



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

GRADO EN MEDICINA

TRABAJO DE FIN DE GRADO

ATENCIÓN EN URGENCIAS DE PACIENTES NO ADSCRITOS AL RÉGIMEN GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

EMERGENCY CARE IN PATIENTS NOT
ATTACHED TO THE SPANISH PUBLIC HEALTH
CARE SYSTEM

Autor: Mario Cuesta Argos.

Director: Dr. Luis García-Castrillo.

En Santander, a Junio de 2016.

ÍNDICE

1. RESUMEN	3
2. INTRODUCCIÓN:	4
2.1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	4
2.2. JUSTIFICACIÓN:	6
2.3. OBJETIVOS:	6
3. METODOLOGÍA:	7
3.1. PROCEDIMIENTO:	7
3.2. MATERIALES:	7
3.3. ANALISIS DE LA INFORMACIÓN:	7
3.4. DEFINICIONES	9
4. RESULTADOS	10
4.1. FIGURAS 1 Y 2	10
4.2. TABLAS 2 Y 3	11
4.3. FIGURA 4	12
4.4. FIGURAS 5 Y 6	13
4.5. FIGURAS 7 Y 8	14
4.6. FIGURA 9	15
4.7. TABLA 4	16
5. DISCUSIÓN	17
5.1. METODOLOGÍA	17
5.2. PERIODO DE ESTUDIO	17
5.3. DESGLOSE POR RESULTADOS	17
5.4. EVOLUCIÓN TEMPORAL	21
5.5. CARACTERÍSTICAS LOCOREGIONALES	21
5.6. APORTACIÓN	22
5.7. LIMITACIONES	22
6. CONCLUSIONES.	23
7. AGRADECIMIENTOS	23
8. BIBLIOGRAFÍA.	24
ANEXO I:	26
ANEXO II	29

1. RESUMEN

Debido a la creciente inmigración de los últimos años en España, así como las continuas medidas para regularizar tanto ésta como el gasto sanitario, los servicios de urgencias se han convertido en la unidad más afectada por la población en situación irregular. A través del análisis de las visitas a urgencias de los últimos once años en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (centro de referencia en asistencia sanitaria en Cantabria), este trabajo refleja los cambios en el tiempo que la población inmigrante de la región ha experimentado respecto al uso de dichos servicios. Se concluye la existencia de diferencias importantes entre residentes e inmigrantes como usuarios de urgencias, principalmente por la reducción en la visita del segundo grupo asistencial. Factores como la crisis económica o nuevas legislaciones son analizados como modificadores de la inmigración en el país, que a su vez, se reflejan en la asistencia sanitaria. Finalmente, se objetiva que pese a su modificación temporal, la población inmigrante sigue siendo una realidad a atender en los servicios de Urgencias.

Palabras clave: urgencias, SUH, asistencia sanitaria, inmigrantes, irregular, inmigración, Real Decreto-Ley 2012, crisis económica, Valdecilla.

1. SUMMARY:

Due to increased immigration in recent years in Spain, as well as continuous measures to regularize both, this and health spending, emergency services have become the most affected unit by the population in illegal situation in the country. Through analysis of emergency room visits in the last eleven years in the Marqués de Valdecilla University Hospital (reference center on health care in Cantabria), this work reflects the changes in time that the immigrant population of the region has experienced about the use of such services. It concludes that there are significant differences between residents and immigrants as users of emergency rooms, mainly due to the reduction in the visit of the second aid group. Factors such as the economic crisis or new laws are analyzed as modifiers of immigration in the country, which in turn, are reflected in healthcare. Finally, it is objective that despite its temporary modification, the immigrant population remains as a reality to meet in emergency departments.

Key words: emergency, HUS, health care, immigration, illegal, immigration, Royal Decree Law 2012, economic crisis, Valdecilla.

2. INTRODUCCIÓN:

2.1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

El Sistema Sanitario español, también conocido como Sistema Nacional de Salud (SNS), considera la salud como un elemento básico para todos. Por esta razón, deriva el presupuesto procedente de los impuestos (IVA, IRPF...) a mantener este sistema que garantice la accesibilidad a una sanidad universal. Además, considera la salud desde un punto de vista integral, no solo ofreciendo asistencia en el caso de enfermedad, sino también apostando por la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Dicho sistema comenzó a instaurarse y estar regulado con la Constitución española de 1978, en cuyo artículo 41 del capítulo 3, se dice que los poderes deben mantener un régimen público de Seguridad Social que garantice la asistencia y las prestaciones sociales a todos los ciudadanos, especialmente en caso de desempleo. Sin embargo, no es hasta 1986 cuando se crea el sistema actualmente implantado, a través de la Ley General de Sanidad. Esta ley ha tenido una importante influencia para que el SNS tenga carácter público, universal y gratuito.

Las personas que tienen acceso al sistema de Seguridad Social se denominan afiliadas al mismo. De este modo, se entiende como afiliación al acto administrativo mediante el cual la Tesorería General de la Seguridad Social reconoce la condición de incluida en el Sistema a la persona física que por primera vez realiza una actividad determinante de su inclusión, como un empleo por cuenta ajena o propia, o la condición de estudiante. Esta condición de afiliado, es la que diferencia a un inmigrante en España en situación irregular.

Debido a estas características, es fácil predecir la gran influencia sobre el SNS que va a tener la inmigración, fenómeno de gran importancia demográfica y económica.

A partir de finales del siglo XX, España comenzó a ser un país receptor de inmigración. Sin embargo, y a pesar del continuo crecimiento, la tasa de inmigración se ha visto muy variada año a año, siendo el factor económico nacional su principal modificador. En el año 2007 se registró el mayor crecimiento anual en totales poblacionales hasta la fecha, debido principalmente, no al crecimiento de la población local, sino a la alta tasa de inmigración. Sin embargo, a partir de entonces, los extranjeros residentes en el país no han dejado de descender en número. La principal causa de este fenómeno se relaciona con la crisis económica en la que se ha visto inmerso el país. Aun así, según el INE 2011, a primero de enero de 2011 residían en el país casi 5,3 millones de personas nacidas fuera de sus fronteras.

Las principales nacionalidades de los inmigrantes extranjeros fueron la rumana (con 29.968 llegadas a España durante 2014), la marroquí (con 20.163) y la italiana (con 14.955).

Tabla 1. Evolución de la población residente en España (2006-2015). INE. "Nota de Prensa, Cifras de Población a 1 de enero de 2015. Estadística de Migraciones 2014" 25 de junio de 2015.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total	44.009.969	44.784.659	45.668.938	46.239.271	46.486.621	46.667.175	46.818.216	46.727.890	46.512.199	46.439.864
Espanoles	40.079.053	40.335.225	40.582.643	40.852.612	41.084.042	41.354.734	41.582.186	41.855.210	41.835.140	41.992.012
Extranjeros	3.930.916	4.449.434	5.086.295	5.386.659	5.402.579	5.312.441	5.236.030	5.072.680	4.677.059	4.447.852

En el caso de Cantabria, que es la penúltima comunidad en cuanto a población en España con 585.179 habitantes (INE, enero 2015), comparada con otras regiones españolas, no ha experimentado altas tasas de inmigración. Sin embargo, se sigue pudiendo observar estas variaciones en los flujos inmigratorios.

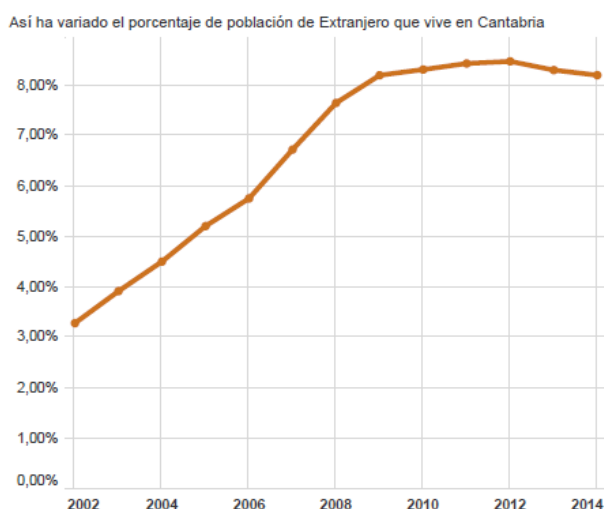


Figura 1. Gráfica que representa la variación de la población extranjera residente en Cantabria, desde el 2002 hasta el 2014. INE. "Nota de Prensa, Cifras de Población a 1 de enero de 2015. Estadística de Migraciones 2014" 25 de junio de 2015.

Todas estas personas, de acuerdo con el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social y la ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud; tienen derecho a cualquier tipo de asistencia sanitaria, por el simple hecho de ser ciudadanos españoles, es decir, estar inscritos en el padrón municipal.

Sin embargo, en el año 2012 se produjo un punto de inflexión en dicho acceso a la asistencia. La aprobación por las Cortes Generales del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, significó un cambio radical en cuanto a la universalidad de la salud en España, pues limita la cobertura sanitaria gratuita a los inmigrantes residentes en el país en situación administrativa irregular. A partir de este momento, estas personas no tenían acceso a la sanidad, con excepción del seguimiento de embarazo y parto, los menores de 18 años y la atención en los servicios de Urgencias, cuales quiera que sean las causas de consulta.

2.2. JUSTIFICACIÓN:

Actualmente, en España residen más de un millón y medio de inmigrantes, sin incluir aquellos que han adquirido la nacionalidad española o que se encuentran en situación no regularizada, y por lo tanto, no inscritos en ningún registro. Esta cifra supone un aumento no previsto de población, la cual tiene necesidades de atención sanitaria. Si dicho aumento no se acompaña de un incremento paralelo de recursos, puede contribuir a la saturación de los servicios sanitarios por un exceso de la demanda de los mismos. Entre los niveles asistenciales de la red pública, los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) son especialmente vulnerables a cualquier incremento de la presión asistencial.

Los SEMs (Servicios de Emergencias Médicas), entre los que se incluyen los servicios de urgencias hospitalarios, en el Estado español han ido desarrollándose (salvo algún caso excepcional) junto con la consolidación del Sistema Nacional de Salud. El desarrollo más importante se ha producido en las últimas dos décadas. El objetivo de dichos SEMs consiste en asegurar en todo momento a la población que demanda sus servicios una respuesta apropiada, eficiente y de calidad con el objetivo de reducir la mortalidad y la morbilidad de la persona que sufre una urgencia o emergencia.

Salvo los servicios de cuatro Comunidades Autónomas que se constituyen como empresas públicas o fundaciones, el resto se configuran como Gerencias del Servicio de Salud correspondiente, dependiendo directamente de él o a través de la Dirección de Atención Primaria, por lo tanto no tienen personalidad jurídica propia, es decir, no tienen capacidad de decisión por sí mismos respecto a la legislación vigente. Pero a su vez, se atienen a la normativa antes mencionada de acceso de personas en situación irregular.

Estas características hacen que dicho servicios sea los que más se sigan viendo influidos por este grupo asistencial.

2. 3. OBJETIVOS:

El objetivo principal del presente trabajo consiste en conocer la demanda generada por la población inmigrante cántabra en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y su variación temporal.

Además del éste objetivo, también se pretende alcanzar los siguientes objetivos secundarios:

- Conocer el posible efecto del Real Decreto de 2012 sobre la atención de la población inmigrante en urgencias.
- Comparar las diferencias del uso de los Servicios de Urgencias Hospitalarios entre la población residente en Cantabria y los inmigrantes de la región.

3. METODOLOGÍA:

3.1. PROCEDIMIENTO:

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una recogida de datos del número de pacientes que han acudido a los servicios de urgencias hospitalarias (SUH) en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, en un periodo de 11 años (2005-2015).

Esta recogida de datos no incluía las características personales de cada paciente ni su historia médica, si no que se ha basado en la recogida de número en valores absolutos, consiguiendo así mantener el anonimato de los pacientes incluidos en el estudio.

3.2. MATERIALES:

Los datos recolectados de forma retrospectiva se obtuvieron a través del HIS (*Hospital Information System*), así como de las respectivas historias electrónicas de Urgencias. A continuación, se ha usado el programa estadístico SPSS.15 para analizarlos.

El resto de datos sobre poblaciones tanto de España como de Cantabria utilizados en el análisis de totales se han extraído de los estudios demográficos realizados por el Instituto Nacional de Estadística (INE).

3.3. ANALISIS DE LA INFORMACIÓN:

Se tratará de un análisis descriptivo de las variables de interés, junto con una comparación a través de gráficas para la posterior discusión de resultados.

El programa SPSS.15 cuenta el número total de pacientes registrados en el IME y organiza en tablas sus características, creando variables para cada una de las mismas.

Por ejemplo, la variable “Procedencia” mide la procedencia del paciente por la que acude al servicio de urgencias. Cada paciente, en esta variable, puede llevar un número 1,2,3... De esta forma, si llevar el número 3 corresponde a ser atendido en urgencias por causa de accidente, si se cuenta el número de veces que aparece el código 3 en la variable “Procedencia”, el programa nos dará el número absoluto de pacientes que han acudido a urgencias debido a un accidente (todo esto, en el año que estemos haciendo en análisis).

	Departamento	...	Procedencia	Destino	Financiación	Edad
PACIENTE 37	PED	...	3	0	9	33
PACIENTE ...	ORG	...	1	2	13	56

Como observación, no todas las variables tenían valor numérico, como vemos en el ejemplo con la columna “Departamento”, sino que también pueden llevar otro tipo de códigos de siglas o similar.

Gracias a este análisis, aparte del recuento de usuarios totales del servicio de urgencias, ha sido posible analizar las siguientes características:

- Tipo de pacientes: adulto, pediátrico u obstétrico.
- Edad de los pacientes. El análisis de datos considero los percentiles 50, 75 y 90, pero se escogió el percentil 50 para analizar por la mejor representación de la variación temporal.
- Procedencia a urgencias: por petición propia, por indicación del médico de atención primaria o por accidente.
- Porcentaje de ingresos de pacientes atendidos
- Escalas de gravedad: A, B, C; siendo A mayor gravedad, y por el contrario C la menor.
- Código Postal: Real, 0 o erróneo; entendido como erróneo aquellos con cifras insuficientes en el número como para ser un código postal.
- Tipo de financiación

Este último parámetro requiere un comentario importante, ya que hablaremos mucho de esta clasificación a lo largo del trabajo. El código financiación hace referencia a la persona o entidad que va a hacerse cargo de los gastos que ese paciente está ocasionando con su visita a urgencias. Son muchos los valores que esta variable puede tomar, pero este trabajo va a describir con especial consideración tres de ellos:

- El valor 13 hace referencia a aquellos pacientes atendidos que vienen de países en los que su sanidad pública tiene convenios con la Seguridad Social española para que, una vez atendido, el país de origen se haga cargo de los gastos ocasionados. Generalmente, se trata de personas originarias de países miembros de la Unión Europea con los que se tiene un convenio general, y por lo tanto, se entiende a éstos como turistas o personas de paso en el país.
- El valor 9 hace referencia a la financiación desconocida. Esto quiere decir, que dicho paciente no está adscrito al sistema general de la seguridad social ni a ningún otro convenio (público o privado) que se haga cargo de sus gastos sanitarios, o al menos, que éste sea conocido. En este trabajo, se entenderá con este código a todas las personas en situación de residencia irregular en España.
- El valor 47 hace referencia a aquellos pacientes cuya asistencia sanitaria puede ser facturable, es decir, pagada en concepto por la persona como particular sin depender de ningún otro organismo o entidad. Es un término nuevo que se instaura a partir del 2012 al llevar a cabo el Real Decreto del mismo año, y por consiguiente, en este trabajo se comenzará a analizar a partir de dicho año. Por lo tanto, a partir del año 2012, los inmigrantes que se encuentren en situación irregular en España, se dividirán en aquellos con domicilio y/o residencia temporal en España pero no adscritos al Sistema Nacional de la Seguridad Social (código 47) y aquellos que no tienen domicilio legal en el país ni permiso de residencia (código 9).

El análisis de datos que se ha efectuado en este trabajo considerará como grupo de inmigrantes no adscritos a la SS a aquellos con código 9 (o 47 a partir del 2012), dejando de lado a aquellos con código 13 que no entrarán dentro del análisis comparativo.

Todos los resultados por variables que posteriormente se analizarán hacen referencia a la población adulta, excluyendo a los pacientes pediátricos y obstétricos, pues al presentar valores extremos, desviaban la media y actuaban como factor de confusión a la hora de analizar los resultados.

3.4. DEFINICIONES *(en el contexto del trabajo):*

Inmigrante: persona no nacida en España y que ahora mismo reside en el país sin afiliación a la Seguridad Social, ni ningún otro tipo de seguro médico público o privado, y que hace uso de los servicios de urgencias.

Residente: persona nacida en Cantabria y que tiene total acceso a los servicios sanitarios prestados por la Seguridad Social.

Persona afiliada a la Seguridad Social: persona residente o inmigrante en situación incluyente dentro del sistema de SS, y por lo tanto, acceso a la asistencia sanitaria pública.

Persona no afiliada a la seguridad social: persona residente o inmigrante que no reúne los requisitos de inclusión al sistema de la SS, y por lo tanto, no tiene acceso los servicios sanitarios públicos que los afiliados poseen (pero sí a los servicios mínimos de urgencia).

Paciente adulto: usuario de los servicios de urgencias mayor de 16 años.

Paciente pediátrico: usuario de los servicios de urgencias menor de 16 años.

Paciente obstétrico: usuaria de los servicios de urgencias que consulta en lo relativo a su patología ginecológica o embarazo.

Escalas de gravedad: modelo estandarizado de clasificación en el triaje de urgencias para la atención prioritaria de los pacientes con patología más grave.

Códigos de financiación *(explicados en el anterior apartado):* variable que clasifica a los pacientes dependiendo del particular o entidad que se hace cargo de los gastos económicos ocasionados en su asistencia sanitaria.

4. RESULTADOS

A continuación se exponen por apartados los resultados extraídos de la anterior recogida y análisis de datos. Para ello, desarrollo una serie de gráficas y tablas en las que comento los principales hallazgos a destacar.

4.1. Figuras 1 y 2

Las dos gráficas plasmadas en este apartado representan en cifras absolutas la población usuaria de los Servicios de Urgencia en el tiempo de estudio, dividido en las tres categorías de asistencia por grupos de edad o especialidad, y acompañadas por el total de usuarios.

En la primera de ellas se habla de cifras totales, incluyendo tanto población residente como inmigrante. En la segunda, solo se considera la población inmigrante en situación irregular (con códigos de financiación 9 o 47).

Gracias a ellas se puede observar como la población adulta es la más prevalente, tanto en población residente como en inmigrantes. Aún así, en el grupo de inmigrantes, vemos una diferencia bastante menor entre el grupo pediátrico y el de adultos (figura 3) que en el de residentes. Por otro lado, la visita obstétrica sigue siendo la menos numerosa en ambos grupos.

En cuanto a la variación temporal, ya se ve una tendencia a la disminución en la población general (20.000 usuarios menos desde el comienzo al fin del estudio, que representa un descenso del 10%), pero mucho más marcada en la población inmigrante (2.000 usuarios menos desde el comienzo al fin del estudio, que representa un descenso de casi un 53%).

En esta segunda gráfica de inmigrantes, se aprecia un pico de máxima visita en el año 2007 (figura 3). Justo después del pico máximo, y hasta el año 2011, se ve un gran descenso en estas visitas con una pendiente más marcada que en años posteriores a esta fecha, en los cuales el descenso sigue, pero con menor pendiente.

Todos estos cambios temporales son igualmente aplicables a todos los grupos asistenciales: adultos, pediátricos y obstétricos, aunque cada uno en proporción a su tamaño.

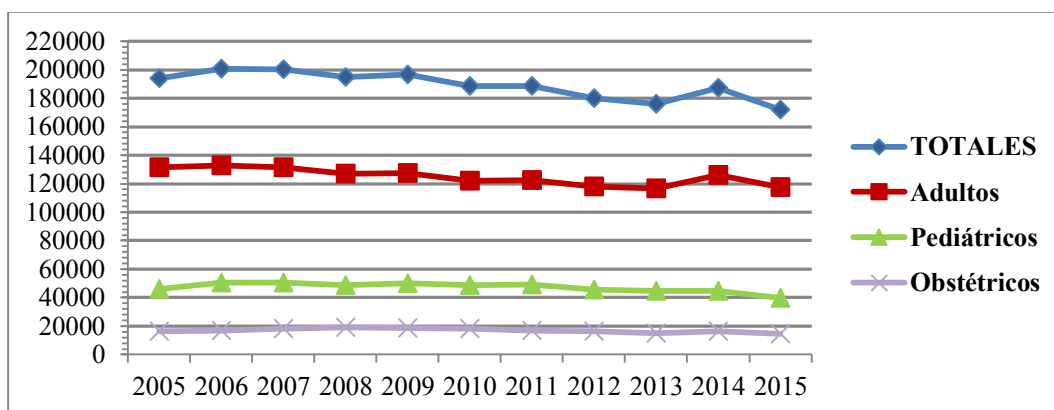


Figura 2. Representación gráfica lineal de los totales de asistencia en los servicios de Urgencias del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

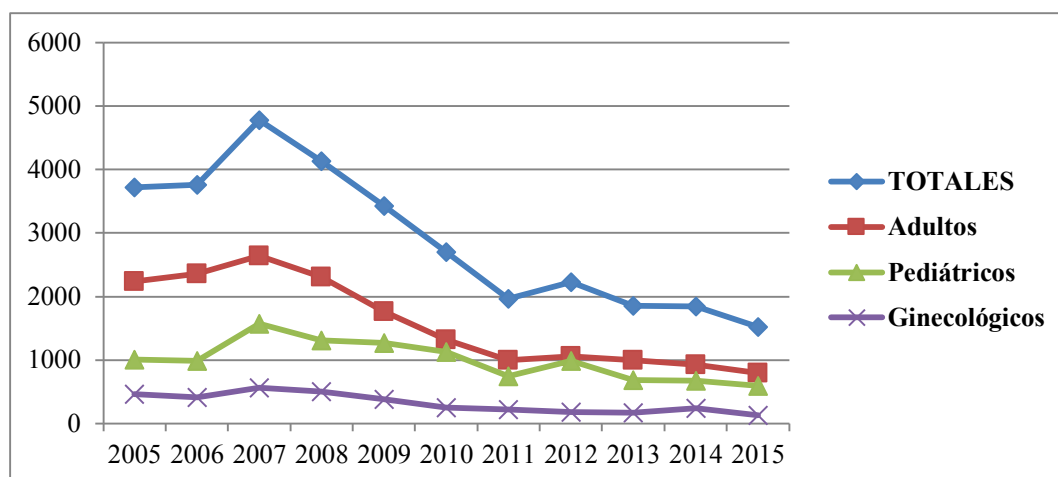


Figura 3. Representación gráfica lineal de la población inmigrante que hace uso de los servicios de Urgencias del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla clasificados por grupos asistenciales

4.2. Tablas 2 y 3

En estas dos tablas se ve indicado el porcentaje que los inmigrantes representan en la visita total a Urgencias. Se diferencian dos desarrollos ya que la primera se incluye el código de financiación 13 en la definición de inmigrante.

En los resultados se puede ver que al incluir la variable que codifica a los turistas en la definición de inmigrante, los porcentajes por año de visita total aumentan en al menos medio punto.

A pesar de esta diferencia, la tendencia temporal entre las dos tablas, y también entre grupos de asistencia, es en ambos casos descendiente a partir del año 2007, viéndose una caída superior al 1% (Tabla 2, 2007-2015).

Además, y a pesar de que en números totales la visita pediátrica era menor que la adulta, cuando se compara en porcentaje con respecto la visita total, dicho porcentaje es mayor. Lo mismo ocurre con la visita obstétrica.

Tabla 2. Porcentaje de visita total de urgencias representada por inmigrantes (contando el código de financiación 13) dividido por grupos de atención

	TOTALES	ADULTOS	PEDIÁTRICOS	OBSTÉTRICOS
2015	1,25%	1,07%	1,78%	1,21%
2014	1,30%	1,10%	1,76%	1,66%
2013	1,37%	1,20%	1,77%	1,47%
2012	1,56%	1,25%	2,45%	1,29%
2011	1,34%	1,17%	1,71%	1,45%
2010	1,74%	1,45%	2,51%	1,58%
2009	2,04%	1,74%	2,75%	2,21%
2008	2,47%	2,24%	2,93%	2,78%
2007	2,72%	2,41%	3,31%	3,32%
2006	2,19%	2,16%	2,16%	2,52%
2005	2,23%	2,07%	2,39%	3,02%

Tabla 3. Porcentaje de visita total de urgencias representada por inmigrantes en situación irregular (sin contar el código de financiación 13) dividido por grupos de atención.

	TOTALES	ADULTOS	PEDIÁTRICOS	OBSTÉTRICOS
2015	0,89%	0,67%	1,50%	0,93%
2014	0,98%	0,73%	1,51%	1,44%
2013	1,06%	0,86%	1,53%	1,17%
2012	1,24%	0,89%	2,16%	1,15%
2011	1,04%	0,81%	1,51%	1,30%
2010	1,43%	1,08%	2,32%	1,40%
2009	1,74%	1,38%	2,53%	2,05%
2008	2,12%	1,82%	2,70%	2,65%
2007	2,38%	2,00%	3,11%	3,13%
2006	1,88%	1,78%	1,96%	2,41%
2005	1,92%	1,71%	2,19%	2,85%

4.3. Figura 4

Con la siguiente gráfica se representa la variación temporal del percentil 50, y una comparativa de esta modificación entre la edad de los residentes que acudieron y los inmigrantes en situación irregular.

La diferencia entre residentes e inmigrantes es casi de 20 años en todos puntos del estudio, aumentando ligeramente en la actualidad, de una diferencia de 15 años en el 2005 a una diferencia de 21 en tiempo presente (Figura 4).

En ambos grupos se objetiva un aumento de la edad media en el percentil 50 de la población que acude. En los residentes, dicho aumento es de 9 años en el periodo estudiado (Figura 4), mientras que en los inmigrantes es mucho menor (3 años en comparación con los 9 de residentes), lo que explica el aumento de la diferencia de edad en ambos grupos.

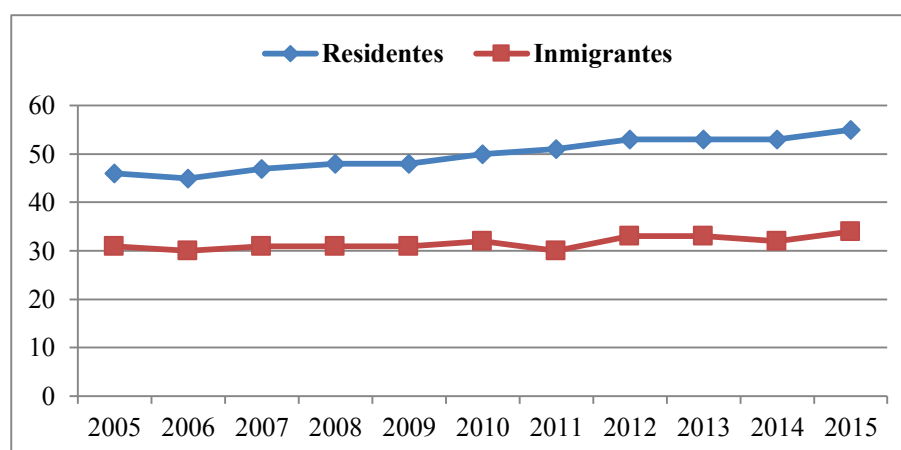


Figura 4. Representación gráfica lineal comparando la variación temporal de la edad en el percentil 50 de residentes en Cantabria e inmigrantes en la región.

4.4. Figuras 5 y 6

En cuanto a la cantidad de pacientes atendidos en urgencias que precisan un ingreso, se encuentran reflejados en las siguientes gráficas. La primera de ellas habla en número absoluto de ingresos, mientras que en la segunda se indican en forma de porcentaje respecto al total en cada grupo.

Como se puede ver, la primera gráfica tiene dos ejes, con una escala totalmente diferente para inmigrantes (con valores en escala de 100, a la derecha) y residentes (con valores en escala de 10.000, a la izquierda). Gracias a esta división del eje, se aprecian mucho más las variaciones con el tiempo en ambos grupos, sin que esto llegue a significar una verdadera variación temporal.

El número absoluto de ingresos es notablemente mayor en la población residente (se aprecia con la diferente escala de los ejes), siendo constante con el tiempo, alcanzando en residentes la cifra máxima en 2014 con 16.340 ingresos (un 12,95% del total) y en el grupo de inmigrantes en 2004 con 134 ingresos (un 4,32% del total).

Por otro lado, cuando se comparan en porcentajes con respecto al total, sigue siendo mayor el número de ingresos en residentes. (Figura 6). El porcentaje de ingresos en ambas poblaciones con el paso del tiempo no experimenta grandes cambios. Sin embargo, en residentes sí que alcanza un aumento de casi el 2% (comparado con el 0,01% de variación en inmigrantes), haciendo que al final del periodo de estudio la diferencia entre ambos grupos alcance el 8,42% (Figura 6).

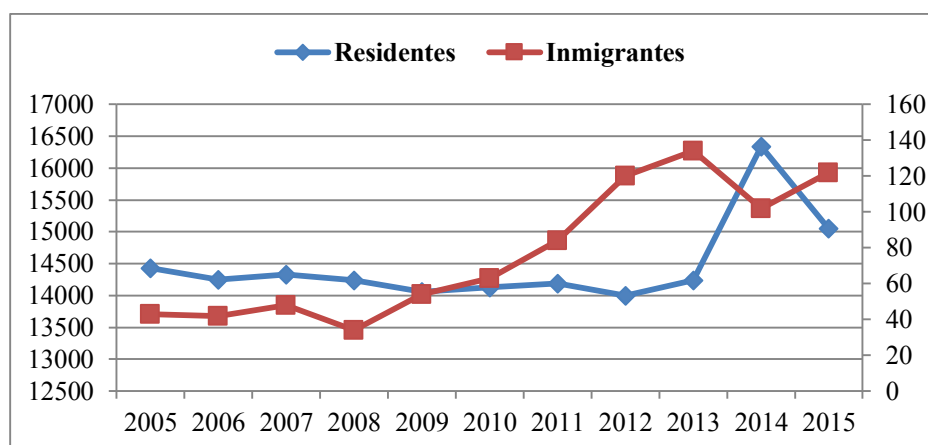


Figura 5. Representación gráfica lineal de la variación en el tiempo del total de ingresos entre pacientes en urgencias residentes en Cantabria e inmigrantes de la región.

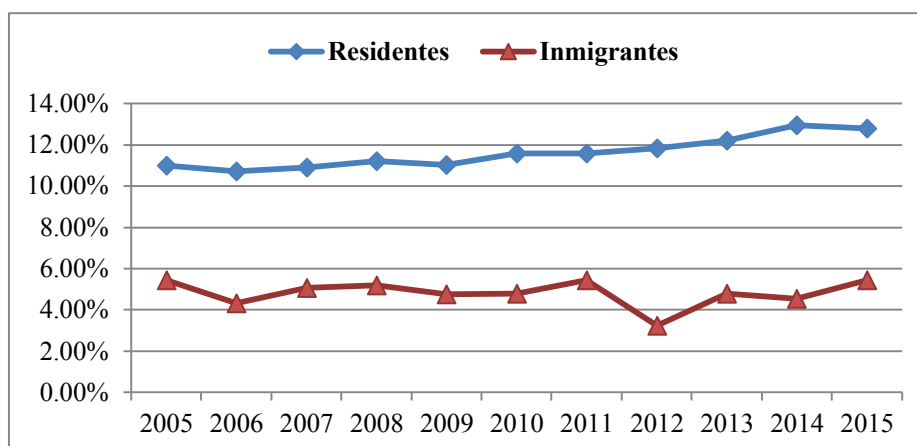


Figura 6. Representación gráfica lineal de la variación en el tiempo del porcentaje de ingresos del total de pacientes residentes en urgencias y del total de inmigrantes en urgencias.

4.5. Figuras 7 y 8

Respecto a la procedencia, es decir la razón codificada por la que el paciente acude a urgencias, se ha decidido escoger tres de los valores de variable para analizar: petición propia, recomendación por el médico de atención primaria y por accidente. Las gráficas que siguen se dividen en residentes e inmigrantes.

En ambas gráficas, destaca la petición propia como primer origen de la visita a urgencias. Además, en cuanto a inmigrantes, se objetiva que es aún mayor que en residentes, con más del 80% de las visitas.

Como segunda procedencia se encuentra el origen accidental en ambos dos grupos, dejando la recomendación del médico de cabecera en tercera posición. Sin embargo, la diferencia entre estas dos últimas procedencias mencionadas es muy reducida para los dos grupos, llegando a verse invertida en los residentes.

Respecto a la tendencia temporal, vemos diferencias entre los grupos.

Por un lado, en el grupo de residentes, la petición propia desciende (con un descenso de 13.910 usuarios), mientras que la recomendación por el médico de atención primaria aumenta (con un aumento de 9.668 usuarios). Los accidentes varían mucho menos.

Por otro lado, en los inmigrantes, la petición propia sufre el efecto contrario que en residentes, pues aumenta (no en valores absolutos, pero sí en porcentajes respecto al total). La recomendación del médico ya era mínima, y a pesar de sufrir un ligero aumento, no es significativo su cambio. Por último, los accidentes en el grupo de inmigrantes se ven reducidos en casi 300 visitas, de tener 357 visitas en 2005 a 59 en el 2015. (Figura 8, Accidentes).

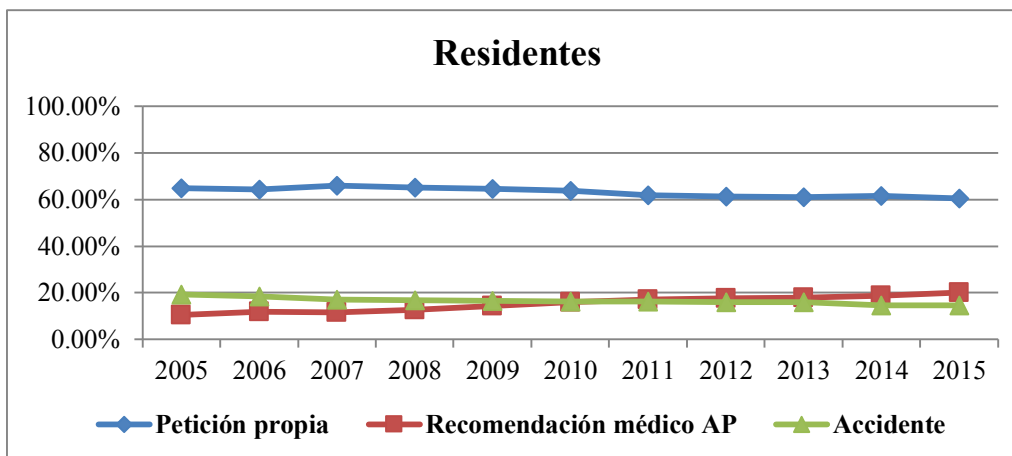


Figura 7. Representación gráfica lineal comparando los diferentes tipos de procedencia a la hora de acudir a urgencias de la población residente.

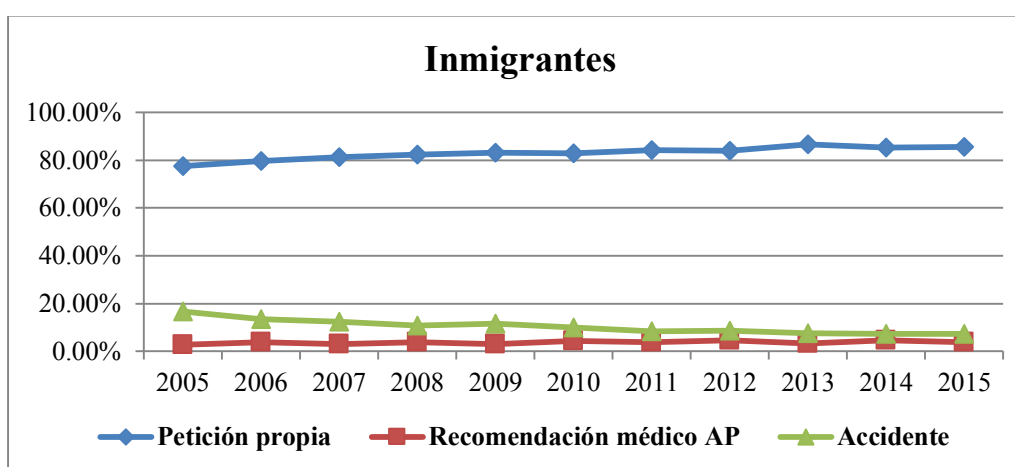


Figura 8. Representación gráfica lineal comparando los diferentes tipos de procedencia a la hora de acudir a urgencias de la población inmigrante.

4.6. Figura 9

Para conocer si una paciente tiene domicilio en Cantabria se ha utilizado el código postal de su dirección de residencia. Por consiguiente, se ha identificado como persona sin domicilio a toda aquella con código postal 0 o con número de código postal con cifras insuficientes como para ser real. Para poder realizar un análisis de datos aplicado a la temática del trabajo, consideramos a toda persona sin código postal como inmigrantes en situación irregular en Cantabria sin domicilio en la región.

La gráfica mostrada a continuación muestra el porcentaje que estas personas sin domicilio real representan respecto a los totales de adultos de población inmigrante.

Comenzando en casi un 50% del total en el año 2005, y olvidando la variación de año a año, se ha llegado a tan solo el 9% en el año 2015, objetivándose un descenso muy marcado en el número de inmigrantes sin domicilio que acuden a urgencias.

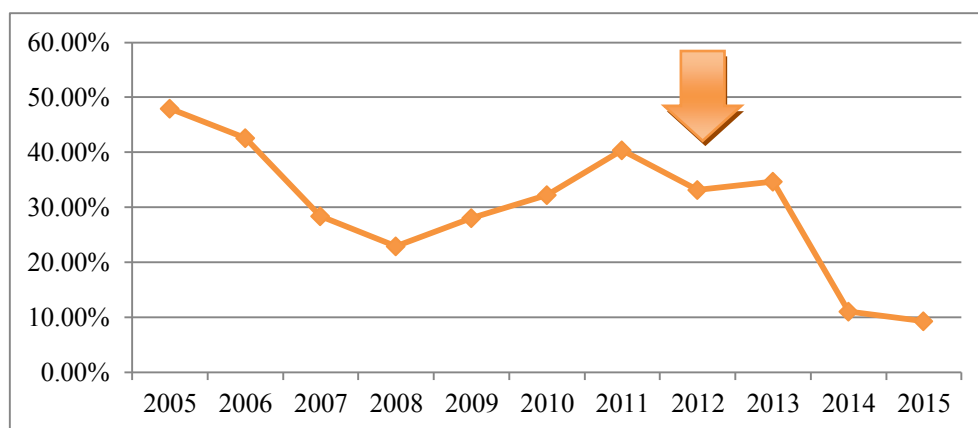


Figura 9. Representación gráfica lineal del porcentaje de inmigrantes irregular sin domicilio real en Cantabria

4.7. Tabla 4

Debido a su implantación en el hospital, este dato solo se ha podido recopilar a partir del año 2014. Dichas escalas de gravedad valoran a los pacientes en el triaje y los clasifican en grupos de la A a la C, siendo C menor y A la de mayor gravedad. El código 0 es para los pacientes con gravedad no clasificada.

Los porcentajes representados en la tabla representan a la izquierda a los residentes y a la derecha a los inmigrantes, con sus respectivos porcentajes según la gravedad.

Debido a la escasez de datos, no se puede analizar la variación temporal, pues solo hay dos datos para comparar.

Por otro lado, la distribución entre niveles es bastante parecida en los dos grupos, siendo el C el más prevalente, sobre todo en el caso de los inmigrantes con alrededor de un 50%.

Tabla 4. Porcentaje de la visita total de urgencias de residentes e inmigrantes según grado de gravedad a su entrada en urgencias.

	RESIDENTES				INMIGRANTES			
	A	B	C	0	A	B	C	0
2015	0,92%	39,35%	43,20%	15,86%	0,38%	34,85%	48,61%	16,16%
2014	1,08%	36,32%	42,53%	19,35%	0,65%	26,32%	50,05%	22,98%

5. DISCUSIÓN

5.1. METODOLOGÍA

El método de recogida de datos, así como las fuentes de registro utilizadas se consideran fiables, ya que son las utilizadas por el HUMV en su registro de pacientes usuarios de los Servicios de Urgencias.

Sin embargo, siempre pueden existir ciertas irregularidades en los datos, no por el método de registro, si no porque la fuente original de los datos son los propios pacientes. Éstos, sobre todo si se encuentran en situación irregular, pueden utilizar nombres, direcciones u otros datos falsos para acceder a los servicios médicos.

La información sobre inmigrantes ilegales es muy escasa, y por razón obvia, este trabajo se ve afectado con diferentes sesgos en los totales analizados. Dicho de otra forma, el número real de totales se desconoce, pues los inmigrantes ilegales no tienen un registro fiable, representando una variación del 1%.

5.2. PERIODO DE ESTUDIO

El periodo de 11 años incluido a estudio (de 2005 a 2015) se considera adecuado por las siguientes razones:

- Amplitud suficiente como para poder comprar cambios significativos que de otra forma podrían ser debidos al azar.
- Se incluyen en el periodo grandes cambios económicos, sociales, demográficos y legislativos que influyen notablemente en los resultados, haciendo posible objetivar su repercusión.
- Se trata de un periodo actual, con características socio-sanitarias atribuibles al análisis de la población del siglo XXI.

5.3. DESGLOSE POR RESULTADOS

El conjunto de los resultados aproximan una clara realidad: el cambio en el uso de los servicios de urgencias por parte de la población inmigrante irregular sigue las variaciones de la inmigración total en Cantabria (y extrapolándolo, en España).

A continuación se comentarán las causas a las que se atribuyen los cambios relevantes objetivados en el análisis de datos, así como otros parámetros de interés que en el mismo se hayan recogido:

1. Demanda total a los Servicios de Urgencias.

La gráfica de población total representa mucha mayor estabilidad en el tiempo que en la que se representa la población inmigrante. Esto es debido a que la población inmigrante se ve sometida a cambios en su tendencia de uso de urgencias que no sufre la población general, y por esta misma razón, no se ve expresada dicha variabilidad temporal.

Por otra parte, y centrándonos en la gráfica de usuarios inmigrantes, la tendencia temporal plasma un ascenso en el número de usuarios en los años 2005 – 2007, alcanzando su pico máximo en ese año. Observamos aquí una vez más la correlación de la inmigración en España y el uso de los servicios de urgencia por parte de esta población. Resulta obvio concluir que cuanta más población inmigrante resida en una localidad, mayor va a ser el número de usuarios en urgencias con estas características.

Sin embargo, a partir del año 2007 y hasta 2012 se establece un descenso en el número de usuarios inmigrantes, con una pendiente muy marcada, es decir, con mucha diferencia de año a año en dicho número. Continuando con el anterior razonamiento, el descenso del que se habla puede ser debido a la crisis económica en la que se sumergió el país en los años mencionados, con sus consecuencias que esto tuvo para la inmigración en España: emigración de los inmigrantes previamente establecidos en territorio español y reducción de la inmigración total a nuestro país por la escasa oferta laboral.

En el año 2011, el descenso se estabiliza, pudiendo llegar hasta a un ligero aumento hasta el 2012 en el número de pacientes inmigrantes. Es en el año 2012 cuando este descenso se retoma cercano a la estabilización, a pesar de que no con tanta fuerza como en años anteriores. Cabe destacar el *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones* que contribuyó a partir de la fecha de su publicación a la estabilización (o incluso descenso) del número de este perfil de pacientes en urgencias hasta la actualidad.

Respecto a los grupos asistenciales (adultos, pediátricos y obstétricos), en la población general se relaciona con el total de personas con este perfil de paciente incluido en la población general. Por decirlo de otra forma, si hay más personas adultas en la población general que niños, es comprensible entender que haya más usuarios adultos que pediátricos.

En el caso de los inmigrantes es distinto. El número de niños inmigrantes que usan urgencias se acerca mucho al de adultos, sobre todo en los últimos años. Esto se traduce como la sobreprotección hacia los niños, a pesar de estar viviendo en situación irregular (patología que en un adulto no haría acudir a urgencias, con un niño sí que se acude). Esto dista mucho de lo que se ve en la población general, y no porque con los niños no se acuda por el mismo tipo de patología, si no porque los adultos acuden por la misma por su facilidad en el acceso a urgencias, compensando la diferencia.

Por último, la población obstétrica sigue una distribución muy parecida a la de la población adulta, sin ningún cambio a destacar.

2. Porcentajes de inmigrantes en visita total al servicio de Urgencias.

La tabla que tiene relevancia con respecto a este trabajo es la Tabla 3, que considera a los inmigrantes en situación irregular (códigos de financiación 47 y

9), olvidando a los turistas (Tabla 2) que no siguen la tendencia económica a estudio.

Los porcentajes siguen la misma tendencia temporal comentada en el anterior apartado, atribuible a las mismas irregularidades socio-económicas.

Al obtener los porcentajes se puede comprobar lo que representan los números de inmigrantes que estamos hablando respecto a la población general. En cuanto a totales y a los adultos, se pasa de representar un 2% antes de la crisis a no llegar al 1% en la actualidad, una vez más representativo de lo que es la población inmigrante en Cantabria.

Por otro lado, en los niños los porcentajes son casi un punto superiores (3% - 1,5%), reiterando lo dicho con anterioridad respecto a las urgencias pediátricas.

3. Modificación temporal del percentil de edad 50.

Destaca la gran diferencia de edad entre ambos grupos, siendo la de inmigrantes mucho más joven que la residente. Dicha diferencia puede ser entendible ya que los inmigrantes que vienen a España suelen ser jóvenes en búsqueda de empleo que en su país de origen no pueden encontrar. Esto reduce mucho la edad media, en comparación con la local que no deja de envejecer.

La variación temporal de las gráficas que indican un aumento de la edad media en este percentil es la representación gráfica del envejecimiento poblacional. De este modo, se ve muy plasmado en la población residente, que aumento casi 10 años en su cómodo envejecimiento.

En el lado de los inmigrantes, también existe dicho envejecimiento. Al reducirse la inmigración, la población inmigrante de años previos ya asentada comenzó a envejecer al mismo ritmo que la residente, contribuyendo al proceso. Sin embargo, es enlentecido con respecto a la población local por las nuevas remesas de jóvenes en busca de empleo que continúan llegando.

4. Tasas de ingresos en inmigrantes y residentes.

La tasa de ingresos de inmigrantes es notablemente inferior a la de residentes. Las causas que pueden provocar esta diferencia varían desde la menor gravedad de la patología consultada por los inmigrantes en urgencias hasta la falta de acceso de estos a la sanidad especializada, y por lo tanto, a la atención en cama de ingreso. No hay una clara relación causal de ninguno de estos factores.

Los ingresos son más o menos constantes con el tiempo, tanto en inmigrantes como en residentes, ya que con anterioridad a la aprobación del Real Decreto-Ley, también estaba limitado el acceso de inmigrantes a la atención especializada si no estaban inscritos al Sistema Nacional de la Seguridad Social, y por lo tanto, su ingreso ya estaba limitado antes del 2012.

Recordamos que se trata de tasas, es decir, porcentaje sobre los totales. Así, factores que modifiquen el número total de visitas (como la crisis económica) no van a verse reflejados en este apartado.

5. Modificación temporal de la procedencia de los pacientes en urgencias.

En ambos grupos se advierte una prevalencia de la petición propia como principal procedencia de la consulta de urgencias, resultado esperable con la concepción social actual del uso de los servicios de urgencias.

Aún así, ambas proporciones no son comparables, ya que en inmigrantes el porcentaje alcanza el 80% frente al 60% de los residentes. En esta diferencia de porcentaje es clave el acceso de los residentes a la Atención Primaria (AP), que actualmente no es posible en los inmigrantes, dejando la petición propia como primera (y casi única) opción de asistencia en urgencias.

Respecto a la tendencia temporal, las visitas que acuden por petición propia en residentes se reducen, debido a que aumentan las remitidas desde Atención Primaria. Por el contrario, las de inmigrantes aumentan, sobre todo a partir del 2012 por la razón opuesta, su imposibilidad de acceso a la AP.

Hablando sobre la visita urgencias remitida desde AP, sigue siendo mayor en residentes, como ya es mencionado anteriormente, porque son los que tienen acceso. Sorprende destacar que está aumentando con el tiempo, comiéndole terreno a la petición propia, con una posible atribución a la educación poblacional sobre el concepto de AP que antes no se tenía, y que se empieza a usar de filtro de consulta antes de acudir a urgencias (posiblemente también debido a la saturación de éstas últimas).

Por último, llama la atención que la tasa por accidente en el grupo de inmigrantes se reduce, principalmente a partir del 2007. Para buscar una explicación a éste fenómeno sería necesario buscar alguna legislación que haya regularizado la contratación de inmigrantes ilegales en puestos de trabajo precarios, con mucha exposición a accidentes laborales (que serían los que contribuían al aumento de esta tasa, y que tras regularizarse, aún contribuido a su descenso).

6. Población inmigrante sin domicilio

El descenso de hasta un 40% en la población en urgencias sin domicilio (entendiendo como tal a los inmigrantes ilegales), confirma de nuevo la correlación de este análisis de datos con la inmigración en la región: si la inmigración en la región disminuye, también lo va a hacer la población en situación irregular que acude a urgencias.

En la gráfica destaca con una flecha el año 2012, momento en el que aparece el código 47 de financiación (facturables), y que comienza obliga al SNS a prestar atención a los inmigrantes con y sin domicilio en la región.

7. Escalas de gravedad

Tanto en residentes como en inmigrantes, la gravedad C es la que más prevalente hasta el 50%, entendiendo como tal que es mucho más frecuente en ambos grupos la patología banal que las verdaderas emergencias médicas que ponen en peligro la vida del paciente (también extrapolable a la frecuencia de cada patología en la población general).

Sin embargo, es en inmigrantes donde la gravedad C destaca frente al resto, creando un perfil de inmigrante que acude a urgencias por una patología más banal que los residentes. Esto puede explicarse por un posible uso aumentado de los servicios de urgencias de este grupo por dos motivos: no tienen acceso para tratar esta patología en AP, y en sus países de origen no tenían acceso a ningún tipo de sanidad, y por lo tanto, ahora hacen uso indiscriminado de ésta.

5.4. EVOLUCIÓN TEMPORAL

Como ya se ha visto descrito en todos los anteriores apartados, y a pesar de que cada parámetro analizado tiene ligeras variaciones individuales, la evolución temporal de la visita de inmigrantes en urgencias sigue el ritmo de la inmigración cántabra.

Además, los principales factores modificadores en la escala temporal son los siguientes:

- Crisis económica a nivel mundial que España sufrió en los años 2007 a 2011. Afectó principalmente al desempleo, siendo los inmigrantes en situación irregular los mayormente afectados, y por lo tanto, haciendo que las tasas de inmigración disminuyeran. Todo esto lo vemos reflejado en la visita a urgencias.
- *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*, que condicionó el acceso a los servicios sanitarios de los inmigrantes en situación irregular que quedaban en el país.

5.5. CARACTERÍSTICAS LOCOREGIONALES

El servicio de Urgencias del HUMV es el principal centro asistencial en Cantabria, y por lo tanto, el perfil de población que atiende es un resumen de la población cántabra en la región. Cantabria, como se comentó en la introducción es la segunda región más pequeña de España, con numerosas áreas rurales y pequeños centros urbanos. En consecuencia, el perfil de inmigración que la región tiene, también es comparable a estas características, estando mucho por debajo de los valores nacionales.

Como comparativa, la población de toda la región cántabra ascendía a 588.656 en el año 2014, mientras que la de Barcelona ciudad llega a 1,6 millones en 2014.

Siguiendo esta línea argumental, y según estudios realizados en el hospital Clinic de Barcelona, se objetivado que el 6.1% de los pacientes atendidos en las urgencias de dicho hospital en el mes de febrero de 2004 eran inmigrantes en situación irregular (M. Junyent, 2006) y se aproxima al 10% en otros estudios (Cots F, 2002). Respecto a Madrid, alrededor del 6-7% en sus hospitales (Sanz B, 2000). Recordemos que en Cantabria ascendía a un 1.92% en el año 2005.

Una vez más, se ven reflejadas las diferencias en recepción de población inmigrante entre las grandes ciudades españolas (Madrid y Barcelona) y regiones más pequeñas como es Cantabria. Todas estas diferencias se plasman en la asistencia en los servicios de urgencia de los hospitales de ambas localizaciones.

5.6. APORTACIÓN

Si bien hay cortes sobre carta asistencial en urgencias (Sanz B, 2000; M. Junyent, 2006), todas ellas se basan en estudios transversales en un único punto del tiempo, centrándose más en las características socioeconómicas del perfil de los inmigrantes usuarios, y no en el parámetro cuantitativo de los mismos.

Con este trabajo, y gracias al seguimiento retrospectivo de 11 años considerado en la recogida de datos, podemos aportar un perfil de evolución temporal en la asistencia en urgencias de inmigrantes en situación irregular en Cantabria. Por otro lado, debido a esta misma razón, es posible analizar y sacar conclusiones sobre el impacto de las políticas sanitarias (Real Decreto 2012) y evolución económica nacional y regional.

5.7. LIMITACIONES

A pesar de la correcta realización del trabajo, y su máxima aproximación a la realidad en cuanto al desarrollo de las conclusiones, este trabajo presenta algunas limitaciones a la hora de extrapolar los resultados con la realidad en la población general:

- No existe una amplia bibliografía respecto a la atención de inmigrantes en urgencias. La existente, se basa en estudios transversales que no permiten comparar la variación temporal y casi siempre hacen referencia a hospitales de grandes ciudades, poco compatibles con la realidad en Cantabria.
- Los datos recogidos en el registro de pacientes siempre provienen de los mismos pacientes, y por lo tanto, están supeditados a la intencionalidad del paciente: los pacientes pueden dar datos falsos para conseguir ser atendidos. Por todo esto, dicho registro es limitado.
- Parámetros como las escalas de gravedad (a partir del 2014) no se recogen durante todos los años del estudio, y por lo tanto, sus resultados no tienen una amplitud suficiente como para estudiar su variación temporal.

- El código de financiación 47 (facturable) también está supeditado a esta carencia temporal, ya que es un código que se crea a partir del Real Decreto de 2012, y por lo tanto solo se puede analizar a partir de esa fecha.

La mayor carencia que presenta este trabajo consiste en la aproximación a los totales. Como bien es sabido, la población inmigrante ilegal no tiene un registro exhaustivo, y por lo tanto, todos los totales de inmigrantes en España o Cantabria sobre el que se calculan los porcentajes asistenciales en urgencias son aproximados.

6. CONCLUSIONES.

La atención en urgencias a los inmigrantes en situación irregular en España es una realidad.

Las cifras de dicha asistencia varían notablemente entre grandes ciudades y otras comunidades autónomas, pero aún así en las áreas pequeñas como Santander siguen siendo una cantidad sustancial en cuanto a asistencia.

Se observa una gran variación temporal desde el 2005 hasta la actualidad en cuanto a la asistencia de este grupo de inmigrantes, siendo la crisis económica (a partir del 2007) y el Real Decreto-Ley de 2012 los principales factores de variabilidad temporal en el periodo de estudio.

Existe, por tanto, un perfil de asistencia en urgencias totalmente diferenciado entre población residente en Cantabria y los inmigrantes de la región: de menor edad y con referencia de patología menos grave.

7. AGRADECIMIENTOS

Agradezco al director de mi TFG: Luis García-Castrillo por su dedicación, su apoyo, su esfuerzo y su ayuda. Por saber inspirar al ver que la medicina es social, más allá de los libros.

A mi familia, mis padres y mi hermana, que dejan todos sus intereses de lado para conseguir que uno alcance sus sueños.

A Manuel Olivares Requena, por ser la persona que más interés ha mostrado en mi trabajo, presente y futuro. Por ayudarme a ser mejor en todo lo que hago, por escucharme y enseñarme a escuchar.

A mis amigos, por compartir mi vida fuera de la medicina. Especialmente a Arantza Meabe Alonso, por abrirme el camino profesional demostrándome que todo es posible, y a Marisol Castillo Iglesias, por estar siempre ahí, por ser un ejemplo a seguir en la rutina diaria.

8. BIBLIOGRAFÍA.

Sobre la introducción:

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE 29/4/1986

mssps.es (ed.). Organización del Sistema Nacional de Salud (España) (pdf). Consultado el 22 de febrero de 2016.

Instituto Cántabro de Estadística (2008). Instituto Cántabro de Estadística - Datos de la inmigración en Cantabria 2004-2006. Santander (España).

Sobre la Reforma en Sanidad:

LEY 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.

Margarita Lema Tomé. La reforma sanitaria en España: Especial referencia a la población inmigrante en situación administrativa irregular. Eunomia. Revista en Cultura de la Legalidad Nº 5, septiembre 2103 – febrero 2014, pp. 95-115

Irene Sobrino Guijarro. Inmigrantes irregulares y el derecho a la protección de la salud: análisis de la reforma sanitaria en España. Lex Social. Revista Jurídica de los Derechos Sociales Vol. 3 num. 2/2013, julio-diciembre 2013.

Antonia Olmos Alcaraz. Discurso político e inmigración: análisis crítico de discurso a propósito de la reforma gubernamental realizada al sistema de salud pública en España. Discurso & Sociedad, 2012, Vol. 6(4), 739-758

Sobre el paciente inmigrante en los servicios de Urgencias:

C. Fuertes; E. Trujillo; M.A. Pinillos; X. Balanzó; Ò. Miró; G. Burillo-Putze. La atención a la diversidad en urgencias. Anales Sis San Navarra [online]. 2010, vol.33, suppl.1, pp. 149-161. ISSN 1137-6627.

M. Junyent, O. Miró; M. Sánchez. Comparación de la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios entre la población inmigrante y la población autóctona. Secció D'urgències Medicina. Àrea D'urgències. Hospital Clínic. Barcelona. Emergencias 2006;18:232-23.

Barroeta Urquiza, Joseba; et al. Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en España. MENSOR. 2011. Alcobendas – Madrid. ISBN: 978-84-615-0990-4

Torné Vilagrasa E, Guarda Rojas A, Torras Boatella MG, Pozuelo García A, Pasarin Rua M, Borrell Thió C. Análisis de la demanda de los servicios de urgencias en Barcelona. *Aten Primaria* 2003;32:423-9.

Sánchez M, Miró O, Coll-Vinent B, Bragulat E, Espinosa G, Gómez-Angelats E et al. Saturación del servicio de urgencias: factores asociados y cuantificación. *Med Clin (Barc)* 2003;121:167-72.

Sanz B, Torres AM, Schumacher R. Características sociodemográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la comunidad de Madrid. *Med Clin (Barc)* 2000;26:314-8.

Esteban y Peña MM. Motivos de consulta y características demográficas de una comunidad de inmigrantes "sin papeles" en el distrito de Usera-Villaverde (Madrid). *Aten Primaria* 2001;27:25-8.

Cots F, Castells X, Ollé C, Manzanera R, Varela J, Vall O. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona. *Gac Sanit* 2002;16:376-84.

ANEXO I: *Tablas de recogida de datos.*

	TOTALES	Código 47	Código 9	Código 13	Sumatorio[47+9]
2015	172136	897	630	620	1527
2014	187413	1153	688	604	1841
2013	175823	1333	525	548	1858
2012	180122	500	1730	573	2230
2011	188756	-	1963	559	1963
2010	188468	-	2696	580	2696
2009	196588	-	3422	595	3422
2008	194756	-	4127	674	4127
2007	200205	-	4773	671	4773
2006	200540	-	3762	637	3762
2005	193888	-	3721	603	3721

Ilustración 1. Total de visita en urgencia dividido por código de financiación

	TOTAL ADULTOS	Código 47	Código 9	Código 13	Sumatorio[47+9]
2015	117660	572	220	466	792
2014	126135	692	235	457	927
2013	116498	797	205	398	1002
2012	118175	309	745	419	1054
2011	122587	-	994	436	994
2010	121882	-	1316	455	1316
2009	127598	-	1766	457	1766
2008	127012	-	2308	538	2308
2007	131634	-	2636	534	2636
2006	132896	-	2362	512	2362
2005	131392	-	2242	482	2242

Ilustración 2. Total de la visita en adultos en urgencias dividida por el código de financiación

	TOTAL PEDIÁTRICOS	Código 47	Código 9	Código 13	Sumatorio[47+9]
2015	39791	210	388	111	598
2014	44642	358	318	110	676
2013	44494	389	293	106	682
2012	45799	139	852	130	991
2011	49200	-	743	99	743
2010	48539	-	1128	92	1128
2009	50205	-	1270	109	1270
2008	48717	-	1314	112	1314
2007	50595	-	1574	103	1574
2006	50577	-	990	101	990
2005	46048	-	1009	92	1009

Ilustración 3. Total de la visita pediátrica en urgencias dividida por el código de financiación.

	TOTAL OBSTÉTRICOS	Código 47	Código 9	Código 13	Sumatorio[47+9]
2015	14630	114	22	41	136
2014	16540	103	135	37	238
2013	14830	147	27	44	174
2012	16148	52	133	24	185
2011	16885	-	220	24	220
2010	18047	-	252	33	252
2009	18785	-	386	29	386
2008	19025	-	505	24	505
2007	17972	-	563	34	563
2006	17035	-	410	20	410
2005	16443	-	468	29	468

Ilustración 4. Total de la visita ginecológica en urgencias divida por el código de financiación.

	RESIDENTES			INMIGRANTES		
	Percentil 50	Percentil 75	Percentil 95	Percentil 50	Percentil 75	Percentil 95
2015	55	74	89	34	48	70
2014	53	72	88	32	59	68
2013	53	72	87	33	45	66
2012	53	70	88	33	57	69
2011	51	71	82	30	43	58
2010	50	70	82	32	44	59
2009	48	69	86	31	42	66
2008	48	70	86	31	43	70
2007	47	69	85	31	43	70
2006	45	67	84	30	43	73
2005	46	69	85	31	43	75

Ilustración 5. Percentiles de edad 50,75 y 95 en la visita en urgencias divida en población residente e inmigrante.

	RESIDENTES			INMIGRANTES		
	Petición propia	Recomendación médico AP	Accidente	Petición propia	Recomendación médico AP	Accidente
2015	71303	23505	17083	677	30	59
2014	77575	23741	18322	789	44	68
2013	71055	20827	18625	868	33	75
2012	72387	20691	18821	884	48	91
2011	75827	21018	19777	836	39	85
2010	77798	19558	19872	1090	59	131
2009	82316	18133	21040	1466	53	205
2008	82821	16233	21342	1899	88	251
2007	86840	15348	22536	2138	84	325
2006	85355	15640	24558	1882	90	318
2005	85213	13837	25177	1738	61	375

Ilustración 6. Visita de adultos en urgencias dividida por procedencia, en ambos grupos de pacientes (residente e inmigrantes).

	RESIDENTES	INMIGRANTES
2015	15055	43
2014	16340	42
2013	14236	48
2012	13998	34
2011	14189	54
2010	14124	63
2009	14062	84
2008	14244	120
2007	14335	134
2006	14252	102
2005	14434	122

Ilustración 7. Total de ingresos de la visita en urgencias divida entre residentes e inmigrantes

	Sin Domicilio	Con Domicilio en Cantabria
2015	74	718
2014	102	825
2013	348	654
2012	349	705
2011	402	592
2010	425	891
2009	496	1270
2008	530	1778
2007	750	1886
2006	1005	1357
2005	1074	1168

Ilustración 8. Total de la visita en adultos inmigrantes a urgencias dividida por la posesión de domicilio en Cantabria

RESIDENTES						INMIGRANTES					
%A	%B1	%B2	%C1	%C2	%0	%A	%B1	%B2	%C1	%C2	%0
1081	4104	42195	33948	16880	18660	3	17	259	222	163	128
1357	5431	40376	36553	17088	24403	6	18	226	282	182	213

Ilustración 9. Total de la visita de adultos a urgencias en ambos grupos dividida según la escala de gravedad en los años 2015 y 2014

ANEXO II: Totales de población.

ESPAÑA			
Población < 14 años	Población > 14 años	Población total	Población inmigrante
7019924	39820825	46.840.749	4.729.644
7046971	39945066	46.992.037	5.023.487
7075637	40244253	47.319.890	5.546.238
7062723	40346471	47.409.194	5.736.258
7014178	40279834	47.294.012	5.751.487
6936340	40152686	47.089.026	5.747.734
6817880	39960169	46.778.049	5.648.671
6553770	39518852	46.072.622	5.268.762
6480832	38760451	45.241.283	4.519.554
6375395	38359748	44.735.143	4.144.166
6265153	37843377	44.108.530	3.730.610

Ilustración 10. Totales de población en España

CANTABRIA			
Población < 14 años	Población > 14 años	Población total	Población inmigrante
77832	510072	587.904	31.708
77086	513360	590.446	34.762
75764	516349	592.113	38.530
74838	518163	593.001	39.313
73698	518205	591.903	38.994
72359	517834	590.193	39.201
71062	516029	587.091	38.096
69678	511522	581.200	33.242
68633	504212	572.845	26.795
68147	499934	568.081	23.834
67904	494405	562.309	20.547

Ilustración 11. Totales de población en Cantabria