el tratamiento, la comunicación y la cesión de datos se realizará bajo la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y al Reglamento general europeo de protección de datos 2016/679.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Análisis Descriptivo

En cuanto al análisis se realizará un análisis descriptivo por comparación de muestra de los tres centros, en el que, posteriormente, se estudiarán las variables anteriormente descritas, realizándose a través de la medida de frecuencia dentro del análisis.

Para describir las variables cuantitativas se hará mediante la media y desviación estándar para aquellas variables que siguen una distribución normal y a través de la mediana y rango o percentiles en caso contrario.

Para las variables cualitativas se describirán mediante frecuencias y porcentajes.

Una vez se haya finalizado con el periodo de registro de datos, se codificarán, clasificarán y resumirán las características de la población estudiada, verificándose la información recogida y comprobando que no tenga errores en los resultados finales.

Análisis Inferencial.

Según la media de visitas que se consiga en la muestra, se determinará la consideración de un paciente cómo hiperfrecuentador y normofrecuentador.

Se realizará un análisis inferencial para la comparativa de variables entre los usuarios de los distintos centros de salud. Se utilizarán pruebas paramétricas y a partir de la media o la mediana se realizará la comparativa de perfiles en los centros en estudio.

Para el contraste de hipótesis se realizará la exploración de las variables de los parámetros poblaciones mediante la base de datos de SPSS (base de datos estadística) con un intervalo de confianza del 95%, dónde se estudiará el límite superior e inferior y la media o la mediana en su caso.

Para conocer si la relación entre las variables se mantiene de forma constante o lo encontrado en la muestra es fruto de casualidad o el azar, utilizaremos las pruebas de chi-cuadrado.

Para analizar el cumplimiento de los criterios de normalidad en las variables cuantitativas se utilizará el test de Kolmogorov-Smirnov o histograma.

Para comparar las medias obtenidas en las diferentes variables cuantitativas se utilizará la correlación de Pearson. En caso de que la muestra no cumpla criterios de normalidad se utilizan las pruebas no paramétricas equivalentes.

CRONOGRAMA

El periodo de estudio se diferencia en las siguientes etapas:

1. Planificación: revisión bibliográfica, definición del problema, diseño metodológico y la solicitud de los permisos pertinentes.
2. Ejecución: captación de la muestra, el pilotaje, la codificación y el tabulado, análisis de la muestra.
3. Difusión.

Tabla 11. Cronograma

	2021		2022				2023			
	Oct	Dic	Feb	Abr	Jun	Ago	Oct	Dic	Feb	Abr
Revisión bibliográfica	■									
Definición del problema		■								
Redacción del proyecto		■								
Presentación del proyecto					■					
Solicitud de los permisos pertinentes					■					
Revisión de la muestra						■				

Recogida de datos			
Análisis de los datos			
Divulgación de resultados			

Fuente: elaboración propia

PRESUPUESTO

Los costes derivados de la investigación se presentarán a financiación con un importe aproximado de 2.660€.

Tabla 12. Presupuesto

Transporte	200€
Bolígrafos	30€
Folios	50€
Contratación de estadístico	400€
Impresión	80€
Inscripción a congreso	100€
Viaje para acudir al congreso	1500€
Traductor	300€
Total	2.660€

Fuente: elaboración propia

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El estudio podría tener limitaciones y sesgos como podría ser el sesgo de información, dando lugar a que la historia clínica no esté completa o que existe variabilidad de registros en la misma.

Además, para evitar el sesgo de selección se realizará la recolección de muestra de forma aleatoria evitando así el sesgo de inclusión o autoselección, aunque también podría pasar que el usuario no quiera participar en el estudio o abandone el estudio una vez ya comenzado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Díaz Berenguer A, Cabeza Mora A, López Cabañas A, Espiñeira Francés AJ, Cervera Valverde C, Cabrera Padrón CD. El software de gestión integral de la atención primaria, una herramienta de análisis de los indicadores de utilización. 2002;2. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-software-gestion-integral-atencion-13029721>.
2. Martín Martín R, Sánchez Bayle M, Teruel de Francisco C. Aspectos psicosociales relacionados con la hiperfrecuentación en las consultas pediátricas de atención primaria. Anales de Pediatría 2019 January 2019;90(1):26-31
3. BOEnúm.128, de 29 de mayo de 2003, páginas 20567 a 20588 (22 págs.)
4. Sistema nacional de salud de España. Presidencia Española de la Unión Europea. 2010. [Internet Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2010/Sistema_Nacional_de_Salud_2010.pdf
5. El Servicio Canario de Salud. Inicio. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/elscs.jsp>.
6. Servicio canario de salud. Funciones. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/elscs.jsp>
7. Palomo de los Reyes M. J, Fuentes García M.I, García López N, Casal Codesidod J,R. Frecuentación en atención primaria. Un replanteamiento conceptual. 2005 Noviembre. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7669092/>.

8. Fernández Alonso C, Aguilar Mulet J.M, Romero Parejac R, Rivas García A, Fuentes Ferrer M.E, González Armengo J.J. Hiperfrecuentación en Atención Primaria e hiperfrecuentadores en Urgencias. 2018. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-hiperfrecuentacion-atencion-primaria-e-hiperfrecuentadores-S0212656716302438>.
9. Rivas García A, Manrique Martín G, Butragueño Laiseca L, Mesa García S, Campos Segura A, Fernández Iglesias V, Moreno Sánchez R, Aguilar Mulet J.M. Hiperfrecuentadores en urgencias. ¿Quiénes son? ¿Por qué consultan? Febrero 2017;86, nº2:<https://www.analesdepediatria.org/es-hiperfrecuentadores-urgencias-quienes-son-por-articulo-S169540331630114X>.
10. Aday L.A, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. Disponible en :<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4436074/>.
11. Rodríguez López M. R. Abordaje del paciente hiperfrecuentador de servicios en atención primaria: un acercamiento desde la teoría. 2012. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272012000100004
12. Robles M. Gili J. Gelabert M. Llull F. Bestard C. Vicens N. Bauzá M. Roca. Características sociodemográficas psicopatológicas del paciente hiperfrecuentador en atención primaria. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 37(6), 320–325.
13. Smits FTHM, Wittkampf KA, Schene AH, Bindels PJE, Van Weert HCPM. Interventions on frequent attenders in primary care. *Scand J Prim Health Care* 2008 01/01;26(2):111-116.
14. Sandin Vazquez M, Conde Espejo P. Hiperfrecuentación: percepción de los profesionales de atención primaria sobre su definición, motivos, situaciones y la relación con los pacientes hiperfrecuentadores. 2009. Disponible en: [10.1016/j.cali.2009.07.007](https://doi.org/10.1016/j.cali.2009.07.007)

15. Menéndez Granados N, Vaquero Abellán M, Toledano Estepa M, Pérez Díaz MM, Redondo Pedraza R. Estudio de la hiperfrecuentación en un distrito de atención primaria. *Gaceta Sanitaria* 2019 January–February 2019;33(1):38-44.

16. Arillo A, Vilches C, Mayor M, Gurpegui J. R, Arroyo C, Estremera V. Pacientes hiperfrecuentadores y difíciles: ¿cómo se sienten tratados por sus médicos? *Anales Sis San Navarra Internet*. 2006 Abr [citado 2022 Jun 02] ; 29(1): 47-58. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000100005&lng=es.

17. Segovia Martínez A, Pérez Fuentes C, Torío Durántez J, García Tirado M.C. Malestar psíquico y características sociodemográficas y familiares del hiperfrecuentador en atención primaria. 1998;22(9). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7529008>

18. Rodríguez-Lopez M, Arrivillaga M, Holguín J, León J, Ávila A, Hernández C, Rincón-Hoyos Hernán G. (2016). Perfil del paciente hiperfrecuentador y su asociación con el trastorno ansioso depresivo en servicios de atención primaria de Cali, Colombia. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(3), 478-488. <https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2335>

19. Martínez A. M, Miquel D. N, Chico M. P, González A. R. Características biopsicosociales de los hiperfrecuentadores. 2007:263-289. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3580796>

20. Sarría-Santameraa A, Martínez-Virto A, Manuel Quintana-Díez M, Jesús Martín-Fernández J. ¿Puedes llamar hiperfrecuentadores a los pacientes por su alta frecuentación? 2019;Vol. 51. Núm. 1. páginas 49-50 Disponible en: [10.1016/j.aprim.2018.04.007](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.04.007).

21. Calvo Rojas V. Hiperfrecuentadores versus Normofrecuentadores en Atención Primaria de Salud: Factores Sociales asociados, Estilos de Personalidad y Psicopatología 2016. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/367684/vcr1de1.pdf?sequence=1>.

ANEXOS

Anexo I.

Cuestionario

1. Sexo:
 - masculino
 - femenino.

2. Edad:

3. Nivel de estudios:
 - Sin estudios.
 - Estudios primarios.
 - Estudios secundarios.
 - Estudios superiores.
 - Estudios universitarios.

4. Estado laboral:
 - En activo.
 - En paro.
 - Jubilado

5. Posesión de un seguro privado.
 - Si
 - No

6. Estado de salud percibido:
 - Buena
 - Regular
 - Mala.

7. Enfermedad crónica:
 - Si

- No

8. Utilización de servicios de atención primaria en los últimos 3 meses:

- Si
- No.

9. Utilización de los servicios de urgencia de los últimos 3 meses:

- Si
- No

10. Si considera que necesita una cita con su médico de familia o enfermera en las próximas 24 horas, ¿intenta solicitar cita previa?

- Si
- No

11. ¿Considera que un uso inadecuado de los servicios sanitarios conlleva consecuencias negativas sobre usted y otras personas?:

- Si
- No

12. ¿Tiene alguna duda sobre el acceso a los servicios del Servicio Canario de Salud?

- Si
- No

13. ¿Vive solo?

- Si
- No

14. ¿Tiene hijos?

- Si
- No

15. ¿Es cuidador principal de alguna persona dependiente?

- Si
- No

16. ¿Está diagnosticado de alguna enfermedad o trastorno psiquiátrico?

- Si
- No

17. ¿Está diagnosticado de alguna enfermedad crónica?

- Si. Especificar:
- No