

Demandas urgentes de tiempo y asistencia sanitaria¹

Eugenia Pacha y
M.^a Ángeles Durán

1. El estatuto económico de la urgencia

1.1. El tiempo imprevisible

Las emergencias constituyen una excepción en el ritmo habitualmente pautado de la vida social. Las grandes instituciones generan sus propias normas para anticiparse, en lo posible, a las situaciones de excepcionalidad que requieren intervenciones urgentes, precisamente para disminuir mediante la previsión el impacto negativo de estas situaciones. Buena parte de la historia reciente de las organizaciones sanitarias consiste en la transformación de un sistema de curas, aplicado en el momento en que el daño se hace evidente, a un sistema de atención anticipada, relativamente desligado en el tiempo a la aparición del daño o enfermedad.

Desde el punto de vista social el interés de las urgencias hospitalarias deriva precisamente de su condición de exigencia súbita, que no admite demora ni se somete al ritmo o cadencia habitual de actividad de las instituciones y de las personas que en ellas se integran. Por tratarse de una exigencia de atención inmediata, la urgencia médica actúa como un sintetizador de prioridades entre tres actores sociales distintos:

- a) El enfermo.
- b) Su entorno social.
- c) La institución sanitaria.

Con frecuencia, tanto el entorno social como las instituciones sanitarias son «sujetos sintetizados» o resultado de voluntades individuales o institucionales de signo diverso. Las prioridades de los tres actores sociales en la utilización del tiempo no siempre coinciden. De ahí que *gran parte de los problemas y tensiones sociales que acompañan a los servicios de urgencia derivan de las distintas pautas temporales de unos y otros, y del intento de todos ellos por maximizar el uso de su propio tiempo aun cuando entre en colisión con los intereses de los restantes implicados.*

El enfermo es un sujeto individual y no resulta excesivamente difícil la estimación de los costes que le ocasiona la necesidad de atención médica inmediata. Sin embargo, la dificultad radica en la capacidad del enfermo para derivar los costes hacia otras personas y otras instituciones. El entorno del enfermo se compone de tres tipos de

redes; las que le vinculan con otros miembros de su hogar o familia íntima, las que le vinculan con los centros de producción monetarizada (centros de trabajo o de prestación de servicios) y las restantes redes sociales (vecinales, amistosas, etc.). *El sector sanitario es también un complejo sistema de redes entre personas individuales* (trabajadores, enfermos, pacientes y sus familiares, gestores, proveedores de servicios) *e instituciones* (privadas y públicas, monetarizadas y no monetarizadas, en régimen de seguro o libre, hospitalaria y no hospitalaria, dedicadas funcionalmente a la atención de urgencias o no, etc.).

Los costes de la atención urgente son de varios tipos. El más obvio, pero menos frecuente, es el *coste directo*, estricto, que podría conocerse en los casos de inexistencia de cobertura por los pagos realizados directamente por el enfermo. Pero los *costes indirectos* (lucro cesante del enfermo y de todo su entorno) multiplican el coste directo y son más difíciles de visibilizar. Y, finalmente, los *costes no monetarios*: son mucho más elevados que los monetarios, y es difícil el establecimiento de un sistema conversor entre ellos.

1.2. La respuesta del sistema sanitario²

1.2a. El Plan de Urgencias Sanitarias

El Plan Director de Urgencias Sanitarias (Insalud, 1989-90) señala que «más de la mitad de las consultas de urgencia hospitalaria son susceptibles de ser resueltas por la atención primaria» (pág. 6). Esta conclusión puede ser válida si se refiere exclusivamente a los aspectos técnicos médicos, pero no si se toma en un sentido organizativo amplio. La «exclusión del tiempo» que practican la mayor parte de las instituciones sanitarias (horarios restringidos, de lunes a viernes) y la aceptación acrítica del supuesto de que los enfermos disponen fácilmente de sustitutos para sus actividades habituales, o de que el cese de estas actividades tiene consecuencias poco relevantes para el sujeto y su entorno, es lo que hace suponer que la consulta en horarios de atención primaria es eficiente para toda la población.

Según el Ministerio de Sanidad la experiencia de todos los países muestra un constante incremento de la demanda de servicios sanitarios,

especialmente de las urgencias, debido a los factores siguientes:

a) El creciente envejecimiento de la población; b) la extensión de la cobertura pública de servicios sanitarios a los niveles bajos de renta y la consiguiente desaparición de la barrera económica al consumo de estos servicios; c) las mayores expectativas de la población, que reclama atención médica inmediata; d) la estructura organizativa de los servicios sanitarios que, en el caso de España, posibilita que se basculen hacia los hospitales las demandas que podrían ser resueltas en atención primaria; e) el mal uso del servicio de urgencias, que es preceptible a través de «las fluctuaciones en la frecuentación de los servicios de urgencias en relación con acontecimientos extrasanitarios». (*op.cit.*, pág. 6); f) los cambios sociales de carácter general, especialmente la incorporación de la mujer al mercado de trabajo y el debilitamiento de los lazos familiares tradicionales, junto a la débil estructura de servicios sociales. («Plan Director de Urgencias Sanitarias», INSALUD, Madrid, 1989-90).

1.2b. Las fuentes de información

El sistema sanitario dedica una parte importante de sus recursos a la cobertura de las necesidades de atención urgente. No obstante, la utilización de los servicios de urgencia depende más de las relaciones organizativas en el propio sistema sanitario que de la urgencia con que los pacientes necesitan la asistencia médica.

Las fuentes de información para el estudio de las urgencias son de dos tipos: a) las encuestas a usuarios; b) las encuestas o registros de las instituciones sanitarias. Cada tipo de fuente tiene facilidades y desventajas características. Antes de proceder al análisis de la Encuesta Nacional de Salud y de otras fuentes estadísticas hospitalarias conviene recordar que:

- a) La información institucional se refiere a las *demandas cubiertas*, esto es, a los actos médicos. No contabiliza la demanda no cubierta ni la demanda potencial.
- b) Se refiere a la demanda satisfecha *en servicios de urgencias*, pero no incluye las *demandas urgentes*, que se satisfacen en servicios no urgentes, cuando existe atención disponible en estos servicios.

- c) Incluye las demandas atendidas a través de servicios de urgencias, aunque no se trate de enfermedades súbitas ni graves.
- d) No incluye las demandas urgentes de los pacientes ya ingresados en las instituciones hospitalarias que se resuelven dentro del mismo hospital.
- e) Las enfermedades que dieron lugar a fallecimiento no se recogen adecuadamente en las encuestas de morbilidad y los establecimientos sanitarios no contabilizan como fallecimientos a los enfermos que ingresaron ya cadáveres.

1.2c. *La presión de las urgencias*

Frenta a las actividades programadas de las instituciones sanitarias, la atención por el sistema de urgencias impone ritmos diferentes, no previstos.

Los hospitales públicos elaboran el indicador denominado «presión de urgencias» que es la *proporción de hospitalizaciones correspondientes a ingresos por urgencias respecto al total de hospitalizaciones (programadas y de urgencias)*. En Madrid, los hospitales públicos arrojan índices muy diferentes de «presión de urgencias». En 1992 mientras en el hospital infantil «Niño Jesús» la presión fué sólo de un 38 % (1992), en otros hospitales generales, como el «Severo Ochoa (1992)» sobrepasa el 75 %, y en el «12 de Octubre» sólo llega al 55 %. En la Maternidad de «La Paz», los ingresos por urgencias, o no programados, constituyen el 84 % de los ingresos. En general, la tendencia es creciente, pero no se trata de una tendencia rectilínea, sino con altibajos en casi todos los hospitales.

Otro indicador importante, *la proporción de ingresos respecto a las urgencias atendidas*, muestra también considerables variaciones según tipos de pacientes y hospitales. Los niños generan hospitalizaciones bajas (5 % en el «Niño Jesús», 7 % en «La Paz»), las maternidades generan hospitalizaciones muy elevadas (La Paz, 54 %) y en los hospitales generales las hospitalizaciones oscilan entre el 10 y el 20 % de las atenciones.

En las hospitalizaciones (tanto debidas a urgencias como no) las estancias medias varían entre 6 y 17 días en los hospitales generales, entre 5 y 8 días en los infantiles y entre 4 y 5 días en las maternidades.

1.2d. *La atención en los accidentes de trabajo*

La incidencia de los accidentes de trabajo en el comportamiento del sistema sanitario presenta perfiles que la hacen muy resbaladiza para el habitual análisis socioeconómico.

La definición social del accidente de trabajo es restrictiva, entendiendo como tal los percances súbitos en el propio centro laboral. De igual modo, las enfermedades profesionales son difícilmente reconocidas como tal, no recogándose las debidas a un sometimiento prolongado a precarias condiciones de trabajo. Todo ello debe tenerse en cuenta al analizar los datos.

La nueva Ley de salud laboral, discutida varios años y que se espera sea promulgada próximamente, modificará aspectos que conciernen a los servicios de salud laboral. En cualquier caso, son obligatorios en el establecimiento de trabajo cuando sus dimensiones son de cierto volumen. Este hecho, junto al papel esencial de las mutuas laborales, conduce a que la visibilidad estadística de los accidentes (y/o de sus consecuencias) en las estadísticas de urgencias atendidas en el sector público sea bastante menor de lo que, intuitivamente, podemos pensar.

En la EDUS (1994), sólo un 5 % afirma que la urgencia se presentó en el «trabajo fuera del hogar». Tan sólo como aproximación, y obviando las lógicas dificultades que plantea la relación entre una muestra válida para un caso particular y los datos absolutos a nivel nacional, la proporción respecto al total de urgencias atendidas en un año refleja la importancia del trabajo doméstico no monetarizado o no mercantil en una doble faceta: como esfera de actividad donde se produce buen número de accidentes que dan lugar al uso de las urgencias y que no figuran en la categoría de accidentes de trabajo, y como recurso disponible y no contabilizado por el sistema sociosanitario.

Los estudios del INSHT señalan una tasa creciente de accidentes en relación con la precariedad en el empleo. Hay una incidencia especial en sectores como la juventud, lo que hace difícil el seguimiento en el tiempo de las posibles enfermedades que pudieran surgir. Las cifras de la tabla adjunta muestran, para la CAM, el descenso de accidentes con baja y sin baja, con un ascenso de los casos de enfermedad profesional.

Tabla 1.2d.1
Accidentes de trabajo y enfermedad
profesionales (Comunidad de Madrid)

	1990	1992
Accidentes de trabajo.....	128.248	118.917
En jornada.....	128.248	118.917
Con baja.....	84.617	78.662
Sin baja.....	43.631	40.255
Enfermedades profesionales.	164	202

Fuente: *Anuario estadístico de la C.A.M.*, 1993. Elaboración propia.

Cabe admitir un cierto grado de picaresca a la hora de declararse ciertas enfermedades (menos probable en caso de percances súbitos). Ello dificulta el análisis de los datos existentes. Algunos autores han interpretado esta actitud como una manifestación de la resistencia al trabajo que viene originada por conflictos de nivel superior. En cualquier caso, la presión de las relaciones laborales puede explicar este leve descenso de la accidentabilidad para el caso de Madrid: la inestabilidad y la mano de obra expectante contribuyen a ocultar necesidades de atención sanitaria. Estos datos hallan eco en el incremento de accidentes sin baja que se produce en España.

Tabla 1.2d.2
Accidentes de trabajo en España durante
la jornada laboral

	1993	1994
Con baja.....	534.606	537.625
Sin baja.....	429.106	452.178

Fuente: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. *Anuario de estadísticas laborales*, 1993. *Estadística de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales*, 1994. Elaboración propia.

1.2e. La atención en las instituciones abiertas del Insalud

La atención en las instituciones abiertas del Insalud constituye la respuesta más habitual del sistema nacional de salud a las demandas de la

población. Se compone básicamente de las consultas, por especialidades, que se realizan en los ambulatorios y a domicilio, equipos de atención primaria y hospitales mediante desplazamiento del demandante al punto de atención y sin necesidad de su estancia. Si esta atención supuso 26 millones de consultas en 1988, a casos de urgencia se debieron alrededor de 1 millón más (*Anuario estadístico de la C.A.M.*, 1993).

Tabla 1.2e
Consultas de urgencias atendidas en instituciones
abiertas del Insalud

	1987	1988	1989
Total urgencias.....	1.022.267	1.014.253	960.814
Total servicios médicos.	588.537	575.582	567.527
Domicilio...	135.806	147.239	151.333
Ambulatorio	447.731	428.343	416.194
Total servicios ATS....	438.730	438.671	393.287

Fuente: *Anuario estadístico de la C.A.M.*, 1993. Elaboración propia.

El incremento del servicio de urgencias a domicilio se ve acompañado del descenso de las urgencias en ambulatorio (unidad organizativa previa a los equipos de atención primaria que se implantan en los últimos años).

Este hecho puede deberse a una desconfianza creciente en los servicios primarios de urgencia. Ello se debe a la difundida idea, correcta o no, de su precariedad de medios y de que, a la postre, siempre se acaba recalando en las urgencias hospitalarias (un 15 % de las urgencias hospitalarias son remitidas por otros servicios de urgencia: EDUS, Madrid, 1994).

Probablemente de aquí arranque el descenso de las urgencias atendidas en ambulatorio, al que también quizá contribuya la innovación organizativa de la «cita previa» que puede derivar hacia urgencias algunas necesidades de atención no programadas.

1.2f. El régimen económico de la asistencia hospitalaria

De las cifras que contiene la tabla adjunta destaca el dato de que el 81,5 % de los enfermos

ingresados por urgencias en un establecimiento sanitario (hospitales) están a cargo de la Seguridad Social. Como casi la totalidad de la población tiene acceso a la S.S., llama la atención que no se utilice en urgencias en casi el 20 % de los casos: el doble sistema (el 10 % dispone de entidades privadas), otros servicios públicos, y la decisión de acudir al lugar más próximo (privado o público) cuando no se está en el entorno habitual, son elementos para entender este dato.

También relevante en cuanto al empleo de los recursos monetarios, es que el 45 % de quie-

nes ingresan por urgencias en dependencias no públicas lo hacen a cargo de la Seguridad Social. Un elemento a valorar, en la composición de las dependencias no públicas, es que el 50 % son centros estrictamente privados, y un 18 % pertenecen a la Cruz Roja o la Iglesia, estando el 32 % restante formado por centros benéficos-privados. Por un lado se canalizan recursos públicos hacia el sector privado, por otro se vislumbra un notable sector no mercantil, lo que invita a la reflexión sobre la solidaridad y el papel contemporáneo de la sociedad civil.

Tabla 1.2f
Enfermos ingresados por urgencias según régimen económico

	Régimen Económico (a cargo de)						
	Total	1	2	3	4	5	6
	13.778.927	2,3 %	9,3 %	81,5 %	2,1 %	1 %	3,7 %
Finalidad establec.							
Hospitales generales.....	12.752.157	2,1	7,8	84,5	2,2	1,2	3,2
Hospitales corta estancia.....	963.595	6,8	31,3	45,6	5,7	0	10,6
Hospitales especiales larga est.....	63.175	7,3	17,7	52 %	14,4	0,7	7,9
Dependend. del centro							
S. nacional de salud.....	9.301.605	1,1	1,25	95 %	0,25	0,1	2,3
Otros públ.....	1.464.506	2,6	2,5	72,3	9,3	8,8	4,5
No públic.....	3.012.816	6,1	37,7	44,4	4,2	0,2	7,4

1. Los pacientes. 2. Mutuas y aseguradoras privadas. 3. Seguridad Social. 4. Entidades públicas autonómicas, provinciales y municipales. 5. Otras entidades públicas. 6. Otros.

Fuente: INE. *Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado*, 1991. Elaboración propia.

2. Los usuarios de los servicios de urgencias: edad, género, ocupación y distribución entre Comunidades Autónomas

2.1. La edad como factor de uso de los servicios de urgencias

Según un estudio sobre actividad hospitalaria de la Dirección General del Insalud (1986-1988), el número de pacientes asistidos en los

servicios de urgencias fué de 3.385 millones de personas en 1986 y de 4.041 en 1988. La Encuesta Nacional de Salud de 1987 estimaba que el número de personas que han acudido a un servicio de urgencias en los últimos doce meses era de 3.190 millones; el 11,5 % de los mayores de dieciséis años y 14,2 % de los menores.

En la Encuesta Nacional de Salud de 1993 se reflejó un aumento de cuatro puntos en el uso de los servicios de urgencias (14 % y 18 %, respectivamente, los adultos y los niños) Las asociaciones entre uso de urgencias y sexo y edad de los pacientes se mantienen en 1993 igual que

en 1987: Los menores de cuatro años son quienes tienen más altas frecuencias de uso (26 %), y los niños menores de dieciséis años utilizan este servicio más que las niñas (20 % vs. 15 %); los ancianos mayores de setenta y cuatro años acuden a este servicio con una frecuencia media-alta (20 %) y el grupo de cuarenta y cinco a sesenta y cuatro años es el que tiene la utilización más baja (13 %).

La encuesta Nacional de Salud da una primera aproximación de la cuantía de las demandas súbitas de cuidados sanitarios, y también permite —por la gran cantidad de casos recogidos para su elaboración— conocer la incidencia del fenómeno en diversas Comunidades Autónomas, así como de las características sociodemográficas de los pacientes (edad, sexo, tipo de hábitat, condición socioeconómica de la familia).

2.2. Las diferencias entre Comunidades Autónomas

El primer dato relevante que puede apreciarse en la Encuesta Nacional de Salud del 87, es la gran disparidad en la frecuencia de uso entre distintos segmentos de población. Esta disparidad remite a las diferencias entre los tres actores sociales implicados en el proceso de utilización de urgencias: los pacientes, su entorno social y el sistema sanitario.

El análisis de los datos según las Comunidades Autónomas sugiere que existen diferencias organizativas importantes en el sistema hospitalario en distintas CC.AA. Así, la tasa de utilización de los servicios de urgencias (ENS, 1987) por la población de uno a quince años varía entre el 6,7 % en Asturias u 8,0 en el País Vasco hasta el 16,7 de Cataluña y 20,6 de Madrid; estas diferencias parecen excesivas para ser atribuidas solamente a las condiciones de los pacientes o de su entorno social.

Para el colectivo infantil, la residencia en distintos tipos de hábitats se asocia fuertemente con el uso de urgencias; la tasa de utilización sube ininterrumpidamente desde 6,9 % en los municipios menores de dos mil habitantes hasta más de 20,0 % en los de más de un millón; en los menores de cuatro años esta tasa llega a ser de 27,2 % para los niños y 31,4 % para las niñas.

La comparación entre la Encuesta Nacional de Salud, 1987 y la ENS 1993, permite constatar

no sólo el crecimiento del uso de urgencias sino las variaciones en la frecuencia de uso entre las Comunidades Autónomas. Una variación de tres puntos porcentuales (del 11 % al 14 %) significa un crecimiento del 27 % en el número de usuarios del servicio.

Casi todas las Comunidades han modificado sus índices de utilización de urgencias y en seis Comunidades hay crecimientos (Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, Castilla y León, Murcia, La Rioja) próximos al 40 %. La dispersión en la frecuencia de uso entre Comunidades ha aumentado respecto a 1987. Si entonces la proporción entre mínimo y máximo era de 2,5, ahora es 4,2.

Tabla 2.2

El uso de urgencias sanitarias según Comunidades Autónomas (porcentaje de población de 16 y más años que han acudido al servicio de urgencias en los últimos doce meses, según Comunidad Autónoma) (1987 y 1993)

	A	B
Total.....	14	11
COMUNIDAD		
Andalucía.....	16	11
Aragón.....	14	8
Asturias.....	5	6
Baleares.....	21	16
Canarias.....	17	11
Cantabria.....	16	12
Castilla-La Mancha.....	11	12
Castilla y León.....	14	10
Cataluña.....	16	13
Comunidad Valenciana.....	12	10
Extremadura.....	10	13
Galicia.....	12	9
Madrid.....	15	15
Murcia.....	16	11
Navarra.....	15	15
País Vasco.....	11	11
La Rioja.....	12	8

A: Encuesta Nacional de Salud, 1993.

B: Encuesta Nacional de Salud, 1987.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo.

La mayor dificultad de acceso (transporte) a los servicios de urgencias y la menor cobertura de especialidades médicas actúa como elemento disuasorio en los núcleos rurales. E inversa-

mente, la menor disponibilidad de tiempo compatible con los horarios de las instituciones sanitarias empuja a los habitantes de las ciudades al sobre-empleo de los servicios de veinticuatro horas de atención, aunque no se trate en sentido estricto de urgencias médicas.

No se trata, obviamente, de una diferencia en el nivel objetivo de salud, ni siquiera en el nivel subjetivo, sino de diferencias en la relación entre los pacientes, el entorno social y el sistema sanitario.

2.3. Edad y género

El supuesto, generalmente admitido, de que la población anciana genera más consultas de urgencias que el resto, no se confirma con los datos de uso de estos servicios. Es cierto respecto al segundo umbral de vejez (más de setenta y cinco años) pero no para el conjunto de personas mayores.

Tabla 2.3

La utilización de los servicios de urgencias según edad y sexo

	Varones	Mujeres
Total (%).....	11,5	11,5
De 16-44 años.....	12,8	12,1
De 45-64 años.....	9,2	11,7
Más de 65 años.....	10,5	9,3

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 1987. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Como estos datos se revelan contrarios a un supuesto comúnmente admitido, vale la pena preguntarse por la posible causa de esta contradicción. Si la encuesta se hubiese referido a la necesidad urgente y grave de atención médica, en lugar de al uso de los servicios, probablemente los resultados habrían sido más parecidos a la imagen común del uso de las urgencias por los ancianos. O si se hubiesen desglosado entre el grupo de ancianos/jóvenes y ancianos/ancianos.

El hecho de que los ancianos tienen más disponibilidad de tiempo durante las horas laborales comunes actúa como un disuasor en el uso de estos servicios; y a la inversa, la falta de tiempo actúa como estimulante para su utiliza-

ción por los sectores de población altamente ocupados. El otro elemento que explica esta imagen del anciano como usuario de las urgencias es la frecuente dependencia de otras personas (familiares, principalmente) para el transporte hasta el centro médico, lo que contribuye a recordar mejor, y por más personas, el episodio que dio lugar a la visita.

2.4. La situación laboral

La situación laboral también se asocia con la diferente frecuencia de uso de los servicios de urgencia. Los estudiantes ofrecen frecuencias muy próximas a la media, pero con la peculiaridad de que el uso por parte de varones estudiantes es un 50 % más alto que el de las mujeres estudiantes, y el promedio encubre esta importante disparidad, debida principalmente a los accidentes.

Las amas de casa tienen una incidencia media decreciente de utilización de las urgencias en función de la edad (desde 12,6 % a 9,1 %), que probablemente se asocia a los dos factores antes referidos (disponibilidad de tiempo y dependencia).

Los trabajadores con empleo ofrecen, como promedio, la mínima utilización de las urgencias, y su uso también decrece con la edad. No sólo disponen de buena salud general (lo que les diferencia de los jubilados y ancianos), sino, frecuentemente, de servicios de salud laboral en el propio centro de trabajo, que resuelven las necesidades en el primer nivel y evitan derivar al enfermo hacia las instituciones sanitarias.

El contraste es muy visible entre los trabajadores con empleo y los autodefinidos como parados. Los parados dan la tasa más alta de utilización de servicios de urgencias, tanto en el grupo de 16-44 años como en el de 45-64, y tanto en varones como en mujeres. De nuevo hay que entender estas cifras en la confluencia de elementos de salud objetivos y subjetivos así como la influencia del entorno social y organizativo.

Los parados disponen de tiempo, pero no de servicios de salud laboral; y, con más frecuencia que el resto de la población, carecen de seguros privados y se enfrentan a problemas administrativos y económicos que les hacen apurar los límites del consumo de medicina preventiva y demorar la visita a los servicios médicos hasta

que se hace imprescindible, o se realiza en condiciones relativamente poco exigentes en los aspectos administrativos. A ello hay que añadir que el paro y la mala salud forman un ciclo de refuerzo mutuo.

Finalmente, resulta de interés la situación de los jubilados. Su tasa de utilización de los servicios de urgencia desciende espectacularmente con la edad; si bien la tasa de utilización por los jubilados mayores de 65 años es menor que el promedio de toda la población, entre los jubilados anticipados (menores de 65 años) esta tasa es mayor que en ningún otro tipo de situación (24,8 % y 14,8 % entre los varones jubilados mayores de 44 y menores de 64 años, respectivamente, y 22,4 % y 20,5 % entre las mujeres jubiladas de igual edad).

En este colectivo de jubilados anticipados se producen algunas situaciones comunes a los parados, pero se concentra, además, una proporción más elevada de personas con mala salud general.

3. La investigación sobre la DETRANME generada por las urgencias sanitarias

3.1. La encuesta de demandas urgentes sanitarias (EDUS, 1994): composición de la muestra

Se realizó en Madrid, entre los días 16 y 28 de noviembre de 1993, en ocho hospitales públicos (Príncipe de Asturias, La Paz, San Carlos, Provincial, Doce de Octubre, Severo Ochoa, La Princesa y Ramón y Cajal), entre pacientes del servicio de urgencias o sus familiares. Las entrevistas tuvieron lugar en el horario comprendido entre siete de la mañana y diez de la noche (400 entrevistas).

A la primera entrevista siguió un segundo contacto con los hogares de los pacientes, telefónicamente. La encuesta, que no pretende re-

Tabla 3.1a
Personas atendidas en urgencias por sexo y edad, EDUS 1994 (Estructura demográfica de la población del municipio de Madrid, 1991)

Edad	A		B	
	Mujer %	Varón %	Mujer %	Varón %
Menos de 4 años.....	8,25	15,5	1,99	2,09
De 5 a 15 años.....	3,25	6,5	5,38	5,64
De 16 a 44 años.....	11	12	22,75	22,24
De 45 a 64 años.....	7,25	9,25	13,43	11,31
Más de 65 años.....	15	12	9,39	5,7
Total.....	45,75	54,25	52,94	46,98
N (Casos).....	400 (100 %)		3.010.492 (100 %)	

Fuente: A. Encuesta de Demandas Urgentes Sanitarias, 1994. B. Censo del Municipio de Madrid, 1991. (INE), Instituto Nacional de Estadística.

presentatividad respecto a todos los usuarios de urgencias, era servir de estudio piloto y facilitar la elaboración de indicadores de impacto o DETRANME (demandas de trabajo no monetarizado), con el fin de incorporar estos indicadores a estudios posteriores de mayor extensión. Se cir-

cunscribe a Madrid y a la asistencia prestada en hospitales del INSALUD y CAM, por lo que no cubre las atenciones en unidades de salud laboral, consultas y clínicas privadas, ni en entidades aseguradoras (mutuas de trabajo, mutuas de funcionarios y corporaciones, etc.), o de beneficencia.

Tabla 3.1b
Ocupación del usuario de la urgencia hospitalaria

Ocupación del paciente	
Ocupación	%
Estudiante.....	15
Trabajo hogar.....	14
Parado.....	5
Asalariado.....	16
Empresario.....	4
Jubilado.....	19
Otros.....	28
Total (N = 400).....	100

Fuente: Encuesta Demandas Súbitas, 1994.

3.2. La organización del desorden: derivación hacia el espacio doméstico y transferencia al sistema sanitario

3.2a. La derivación hacia los espacios domésticos

La enfermedad súbita es un poderoso agente de desorden social, en el sentido de que rompe el orden de las regularidades, las expectativas y las reglas de uso del tiempo cotidiano.

El hospital, como institución, es lo contrario del desorden: el tiempo, el espacio, las tareas y los símbolos están acotados con más rigor, con un ritmo más predecible que en la vida extrahospitalaria. Los servicios de urgencias son laboratorios sociales privilegiados, en el sentido de que reúnen en el mismo escenario el desorden y el intento de ordenarlo. La situación que vive el paciente y sus familiares es extraordinaria y única para ellos, pero habitual, sometida a la racionalidad organizativa, para el servicio sanitario.

También los hogares poseen un ritmo pautado de actividades y distribuyen regularmente —aunque con menos rigor— sus recursos de espacio y tiempo. Los hogares actúan como mediadores entre la conducta individual de los enfermos y las instituciones sanitarias. Los hogares mediatizan la toma de decisiones de los enfermos y en muchas ocasiones asumen directamente la representación del enfermo que no puede decidir por sí mismo.

Ante la enfermedad, los hogares funcionan como refugios y redes de ayuda: por ello, cuando los síntomas de la enfermedad se presentan fuera del tiempo/espacio del hogar, los enfermos demoran generalmente su tratamiento hasta que retornan a ese punto de apoyo, y es allí donde se pronuncia el primer diagnóstico y se adopta —o no— la decisión de consultar con el sistema sanitario. Cuando las condiciones muy especiales de la enfermedad (accidentes, dolencias súbitas graves) fuerzan a un envío directo del enfermo al sistema sanitario, también se pone en marcha habitualmente, de modo paralelo, el dispositivo de ayuda familiar que acude al lugar donde se encuentra el paciente para «hacerse cargo de él» y darle cobertura. El hogar se percibe como el espacio de bienestar psicológico que propicia la cura y como el centro de operaciones para enfrentarse a la enfermedad de un modo integrado que pone en marcha recursos monetarios y no monetarios, públicos y privados.

3.2b. Lugar y actividad en el origen de la demanda

Según los resultados obtenidos en la EDUS (1994) más del 70 % de las urgencias se presentan en momentos de ocio y descanso. Esto contrasta con los datos generados por la Encuesta Nacional de Salud de 1987 y la propia EDUS, según los cuales el mayor volumen de usuarios de urgencias lo forman los trabajadores activos (en un 38 % y un 28 %, según ambas fuentes). Aunque resulta coherente (un trabajador activo padece una urgencia en su tiempo de descanso), también refleja la distancia sociotemporal entre el origen de la urgencia y su manifestación material.

Los accidentes, que según la EDUS 1994 dan origen al 18 % de las urgencias, lo más frecuente es que se produjeran jugando (29 % de los casos), de tráfico (19 %), caminando en la calle (18 %) o caminando en el hogar (14 %), trabajando en el propio hogar (11 %) o en el lugar de trabajo remunerado (10 %). Muchos trabajadores se resisten a expresar síntomas no muy evidentes en el propio centro laboral. Existe una divergencia jurídica, social y contable entre el trabajo remunerado y el trabajo no mercantilizado, que afecta al tratamiento dado a los accidentes, producidos en uno y otro tipo de actividad como pistas de futuro.

Tabla 3.2b.1

Actividad que realizaba la persona en el momento en que se presenta la urgencia y el accidente

Actividad (Lugar donde se presenta la urgencia)	%	Accidentes	%
Ocio: juego, paseo, televisión.....	0	En el lugar del trabajo remunerado.....	10
Durmiendo.....	3	Trabajando en su domicilio.....	11
Comiendo.....	5	Caminando en casa.....	14
Trabajando fuera del hogar.....	17	Caminando en la calle.....	18
Trabajo en el hogar.....	2	Jugando.....	29
Volvía del trabajo.....	1	Accidente de tráfico.....	19
Otros.....			
Total (N = 400).....	100	Total (N = 73).....	100

Fuente: Encuesta de Demandas Urgentes Sanitarias, 1994.

3.2c. Representación y toma de decisiones

La responsabilidad de acudir a los servicios de urgencias hospitalarias se asienta en elementos organizativos, en una doble dimensión administrativa y social.

Tabla 3.2c

Representación y toma de decisiones

¿Quién decide acudir a la urgencia hospitalaria?	%
Iniciativa familiar.....	67,5
Enviado por especialista.....	17,5
Otros servicios de urgencia.....	15
Total (N = 400).....	100

Fuente: Encuesta de Demandas Urgentes Sanitarias (EDUS), 1994.

Que «otros servicios de urgencia», básicamente en el nivel primario, remitan el 15% de casos a hospitales se debe en algunos casos a la escasez de medios o deficiente coordinación con otros equipos de atención. Igual sucede en algunos de los casos que son enviados por especialistas, que implican el paso previo por el médico general. El especialista, habitualmente, sólo enviará a urgencias los casos que requieren una premura imposible de lograr por la saturación del servicio sanitario general.

Por otra parte, una red social paralela se despliega a partir del hogar. Desde que la decisión de acudir a urgencias se adopta, por influencia en el enfermo o impuesta en el caso de los menores, se activan una serie de contactos

que, variables en intensidad, duración, frecuencia y función, configuran el conjunto de los cuidados al enfermo, que complementan al sistema sanitario estructurado. La corrección de errores y/o carencias en el aspecto administrativo, junto con el acertado conocimiento de las posibilidades de la red social del entorno familiar, son elementos imprescindibles para que los recursos sanitarios sean utilizados con mayor eficacia social y económica.

3.2d. Los recorridos institucionales previos al servicio de urgencias

Ante un percance súbito, la población se enfrenta al sistema sociosanitario en su totalidad, en sus múltiples y complejas dimensiones. Frecuentemente sigue un recorrido de varias etapas (familias, sanitario no urgente) antes de acudir, finalmente, al servicio de urgencias.

Tabla 3.2d.1

Tratamiento previo a los servicios sanitarios

Antes de acudir a los servicios sanitarios ¿intentaron evitar su utilización con algún tipo de tratamiento?	
	%
Sí.....	29,25
No.....	70,75
Total (N = 400).....	100

Fuente: Encuesta de Demandas Urgentes Sanitarias (EDUS), 1994.

Tabla 3.2d.2
Tratamiento y consultas previas

¿Qué tratamiento le aplicaron antes de ir a los servicios sanitarios?	%	¿A quien consultó?	%
Remedios caseros.....	12	Médico de cabecera.....	52,9
Fármacos empleados en otros casos similares.....	37	Urgenc., domic., Insalud.....	14,3
Otros.....	51	Otros ser., urgen., Insalud.....	21
		Médico cabec., socied., o P.	2,9
		Urgen. soc. o privado.....	0,5
		Otros.....	8,6
Total de usuarios (N = 119).....	110	Total (N = 210).....	100

Fuente: Encuesta de Demandas Urgentes Sanitarias (EDUS), 1994.

Un amplio volumen de enfermos que acuden a urgencias, más del 50 % (EDUS), optan por una consulta a otros profesionales antes de tomar esta decisión. Con ello, al menos para este caso estudiado en Madrid, se tiende a desmentir que el uso de las urgencias se haga de modo indiscriminado y sin aprovechar en alguna medida otros niveles del sistema sanitario, principalmente la consulta al médico de cabecera. La visualización de otras opciones, apoyada por la generación de eficacia y confianza en ellas, tendría el efecto de reducir la presión sobre las urgencias.

3.2e. Atención, internamiento y devolución al ámbito doméstico

Alrededor de la mitad de los atendidos en servicios de urgencias vuelven tras ello a su domicilio con la prescripción de un tratamiento (EDUS, 1994). Este dato, unido al 13,5 % de quienes vuelven sin ningún tratamiento y que, en numerosas ocasiones, supone no sólo el acompañamiento a urgencias sino una cierta atención especial en el hogar, viene a mostrar cómo casi dos de cada tres usuarios de los servicios de urgencias emplean de forma muy notable los recursos familiares, paralelos al sistema de salud. La utilización de los servicios sanitarios es sólo un breve paréntesis en el conjunto de demandas súbitas de cuidado que ocasiona el enfermo; sólo el 20 % de los enfermos se transfieren al cuidado preponderante del sistema sanitario, quedando ingresados en el hospital, pero tampoco en este caso desaparece el papel complementario de las redes familiares.

Según la EDUS, un 3 % de los usuarios de los servicios de urgencias fallecen.

Tabla 3.2e
Desenlace de la consulta en urgencias

	%
A casa sin tratamiento.....	13,5
A casa con tratamiento.....	49
Remitido a un especialista.....	14
Ingresado en el hospital.....	20,5
Fallecido.....	3
Total (N = 400).....	100

Fuente: Encuesta de Demandas Urgentes Sanitarias (EDUS), 1994.

3.2f. Las solidaridades coyunturales

El importante papel de los no profesionales o, lo que es lo mismo, del trabajo no mercantil, se vuelve a expresar en el apoyo que quienes acompañan habitualmente (en un 15 % de los casos) a un paciente ingresado prestan a otros pacientes de la misma habitación. Prestaron ayuda alguna vez al aseo personal (3 %), poner la cuña (12 %), dar comidas (16 %) vigilar el suero (19 %) y ayudar a levantarse (22 %). Un 2 % ayudó siempre a poner la cuña y levantarse.

Sin embargo, nadie desempeñó el papel de recibir información médica, reservado exclusivamente a los familiares con capacidad de representación. En las habitaciones individuales este tipo de solidaridad coyuntural no puede ejercitarse, desconocemos la proporción de pacientes en esa situación.

Tabla 3.2f
Prestación voluntaria de cuidados a otro paciente de la habitación

¿En algún momento cuidó a otros pacientes que se encontraban en la misma habitación de su familiar ingresado?						
¿Con qué frecuencia?	Aseo personal	Poner la cuña	Dar comidas	Vigilar suero	Ayudar a levant.	Recibir infor. médica
	%	%	%	%	%	%
Nunca	96,7	86,6	84,2	81,4	76,6	98,3
Alguna vez	3,3	11,7	15,8	18,6	21,7	1,7
Siempre	—	1,7	—	—	1,7	—
Total casos	60	60	57	59	60	59
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta de Demandas Urgentes Sanitarias (EDUS), 1994.

3.3. El impacto de la urgencia hospitalaria en los hogares

3.3.a. Los acompañantes

Desde que se adopta la decisión de acudir al servicio de urgencias, el hogar y su red de relaciones se ponen en actividad. Ya hemos analizado el proceso de toma de decisiones y los recorridos institucionales previos a las urgencias. El número de acompañantes en urgencias hospitalarias alcanza una media próxima a tres personas, que se ocupan, voluntariamente, del enfermo.

Lo más frecuente es que vayan a acompañarle dos personas (36 % de los casos), o una sola persona (26 %), pero en un 7 % de los casos el enfermo contó con seis o más acompañantes. Desde el rigor del interés económico supondría hablarse de ineficacia en la utilización de recursos individuales, pero también se puede valorar positivamente esta riqueza afectiva. En cualquier caso, es tiempo de atención complementario a la dimensión mercantil de la organización sanitaria. Trabajo no remunerado, voluntario, que completa los recursos del sistema sanitario para formar la institución total.

Tabla 3.3a
El impacto de la urgencia hospitalaria en los hogares. Los acompañantes

Acompañantes	%
1	25,5
2	36,3
3	19,3
4	8,3
5	3,3
6 o más	7,5
Total (N = 400)	100,0
Media de acompañantes: 3	

Fuente: Encuesta de Demandas Urgentes Sanitarias (EDUS), 1994.

La urgencia crea un nuevo marco de acción, un nuevo orden para la red social de la que la familia del enfermo forma parte. Las personas que acompañan al enfermo postergan sus ocupaciones habituales, trastocando ritmos y expectativas. La red de hacer colas (trabajos pendientes y prioridad para su organización) trastoca las prioridades habituales. [B. Schwarz («Colas, prioridades y proceso social».)]

El poder social que se expresa por medio de

la dependencia temporal no sólo induce a destinar más o menos tiempo al cuidado del enfermo sino que condiciona quién o quiénes pueden actuar en dicho cuidado. Esta perspectiva de los acompañantes nos lleva a pensar de modo alternativo sobre la distribución y contabilización de recursos, monetarios y de tiempo, así como en los planteamientos jurídicos que pudiesen evitar la carga nerviosa que, fruto de las obligaciones abandonadas temporalmente, afecta en grado variable a los acompañantes.

3.3b. *Los tiempos de la urgencia: pre-decisión, transporte, espera, visitas, retorno*

El conjunto de tiempo de todas las fases de la urgencias (EDUS, 1994), indica que un acompañante emplea seis horas como promedio, desde que sale del domicilio hasta el retorno.

El primer nivel, nos revela el tiempo empleado desde los primeros síntomas hasta la decisión de acudir a urgencias, no incluyéndose aquí los casos en que suministran un tratamiento previo y/o que consultan a otros profesionales.

Tabla 3.3b.1
Tiempo para las decisiones

Desde que se presentaron los primeros signos de la enfermedad, hasta que acudió a urgencias, ¿cuánto tiempo ha transcurrido?	
Tiempo en horas	%
Menos de 1 hora.....	24
1 a 12 horas.....	46
13-24 horas.....	13
25-48 horas después.....	7
Más de 48 horas después.....	11
Total.....	100

Fuente: Encuesta de Demandas Urgentes Sanitarias (EDUS), 1994.

El tiempo de espera para recibir información ocupa una media próxima a las tres horas. Un seis por ciento llegó a sobrepasar las dieciséis horas en la espera. Materialmente ello significa más de un tercio de una jornada laboral habitual, pero simbólicamente supone una reestructuración, un cierre del presente, y el tiempo suspende entre tanto su valor como factor de productividad.

Tabla 3.3b.2

Los tiempos de la urgencia: la información

¿Cuánto tiempo permaneció usted acompañando a su familiar en la urgencia?	
Horas por intervalos de dedicación familiar	%
Menos de 1 hora.....	15,2
1 a 3 horas.....	42,8
4 a 6 horas.....	18,7
7 a 10 horas.....	12,8
11 a 15 horas.....	5,5
16 a 25 horas.....	5,5
Más de 26 horas.....	0,5
Total (N = 399).....	100

Fuente: Encuesta de Demandas Urgentes Sanitarias (EDUS), 1994.

Entre los enfermos que resultaron ingresados tras la primera atención médica de urgencia, tres cuartas partes mantuvieron consigo un familiar acompañándole habitualmente, lo que refleja las estrategias temporales, de desplazamiento de necesidades y exigencias, no sólo del enfermo sino de su entorno inmediato.

Tabla 3.3b.3

Acompañamiento permanente a la persona ingresada en el hospital

	Número de casos	%
Sí	60	73
No	22	27
Total	82	100

Fuente: Encuesta de Demandas Urgentes Sanitarias (EDUS), 1994.

La respuesta dada por el primer cuidador o acompañante desborda la simple racionalidad económica y se sitúa también en el plano de la afectividad. Este hecho, habitual, se manifiesta en tareas esenciales como ser el receptor permanente de información (en dos de cada tres casos) y otras ayudas (50 % permanente o esporádica). Ello supera las cinco horas, en cualquiera de los turnos (mañana, tarde o noche), con una media de seis días de cuidado en el hospital. La ingente cantidad de recursos no monetarios así empleados se adiciona al sistema sanitario institucional y hace más complejo el proceso de cuidados.

Tabla 3.3b.4

Tipo de cuidado que prestó el cuidador principal a la persona hospitalizada

¿Con qué frecuencia?	Aseo personal	Poner la cuña	Dar comidas	Vigilar suero	Ayudar a levant.	Recibir infor. médica
	%	%	%	%	%	%
Nunca	54,8	63,1	48,3	45,6	45,9	16,4
Alguna vez	27,4	21,0	24,2	26,3	24,6	18,0
Siempre	17,7	15,8	27,4	28,1	29,5	65,6
Total casos	62	57	62	57	61	61
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta de Demandas Urgentes Sanitarias (EDUS), 1994.

Tabla 3.3b.5

Tiempo dedicado por los familiares al paciente durante el período de internamiento hospitalario

Tiempo de cuidado	Primer acompañante		
	Mañana	Tarde	Noche
Horas	%	%	%
De 1 a 5 horas.....	44,2	44,6	14,2
De 6 a 8 horas.....	55,7	55,3	57,1
De 10 a 12 horas.....	—	—	28,5
Total casos.....	52	56	35
Total N.....	100	100	100
¿Durante cuántos días? Días de cuidado en el hospital			
	1.º Cuidador	2.º Cuidador	3.º Cuidador
Media.....	6	6	6

Fuente: Encuesta de Demandas Urgentes Sanitarias (EDUS), 1994.

Cuando no se produce el ingreso (en el 75 % de los casos) el retorno al domicilio conlleva la necesidad de cuidados en el hogar en cerca del

50 % de los casos. Es un tiempo a sumar al empleado desde que se sale del domicilio hasta finalizar la visita al servicio de urgencias.

Tabla 3.3b.6
Los tiempos de urgencia: salida y retorno
al ámbito doméstico

(Desde que salió de su domicilio hasta que terminó de acompañar al familiar que acudió a la urgencia ¿Cuánto tiempo transcurrió?)	
Horas por intervalos de dedicación familiar	%
Menos de 1 hora	4
1 a 5 horas.....	62
6 a 10 horas....	18
11 a 15 horas...	7
16 a 25 horas...	6
26 a 45 horas...	2
46 a 49 horas...	1
Total (N = 400).	100
Media = 6 horas	

Fuente: Encuesta de Demandas Urgentes Sanitarias (EDUS), 1994.

3.3c. *Los tiempos posteriores a la atención sanitaria. Cuidadores principales y secundarios*

Aquí se hace referencia a los cuidados que se originan en el hogar tras la atención del enfermo en el hospital. Cerca del 50 % de estos casos no ingresados requieren cuidados de la familia. Para el cuidador principal, suponen una dedicación de alrededor de cuatro horas en el 40 % de los casos.

Es interesante destacar que en el intervalo de tarde se reduce el número de casos pero aumenta el tiempo de cuidado. Quizá se deba, entre otras razones, a la mayor disponibilidad de tiempo del cuidador, lo cual, a su vez, plantea el problema de si los cuidados son prescindibles (no urgentes), si pueden realizarse en cualquier momento del día, o si están siendo desplazados por la presión de obligaciones externas aún a costa del interés del enfermo.

Tabla 3.3c.1
¿Cuánto tiempo de cuidado le prestaron al enfermo?

Número de horas necesarias en los cuidados a domicilio	Cuidador principal			Cuidador secundario		
	Mañana %	Tarde %	Noche %	Mañana %	Tarde %	Noche %
Menos de 1 hora	53	46	61	41	29	55
De 1 a 3 horas..	21	16	13	30	29	10
De 4 a 8 horas..	26	38	25	30	42	35
Más de 8 horas..	—	—	1	—	—	—
Total casos.....	136	98	109	27	24	20
Total.....	100	100	100	100	100	100

Fuente: Encuesta de Demandas Urgentes Sanitarias (EDUS), 1994.

Las actividades más habituales para las que el cuidador presta ayuda en el domicilio son «cuidados generales» y «otras» (medicación, cura, etc.) a causa de la enfermedad.

La medición del tiempo empleado se contempla bajo iguales parámetros que el trabajo monetarizado, esto es, como tiempo restado a otras actividades.

Tabla 3.3c.2
Tipos de cuidados prestados en el domicilio

Actividad	Cuidador principal
	%
Aseo Personal.....	1,4
Limpieza hogar.....	4,2
Comidas.....	7
Cuidados generales.....	29
Acompañamiento nocturno.....	—
Acompañamiento médico.....	8,4
Tareas burocráticas de salud	5
Otras (dar medicación, curar heridas, etc.).....	45
Total (N = 143).....	100

Fuente: Encuesta de Demandas Urgentes Sanitarias (EDUS), 1994.

Tabla 3.3c.3

¿Durante cuántos días a la semana en que ha transcurrido la urgencia le prestaron cuidados?

Días	Cuidador principal	Cuidador secundario
	%	%
De 1 a 7 días.....	70	71
De 8 a 14 días.....	22,37	26,3
De 15 a 60 días.....	8	3
Total.....	100	100
Total casos.....	143	38
\bar{X} = 7 horas		5 horas

Fuente: Encuesta de Demandas Urgentes Sanitarias (EDUS), 1994.

Conclusión

Este estudio ha puesto de relieve la condición social de la enfermedad, y el impacto de las necesidades de atención de los sujetos individuales sobre su

entorno familiar, laboral y vecinal. Las demandas súbitas e imprevisibles de tiempo son especialmente costosas de sufragar por los afectados, y la urgencia se convierte en una pugna entre distintos grupos sociales (empleados sanitarios, enfermos y allegados) para situar el tratamiento en su banda de tiempo más favorable o menos incompatible con otras actividades prioritarias. La tendencia al uso de servicios de urgencias es creciente, porque prioriza el tiempo de los usuarios frente a la conveniencia horaria y la priorización de las instituciones. Las diferencias regionales son considerables.

El tiempo medio empleado por los acompañantes del enfermo en la emergencia, desde que salen de su hogar hasta el retorno, es de seis horas.

NOTAS

¹ Este artículo forma parte de los resultados del proyecto de investigación titulado «Demandas Sociales Viculadas al Cuidado de la Salud», financiado por la CICYT, dirigido por M. A. Durán (1991-1994) y en el que colabora Eugenia Pacha. Este proyecto consta de cuatro encuestas dirigidas a grupos sociales específicos (ancianos, niños escolarizados, inmigrantes y usuarios de urgencias), y aquí se presenta un avance de resultados de la encuesta sobre «Demandas Urgentes Sanitarias». Agradecemos la participación de Rosario Vega, Gabriel Pérez y Juan Manuel López Sevillano en la documentación e informática, y la de Paloma Calero y Carmen Pérez en secretaría.

² En las páginas siguientes van a utilizarse estas siglas: CAM (Comunidad Autónoma de Madrid), CCAA (Comunidades Autónomas), DETRANME (Demanda de trabajo no monetarizado), EDUS (Encuesta de demandas de urgencia sanitaria, Madrid 1994), ENS (Encuesta Nacional de Salud, 1987), INE (Instituto Nacional de Estadística), INSHT (Instituto Nacional de Salud e Higiene en el Trabajo), SS (Seguridad Social).

BIBLIOGRAFÍA

- DE LA REVILLA, Luis: *Conceptos e instrumentos de la atención familiar*. Ed. Doyma, 1994.
- DURÁN, María-Angeles: «La transferencia social de la enfermedad». *Salud*, 2000, n.º 36. Mayo, 1992.
- «Salud y sociedad: algunas propuestas de investigación» en Barañano, M. (Ed) *Mujer, salud y trabajo*. Madrid, Trotta, 1992.
- Desigualdad social y enfermedad*. Madrid, Tecnos, 1993.
- RIERA, Juan: *Historia, medicina y Sociedad*. Ed. Pirámide, 1985.