

Revista Científica ISSN: 2224-5545
DOI: <https://doi.org/10.54495/Rev.Cientifica.v28i2.53>
almadariaga1@gmail.com
Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia,
Universidad de San Carlos de Guatemala Guatemala



Revista Científica

Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia



Evaluación del uso inapropiado de los servicios de emergencia de un hospital del seguro social en Lima, Perú

Jorge de la Cruz-Oré
Evaluación del uso inapropiado de los servicios de emergencia de un hospital del seguro social en Lima, Perú
Revista Científica, vol. 28, núm. 2, 2019
Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-CompartirIgual 4.0 Internacional.

Evaluación del uso inapropiado de los servicios de emergencia de un hospital del seguro social en Lima, Perú

Evaluation of the inappropriate use of emergency services of a social security hospital in Lima, Peru.

Jorge De La Cruz-Oré
Hospital Nacional Guillermo Almenara, Lima, Perú
dj.jdo.fmh@gmail.com

Recepción: 12 Febrero 2019
Aprobación: 25 Junio 2019
Licencia: CC-BY 4.0

RESUMEN:

Se denomina uso inapropiado de los servicios de emergencia a la búsqueda de servicios de salud de manera urgente por parte de los pacientes que presentan una patología no urgente, cuyo problema de salud puede y debe ser atendido en el nivel primario o por consultorio externo. El objetivo planteado fue el de encontrar ciertas características que pudieran ser relevantes a la hora de hacer uso inapropiado de los servicios de emergencia. Estudio transversal analítico en el que se administró un cuestionario por medio de entrevista para realizar una encuesta a una muestra aleatoria de usuarios del servicio de emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara que cumplieran con los criterios de selección desde abril a noviembre del 2015. El análisis bivariante identificó siete variables significativas relacionadas al uso inapropiado, con *OR* [IC 95 %] y valor *p*: género femenino (1.49 [1.07, 2.08], *p* = .018), presencia de enfermedad crónica (0.50 [0.35, 0.72], *p* < .001), percepción de ausencia de equipos en nivel primario (2.56 [1.66, 3.94], *p* < .001), percepción de ausencia de especialistas en nivel primario (2.25 [1.43, 3.55], *p* < .001), autorreferencia (1.69 [1.12, 2.57], *p* = .012), percepción de que la atención del nivel terciario cuesta igual o menos (2.02 [1.42, 2.89], *p* < 0.001), encontrarse en el trabajo al momento de decidir acudir a emergencia (1.87 [1.12, 3.13], *p* = 0.015). El análisis multivariante identificó tres variables significativas, con *ORaj* [IC 95 %] y valor *p*: percepción de ausencia de equipos en nivel primario (2.21 [1.42, 3.44], *p* < .001), autorreferencia (1.72 [1.05, 2.77], *p* = .032) y percepción de menor costo (2.0 [1.35, 3.09], *p* = .001). La presencia de enfermedad crónica, la percepción de ausencia de equipos y de especialistas en nivel primario fueron las variables que se asociaron con mayor fuerza al uso inapropiado de los servicios de emergencia.

PALABRAS CLAVE: Servicios médicos de urgencia, servicios de salud, mal uso de los servicios de salud.

ABSTRACT:

Inappropriate use of emergency services is defined as the misuse of emergency room services for pathologies that could be attended as a non-urgent basis, either at an outpatient or in primary services. The purpose of this research was to find some characteristics associated with this misuse. Analytical cross-sectional study, in which a random sample of users of the emergency service of the National Hospital "Guillermo Almenara" who met the selection criteria from April to November 2015, was administered. The bivariate analysis identified seven significant variables related to the inappropriate use: female gender (*OR* = 1.49, 95% CI [1.07, 2.08], *p* = .018), presence of chronic disease (*OR* = 0.50, 95% CI [0.35, 0.72], *p* < .001), perception of absence of equipment at primary level (*OR* = 2.56, 95% CI [1.66, 3.94], *p* < .001), perception of absence of specialists at primary level (*OR* = 2.25, 95% CI [1.43, 3.55], *p* < .001), self-reference (*OR* = 1.69, 95% CI [1.12, 2.57], *p* = .012), perception that the tertiary level care costs equal or less (*OR* = 2.02, 95% CI [1.42, 2.89], *p* < .001), and being at work when deciding to go to emergency (*OR* = 1.87, 95% CI [1.12, 3.13], *p* = .015). The multivariate analysis identified three significant variables: perception of absence of equipment at primary level (Adj. *OR* = 2.21, IC95% [1.42, 3.44], *p* < .001), self-reference (Adj. *OR* = 1.72, 95% CI, [1.05, 2.77], *p* = .032), and lower cost perception (Adj. *OR* = 2.0, 95% CI [1.35, 3.09], *p* = .001). The presence of chronic disease, the perception of lack of equipment, and specialists at the primary level were the variables that were most strongly associated with the inappropriate use of emergency services.

KEYWORDS: Emergency medical services, health services, health services misuse.

INTRODUCCIÓN

Los servicios de urgencia y emergencia son unidades especiales, diseñadas para proporcionar tratamiento médico altamente profesionalizado, caracterizado por su disponibilidad inmediata de recursos especiales a

pacientes que requieran cuidados urgentes, a cualquier hora y en cualquier día del año (Hansagi, Olsson, Sjöberg, Tomson, & Göransson, 2001).

Se define como atenciones no urgentes del servicio de emergencia a los servicios brindados por patologías para las cuales una demora de varias horas en su atención no incrementa la probabilidad de resultados adversos sobre la salud (Uscher-Pines, Pines, Kellermann, Gillen, & Mehrotra, 2013).

El uso inapropiado de los servicios de emergencia (UISE) hace referencia a la búsqueda de servicios de salud por parte de los pacientes que presentan una patología no urgente y cuyo problema de salud puede y debe ser atendido en el nivel primario o por consultorio externo. Éste uso inapropiado se está tornando en un problema serio y extendido mundialmente, tanto en sistemas de salud públicos como en sistemas privados (Uscher-Pines et al., 2013)

Esto impide garantizar el adecuado acceso a la atención para los casos de emergencias reales, produce efectos negativos en la calidad de los servicios de emergencia y eleva los costos de atención (Oktay, Cete, Eray, Pekdemir, & Gunerli, 2003). Se ha demostrado que el uso de médicos de atención primaria para tratar los problemas no urgentes es económicamente más rentable sin aumentar los efectos adversos sobre la salud (Sánchez-López & Bueno-Cavanillas, 2005).

Los servicios de emergencia de los hospitales de mayor nivel de complejidad del país se están viendo superados hace varios años por la cantidad de personas que acuden a ellos para tratar de resolver problemas de salud que muchas veces no constituyen verdaderas emergencias, sino urgencias menores e incluso patologías que normalmente se deben resolver por consultorio externo (Mamani, Obando, Uribe, & Vivanco, 2007; Ugarte, 2000).

En diferentes partes del mundo se han investigado las posibles causas del uso inapropiado de los servicios de emergencia, con resultados diferentes de acuerdo con la metodología empleada, de la realidad y del lugar geográfico estudiado. En el Perú no existen reportes de investigación acerca del problema propuesto. De esta manera los resultados del presente estudio pueden contribuir con información necesaria para mitigar los efectos deletéreos que produce el uso inapropiado en los usuarios y en los trabajadores de salud. El objetivo del presente estudio fue encontrar variables que estén asociadas al UISE a través de la aplicación de un cuestionario a una muestra sistemática de pacientes que acudieron al servicio de emergencia del hospital durante los meses que duró el estudio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Estudio transversal analítico

Muestra

La muestra fue recogida de entre los pacientes que acudían de 8 a. m. a 8 p. m. a la emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara, un hospital de nivel terciario de la capital del Perú, perteneciente al sistema de la seguridad social, el cual es uno de los hospitales principales de una red nacional de establecimientos de salud del país. Para el cálculo del tamaño muestral, se siguieron las recomendaciones de Peduzzi basadas en simulaciones en regresión logística, según las cuales se requieren como mínimo un número de 10 eventos por cada variable que se considere en el estudio (Peduzzi, Concato, Kemper, Holford, & Feinstein, 1996). Un evento se define en el presente estudio como un caso de uso inapropiado de los servicios de emergencia. Dado que se están considerando en total 16 variables explicativas, se requiere dentro de la muestra un número mínimo de 160 eventos. De los registros del departamento de emergencia del hospital se obtuvo que el estimado de atenciones no urgentes sería del 34 %. Por lo tanto, se requiere una muestra mínima de $n = (160 \cdot 100) / 34 = 471$ sujetos. Se seleccionaron los pacientes de forma sistemática cada diez de acuerdo con el orden de llegada, desde el inicio de cada sesión de encuestas. Los días de encuesta se seleccionaron de forma aleatoria entre ocho meses, desde abril hasta noviembre del 2015.

Criterios de selección de los participantes

Los pacientes encuestados correspondían a aquellos que eran admitidos a las guardias de medicina, cirugía y traumatología. Se excluyeron los pacientes de las guardias de pediatría y gineco-obstetricia. Si el paciente se negaba a participar, se escogía al siguiente y a partir de ahí se seleccionaban nuevamente cada diez pacientes.

Variables

Se evaluó la relación entre 16 variables con el UISE. Las variables explicativas evaluadas fueron: Edad, género, presencia de enfermedades crónicas, vive solo, estado laboral, nivel educativo máximo concluido, autopercepción de la salud en general, percepción de la gravedad del episodio actual, conocimiento de su centro asistencial primaria asignada por el sistema de salud, percepción de la presencia de equipos e insumos en su centro de atención necesarios para atender el episodio actual, presencia de especialistas adecuados en su centro de atención para atender el episodio actual, sensación de haber sido maltratado alguna vez en su centro de atención primario, tipo de referencia (por profesional o autorreferencia), percepción del costo de la atención en el tercer nivel en comparación con el primer nivel, lugar en el que se encontraban cuando decidieron acudir por emergencia, presencia de algún conocido o allegado laborando en el hospital Almenara y tipo de asegurado (titular o beneficiario).

A pesar de no existir consenso en el mundo acerca de lo que se define como UISE (Al-Mherat, Essalim, & Sahwehne, 2014), en el presente trabajo se clasificó como atención apropiada si el paciente podía ser catalogado dentro de los niveles de prioridad 1, 2 o 3 del Índice de Severidad de Emergencia (ESI, por sus siglas en inglés) (Agencia para la Investigación y calidad de la Atención Médica, 2012) El ESI es usado para realizar el triaje de los pacientes al momento de llegar a la emergencia, y cataloga a los pacientes en cinco prioridades de acuerdo con la necesidad de recursos para atender su enfermedad.

Análisis estadístico

Se realizó el análisis exploratorio de los datos antes de emprender el análisis inferencial. Se analizaron las relaciones bivariantes entre el uso (apropiado/inapropiado) del servicio de emergencia y las variables categóricas explicativas. Todas las relaciones se analizaron mediante la construcción de tablas de contingencia de 2x2 y la probabilidad de aparición de las frecuencias observadas se compararon con las frecuencias esperadas debidas al azar mediante la prueba de independencia de Ji cuadrado, considerando un nivel de significancia $\alpha < .05$ para todos los casos. También se calcularon los *Odds Ratios* y sus intervalos de confianza al 95% para cada variable que resultó significativa.

Las variables que resultaron significativas al nivel alfa indicado en el análisis bivalente se incluyeron en el modelo de regresión logística binaria. Se realizó un análisis adicional considerando dos subgrupos: uno de edades menores a 50 años y el otro grupo de mayores o iguales a 50 años. Se reportó el pseudocoefficiente de determinación, *R* cuadrado de Nagelkerke y el resultado de la prueba de Hosmer-Lemeshow para indicar la bondad de ajuste de los modelos.

El análisis se realizó usando el programa estadístico R 3.0.3 en su plataforma RStudio.

Aspectos éticos

Los pacientes entrevistados recibieron información acerca del tratamiento que se dará a los datos obtenidos y de los objetivos del estudio antes de aplicar el cuestionario. Su asentimiento para entrevistar se documentó con la firma de un consentimiento informado. En ningún caso se recogieron nombres ni datos que pudieran revelar directamente la identidad de los entrevistados.

RESULTADOS

Se entrevistaron un total de 560 personas que acudieron a solicitar atención médica al servicio de emergencia del Hospital Guillermo Almenara de la ciudad de Lima. La edad promedio (desviación estándar) de los participantes fue de 57.41 (19.3) años. El 48.4 % fueron de sexo masculino, mientras que el 51.6 % femenino.

El 50.5 % IC 95 % [46.3, 54.8] de los pacientes fue clasificado en el grupo uso inapropiado de acuerdo con los criterios de clasificación establecidos para el presente trabajo. Los que fueron clasificados como uso apropiado lo fueron porque necesitaron algún examen especial de urgencia el 20.4 %, alguna consulta de urgencia con un especialista de guardia el 33.2 % o por necesidad de estar hospitalizado más de 24 horas el 49.5 %. El 20.7 % de los entrevistados señaló que no conoce el nombre ni el lugar de su centro de atención primaria asignado por EsSalud. En cuanto a las enfermedades crónicas, el 63.57 % (356) de los participantes presentó algún tipo de enfermedad crónica, siendo la más frecuente la hipertensión arterial con el 16.4 % (92 pacientes) seguido de la diabetes mellitus tipo 2 con el 12.7 % (71 pacientes). El 5.5 % (31 pacientes) presentaba algún tipo de cáncer, el 3.4 % (19 pacientes) insuficiencia renal crónica.

TABLA 1.
Variables asociadas al uso inapropiado

Variable	Categorías	Uso apropiado (%)	Uso inapropiado (%)	OR [IC 95%]	Valor p (ji cuadrado)
Género	Masculino	148 (54.6)	123 (45.4)	1.49 [1.07, 2.08]	.018
	Femenino*	129 (44.6)	160 (55.4)		
Enfermedad crónica	Presente*	198 (55.6)	158 (44.4)	0.5 [0.35, 0.72]	< .001
	Ausente	79 (38.7)	125 (61.3)		
Equipos y materiales	No existen*	43 (34.7)	81 (65.3)	2.56 [1.66, 3.94]	< .001
	Sí existen	186 (57.6)	137 (42.4)		
Especialistas	No existen*	37 (35.6)	67 (64.4)	2.25 [1.43, 3.55]	< .001
	Sí existen	189 (55.4)	152 (44.6)		
Referencia	Por profesional	69 (59.5)	47 (40.5)	1.69 [1.12, 2.57]	.012
	Autorreferencia*	200 (46.4)	231 (53.6)		
Costo	Mayor	117 (60.9)	75 (39.1)	2.02 [1.42, 2.89]	< .001
	Igual o menor*	157 (43.5)	204 (56.5)		
Lugar de origen	Trabajo*	26 (36.1)	46 (63.9)	1.87 [1.12, 3.13]	.015
	Otro lugar	251 (51.4)	237 (48.6)		

(*) Las categorías marcadas con asterisco son a las que corresponde el OR.

Como se observa en la Tabla 1, las variables que significativamente se asociaron al UISE fueron: género, presencia de enfermedad crónica, presencia de equipos y materiales en el centro de atención primaria, especialistas en el centro de atención primaria, tipo de referencia, percepción del costo y el lugar cuando tomó la decisión de acudir. En la Tabla 1 se presentan las relaciones y el valor *p* asociado a cada una.

Se realizó un análisis de regresión logística binaria para evaluar el comportamiento multivariante de las variables significativas. El método fue el de Wald hacia adelante. Se construyeron dos modelos, en el primero se consideraron los 560 sujetos encuestados y en el segundo se excluyeron a quienes no conocían cuál era su centro de atención primaria asignado por el sistema de salud de la seguridad social. Se hizo esta consideración

debido a que las personas que no conocían su centro de atención primaria no respondieron las preguntas en relación con la falta de equipo y materiales y especialistas en su centro de atención primaria.

La Tabla 2 fue construida considerando a los 560 participantes, y la Tabla 3 excluyendo a los que no conocían su centro de atención primaria. Ambos modelos seleccionan a las mismas variables como significativas y los valores de odds ratio no presentan mucha diferencia.

TABLA 2.
Modelo logístico binario con las 560 observaciones.

Variable	Coefficiente	Valor p	Odds ratio	IC 95 %
Constante	-1.15			
Ausencia de equipos y materiales	.794	< .001	2.212	[1.42, 3.44]
Autorreferencia	.532	.032	1.703	[1.05 - 2.77]
Costo igual o menor	.713	.001	2.040	[1-35 - 3.09]

Hosmer-Lemeshow: Ji2 = 4.231; gl = 8; p = 0.836; R2-Nagelkerke = .23

TABLA 3.
Modelo logístico binario con 444 observaciones.

Variable	Beta	Valor p	Odds ratio	IC 95%
Constante	-1.128			
Ausencia de equipos y materiales	.779	.001	2.179	[1.40 - 3.39]
Autorreferencia	.541	.029	1.717	[1.06 - 2.79]
Costo igual o menor	.695	.001	2.004	[1-32 - 3.04]

Hosmer-Lemeshow: Ji2 = 4.154; gl = 8; p = .843; R2-Nagelkerke = .22

En los pacientes menores de 50 años, la ausencia de enfermedades crónicas se asocia a un mayor uso inapropiado ($OR = 2.88$ IC 95 % [1.59, 5.18]), mientras que en los mayores o iguales a 50 años se relacionan al uso inapropiado la percepción de ausencia de materiales y equipos ($OR = 3.14$ [1.78, 5.52]), así como la autorreferencia al nivel terciario ($OR = 2.17$ [1.19, 3.98]).

DISCUSIÓN

Detrás de la gran demanda de los servicios de emergencia y del uso inapropiado de los mismos está la realidad de cada paciente que en su conjunto determinan ciertos factores sociales y económicos que hacen que los pacientes busquen una solución rápida y eficaz a sus dolencias.

Según Andersen y Newman (2008) la utilización de los servicios de salud se puede explicar por tres determinantes: sociales, individuales, y del sistema de los servicios de salud. Los determinantes sociales incluyen la tecnología disponible y las normas sociales aceptadas. Los determinantes del sistema de salud a su vez incluyen a los recursos disponibles y a la organización de estos, mientras que los determinantes individuales responden a los factores predisponentes, factores facilitadores y factores de necesidad (nivel de enfermedad). Los factores predisponentes del uso de los servicios son las características demográficas

como la edad, el sexo, educación, raza, tamaño familiar y la actividad laboral. Los factores facilitadores incluyen a ciertas características individuales (nivel de ingreso, tipo de seguro) y características poblacionales (disponibilidad y accesibilidad de servicios). En la seguridad social peruana los pacientes afiliados tienen accesibilidad sin límite de cobertura, por lo que los problemas de accesibilidad serían de tipo temporal, administrativa y cultural (Organización Internacional del trabajo, 2015).

En el presente estudio se encontró que aproximadamente la mitad de los usuarios que acuden en busca de servicios de salud por la emergencia de un hospital de nivel terciario hacen uso inapropiado del mismo, porcentaje similar a la reportada en Estados Unidos de América (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2011; Gindi, Cohen, & Kirzinger, 2012). y por encima de Europa (Lega & Mengoni, 2008). Otros estudios han reportado prevalencias mayores o menores a la encontrada en el presente estudio (Carret, Fassa, & Kawachi, 2007; Millá Santos, 2001). Es de remarcar además que la prevalencia del UISE en el hospital evaluado podría llegar a ser mayor debido a que no se pudo tener acceso a los pacientes que reciben una consejería rápida por el médico de triaje y ya no ingresan a la atención por emergencia.

El género femenino se encuentra asociado a un mayor UISE, y se hace más evidente cuando se analiza en mayores de 50 años. No se encuentra una explicación adecuada a tal fenómeno, aunque se podría suponer que, en el grupo de mayores de 50 años, las mujeres tienen una percepción mala de su salud (en un análisis posterior de la variable género y autopercepción del estado general de salud se encontró una asociación significativa entre género femenino y sensación de mala salud en el grupo de mayores de 50 años).

La presencia de alguna enfermedad crónica hace que el paciente use de manera más adecuada la emergencia, sobre todo si es menor de 50 años. Por el contrario, la ausencia de enfermedades crónicas aumentaría el uso inapropiado. Tal fenómeno podría explicarse por el contacto más frecuente con los servicios de salud y la mayor información que poseen las personas con alguna enfermedad crónica debido a la búsqueda de información sobre temas de salud en general. En un estudio en Estados Unidos y en Brasil se encontraron resultados similares (Carret et al., 2007; Grumbach, Keane, & Bindman, 1993). En el estudio de O'Brien también se halló asociación entre presencia de enfermedades crónicas y un uso más apropiado (O'Brien et al., 1997).

La percepción de ausencia de equipos y materiales además de la ausencia de especialistas en el nivel primario para atender el episodio actual está asociada a un UISE. Esto se hace más evidente en personas mayores de 50 años, quienes al parecer le darían más importancia al equipamiento y presencia de especialistas, por considerar que su estado de salud es más complejo que la de una persona más joven. Según Andersen y Newman (2008) se trata de un componente del factor predisponente clasificado como una "creencia" que sería un determinante individual del uso de servicios de salud. La percepción por parte de los usuarios que el costo de la atención es menor o igual en el nivel terciario que en el primario se encuentra asociada a un mayor UISE. O'Brien en Estados Unidos reportó unos resultados similares en cuanto a la percepción de costo y uso inapropiado (O'Brien et al., 1997).

El lugar donde un paciente se encuentra al momento de tomar la decisión también está asociado al uso inapropiado. Es así como estar en el trabajo al momento de decidir acudir a recibir tratamiento por emergencia se encuentra en asociación con el UISE. Tal decisión podría estar influenciada por la molestia que se percibe al no poder desarrollar las labores productivas, lo cual no es molestia cuando la persona se encuentra en su casa (Andersen & Newman, 2008).

En el análisis multivariante se encontró que en general las variables que explican de manera conjunta el UISE son la percepción de ausencia de equipos en el nivel primario, la autorreferencia y la percepción de que la atención en el nivel terciario cuesta igual o menos que en el nivel primario.

En los mayores de 50 años las variables que actuando en un contexto multivariante se encuentran más asociadas al UISE son: la percepción de ausencia de equipos en el nivel primario y la autorreferencia. En el grupo de menores de 50 años la ausencia de alguna enfermedad crónica es la principal variable asociada al uso inapropiado. Se asocian a uso inapropiado de los servicios de emergencia: el género femenino, la presencia

de enfermedad crónica, la percepción de ausencia de equipos en nivel primario, la percepción de ausencia de especialistas en nivel primario, la autorreferencia, percepción de que la atención del nivel terciario cuesta igual o menos, encontrarse en el trabajo al momento de decidir acudir a emergencia, la percepción de menor costo de atención en el nivel terciario de atención.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Gerson Díaz González, por su apoyo en la gestión de los fondos.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Declaro que no hubo conflictos de interés.

REFERENCIAS

- Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica. (2012). *Índice de gravedad de emergencia (ESI): Una herramienta de clasificación para los departamentos de emergencia*. Recuperado de <http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/esi/index.html>
- Al-Mherat, A., Essalim, A., & Sahwehne, B. (2014). Visitas no urgentes entre pacientes atendidos en el Departamento de Emergencias del Centro Médico King Hussein. *Journal of the Royal Naval Medical Service*, 21(1), 38–44. <https://doi.org/10.12816/0002577>
- Andersen, R., & Newman, J. (2008). Determinantes sociales e individuales de la utilización de la atención médica en los Estados Unidos: Determinantes sociales e individuales de la utilización de la atención médica. *El Milbank trimestral*, 83(4). <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00428.x>
- Carret, M. L., Fassa, A. G., & Kawachi, I. (2007). La demanda de servicios de salud de emergencia: factores asociados con el uso inapropiado. *BMC Health Services Research*, 7(1), 131. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-131>
- Centers for Disease Control and Prevention (2011). Encuesta Nacional de Atención Médica Ambulatoria del Hospital: *Tablas resumen del departamento de emergencias*. Recuperado de http://www.cdc.gov/nchs/data/ahcd/nhamcs_emergency/2011_ed_web_tables.pdf
- Gindi R.M., Cohen R.A., & Kirzinger W.K. (2012). Sala de Emergencia uso entre adultos de 18 - 64 : Salida temprana de estimaciones A partir de la Encuesta Nacional de Salud, de enero de - de junio de 2011 . División de estadísticas de entrevistas de salud, Centro Nacional de Estadísticas de Salud , 2012 . Recuperado de: <http://www.bls.gov/news.release/ecopro.t06.htm>
- Grumbach, K., Keane, D., & Bindman, A. (1993). Atención primaria y hacinamiento en el departamento de emergencias públicas. *American Journal of Public Health*, 83(3), 372–378. <https://doi.org/10.2105/AJPH.83.3.372>
- Hansagi, H., Olsson, M., Sjöberg, S., Tomson, Y., & Göransson, S. (2001). El uso frecuente del departamento de emergencias del hospital es indicativo de un alto uso de otros servicios de atención médica. *Annals of Emergency Medicine*, 37(6), 561–567. <https://doi.org/10.1067/mem.2001.111762>
- Lega, F., & Mengoni, A. (2008). ¿Por qué los pacientes no urgentes eligen servicios de emergencia en lugar de atención primaria? Evidencia empírica e implicaciones gerenciales. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 88(2–3), 326–338. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.04.005>
- Mamani, A., Obando, R., Uribe, A. M., & Vivanco, M. (2007). Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en emergencia. *Revista Peruana de Obstetricia Enfermería*, 3(1), 50–57.
- Millá Santos, J. (2001). Urgencias médicas: algo más que una serie televisiva. *Medicina Clínica*, 117(8), 295–296. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(01\)72091-X](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(01)72091-X)

- O'Brien, G. M., Stein, M. D., Zierler, S., Shapiro, M., O'Sullivan, P., & Woolard, R. (1997). Uso del ED como una fuente regular de atención: factores asociados más allá de la falta de seguro de salud. *Journals of Emergency Medicine*, 30(3), 286–291. [https://doi.org/10.1016/S0196-0644\(97\)70163-X](https://doi.org/10.1016/S0196-0644(97)70163-X)
- Oktay, C., Cete, Y., Eray, O., Pekdemir, M., & Gunerli, A. (2003). Adecuación de las visitas al departamento de emergencias en un hospital universitario de Turquía. *Croatian Medical Journal*, 44(5), 585–591.
- Organización Internacional del Trabajo. (2015). Estudio financiero actuarial de EsSalud 2015. Lima: Industrias Herbio S.A.C
- Peduzzi, P., Concato, J., Kemper, E., Holford, T.R., & Feinstein, A, R. (1996). A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *Journal of clinical epidemiology*, 49(12), 1373 - 1379. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(96\)00236-3](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(96)00236-3)
- Sánchez-López, J., & Bueno-Cavanillas, A. (2005). Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias*, 17, 138-144.
- Ugarte, C. (2000). Historia de los servicios de emergencia de Lima y Callao. *Revista Médica Herediana*, 11(3), 97-106. <https://doi.org/10.20453/rmh.v11i3.643>
- Uscher-Pines, L., Pines, J., Kellermann, A., Gillen, E., & Mehrotra, A. (2013). Visitas a urgencias por afecciones no urgentes: revisión sistemática de la literatura. *The American Journal of Managed Care*, 19(1), 47-59.

Copyright (c) 2019 Jorge de la Cruz-Oré



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso para fines comerciales, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe dar crédito a la obra original de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace de la obra.

[Resumen de licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)