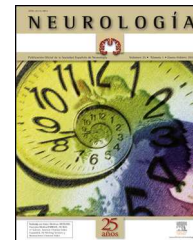




NEUROLOGÍA

www.elsevier.es/neurologia



ORIGINAL

Estudio de la asistencia neurológica ambulatoria en la Comunidad de Madrid: impacto del modelo de libre elección de hospital



J.A. Matías-Guiu^{a,*}, D. García-Azorín^a, R. García-Ramos^a, E. Basoco^b,
C. Elvira^b y J. Matías-Guiu^a

^a Servicio de Neurología, Hospital Clínico San Carlos, Instituto de Investigación Sanitaria «San Carlos», Universidad Complutense, Madrid, España

^b Servicio de Admisión, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Recibido el 6 de marzo de 2014; aceptado el 5 de abril de 2014

Accesible en línea el 20 de mayo de 2014

PALABRAS CLAVE

Asistencia
neurológica
ambulatoria;
Gestión sanitaria;
Epidemiología

Resumen

Introducción: En la Comunidad de Madrid se ha desarrollado un nuevo sistema de libertad de elección de área sanitaria, que puede suponer un cambio en la asistencia sanitaria neurológica y su gestión. El objetivo de este estudio fue analizar las primeras visitas de Neurología general atendidas en un área sanitaria de Madrid, teniendo en cuenta el área sanitaria de procedencia del paciente.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo, de una cohorte de primeras visitas de neurología ambulatoria realizadas entre el 16 de septiembre del 2013 y el 16 de enero del 2014.

Resultados: Se incluyó a 1.109 pacientes (63,8% mujeres, edad media $55,2 \pm 20,5$ años). Las categorías diagnósticas más frecuentes fueron cefalea periódica, trastornos cognitivos y patología neuromuscular. El 1,1% se consideró patología no neurológica. El tiempo medio de demora fue de $7,2 \pm 5,1$ días. El 73,8% perteneció a la propia área sanitaria del hospital, mientras que el 26,2% procedió de otra área por libertad de elección. De estos, el 59,5% acudió por excelencia, mientras que el 39,7% por una menor demora. Los pacientes que acudieron por libre elección tuvieron una edad media menor ($50,7$ vs. $57,3$ años; $p < 0,0001$) y una menor tasa de altas en la primera visita ($16,4\%$ vs. $30,1\%$; $p < 0,0001$).

Conclusión: El modelo de libre elección de la asistencia neurológica implica un cambio relevante en la gestión sanitaria. La búsqueda de centros a los que se atribuye mayor excelencia y con menor demora son motivos para la libertad de elección, asociándose los pacientes de otra área a una mayor complejidad.

© 2014 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: jordimatiasguiu@hotmail.com, inc.hcsc@salud.madrid.org (J.A. Matías-Guiu).

KEYWORDS

Outpatient neurological care;
Healthcare management;
Epidemiology

Study of outpatient neurological care in the Region of Madrid: The impact of implementing free choice of hospital

Abstract

Introduction: A new model permitting free choice of hospital has been introduced in the Region of Madrid. This may result in changes in how outpatient neurological care is provided and managed. The purpose of this study is to analyse initial visits to a general neurology department in the Region of Madrid and record the health district corresponding to each patient's residence.

Methods: Observational and prospective study of a cohort of patients making initial outpatient visits to a neurology department between 16 September 2013 and 16 January 2014.

Results: The study included 1109 patients (63.8% women, mean age 55.2 ± 20.5). The most frequent diagnostic groups were periodic headache, cognitive disorders, and neuromuscular diseases. Non-neurological diseases were diagnosed in 1.1% of the cases. The mean time of delay was 7.2 ± 5.1 days. Residents within the hospital's health district made up 73.8% of the total, while 26.2% chose a hospital outside of the health district corresponding to their residences. In the latter group, 59.5% made the choice based on the level of care offered, while 39.7% changed hospitals due to shorter times to consultation. The patients who came from another health district were younger (50.7 vs 57.3 , $P < .0001$) and had a lower rate of discharges on the first visit (16.4% vs 30.1% , $P < .0001$).

Conclusion: The model of free choice of hospital delivers significant changes in healthcare management and organisation. Reasons given for choosing another hospital are more ample experience and shorter delays with respect to the home district hospital. Management of patients from outside the health district is associated with greater complexity.

© 2014 Sociedad Española de Neurología. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

En los últimos años se ha producido un importante desarrollo de la asistencia neurológica de área o extrahospitalaria¹⁻⁴. El aumento en la frecuencia de las enfermedades neurológicas, de su repercusión sociosanitaria, así como el mayor conocimiento de las mismas, han supuesto una mayor demanda de consultas neurológicas⁵. En España, la Ley General de Sanidad de 1986 estableció la creación de áreas de salud como las estructuras fundamentales del sistema sanitario, tanto en el ámbito de la atención primaria (AP) como de la atención especializada⁶. Desde entonces, se han realizado varios estudios acerca de la asistencia neurológica ambulatoria en diferentes regiones del país⁷⁻²². Estos estudios tienen por objetivo ser la base para mejorar la planificación y atención sanitarias^{23,24}.

En la Comunidad de Madrid, desde el año 2010 se ha desarrollado un sistema de libertad de elección de médicos y hospital, que incluye la atención sanitaria especializada y se conoce como área única para la Comunidad de Madrid²⁵⁻²⁷. Esto supone un cambio importante respecto a la situación previa establecida por la Ley General de Sanidad y establece un nuevo modelo en que el paciente puede solicitar la atención por un especialista o un servicio de otra área en caso de que así lo demande, lo que a su vez puede implicar modificaciones importantes en la planificación sanitaria. Este hecho puede suponer un cambio de escenario para la atención neurológica ambulatoria, con trascendencia para la gestión sanitaria.

El objetivo de este estudio fue analizar las primeras visitas de Neurología atendidas en un área sanitaria de Madrid, obteniendo información demográfica, diagnóstica y

asistencial, teniendo en cuenta la procedencia del paciente desde la misma área sanitaria en que se realiza el estudio o desde otra área a través del sistema de libertad de elección.

Material y métodos

En la Comunidad de Madrid la asistencia sanitaria especializada de neurología está distribuida en 27 distritos de salud, que equivaldrían a las áreas sanitarias que existían previamente. Cada área sanitaria depende de un hospital, realizándose dicha asistencia en el propio hospital o en centros de especialidades.

En el área 7 la asistencia neurológica ambulatoria depende del Hospital Clínico San Carlos y se realiza en el propio hospital, en el Centro de Especialidades «Modesto Lafuente» y en el Centro de Especialidades «Avenida Portugal». Durante el año 2013, se ha atendido a 38.214 pacientes, de los cuales 6.311 han sido primeras visitas de Neurología general procedentes de asistencia primaria, y de ellos 1.063 a través de la libre elección (LE) de centro. El resto de los pacientes atendidos lo fueron en la Neurología especial que incluye unidades específicas.

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, de una cohorte de las primeras visitas de asistencia ambulatoria de Neurología general realizadas de forma consecutiva entre el 16 de septiembre del 2013 y el 16 de enero del 2014. Se recogieron datos de todos los pacientes atendidos en este periodo en la consulta de 3 neurólogos, en el Hospital Clínico San Carlos (JAM, JM) y en el Centro de Especialidades «Modesto Lafuente» (JAM, RG). Se registraron las siguientes

variables demográficas y clínicas: edad, sexo, y categoría diagnóstica. Entre las categorías diagnósticas, se incluyeron las siguientes: cefalea periódica; cefalea aguda; trastorno cognitivo; parkinsonismo; temblor (excluyendo parkinsonismo); otros trastornos del movimiento; crisis, síncope y epilepsia; ictus y otras enfermedades vasculares cerebrales; esclerosis múltiple; patología neurooftalmológica; dolor neuropático; patología discal y lumbar; patología neuromuscular; mareo, inestabilidad y vértigo; tumores cerebrales; facomatosis, malformaciones y consultas genéticas; síntomas neurológicos inespecíficos; trastornos psiquiátricos; causas administrativas, y patología no neurológica.

Asimismo, se recogieron las siguientes variables de carácter asistencial:

- El tiempo de demora, definido como el número de días transcurridos desde que el paciente es derivado hasta la fecha de visita en la consulta de Neurología, contabilizando también días no laborables. Para esto se tuvieron en cuenta el día en que el paciente fue valorado por el médico de AP o especialista que deriva al paciente, así como el día en que fue dado de alta de urgencias o del hospital.
- La procedencia asistencial del paciente, es decir, AP, especializada, hospitalización o urgencias.
- El área sanitaria de procedencia del paciente. Se registró si el paciente acudía a través del sistema de LE, o bien pertenecía a la misma área sanitaria del Hospital Clínico; en caso de que el paciente acudiera de otra área, se preguntó al paciente la motivación de haber solicitado la LE, esto es, por excelencia, por demora o por ambos motivos.
- Si el paciente estaba en seguimiento por el Servicio de Neurología.
- Si el paciente acudía para valoración de una segunda opinión tras haber sido evaluado por el mismo motivo en la atención sanitaria privada.
- Y, por último, el destino del paciente, que incluye la posibilidad de derivación a una unidad específica dentro del propio servicio, derivación a urgencias, solicitud de prueba, derivación a otra especialidad o alta.

Los resultados fueron analizados utilizando el paquete estadístico IBM® SPSS® Statistics versión 20.0 para Mac. Los datos se representan como media \pm desviación estándar y frecuencia (porcentaje). Para la comparación de variables cualitativas, se ha utilizado el test de la chi cuadrado y la prueba de la t para muestras independientes para la comparación de variables cualitativas y cuantitativas.

Resultados

Se incluyó a 1.109 pacientes, con una edad media de $55,2 \pm 20,5$ años, 707 (63,8%) de ellos mujeres. La edad media de varones fue de $55,6 \pm 20,6$ años y la de las mujeres $55,1 \pm 20,5$ años ($p=0,689$). En la [figura 1](#) se muestra la distribución de la muestra por grupos de edad. Noventa pacientes (8,1%) no se presentaron a la consulta.

Entre los pacientes que acudieron, las categorías diagnósticas más frecuentes fueron: cefalea periódica (197; 19,3%), trastorno cognitivo (148; 14,5%), patología neuromuscular

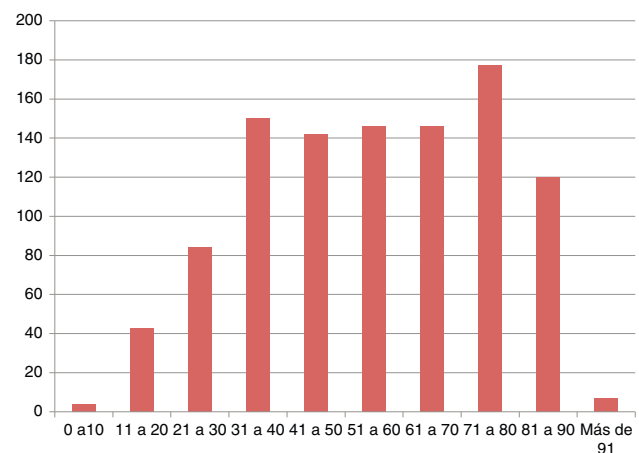


Figura 1 Distribución de los pacientes por grupos de edad.

(115; 11,3%), mareo, inestabilidad o vértigo (93; 9,1%), crisis, síncope y epilepsia (83; 8,1%), así como cefalea aguda (64; 6,3%). El resto de los motivos de consulta se muestran en la [tabla 1](#). En 12 casos (1,1%) se consideró patología no neurológica. La categoría diagnóstica fue diferente según la edad de los pacientes, como puede observarse en la [figura 2](#).

El tiempo de demora medio fue de $7,2 \pm 5,1$ días. Ochocientos ochenta pacientes (86,4%) fueron derivados desde AP, 92 (9,0%) desde atención especializada, 42 (4,1%) desde urgencias y 5 (0,5%) desde hospitalización. Treinta (2,9%) casos acudieron solicitando una segunda opinión tras haber sido atendidos en consultas de ámbito privado. Noventa (8,1%) pacientes no se presentaron a la consulta, mientras que 58 (5,2%) estaban ya en seguimiento en el propio servicio. Respecto al destino de los pacientes atendidos, 271 (26,6%) fueron dados de alta, en 709 (69,5%) se solicitó una revisión o una consulta en una unidad específica del mismo servicio, 32 (3,1%) fueron derivados a otra especialidad y

Tabla 1 Categorías diagnósticas en la muestra

Cefalea periódica	197 (19,3%)
Trastorno cognitivo	148 (14,5%)
Neuromuscular	115 (11,3%)
Mareo, inestabilidad o vértigo	93 (9,1%)
Epilepsia, crisis o síncope	83 (8,1%)
Cefalea aguda	64 (6,3%)
Patología vascular cerebral	43 (4,2%)
Temblor no parkinsoniano	39 (3,8%)
Lumbociática, patología radicular o discal	34 (3,3%)
Parkinson	33 (3,2%)
Síntoma neurológico inespecífico	32 (3,1%)
Neurooftalmología	27 (2,6%)
Esclerosis múltiple	22 (2,2%)
Otros trastornos del movimiento	19 (1,9%)
Trastornos del sueño	19 (1,9%)
Dolor neuropático	14 (1,4%)
Trastornos psiquiátricos	14 (1,4%)
No neurológico	12 (1,2%)
Administrativo	4 (0,4%)
Neurogenética, malformaciones y facomatosis	4 (0,4%)
Tumores del sistema nervioso	3 (0,3%)

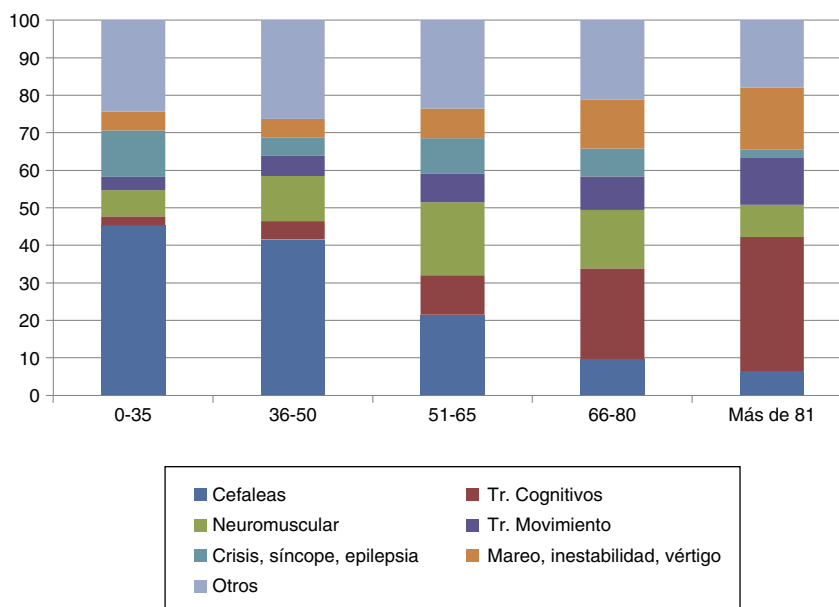


Figura 2 Categorías diagnósticas más frecuentes por grupos de edad (0-35, 36-50, 51-65, 66-80, > 80).

7 (0,7%) fueron derivados al Servicio de Urgencias. En 313 (30,7%) casos se solicitó una prueba complementaria.

Respecto al área sanitaria, 818 (73,8%) pacientes pertenecían a la propia área del hospital en el total de la muestra. Sin embargo, 291 (26,2%) procedían de otra área sanitaria por LE. De los pacientes que acudieron a la consulta, 262 (25,7%) procedían de LE. En comparación con los pacientes de la propia área sanitaria, los pacientes atendidos por LE mostraron una edad media en años menor ($50,7 \pm 20,2$ LE vs. $57,3 \pm 20,3$ AP; $p = <0,0001$) y una tendencia a una menor prevalencia de mujeres (59,7% LE vs. 65,5% AP de mujeres; $p = 0,082$). Hubo una mayor procedencia de especializada y urgencias en el grupo de LE (80,5% procede de primaria en los casos de LE, 88,4% en el otro grupo; 13,7% procede de

especializada en LE vs. 7,4% en AP, y 5,0% procede de urgencias en LE vs. 3,8% en AP; $p = 0,011$). La tasa de pacientes no presentados a la consulta también fue similar (10% LE vs. 7,5% AP, $p = 0,178$) (tabla 2). Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los 2 grupos en la categoría diagnóstica, así como en el destino de los pacientes (tabla 2).

De los pacientes que acudieron por LE, 156 (59,5%) casos afirmaron haber solicitado la valoración en el hospital en concepto de excelencia, mientras que en 104 (39,7%) casos por una menor demora respecto a su área sanitaria. Dos (0,8%) pacientes afirmaron que los 2 motivos habían influido en la decisión de solicitar la consulta en nuestra área sanitaria. Para sucesivos análisis de comparación entre el grupo

Tabla 2 Factores demográficos y asistenciales según la procedencia desde la misma área u otras áreas sanitarias

	Área Propia	Otras áreas (libre elección)	p-valor
<i>Edad (años)</i>	57,3	50,7	<0,0001
<i>Sexo (mujeres), (%)</i>	496 (65,5%)	156 (59,5%)	0,082
<i>Procedencia</i>			
Primaria	669 (88,4%)	211 (80,5%)	<0,0001
Especializada	56 (7,4%)	36 (13,7%)	
Urgencias	29 (3,8%)	13 (5,0%)	
Hospitalización	3 (0,4%)	2 (0,8%)	
<i>Seguimiento en el propio servicio</i>	46 (6,1%)	10 (3,8%)	0,167
<i>Segunda opinión de privada</i>	20 (2,7%)	10 (3,8%)	0,334
<i>Tiempo de demora</i>	$7,0 \pm 4,7$	$7,8 \pm 6,3$	0,053
<i>Destino</i>			
Alta	228 (30,1%)	43 (16,4%)	<0,0001
Revisión	505 (66,3%)	262 (79,0%)	
Derivación a otra especialidad	23 (3,0%)	9 (3,4%)	
Derivación a urgencias	4 (0,5%)	3 (1,1%)	
<i>Solicitud de prueba complementaria</i>	241 (31,8%)	73 (27,9%)	0,230
<i>No presentados</i>	61 (7,5%)	29 (10%)	0,178

Tabla 3 Factores demográficos y asistenciales según el motivo de libre elección

	Excelencia (n = 156)	Demora (n = 104)	p-valor
Edad (años)	51,4 ± 19,6	49,8 ± 21,3	0,555
Sexo (mujeres), (%)	90 (57,7%)	65 (62,5%)	0,439
Procedencia			
Primaria	114 (73,1%)	95 (91,3%)	0,002
Especializada	29 (18,6%)	7 (6,7%)	
Urgencias	11 (7,1%)	2 (1,9%)	
Hospitalización	2 (1,3%)	0 (0%)	
Seguimiento en el propio servicio	7 (4,5%)	3 (2,9%)	0,503
Segunda opinión de privada	8 (5,2%)	2 (1,9%)	0,165
Tiempo de demora	7,78	7,72	0,932
Destino			
Alta	23 (14,7%)	20 (19,2%)	0,550
Revisión	124 (79,5%)	81 (77,9%)	
Derivación a otra especialidad	7 (4,5%)	2 (1,9%)	
Derivación a urgencias	2 (1,3%)	1 (1,0%)	
Solicitud de prueba complementaria	35 (22,4%)	38 (36,5%)	0,013

de excelencia y de demora, se excluyó a los 2 pacientes que arguyeron ambos motivos. Los resultados de la comparación entre dichos grupos se muestran en la [tabla 3](#) y la [figura 3](#). Asimismo, las categorías diagnósticas fueron diferentes en función de la procedencia de la propia área o de libertad de elección ([fig. 4](#)).

Discusión

La demanda de asistencia sanitaria puede ser cambiante a lo largo del tiempo y puede depender de una serie

de factores sociodemográficos, sanitarios, de utilización o económicos²⁴. Su conocimiento es necesario para una adecuada planificación sanitaria²⁸. Diferentes estudios realizados en nuestro país han analizado la actividad de consultas de Neurología ambulatoria, registrando factores demográficos, clínicos y asistenciales. En nuestro estudio, la edad media es similar a las halladas en estudios similares realizados en los últimos años. Esto corrobora que la edad media se ha incrementado respecto a los estudios de finales de 1980 y principios de 1990, pero probablemente se ha estabilizado desde finales de los años 90 y principios de 2000. El porcentaje de mujeres también ha seguido una tendencia similar,

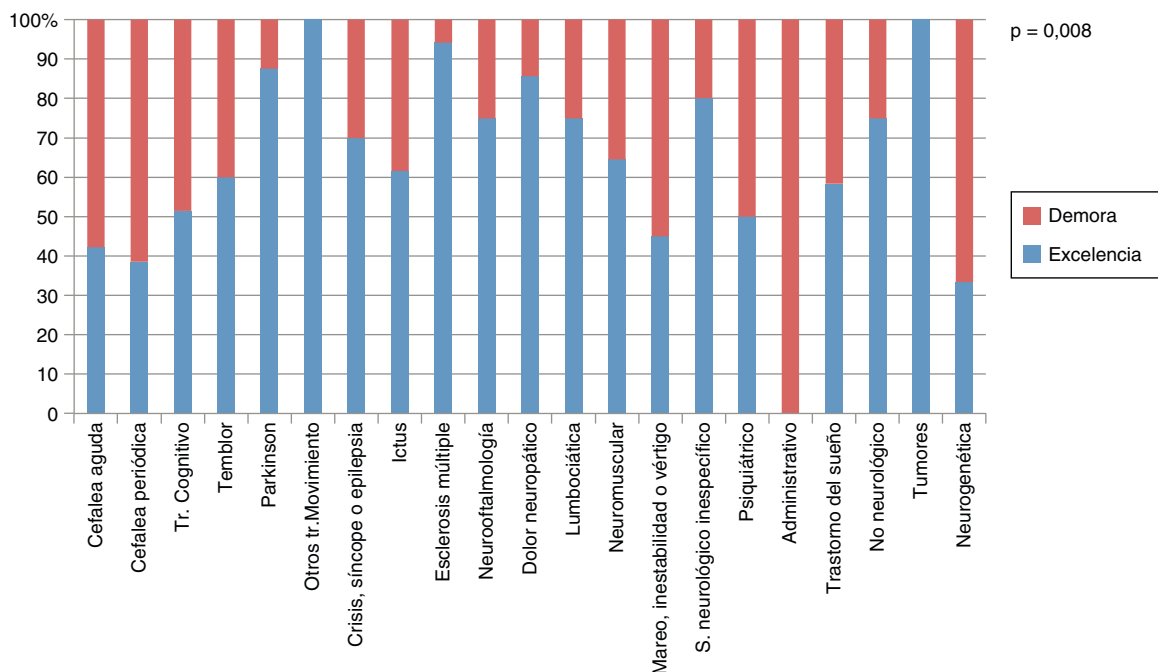


Figura 3 Categorías diagnósticas en el grupo de libre elección en función del motivo (excelencia o demora).

Tabla 4 Comparativa de estudios realizados en España

Primer autor	Pondal Sordo	Baquero	Villagra	Gracia-Naya	Gracia-Naya	Batalla	Morera-Guitart	Huerta-Villanueva	González Menacho	Sempere
Año de realización	1986-1987	1992-1993	1992	1993	1995	1996	1996	1997	1999	1999-2000
Lugar	Parla, Madrid	Valencia	Gran Canaria	Zaragoza	Aragón	Baix Llobregat	Marina Alta, Alicante	Tortosa, Tarragona	Baix Camp, Tarragona	Vega Baja, Alicante
Periodo estudio (meses)	18	12	9	3	3	5	12	12	12	24
Visitas	1.715	5.480	3.000	552	3.489	592	2.919	718	1.278	2.227
Primeras visitas	1.715	2.213	1.300	552	3.489	592	1.067	718	1.278	2.227
Edad media (años)	38,4	49	-	45,1	51,5	45,1	55,5	40,4	48,7	51,6
% Mujeres	60%	57,5%	-	57,6%	57%	57,7%	56%	52%	61,8%	60%
No presentados	-	-	-	-	-	-	-	16,8%	-	-
Procedencia At. Primaria	83,3%	-	-	84,7%	79,3%	89%	44,4%	52,0%	-	-
Demora (días)	-	-	-	9	12,4	12/19	35,6	122,9	-	-
Altas	41,3%	-	80,5%	62%	-	74%	-	22,8%	-	-
Envío a urgencias	-	-	-	1,2%	-	3,3%	-	-	-	-
Pruebas	-	31,9%	-	56%	48,9%	51%	-	-	29,3%	-
Primer autor	Morera-Guitart	Pérez-Carmona	Fragoso	Huerta-Villanueva	López-Domínguez	López-Hernández	López-Pousa	Casado Menéndez	Martín	Estudio actual
Año de realización	2001	2003-2004	2004-2005	2003-2004	2005-2006	2005-2006	2006-2007	2006-2008	2008	2013-2014
Lugar	Marina Alta, Alicante	Marina Baixa, Alicante	Rubí, Barcelona	Tortosa, Tarragona	Huelva	Elche, Alicante	Girona	Gijón	Burgos	Madrid
Periodo estudio (meses)	12	2	9	12	6	12	24	18	12	4
Visitas	3.301	1.000	1.460	1.004	500	3.937	1.078	1.000	1.341	1.109
Primeras visitas	1.494	265	496	1.004	500	3.937	1.078	1.000	1.341	1.109
Edad media (años)	60,4	55,0	-	56,7	51	56,8	60,6	62,04	56,2	55,2
% Mujeres	57%	52,8%	-	62%	63,4%	62%	61,4%	59,8%	60,9%	63,8
No presentados	-	9,8%	23,79%	20,8%	-	18%	-	16%	12%	8,1%
Procedencia At. Primaria	51,6%	-	-	69,3%	-	93,9%	-	61,5%	76%	86,4%
Demora (días)	43,8	-	-	165,4	-	30,6	-	-	-	7,2
Altas	-	17,7%	9,2%	21,1%	40,2%	42%	-	50,4%	59%	26,6
Envío a urgencias	-	-	-	-	-	1%	-	-	-	0,7%
Pruebas	-	-	-	-	55%	34%	-	-	-	30,7%

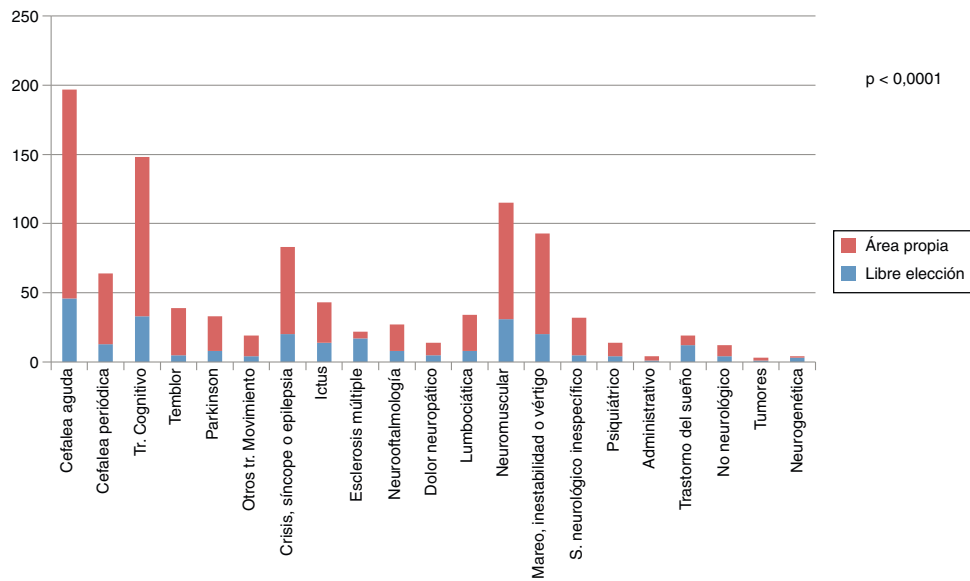


Figura 4 Categorías diagnósticas en función de la procedencia de la propia área o de libertad de elección.

estabilizándose en los últimos estudios en torno al 60-63% (tabla 4).

En nuestra cohorte, las cefaleas son la causa más frecuente de consulta, seguida de los trastornos cognitivos, que en gran parte de los estudios realizados en los últimos años suponen la segunda causa de consulta. Este aumento de los trastornos cognitivos en las consultas de Neurología

ha sido puesto también de relieve en estudios realizados en una misma área sanitaria en 2 intervalos separados^{5,17}. En la figura 5 puede observarse una comparación de las categorías diagnósticas más frecuentes en los diferentes estudios.

Uno de los resultados más llamativos en nuestro estudio es el hallazgo de una baja tasa de patología no neurológica. Esta cifra se encuentra muy por debajo de las observadas

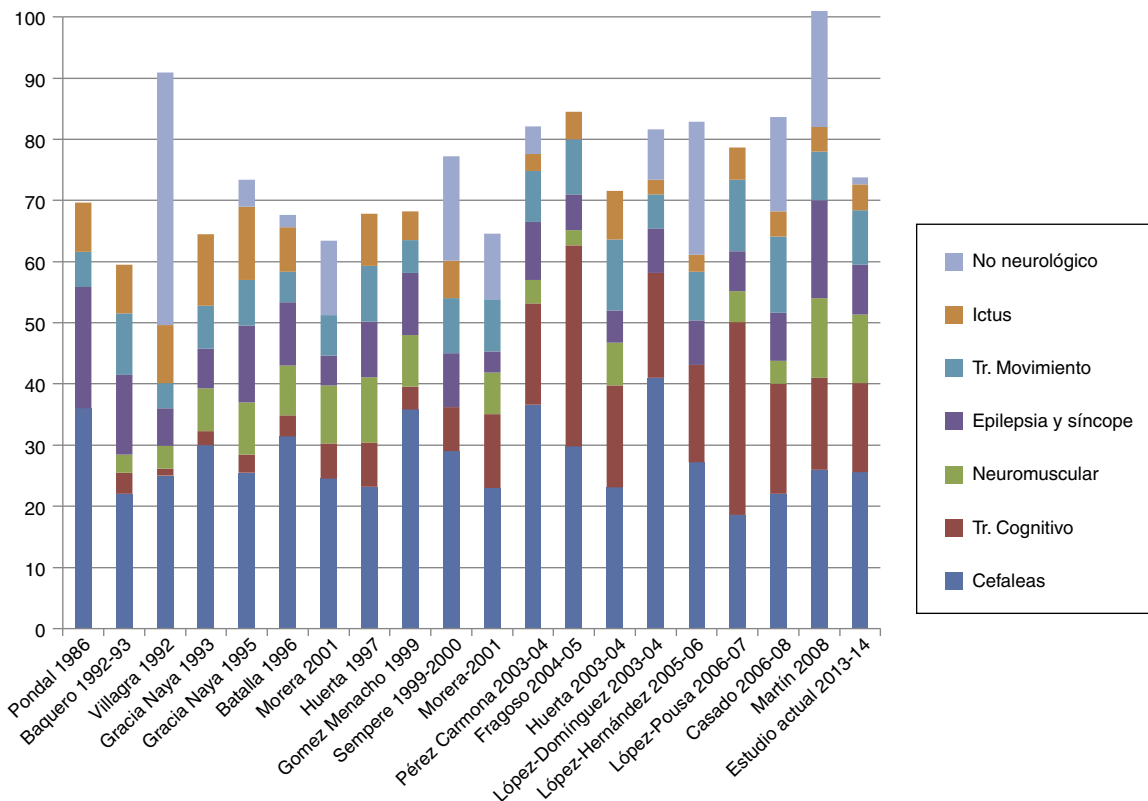


Figura 5 Categorías diagnósticas en los diferentes estudios realizados en España.

en otros estudios e indica una mejor selección de los casos neurológicos remitidos, en comparación con los datos de que disponíamos en estudios previos^{9,11,12,14,15,18,19,21,22,29}. A pesar de ello, no pueden descartarse diferencias en la definición de patología «no neurológica» entre los diversos estudios. Así, en otros estudios se han incluido los síncope o las pérdidas subjetivas de memoria en este grupo^{14,18}, entidades que pueden precisar valoración por el neurólogo por el hecho de formar parte del diagnóstico diferencial de enfermedades neurológicas y que nosotros hemos incluido en otros grupos. De cualquier modo, este menor porcentaje de patología no neurológica puede justificar una menor tasa de altas en la primera en comparación con algunos estudios previos (en que llega a alcanzar hasta el 60-80%), indicando todo ello un mejor conocimiento de los motivos de derivación al neurólogo³⁰.

Otro aspecto relevante se refiere a la tasa de incomparecencia a la consulta, que también fue menor que en los otros estudios previos que han analizado este dato^{31,32}. Esto puede explicarse por una menor demora, como se ha demostrado en estudios previos³², que evita los olvidos en las citas o la búsqueda de otras alternativas asistenciales.

En nuestro estudio, el 26,2% de los pacientes procedían de otra área sanitaria. Esto supone un elevado porcentaje e implica que el sistema de libertad de elección de acuerdo con nuestros resultados es utilizado con frecuencia por los pacientes. Las 2 razones principales que mueven a los pacientes a solicitar un cambio de área han sido la excelencia, que ha supuesto el 59,5%, y la demora, que explica el 39,7% restante. Entre los pacientes que acuden por excelencia, posiblemente pueden existir diferentes tipos de motivación, como por ejemplo, haber sido atendido previamente él o personas de su entorno en el servicio o en el hospital, cercanía geográfica, recomendaciones de su médico de AP, o la propia demora, dada la existencia de múltiples servicios de Neurología en la Comunidad de Madrid.

Por otra parte, la procedencia del paciente por libertad de elección se ha asociado a una menor tasa de altas en la primera consulta y a una mayor derivación a consultas especializadas o seguimiento dentro del propio servicio. Este hecho se mantiene cuando se analiza de forma aislada a los pacientes que han acudido por motivo de demora, lo que indica que los pacientes que buscan otra área sanitaria, aun por diferentes razones, pueden suponer un subgrupo de mayor complejidad y que requiera por lo tanto mayores recursos.

En conclusión, el modelo de LE de la asistencia neurológica en la Comunidad de Madrid implica un cambio relevante en la gestión sanitaria, con un porcentaje significativo de pacientes que buscan atención en otras áreas sanitarias. Aunque la demora puede tener un papel en esa elección, también influye la búsqueda de centros a los que se les atribuye mayor experiencia o excelencia en determinadas áreas. Este hecho conlleva que los pacientes de LE son aparentemente más complejos que los de área. En comparación con estudios similares de la literatura, el estudio muestra el crecimiento de las consultas sobre alteraciones cognitivas y la baja frecuencia de pacientes no neurológicos. Asimismo, la tasa de incomparecencia fue más baja, lo que supone que los pacientes que asisten a las

consultas neurológicas generales deben valorar más esta atención.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Matías-Guiu J. Neurología de distrito: un cambio conceptual. *Rev Neurol.* 1994;22:357.
2. Martín-González MR. Necesidades de asistencia especializada en Neurología. *Rev Neurol.* 1999;29:670–2.
3. Bermejo-Pareja F. Demanda neurológica en España. Datos para un futuro más exigente. *Rev Neurol.* 1999;29:673–7.
4. Morera-Guitart J. Asistencia neurológica ambulatoria en España. Pasado, presente, ¿futuro? *Rev Neurol.* 2005;41:65–7.
5. Morera-Guitart J, Pedro Cano MJ. Variación en la patología atendida en las consultas de Neurología: un futuro demencial. *Neurología.* 2003;18:417–24.
6. Ley 14/1986. Boletín Oficial del Estado número 102 de 29 de abril de 1986.
7. Pondal Sordo M, Bermejo Pareja F, del Ser Quijano T. La asistencia neurológica ambulatoria extrahospitalaria. Análisis de la demanda registrada durante 18 meses en una consulta jerarquizada de neurología. *Neurología.* 1989;4:123–31.
8. Baquero M, Domínguez FJ, Vílchez JJ, Sevilla T, Casanova B. La asistencia médica en Neurología: perspectiva desde los datos iniciales de una consulta extrahospitalaria. *Rev Neurol.* 1994;22:427–31.
9. Villagra P, Cubero A. Estudio de la demanda asistencial en una consulta jerarquizada de Neurología correspondiente al área Norte de las Palmas de Gran Canaria. *Rev Neurol.* 1997;25:1544–6.
10. Gracia-Naya M, Marta E, Usón M, Carod J. Estudio epidemiológico descriptivo de una consulta externa de Neurología. *Rev Neurol.* 1996;24:633–7.
11. Gracia-Naya M, Usón-Martín MM, Grupo de Estudio de Neurologos Aragoneses. Estudio transversal multicéntrico de las consultas externas de Neurología de la Seguridad Social en Aragón. Resultados globales. *Rev Neurol.* 1997;25:194–9.
12. Batalla X. Neurología extrahospitalaria. Análisis descriptivo de una consulta en el Baix Llobregat. *Rev Neurol.* 1997;25:1546–50.
13. González Menacho J, Olivé Plana JM. Epidemiología de la patología neurológica ambulatoria en el Baix Camp (Tarragona) durante 1999. *Neurología.* 2001;16:154–62.
14. Sempere AP, Mola S, Medrano V, Esguevillas T, Costa C, Salazar V, et al. Epidemiología descriptiva de la asistencia neurológica ambulatoria en el área Vega Baja (Alicante). *Rev Neurol.* 2002;35:822–6.
15. Pérez-Carmona N, Sánchez-Pérez RM, Abellán-Miralles I, Díaz-Marín C. Asistencia neurológica ambulatoria en el área de la Marina Baixa, Alicante. *Rev Neurol.* 2004;39:607–13.
16. Fragos M, Aguilar-Barberà M. Análisis de una consulta de Neurología ambulatoria en el área de Rubí, Barcelona. *Rev Neurol.* 2006;42:58–9.
17. Huerta-Villanueva M, Baiges-Octavio JJ, Martín-Ozaeta G, Muñoz-Farjas E, Rubio-Borrego F. Evolución de la demanda de asistencia neurológica ambulatoria y patología atendida en la consulta de neurología de la región sanitaria de Tortosa. *Tarragona. Rev Neurol.* 2005;41:68–74.
18. López-Hernández N, Espinosa-Martínez J. Análisis descriptivo de la asistencia neurológica ambulatoria en Elche, Alicante. *Rev Neurol.* 2007;45:219–23.

19. López-Domínguez JM, Rojas-Marcos I, Sanz-Fernández G, Blanco-Ollero A, Robledo-Strauss A, Díaz-Espejo C. Análisis descriptivo de la demanda de asistencia neurológica en un área sanitaria de Huelva. *Rev Neurol.* 2007;44:527–30.
20. López-Pousa S, Monserrat-Vila S, Turró-Garriga O, Aguilar-Barberà M, Caja-López C, Vilalta-Franch J, et al. Análisis de la demanda asistencial neurológica generada por la atención primaria en un área geográfica de las comarcas de Girona. *Rev Neurol.* 2009;49:288–94.
21. Casado Martínez I. Análisis de los motivos de consulta en una consulta de Neurología de área en Asturias. *Neurología.* 2009;24:309–14.
22. Martín Santidrián MA, Jimenez M, Trejo G, Galán JM. Análisis descriptivo de la demanda asistencial neurológica ambulatoria en el área sanitaria de Burgos. *Neurología.* 2011;26:39–44.
23. Matías-Guiu J, Vílchez JJ, Martín R, Lago A, Catalá J, Morera J, por la Comisión de Análisis de la Calidad de la Sociedad Valenciana de Neurología. *Rev Neurol.* 1997;25:257–61.
24. Matías-Guiu J, Láinez JM, editores. *Gestión sanitaria y asistencia neurológica.* Barcelona: JR Prous editores; 1994.
25. Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*, número 274 de 18 de noviembre de 2009.
26. Decreto 51/2010, de 29 de julio, por el que se regula el ejercicio de la libertad de elección de médico de familia, pediatra y enfermero en Atención Primaria, y de hospital y médico en Atención Especializada en el Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*, número 189 de 9 de agosto del 2010.
27. Decreto 52/2010, de 29 de julio, por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria del Área Única de Salud de la Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*, número 189 de 9 de agosto del 2010.
28. Pineault R, Daveluy C. *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias.* Barcelona: Ed. Masson; 1989.
29. Escudero J, Cano M, Martínez Moreno I. Estudio comparativo entre la asistencia neurológica extrahospitalaria con el resto de especialidades médicas en el distrito sanitario de Xàtiva. *Rev Neurol.* 1994;22:432–4.
30. Martín R, Delgado JM, Gómez R, Puigcerver MT, Matías-Guiu J. La formación en neurología del médico general. Resultados de una encuesta realizada a 196 médicos de atención primaria. *Rev Neurol.* 1995;23:39–42.
31. Morera-Guitart J, Mas Servé MA, Mas Sesé G. Análisis de los pacientes no presentados a la consulta de neurología de La Marina Alta. *Rev Neurol.* 2002;34:701–5.
32. Íñiguez-Martínez C, Larrodé-Pellicer P, Mauri-Llerda JA, Santos S, Tejero-Juste C, López-García E, et al. Evaluación de los pacientes no presentados a las consultas de neurología. *Rev Neurol.* 2003;37:1104–6.