

**UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA
ESCUELA DE CIENCIAS NATURALES Y EXACTAS
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SOSTENIBLES**

TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

Percepción de insuficiente calidad de los servicios del primer y segundo nivel como causa determinante de búsqueda de atención por patologías no urgentes al Servicio de Emergencias del Hospital Calderón Guardia, en el primer trimestre del 2005.

Tutor: Dr. Guido Miranda Gutiérrez

Alumnos:

**Castro Segura Ramón.
Paredes Rodríguez Danny.**

Mayo, 2006.

Índice

INTRODUCCIÓN.....	iv
CAPÍTULO 1 MARCO CONTEXTUAL	
1.1 Antecedentes.....	1
1.2 Justificación.....	13
1.3 Delimitación y formulación del problema de investigación.....	14
1.4 Objetivos generales y específicos.....	15
CAPÍTULO 2 MARCO TEÓRICO	
2.1 Definiciones de consulta urgente y no urgente	17
2.2 Causas de consulta no urgente	20
2.3 Satisfacción de los usuarios con los servicios de salud.....	21
2.4 Calidad.....	22
2.5 Red de servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social.....	25
CAPÍTULO 3. MARCO METODOLÓGICO	
3.1 Tipo de investigación y área de estudio.....	30
3.2 Sujetos y fuentes de información.....	31
3.3 Selección de la muestra.....	31
3.4 Selección y aplicabilidad de técnicas de instrumentos.....	35
3.5 Cuadro de variables e indicadores.....	36
3.6 Plan de tabulación y análisis de la información.....	39
3.7 Alcances de la investigación / resultados esperados.....	41

CAPÍTULO 4. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

4.1 Características demográficas.....	42
4.2 Uso de los servicios de primer y segundo nivel de atención.....	48
4.3 Causa de consulta no urgente.....	52
4.4 Dotación de recursos en el primer y segundo nivel de atención.....	54
4.5 Opiniones de los usuarios entrevistados para mejorar servicios de primer y segundo nivel.....	60

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones.....	63
5.2 Recomendaciones.....	66

BIBLIOGRAFÍA.....	68
--------------------------	-----------

ANEXOS.....	71
--------------------	-----------

Índice de Cuadros y Gráficos

CUADROS Y GRÁFICOS	CONTENIDO	PÁGINAS
Cuadro 1 Gráfico 1	Consulta urgente y no urgente en los servicios de emergencias nacionales	4 y 5
Cuadro 2	Principales diagnósticos por causas no urgentes	6
Cuadro 3	Recursos del servicio de emergencias del HCG	11
Cuadro 4	Producción del servicio de emergencias de HCG	12
Cuadro 5	Atenciones en urgencias de enero a octubre de 2004 en el HCG	33
Cuadro 6	Operacionalización de las variables	36-37
Cuadro 7-11 Gráficos 7- 10	Características demográficas de la muestra	42- 44
Cuadros 12- 15 Gráficos 11- 12	Uso de los servicios del primer y segundo nivel de atención	48-50
Cuadro 16 Gráfico 13	Causas de consulta no urgente	52-53
Cuadro 17- 21 Gráfico 14- 18	Dotación de recursos en los servicios de primer y segundo nivel de atención	54-60
Cuadro 22 Grafico 19	Opiniones de los usuarios entrevistados para mejorar la calidad de los servicios	60-61

INTRODUCCIÓN

En la crisis económica actual la Caja Costarricense de Seguro Social enfrenta un gran reto para continuar otorgando la cobertura a la población, ya que cada vez con menos recursos, se debe atender a un mayor número de habitantes con problemas de salud, agravados por la contaminación del ambiente, violencia social y pobreza.

Entre los servicios de atención de salud a las personas que otorga la Caja Costarricense de Seguro Social, por su importancia se destacan tres tipos: atenciones de urgencia, consulta externa programada y hospitalizaciones. Difieren en cuanto al consumo de recursos y la estructura administrativa, por lo que su estudio requiere un análisis particular e independiente.

Los Servicios de Emergencias de la Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.) constituyen uno de los de mayor demanda de atenciones por año y es de los que generan, junto con las Unidades de Cuidados Intensivos, mayor consumo de recursos diagnósticos y terapéuticos. En todo el país se atienden en Servicios de Emergencias más de 3 millones de personas al año, con un alto número de pacientes para el personal de salud que les asiste (limitación de recurso humano). Además en la mayoría de establecimientos limitaciones de espacio físico y equipos.

En el 2003 en la C.C.S.S. se produjeron 3,734.397 atenciones en Servicios de Emergencias, de las cuales el 53,6% no eran portadores de patologías de verdadera urgencia, es decir 1,979.230 personas.¹ Dada la magnitud de este fenómeno, ¿Cuál es la repercusión de estas casi 2 millones de consultas no urgentes por año atendidas en Servicios de Emergencias cuando podían haber sido atendidos en Consulta Externa programada?

En el ámbito interno, el aumento de la demanda ocasiona saturación de los servicios de emergencias, así como un aumento de los costos por insumos y recurso humano. Con frecuencia la consulta en urgencias constituye un mecanismo para evadir la afiliación al sistema y conseguir exámenes y medicamentos sin ninguna contribución al sistema. En otros casos es una forma de expeditar la atención.

A consecuencia el sobrecargo de los servicios, se produce atraso por trámites de valoración administrativa previa de los consultantes, largas esperas, premura y superficialidad en la indagación de sus dolencias, que en conjunto lleva a enojo del usuario y pérdida de credibilidad en el sistema de atención.

Dadas las consecuencias negativas de la demanda excesiva o sobre-utilización de los Servicios de Emergencias, sería deseable poder reducir el número de consultas por causas no urgentes. La primera medida para implementar en la C.C.S.S. un plan correctivo es obtener información sobre las causas reales que determinan las consultas no urgentes.

Es necesario conocer que proporción de estas consultas no urgentes pudieron ser atendidas en Consulta Externa de los EBAIS o Clínicas; o mejor aún que cuáles son las razones que determinan el acudir a Servicios de Emergencias evadiendo la atención que recibirían en su EBAIS o Clínica de adscripción.

El presente estudio se realizó en un Servicio de Emergencias de un Hospital del tercer nivel de atención, con el fin de establecer las causas de las consultas no urgentes y qué proporción de estas se atribuye a una percepción del usuario de insuficiente calidad de los servicios de primer y segundo nivel de atención de las áreas adscritas.

CAPÍTULO 1. MARCO CONTEXTUAL

1.1 Antecedentes

1.1.1 Antecedentes Internacionales

La atención de usuarios que consultan a Servicios de Emergencias por patologías no urgentes es un problema significativo para la gestión de los recursos y que se ha reportado en aumento en diferentes países latinoamericanos.

Incluso en países desarrollados como los EEUU, ya se han hecho investigaciones de los costos que implica la atención de estos pacientes. El National Medical Expenditure Survey (NMES) de 1987 fue una encuesta realizada en cerca de 35.000 individuos de unos 14.000 hogares de los EE.UU. Los datos se utilizaron en diversos análisis subsecuentes. En 1994 por extrapolación, se compararon los costos de atención de patologías no urgentes (dermatológicas, infecciones de vías respiratorias superiores, gastroenteritis y otros) en dos escenarios: atención en emergencias y en consulta atención primaria.²

Según el National Medical Expenditure Survey (NMES) el costo de la primera visita en emergencias expresado en dólares de 1987 es de \$143; mientras que en otros sitios de atención (consulta atención primaria) el costo es de \$43. Los autores del estudio concluyen que a pesar de los sesgos potenciales del estudio (sesgo de severidad, errores de extrapolación), los costos relacionados con la primera visita de patologías no urgentes en emergencias están asociados a un incremento de tres veces comparados con los costos de otros escenarios. La diferencia principal se explica en parte por el empleo de recursos diagnósticos y terapéuticos excesivos.³

En un estudio realizado en Cuba en 1995, en el Hospital Luis Díaz Soto; se determinó un 32% (270 / 831) de consultas no urgentes y un 52,1% calificado como urgencia primaria (que pudo haber acudido a la clínica); en una muestra colectada en 4 días. Es decir se documentó sólo un 15% de atenciones que en realidad amerita atención en servicio de emergencias Se observó que en el grupo etáreo de mayores de 60 años, predominan las urgencias; en el grupo de 15 a 30 años predominan las urgencias primarias (menores) y las no urgencias. Curiosamente las no urgencias predominan en horario no laboral, y las emergencias viceversa. Los autores concluyen que este patrón evidencia un uso irracional de los servicios de emergencias ⁴

En un estudio desarrollado en el Hospital de Especialidades del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado de Puebla, México (ISSSTEP) en 1996, se determinó las cifras absolutas y porcentuales de urgencias verdaderas y no verdaderas ⁵. De 26,005 atenciones otorgadas se calificaron como urgencias verdaderas 9,333 (35.88%). Es decir, por cada atención valorada como urgencia verdadera se atendieron 1.78 calificadas como no urgentes ⁶

1.1.2 Antecedentes Nacionales

La Caja Costarricense de Seguro Social nace a la vida constitucional mediante la Ley No. 13 del 01 de Noviembre de 1941, la cual es reformada por la Ley No. 41 del 22 de Octubre de 1943. Inicialmente se constituía un seguro directo de trabajadores asalariados, pero a raíz de las políticas de inclusión familiar, universalización, integración hospitalaria y creación del sector salud en Costa Rica, iniciados en la CCSS desde 1953 y consolidados en la década de los ochenta, ocurrió un cambio del paradigma de cobertura que ha llevado a la obligatoriedad de atender a todo habitante del país

Uno de los primeros estudios nacionales del tema sobre el que se tiene referencia aparece inserto en un documento que data de 1965, del Departamento de Arquitectura Hospitalaria que analiza la necesidad de construcción de un nuevo servicio Emergencias del Hospital San Juan de Dios con base en un muestreo de pacientes realizado en la semana del 14 al 20 de enero de 1963. Se encontró que un porcentaje alto de los pacientes atendidos no son emergencias. Desde lunes a viernes sólo un 40% de los pacientes fueron verdaderas emergencias, mientras que el sábado y domingo esta cifra puede ser de hasta 85%. La mayoría de los casos atendidos fueron de carácter quirúrgico menor.⁷

En 1996, se realizó un estudio multicéntrico con el fin de analizar la utilización de los servicios de Emergencias de adultos del Valle Central y el medio de transporte utilizado. Involucró 6445 pacientes atendidos en Emergencias de los Hospitales Calderón Guardia, México y San Juan de Dios durante diez días seguidos: en cada hospital.⁸ Se categorizaron las atenciones en emergencias mayores (de un peligro potencial para la vida del consultante), emergencias menores (que no ponen peligro la vida del paciente) y códigos (la vida del paciente ya está en peligro en el momento de la atención y son necesarias maniobras urgentes para salvarlo). Se encontró que del total, 50,9% de las atenciones correspondieron a emergencias mayores, un 48.5% emergencias menores y sólo un 0.6% se clasificaron como códigos. En el H.C.G. hubo una proporción significativamente menor de emergencias menores que en los otros dos hospitales, para un 35% del total.

Desde 1980 cuando se introdujo el formulario 470-05-0420 en los Servicios de Emergencias, el Departamento de Estadística de la C.C.S.S. empezó a recolectar datos de la producción de estos servicios en el país. Como en dicho formulario -según los criterios de cada médico que resolvía la consulta- se debía consignar si la atención se consideraba una emergencia o no, también se ha conocido el comportamiento de esta proporción a través de los años.

Esta información está recopilada y comentada en los Anuarios Estadísticos, estadísticas generales de los Servicios de Atención en Salud, que se publican desde 1980. En el Cuadro 1 se anotan los datos reportados en cuatro años, para un lapso de siete años.

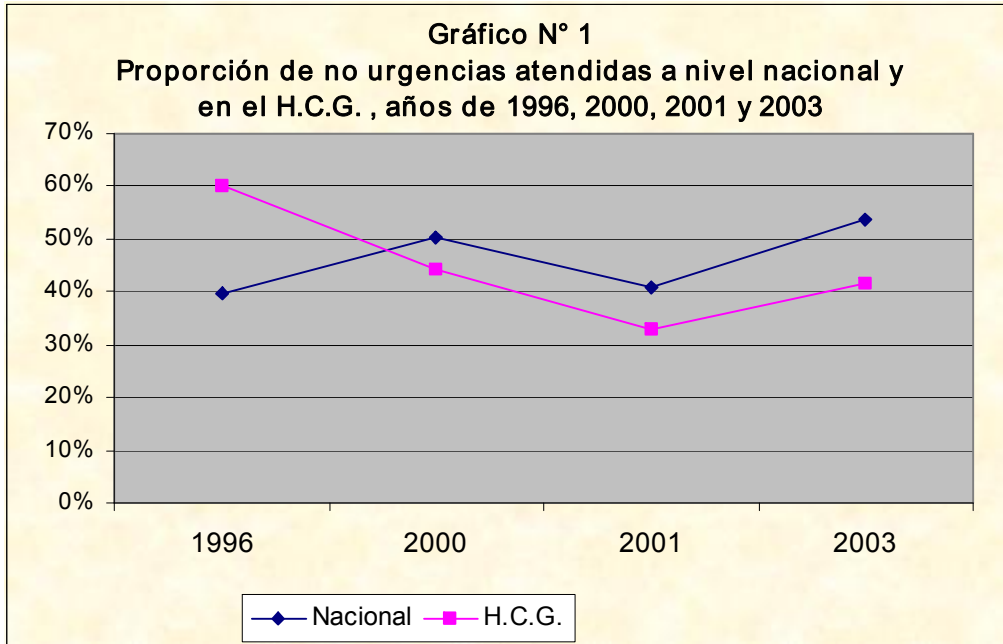
Cuadro N° 1. Consulta urgente y no urgente en los Servicios de Emergencias: promedio Nacional y del H.C.G. en 1996, 2000, 2001 y 2003

Año	Referencia	Urgencias		No Urgencias		Total
		Número	%	Número	%	
1996	Nacional	1.380.876	60,2%	912.938	39,8%	2.293.814
	H.C.G.	54.532	40,0%	81.799	60,0%	136.331
2000	Nacional	1.649.269	49,8%	1.663.831	50,2%	3.313.100
	H.C.G.	79.744	55,8%	63.147	44,2%	142.891
2001	Nacional	2.089.637	59,2%	1.439.335	40,8%	3.528.792
	H.C.G.	94.345	66,9%	46.657	33,1%	141.002
2003	Nacional	1.755.167	46,4%	1.979.230	53,6%	3.734.397
	H.C.G.	83,559	58,3%	59.823	41,7%	143.382

Fuente: Estudio de las características de los Usuarios del servicio de Urgencias; años 1996 y Anuarios Estadísticos 2000, 2001 y 2003

7

El porcentaje de atenciones no urgentes a Servicios de Emergencias a nivel nacional ha mostrado un comportamiento irregular a través de este periodo (1996-2003); pero resalta un preocupante aumento en el 2003 hasta llegar a un 53,6%. El H.C.G. mostró un descenso progresivo desde 1996 hasta el 2001, sólo para incrementarse en el 2003 (41,7%); pero por debajo del promedio nacional. Estos datos se expresan en el gráfico 1



Fuente: Estudio de las características de los Usuarios del servicio de Urgencias; años 1996 y Anuarios estadísticos 2000, 2001 y 2003

En la Tesis *Efectos de la desconcentración en la producción en el Servicio de Emergencias del Hospital de Guápiles de la Caja Costarricense de Seguro Social, durante el segundo semestre de los años 2001 y 2002*, presentada para la Maestría en Administración de Servicios de Salud Sostenibles de la UNED; se encontró para el segundo semestre del año 2001 un 42% de atenciones no urgentes de un total de 7,104 pacientes; y para el segundo semestre del año 2002 un 45% de atenciones no urgentes de un total de 8,053 pacientes. Este aumento de las consultas no urgentes, según los autores (Briceño & Martínez; 2004) no tiene relación con la desconcentración de los servicios, sino que forma parte del comportamiento promedio de las consultas no urgentes en la C.C.S.S. ⁹

A nivel institucional, promovidos por el Departamento de Estadísticas de Salud de la C.C.S.S., se han llevado a cabo dos encuestas nacionales intituladas Características de los Usuarios de los Servicios de Emergencias: La primera en 1996 y finalmente publicada en 1998 ¹⁰ y la segunda realizada y publicada en el 2001 ¹¹.

El objetivo de ambas encuestas fue conocer las características de los usuarios de los Servicios de emergencias de Áreas de Salud, Clínicas y Hospitales Nacionales. Los datos se obtuvieron de los espacios de codificación en la Fórmula 470-05-0420, que es la que ha establecido la institución como expediente de toda atención de urgencia.

Las características investigadas fueron edad, sexo, ocupación, condición de aseguramiento, nacionalidad, país de nacimiento, medio transporte, región, centro de adscripción, horario, causa de consulta y calidad de consulta ya sea urgentes o no urgente y disposición (alta, observación, etc) entre otros.

Los seis diagnósticos de consulta a urgencias más frecuentes no han variado en ambas encuestas: infecciones de las vías respiratorias, asma, otitis media, diarrea, dolor abdominal y dorsalgia. En todos estos padecimientos, se catalogó una proporción importante de casos como consultas no urgentes. Esta información se muestra en el Cuadro N° 2.

Cuadro N° 2. Principales diagnósticos por atenciones no urgentes en 1996 y en 2001, C.C.S.S.

Diagnóstico	1996			2001		
	TOTAL	No urgencias	% del total	TOTAL	No urgencias	% del total
INF.AG.VÍAS.R SUP	340.649	212.633	62,42	661.672	383.968	58,03
DIARREA	73.802	29.425	39,87	158.550	66.575	41,99
OTITIS MEDIA	59.143	33.002	55,80	101.165	56.268	55,62
DORSALGIA	59.319	35.603	60,02	93.326	47.195	50,57
ASMA	95.642	23.241	24,30	189.678	40.060	21,12
DOLOR ABDOMINAL	59.879	21.826	36,45	64.290	20.830	32,4

Fuente: Estudio de las características de los Usuarios del servicio de Urgencias; años 1996 y 2001

En el año 2001, hubo 661.672 atenciones por infecciones agudas de vías respiratorias superiores (ej, resfriado, rinitis, gripe) de las cuales un 58,03% no eran urgencias, es decir 383.968 casos. Como se considera un mal menor, del 41,97% de estas atenciones que son las que el médico consideró que eran urgencias, la mayoría pudieron ser atendidas en consulta externa o EBAIS. A juicio del médico tratante, casi el 42% de las diarreas no eran verdaderas urgencias, así como más del 39% de las faringitis agudas, más del 51% de las amigdalitis, el 58% de otras infecciones de las vías respiratorias superiores, el 57,8% de las gripes, el 55,6% de las otitis medias, el 50,6% de las dorsalgias, etc¹².

La encuesta de 2001 revela que un número significativo de personas acuden a emergencia por pediculosis (9.192 atenciones), micosis (14.187 atenciones), anemia (3.401 consultas), y otras causas que definitivamente se consideran enfermedades de atención y/o control en consulta externa regular.

En las encuestas realizadas tanto en 1996 como en el 2001 se investigó el número de atenciones otorgadas durante las 24 horas. Se constató que la mayoría de las "no urgencias" llega en el día. Esto es coherente con la hipótesis que estos pacientes han sido correctamente clasificados y que no tienen una emergencia verdadera.

En la encuesta de 1996 se obtuvo que el 2,9% de las atenciones de urgencias fueron de indocumentados, por lo que se atendían 34 nacionales por cada indocumentado. Este grupo está constituido por extranjeros con estado temporal en el país, turistas o trabajadores; pero todos sin documentos.

Dado que los extranjeros indocumentados no están interesados en que se les identifique y se ocultan de diversas maneras, en el 2001 se optó por preguntar el país de nacimiento, dato que está menos sujeto a ser falsificado, pero que incorpora erróneamente a los extranjeros nacionalizados.

No se pudo demostrar en las encuestas de 1996 y la del 2001 que la proporción de atenciones no urgentes sea mayor en extranjeros que en nacionales. Para la mayoría de patologías, y en la mayoría de centros de salud, incluso consultan más por padecimientos no urgentes más los asegurados nacionales que los extranjeros. En todo el país en el año 2001, los asegurados por Enfermedad y Maternidad tuvieron un 43% de consultas no urgentes, frente a un 34% de los extranjeros.

Según el Anuario Estadístico del 2003, el comportamiento de atenciones de urgencias por habitante es el indicador de consumo de servicios que más debe llamar la atención por su magnitud y continuo incremento, ya que las atenciones de urgencia en los servicios de salud de la C.C.S.S. han ido aumentando desde 0.32 por cada habitante en 1984, hasta 0.87 en 2001. Es un resultado no esperado en los planes de atención; su crecimiento parecía haberse detenido por fin, ya que en 2002 se mantuvo en 0.87; pero volvió a incrementarse a 0.90 en 2003 ¹³.

No se encontró investigaciones nacionales que relacionen las consultas por patologías no urgentes a Servicios de emergencias de un Hospital de Tercer Nivel con inadecuada calidad o cobertura de atención en servicios de salud en el primer nivel. En este sentido la investigación pretende ser novedosa y contribuir con metodología e información aplicable a otras unidades de trabajo de la institución.

1.1.3 Antecedentes Locales

En 1938, por iniciativa de doña Julia Fernández, esposa del presidente León Cortés, se inicia la construcción de la “Casa de la Madre y el Niño”, que pretendía darle asilo nocturno a las madres solteras, como una medida para combatir el abandono infantil. El proyecto de construcción queda detenida por el comienzo de

la 2da Guerra Mundial y por decisión del Dr. Mario Buján, Ministro de Salubridad del Gobierno del Presidente Calderón Guardia, se le traspasa la obra inconclusa al Seguro Social para que tenga su propio hospital.

El Hospital Dr. R. A. Calderón Guardia, inicia funciones el 1° de Noviembre de 1943, con el nombre de Policlínico del Seguro Social. En marzo de 1945 inicia el Servicio de internamiento con una capacidad para 200 camas y se le llamó Hospital Central. El 2 de Noviembre de 1972, se le cambió el nombre por el de Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, en honor al ex presidente de la Republica y principal impulsor de la Seguridad Social en Costa Rica ¹⁴.

La población de referencia del Hospital Dr. R. A. Calderón Guardia es de 1,259.707 habitantes, en un total de 344.577 viviendas ubicadas en el cantón Central, distritos El Carmen, Zapote, San Francisco y Catedral; cantones Montes de Oca, Curridabat, Goicoechea, Moravia, Vásquez de Coronado, Dota, Tarrazú y León Cortés, así como las provincias de Cartago y Limón.

Al Hospital Calderón Guardia (calificado como clase A), se encuentran adscritos varios hospitales regionales y clínicas periféricas:

Cuatro Hospitales Regionales:

Tony Facio, Max Peralta, William Allem, Guápiles

Cinco Clínicas Periféricas:

Central, Carlos Duran, Jiménez Núñez, Coronado, Siquirres.

Dos Áreas de Salud:

Montes de Oca y Curridabat , Goicoechea

En los Servicios de Hospitalización se tramitan cerca de 32000 egresos por año (incluida Cirugía Mayor Ambulatoria) y tiene una capacidad para atender 522 camas. En el servicio de Emergencias se atienden un promedio de 400 consultas diarias, un promedio de 143.000 al año. Hay que recordar que es el único hospital central que brinda servicio de Emergencias en Psiquiatría aparte del Hospital Nacional Psiquiátrico.

1.1.3.1 Cobertura, Producción y Organización del Servicio de Emergencias del Hospital Calderón Guardia.

A consecuencia de los apremiantes problemas de hacinamiento del servicio de Urgencias del Hospital Calderón Guardia, en el año 2000 se aprobó la construcción de un edificio que agruparía los servicios de Emergencias, Cuidados intensivo y Neurocirugía. Esta obra conocida como la Torre de Emergencias del H.C.G., tuvo un costo cercano a los 3 mil millones de colones; y cuenta con un área de 10 mil metros cuadrados organizados en cuatro pisos.

El Edificio se entregó en diciembre del 2002, pero tuvo que esperar hasta octubre de 2003 para iniciar funciones; debido a que había errores en la edificación; y la institución debió asumir su acondicionamiento. Aún así y por defecto en los ascensores se encuentran funcionando únicamente los primeros dos pisos correspondientes al área de emergencias. Los pisos tercero y cuarto de la Torre están vacíos; se espera que en el futuro, se instale la Unidad de Cuidados Intensivos y el área de Neurociencias.

A partir del 2004, en su nueva sede, el Servicio de Emergencias del Hospital Calderón Guardia, cuenta con los siguientes recursos de planta física y personal para llevar a cabo sus funciones:

Cuadro N° 3. RECURSOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL CALDERON GUARDIA	
Planta física: 1 consultorio de clasificación 3 consultorios de medicina 3 consultorio de cirugía 2 consultorios de ginecología 1 consultorio de psiquiatría 3 salas de cirugía menor 2 área de reanimación y trauma 1 área de inhaloterapia e hidratación 1 área de evaluación de dolor torácico 1 área de cuidado agudo con 10 camas 5 camas de aislamiento 3 áreas de observación con 62 camas en total 1 área de periferia con capacidad no predefinida para pacientes	Recurso humano (médicos) 4 médicos jefes de servicio 7 médicos asistentes especialistas 4 médicos asistente especialistas en horario no tradicional por día 1 médico psiquiatra 14 médicos asistentes generales 8- 10 residentes por día en horario no tradicional 8- 10 residentes por día en horario de guardia
	Recurso humano (enfermería) 1 jefe de área 41 auxiliares de enfermería 24 enfermeras profesionales 20 asistentes de pacientes 7 recepcionistas 4 secretarias 2 personal de teléfonos y comunicaciones por turno

Fuente: Compromisos de Gestión 2004. Servicio de Emergencias H.R.A.C.G.

1.1.3.2 Producción del Servicio de Emergencias

El propósito, objetivo y meta final de la institución está dirigido hacia el cliente domiciliario, ambulatorio y hospitalizado, por lo cual se establece la siguiente misión

“Ofrecer servicios de salud eficientes y humanizados para satisfacer al cliente, en armonía con los avances tecnológicos, promoviendo la investigación y educación continua para el desarrollo del personal a fin de mejorar la atención integral de la salud en el país”.¹⁵

Durante el año 2003 en el servicio de emergencias del H.C.G. se realizaron 143.382 atenciones para un promedio de 11.949 mensuales. Por la apertura de la Torre de emergencias hubo un crecimiento de un 9% con respecto al promedio mensual del 2003. Así en el primer semestre de 2004 se realizaron 79.367 atenciones, para un promedio de 13.227 mensuales. Esto proyectaría unas 158.734 atenciones en el 2004 ¹⁶.

La proporción de consultas por patologías no urgentes se muestra en aumento; en el año 2001 fue un 33%; en el año 2003, un 42% y en el primer semestre del 2004, un 44%. Si añadimos a estos datos un crecimiento del número del total consultas de 9% anual, en términos absolutos las consultas por patologías no urgentes se habrían incrementado en 11% en el último año.

Cuadro Nº 4. Producción del servicio de emergencias del H.RACG, meses del año 2004

Mes	Total atenciones	Consultas no urgentes
Enero	12680	5909
Febrero	12106	5196
Marzo	13346	6135
Abril	13368	5918
Mayo	14010	6028
Junio	13857	5888
Julio	13817	5345
Agosto	13600	5188
Setiembre	13746	5331
Octubre	12137	5966

Fuente: Departamento de Bioestadística del HCG. Noviembre 2004

1.2 Justificación

El presente trabajo se desarrolla en el Servicio de Emergencias del Hospital Calderón Guardia e intenta establecer las causas de las consultas no urgentes y qué proporción de estas se atribuye a una percepción del usuario de insuficiente calidad de los servicios del primer y segundo nivel de atención, utilizando para ello una muestra de pacientes durante el primer trimestre del 2005.

En la búsqueda de antecedentes no se encontró estudios sobre las causas de la consulta no urgente a servicios de emergencia nacionales o locales publicados. Por este motivo será importante el aporte de conocimiento actualizado sobre el tema, como fuente de referencia para análisis de desempeño de servicios de emergencias y como retroalimentación sobre las necesidades de los usuarios a las Áreas de Salud adscritas.

Como resultado de esta investigación podrá conocerse las causas internas y externas al usuario que motivan la consulta no urgente; lo que es importante porque permitirá conocer necesidades no satisfechas de la población y en que medida explican la proporción de consultas por patologías no urgentes.

Conocer la opinión del usuario de la calidad de los servicios del primer y segundo nivel atención; será una forma de encontrar propuestas que hagan más atractivos los servicios de salud que se brinda en atención primaria, fomentar la consulta en su centro de adscripción y de esta forma disminuir la sobrecarga de los servicios de emergencias por consultas no urgentes.

Para la investigación referida se cuenta con la anuencia y colaboración del Jefe de Servicio de Urgencias Médicas. Es una investigación, financiera, técnica y políticamente viable, en la cual se piensan utilizar los recursos e información disponibles. No se prevén conflictos de intereses ni problemas éticos en la investigación

Un estudio descriptivo y analítico sobre este tema es importante a nivel institucional, tanto para el Hospital Dr. Rafael Angel Calderón Guardia, como para otros hospitales tanto centrales como regionales, a los cuales serían extensibles sus resultados. La investigación se considera por estos motivos útil, oportuna, viable y factible.

Los resultados del presente estudio son importantes para un Gerente en Salud, en la toma de decisiones, ya que es más barato trasladar las atenciones no urgentes de un Servicio de Emergencias a una consulta programada, además del mejoramiento de la imagen institucional evitando la saturación del servicio y así otorgar una mejor atención a las verdaderas emergencias.

1.3 Delimitación y formulación del problema de investigación

1.3.1 Delimitación del problema

Los Servicios de Emergencias de los Hospitales de la CCSS constituyen uno de los de mayor demanda e impacto en la imagen institucional. Es origen asimismo de una gran cantidad de quejas de los usuarios en las contralorías locales y medios de comunicación. Uno de los problemas que enfrentan es el gran número de consultas por patologías no urgentes, que origina aumento de costos, retraso en atención de casos urgentes, saturación de los servicios, etc. Esta situación es compartida en todos los centros que prestan servicios de emergencias en la CCSS.

Se escoge un servicio de emergencias de un hospital de tercer nivel de atención con el fin de comprender mejor si el fenómeno de consultas no urgentes se puede explicar por una insuficiente calidad de los servicios de salud de los centros de adscripción, expresado en términos de la percepción del usuario.

1.3.2 Definición del problema

Se analizaron las causas de búsqueda de atención de pacientes con patologías no urgentes como problema que afecta la eficiencia de un servicio de emergencias. Se parte del hecho que reducir el número de atenciones por patología no urgentes va a disminuir el gasto, mejorar el tiempo de respuesta y la dirección de recursos para atender los casos más graves.

Se decide realizar el estudio en el nuevo Servicio de Emergencias del Hospital Calderón Guardia, en una muestra de pacientes que consultan por causas no urgentes en el primer trimestre del 2005. Se analizarán los motivos de las personas que aunque pueden ser atendidas en consulta externa, acuden a buscar atención en el servicio de Emergencias.

De mayor significado será determinar qué proporción de atenciones son atribuibles a una insuficiente calidad de los servicios de salud del primer y segundo nivel de las Áreas de salud adscritas al Hospital Calderón Guardia; expresando estos factores en términos de insatisfacción del usuario.

1.3.3 Formulación del problema

¿Es la percepción de insuficiente calidad de los servicios de atención del primer y segundo nivel de las áreas adscritas una causa determinante de búsqueda de atención por patologías no urgentes al Servicio de Emergencias del Hospital Calderón Guardia, en el primer trimestre del año 2005?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Identificar si la percepción de insuficiente calidad de los servicios de salud del primer y segundo nivel de las áreas adscritas es causa determinante de búsqueda

de atención por patologías no urgentes en el primer trimestre del 2005, en el H.C.G., con el propósito de racionalizar la utilización del Servicio de Emergencias.

1.4.2 Objetivos específicos.

1. Obtener las variables demográficas (edad, sexo, nacionalidad y condición de aseguramiento) de las personas que acuden por consultas no urgentes al Servicio de Emergencias del Hospital Calderón Guardia, para caracterizar a la muestra en estudio.

2. Identificar las causas de consultas no urgentes al Servicio de Emergencias del Hospital Calderón Guardia y determinar la proporción que se origina de una percepción de insuficiente calidad de los servicios de primer y segundo nivel de las áreas de adscripción, con el fin de formular recomendaciones para racionalizar la utilización del servicio.

3. Establecer el grado de calidad del trato de los de los servicios de atención de primer y segundo nivel de las áreas de adscripción, según la percepción del usuario que consulta por patologías no urgentes al Servicio de Emergencias del Hospital Calderón Guardia.

4. Determinar la percepción del usuario de la dotación de recursos médicos, calidad de instalaciones físicas, y funcionamiento de farmacia, laboratorio y rayos X en las Clínicas y Ebais de áreas de adscripción, con el fin de aproximar su opinión de la calidad de los servicios.

5. Identificar pacientes que han consultado previamente a su Centro de adscripción de primer o segundo nivel que consideran que su problema de salud no fue resuelto, con el fin de determinar la percepción del usuario de la resolutivez de los servicios de primer y segundo nivel de atención.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

Se inicia con la revisión de las definiciones de consulta urgente y no urgente. Como se verá no existe una definición generalmente aceptada o aplicada de lo que es consulta no urgente. En la práctica es dependiente de criterios subjetivos médico y la opinión del paciente.

Posteriormente se revisará la variable secundaria que es la satisfacción del usuario con los servicios de salud que recibe por parte de los centros de atención primaria de adscripción. Se propone obtener la percepción del paciente de la calidad y cobertura que le brindan en el EBAIS o la Clínica de su área de atracción.

2.1 Definiciones de la consulta urgente y no urgente

En términos generales urgencia es toda situación que, desde el punto de vista médico, plantea una amenaza inminente para la vida o salud de una persona. A pesar de la simplicidad aparente de la definición existen dos consideraciones que cuestionan la validez u operatividad de la misma:

- a) Una situación puede ser sentida como urgencia por el consultante, pero desde el punto de vista médico no tiene ese carácter: ejemplo una infección respiratoria superior, un dolor de muelas.
- b) Existe un espectro de gravedad entre la sintomatología y la realidad orgánica del padecimiento que requiere la evaluación médica. Algunas condiciones pueden esperar a consulta externa, otras deberían evaluarse inmediatamente. No todas son urgencias, pero el juicio clínico del médico que lo evalúa es subjetivo y también variable.

Veamos primero la definición de urgencia vigente en los estudios de la Seguridad Social de nuestro país:

“Se define como "urgencia" toda atención inmediata, no programada, brindada a un paciente no hospitalizado ni con cita previa, en cualquier instante de las veinticuatro horas del día de cualquier día, por justificarlo así su aparente grave estado de salud, ya que de acuerdo con el sentir del paciente o de sus acompañantes o del médico que lo refiere, esta en serio peligro su vida o integridad física”¹⁷

Como es destacable la definición utilizada actualmente en la C.C.S.S. considera urgencia no sólo las situaciones médicamente consideradas graves sino también las que el paciente o sus familiares consideran como tales. Desde ese punto de vista habría que aceptar como consulta urgente (por su componente subjetivo) muchas atenciones que realmente podrían esperar o ser atendidas a nivel primario. Sin embargo la situación psicológica creada por la sintomatología puede volverse prioritaria.

En el sistema de Salud Cubano se han definido diferentes tipos de urgencias según su gravedad. Se transcriben textualmente: las definiciones para preservar su significado:

“a) Emergencia o urgencia de primera prioridad: Todo problema patológico agudo, que comprometa la vida del paciente, algún órgano o parte esencial de su organismo con riesgo real o potencial, que requiera medidas o condiciones de sostén inmediatas.

*b) Urgencia de segunda prioridad:
Contempla problemas patológicos que, de acuerdo con la evolución de su gravedad, podrían poner en peligro, en tiempo mediato la vida del paciente.*

c) Urgencia menor o de tercera prioridad:

Problema patológico que, siguiendo el curso de su evolución, no pondría en peligro la vida del paciente en tiempo inmediato ni mediato, aunque pudiera peligrar a partir de complicaciones.

La llamada no urgencia se refiere a un problema patológico crónico sin crisis de agudización que precisa atención médica no englobada en las definiciones anteriores al no ofrecer, la terapéutica inicial de urgencia, cambios significativos en su evolución, por lo que pudiera esperarse el curso de 24-48 h para ser tratados por su Médico de Familia.

No obstante, desde el punto de vista del paciente, algunas son consideradas como urgencias sentidas o subjetivas.¹⁸”

En el estudio de Fajardo & Ramírez del Hospital de Especialidades del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado de Puebla (ISSSTEP) en 1996; para decidir si una atención era una urgencia verdadera o no verdadera, se recurrió a la siguiente definición de carácter operativo:

“Urgencia verdadera es la atención médica proporcionada en el servicio de urgencias, después de otorgarse la misma, el usuario por indicaciones médicas debió permanecer en el hospital¹⁹”.

En el presente trabajo se utilizará la definición de no urgencia vigente en la Caja Costarricense de Seguro Social. Esto significa desde el punto de vista operativo, que se considera consulta no urgente, aquella que luego de la valoración médica en el formulario de atención 470-05-0420, se califica como no urgente.

2.2 Causas de consulta no urgente

Hay dos formas de interpretar el término de causa de consulta no urgente: (a) causa como el diagnóstico cuyos síntomas originan la atención, ejemplo infección urinaria; (b) causa como el motivo que impulsa al usuario a evadir la consulta externa para solicitar la atención en urgencias. En el presente trabajo se utilizará la segunda acepción del término.

Para fines del estudio, se va aceptar que el usuario es consciente de que su problema no es de la gravedad suficiente para requerir un servicio de urgencias hospitalario. Por otro lado, si el usuario considera su caso realmente urgente, no habría justificación para indagar porqué no ha acudido a los servicios de consulta externa.

En las encuestas nacionales de 1996 y la del 2001 se trató de correlacionar las atenciones no urgentes con variables como nacionalidad, lugar de nacimiento, condición de aseguramiento, medio de transporte, hora de consulta, grupo étnico, entre otras. No se pudo demostrar que alguna categoría de estas variables fuera más frecuente en las personas cuya atención se catalogó como no urgente.

No se encontró investigaciones publicadas que indaguen específicamente sobre los motivos de los usuarios de búsqueda atención por patologías no urgentes a algún servicio de emergencias de la C.C.S.S. No se han hecho entrevistas ni encuestas a este grupo de usuarios, por lo que no se conoce su opinión.

Luego de revisar los estudios antes descritos y según la opinión de algunos médicos consultados que trabajan en servicios de emergencias, los autores han formulado algunas hipótesis de los motivos de consulta no urgentes. Se han clasificado como factores internos (dependen de preferencias del usuario) o factores externos (dependen de los servicios de consulta externa o emergencias de las clínicas de apoyo).

Factores internos al usuario que explican las consultas no urgentes

- Justificación para ausentarse del trabajo
- Evasión de la validación de derechos
- Comodidad del usuario.
- Conveniencia de horarios: puede ser accesado las 24 horas del día

Factores externos al usuario que explican las consultas no urgentes

- Disminución de la capacidad de EBAIS de atención de consultas de morbilidad
- Insatisfacción del usuario con los servicios del EBAIS o clínica de adscripción
- Seguimiento inadecuado de los casos en otros niveles del sistema
- Plétora en otros servicios de emergencias
- Expectativas del usuario sobre el tercer nivel: mayor precisión diagnóstica, mejores tratamientos, posibilidades de estudios complementarios sin demora entre otros

Si bien ambos factores son importantes desde un punto de vista práctico, se dará énfasis en este estudio a los factores externos, es decir los que tienen que ver con el funcionamiento de la red de servicios de los centros de adscripción, principalmente consulta externa de las clínicas y EBAIS. Se postula entonces, que un factor que puede explicar la afluencia de personas por patologías no urgentes a un servicio de emergencias, es la insatisfacción con los servicios de salud que recibe de los centros de adscripción. Por este motivo se estudiará la importancia de la satisfacción del usuario y su relación con la calidad de los servicios.

2.3 Satisfacción del usuario con los servicios de salud

Medir la satisfacción del usuario, ha sido un instrumento muy utilizado en la evaluación de la calidad de servicios prestados a clientes. Ya que las instituciones

del Sector Salud han incorporado nuevas formas de prestación de servicios, se ha identificado la prioridad de mejorar la calidad de los servicios orientado a la satisfacción del usuario, de acuerdo a sus expectativas, necesidades y según las posibilidades de cada institución.

2.4 Calidad

El término calidad es usualmente utilizado para calificar algo entre lo bueno y lo malo. Se puede hablar de calidad en términos absolutos o relativos, de manera que la calidad absoluta es aquella que relaciona la concordancia entre lo que planea la organización y el producto finalmente obtenido y la relativa entre el producto o servicio y el fin para el cual fue creado.

Entre el enfoque de la calidad relativa, algunos autores, manifiestan que la calidad se refiere al nivel de excelencia que una empresa alcanza para satisfacer a su clientela clave.

Se entiende que la clientela clave es aquella que por sus expectativas, impone a la organización el nivel de servicio que debe ofrecer. El servicio es el conjunto de prestaciones que el cliente espera.

Para efectos de este trabajo se va a entender por calidad como:

“ El conjunto de aspiraciones de los individuos que tienden hacia el bien común, respaldadas por los factores económicos, políticos, sociales y culturales, de tal forma que se logre la superación del nivel de vida del individuo, dentro del marco de la responsabilidad conjunta y las normas instituciones y democráticas de la comunidad.²⁰”

En cuanto a la calidad absoluta, se describe como:

“La calidad es el grado de conformidad, similitud o concordancia entre dos situaciones: la situación que ocurre en la realidad o situación estudiada, versus la situación deseable a ocurre y que ha sido predefinida en el estándar o la norma²¹”.

La calidad en una empresa importante porque le permite gozar de reputación por la misma calidad de sus productos, crea mayores expectativas a los clientes en cuanto a precio y la calidad misma y le permite mantenerse en el mercado cada vez más competente, disminuyendo los costos de operación. La no satisfacción de los objetivos de calidad puede traer como consecuencia altos costos de operación para la organización y para los clientes mismos²²”.

Un servicio para que sea eficiente, debe satisfacer competitivamente una necesidad bien definida, con miras a satisfacer las expectativas de los clientes. Esta satisfacción de los clientes debe ser la motivación principal de la organización y el objetivo más importante de todos sus miembros. Entonces dentro de la organización es menester la existencia de una política de calidad respaldada por la gerencia²³”.

Existen algunos factores clave para la gestión de calidad. Dentro de estos se destacan los siguientes:

- Una estrategia de servicio: Esta estrategia debe considerar los objetivos, la imagen que se desea proyectar con el servicio, el servicio y las especificaciones de calidad que se ofrezcan.
- Compromiso del personal con el servicio: Incluye las áreas de gerencia y organización, motivación, capacitación la buena comunicación, la orientación de servicio en la descripción de los trabajos y la confianza con los clientes y los prestadores.

- **Sistemas con orientación a los servicios:** Se trata de que los sistemas de atención trabajen en función del usuario y no solamente en función de la organización, es decir que haya un acercamiento sistemático a la entrega de un servicio tan bueno como a las funciones que se realizan.

Estos tres factores, están interrelacionados siempre, en función de los clientes. Es importante que se considere además la autoevaluación constante, de manera que sea posible mantener estas orientaciones y que adaptar a las nuevas necesidades de cambio.

En el sector salud, el servicio se produce como resultado de un intercambio o transacción entre seres humanos: por un lado están quienes sienten la necesidad de un servicio y lo demandan (el usuario) y por el otro lado, quienes tratan de satisfacerla (funcionarios de salud).

Actualmente los Sistemas de Salud en Latinoamérica enfrentan la necesidad de modificar sus estrategias a fin de optimizar recursos y elevar la calidad y calidez de sus servicios. Las grandes instituciones proponen modificar el modelo de atención tradicional con el fin de ofrecer un servicio médico de más calidad.

Calidad en la atención se define como el logro de los mayores beneficios posible de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente, considerando los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y la relación que se establece entre el proveedor del servicio y el receptor del mismo²⁴

En salud, la calidad de los servicios se basa en seis elementos fundamentales:

1. La posibilidad de elección de métodos.
2. La competencia técnica de los proveedores.
3. La información al cliente.

4. Las relaciones interpersonales cliente/ proveedor.
5. La aceptabilidad de los servicios
6. El ordenamiento de los servicios.

La modernización del Sector Salud ha generado importantes cambios en la relaciones internas y externas de las instituciones y en los roles específicos de los actores sociales, lo cual afecta directa o indirectamente la calidad de los servicios del sector y con ello la satisfacción de los clientes mismos.

En Costa Rica se ha establecido que el monitoreo del grado de satisfacción del cliente y la calidad de los servicios brindados ayuda a elevar los índices de humanización de la atención (calidez en el trato), en la prestación de los servicios de salud. Una forma muy utilizada para investigar la calidad la constituye las encuestas de satisfacción de los usuarios.²⁵

Se define la Calidad Total como una filosofía de actuación dentro de la Caja Costarricense de Seguro Social, entendida como un proceso sistémico, permanente y de mejoramiento continuo, que involucra a toda la organización en la búsqueda y aplicación de formas de trabajo creativas e innovadoras, de alto valor agregado, que superen las necesidades y expectativas del cliente y la comunidad en la cobertura, entrega e impacto de los servicios de salud y pensiones, elementos fundamentales de la Seguridad Social costarricense.²⁶

2.5 Red de servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social.

De acuerdo con su clasificación, cada uno de los establecimientos de salud de la CCSS tendría un modelo de complejidad bajo el cual deberá funcionar en lo que corresponda, de acuerdo con la siguiente estructura:

1.- Servicios Finales:

- a) Ambulatorios
- b) Hospitalización
- c) Emergencias

2.- Equipo:

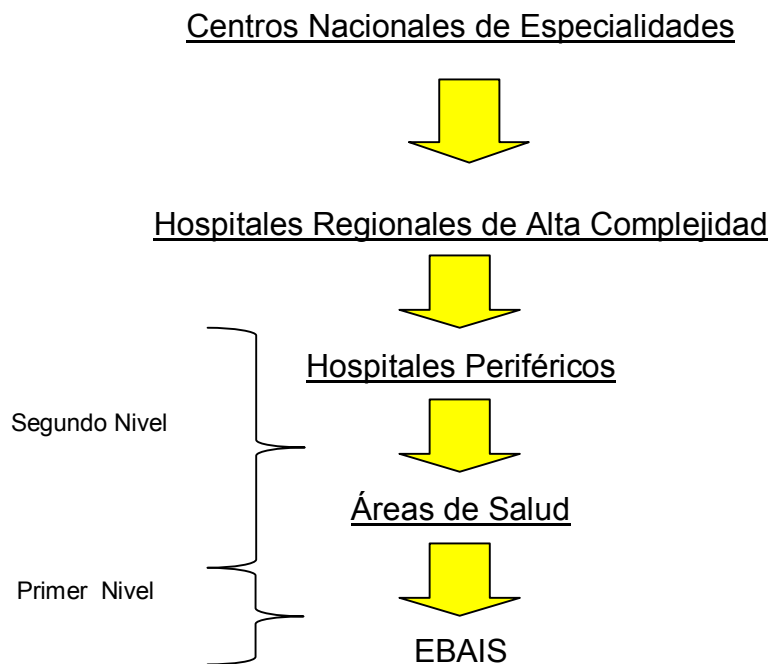
- a) Servicios Ambulatorios
- b) Servicios de Hospitalización
- c) Servicios de Emergencias
- d) Bloque Quirúrgico

3.- Servicios Auxiliares

4.- Servicios Administrativos

5.- Servicios Generales

El modelo de complejidad según nivel de atención de los establecimientos es el siguiente²⁷:



Entonces, el nivel de atención denota los objetivos y características de la atención en los diferentes establecimientos que componen el sistema de servicios de salud de la CCSS. Mientras que complejidad se define como el grado de diferenciación de las tareas que integran la actividad global de un establecimiento y el grado de desarrollo alcanzado por el mismo.

Los elementos de la complejidad son: el grado de diferenciación de los servicios finales, intermedios y administrativos; el nivel de capacitación y especialización del recurso humano, y el equipamiento. El nivel de complejidad define la capacidad de resolución de un establecimiento.

Los niveles de atención definidos para el país, se describen a continuación:

- *Nivel primario:* tiene la responsabilidad de ejecutar prioritariamente, acciones de promoción de la salud de prevención de la enfermedad y de asistencia sanitaria básica. Las acciones que se ejecutan se encuentran normadas en el documento “Normas de Atención Integral de Salud: primer nivel de atención”. Los responsables de la ejecución de las acciones son los equipos básicos de atención integral en salud (EBAIS) existentes en todo el país.
- *Nivel secundario:* tiene como responsabilidad la ejecución de acciones de atención ambulatoria y hospitalaria especializada, relacionada con la situación epidemiológica presente en general en el país, pero con capacidad de resolución suficiente para enfrentar dicha situación epidemiológica. Los responsables de la ejecución de las acciones que corresponden a este nivel son las sedes de área de salud que incluyen a las clínicas de todo el país y los hospitales periféricos. Las áreas de salud adecuarán su complejidad, según sea la cantidad de población a atender. Áreas con mayor población de influencia deben contar con una mayor

capacidad administrativa. Igualmente, áreas de zonas muy alejadas con pobres vías de comunicación, deben contar con mayor complejidad. Desde esta perspectiva, deben visualizarse también los hospitales periféricos.

- *Nivel terciario:* en él se ejecutan acciones de atención ambulatoria y hospitalaria especializada y altamente especializada. Son responsables de su ejecución los hospitales regionales generales de alta complejidad y los centros nacionales de especialidades.

A continuación se describen los establecimientos hospitalarios mencionados:

- *Hospitales Periféricos:* hospitales pertenecientes al segundo nivel de atención del sistema de salud, encargados de los servicios ambulatorios y hospitalarios de mediana complejidad relacionados con las especialidades que permiten enfrentar la patología prevalente en el país (Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría, Gineco-obstetricia, Psiquiatría, Geriatria, Urología, Dermatología-alergología, Neumología, Gastroenterología, Infectología, y Otorrinolaringología). En situaciones particulares, como las de las zonas con poblaciones pequeñas, y en las que ya existen establecimientos hospitalarios, debe adecuarse la complejidad a estas circunstancias, diferenciándolos de sus “iguales”.
- *Hospitales Regionales Generales de Alta Complejidad:* hospitales generales de referencia de mayor complejidad dentro de la red regional de servicios de salud.
- *Centros Nacionales de Especialidades:* centros hospitalarios generales y especializados que poseen la mayor complejidad del sistema de salud costarricense. Son los hospitales de referencia nacional por excelencia para las siguientes especialidades: nefrología, oncología, oftalmología,

inmunología, genética, cirugía reconstructiva y medicina nuclear. Cuentan además con infraestructura dirigida a todas las especialidades necesarias para brindar atención a la población de acceso directo a servicios de hospitalización de su área de influencia. En este grupo se identifica el Hospital Calderón Guardia.

CAPITULO 3. MARCO METODÓLOGICO

3.1. Tipo de Investigación y Área de estudio.

3.1.1. Tipo de Investigación

El presente trabajo es retro-prospectivo, toma información histórica y transversal porque la captación de información se realiza a partir de un momento dado en el servicio de emergencias del Hospital Dr. Rafael Calderón Guardia y en un período de tiempo concreto.

Es un trabajo descriptivo, porque recoge datos y opiniones del usuario. Es analítico, ya que pretende asociar las causas de atenciones no urgentes con la percepción de inadecuada calidad del primer y segundo nivel de atención del área de atracción del Hospital Calderón Guardia.

3.1.2. Área de Estudio.

El estudio se desarrolló en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, en el servicio de emergencias médicas. Se escoge este, porque las emergencias quirúrgicas y gineco-obstétricas tienen menor porcentaje de consulta no urgente y van a requerir servicios hospitalarios como sala de operaciones y de partos. Las consultas de emergencias médicas utilizan recursos que son generalmente accesibles en otros niveles para el control de patologías no urgentes.

3.2. Sujetos y fuentes de información.

3.2.1 Sujetos.

Son todas aquellas personas que consultan en el servicio de emergencias médicas del Hospital Calderón Guardia y que el médico en consulta de “choque” lo califica como no urgente; y así se hace constar en el formulario No. 470-05-0420; en la casilla que existe para tal efecto.

3.2.2. Fuentes de información.

- a) Hoja de valoración de emergencias, formulario No. 470-05-0420.
- b) Personas que consultan en el Servicio de Emergencias del Hospital Calderón Guardia.

3.3 Selección de la muestra.

Para llevar a cabo la medición de las causas de las consultas no urgentes del servicio de emergencias del Hospital Calderón Guardia, se seleccionó por un muestreo probabilístico, el tiempo comprendido en una semana tipo, que representa fielmente las atenciones de consultas no urgentes en cualquier semana del año, que no estuviera afectada por ningún elemento adverso, tal como: días feriados, días libres o de fiesta, huelgas u otros, bajo criterios estadísticos preestablecidos.

3.3.1 Método para determinar el tamaño de la muestra

Diseño de la Muestra.

Para la determinación de la muestra ha sido necesario tener presente, la especificación de su base, tamaño y error, que nos permita de modo concreto de la elección el tamaño de la muestra adecuada, de tal manera que logremos analizar los objetivos de la investigación con el mínimo sesgo de error.

Por tratarse de una población limitada menor de 100.000, se ha pensado en un muestreo probalístico, en un tiempo específico. Es una investigación de tipo causal, porque determinar las causas que han dado lugar a las variables dependientes y precisar los efectos producidos por variables independientes.

Tamaño de la Muestra:

Una de las condiciones esenciales de la muestra es que constituya una porción del universo. Sin embargo, no basta cualquier parte de la población, si ésta no es totalmente homogénea, para formar una muestra, sino que aquélla ha de constar de un número suficiente de elementos, elegidos al azar, tal que proporcione una seguridad estadística de que los resultados que se obtengan de ella, puedan, dentro de los límites estimados, representar realmente al universo. Esto significa que el tamaño ha de alcanzar determinadas proporciones mínimas, fijadas estadísticamente, según las leyes de la probabilidad, límite que no conviene sobrepasar por razones de ahorro de tiempo, costo y esfuerzos. Las fórmulas del tamaño de la muestra dependen del tipo de universo, finito o infinito, del nivel de confianza, del error muestral y de la varianza.

La siguiente investigación tiene un universo finito, con el un nivel de confianza del 95%.

Tamaño de la población.

En la investigación científica, es el conjunto de elementos de la misma especie que forman la realidad que se pretende estudiar en una investigación científica, en este caso se trabajará con una población finita, por ser menor de 100.000 unidades.

Extrapolando datos del año 2004 (ver cuadro n° 5) se determinó que la población la constituyen 56.904 atenciones no urgentes, para el período indicado, obteniéndose como promedio mensual 5500 consultas no urgentes.

Cuadro N° 5 Población finita, producción del servicio de emergencias del H.RA.CG meses de enero a octubre año 2004

Mes	Total atenciones	Consultas no urgentes
Enero	12680	5909
Febrero	12106	5196
Marzo	13346	6135
Abril	13368	5918
Mayo	14010	6028
Junio	13857	5888
Julio	13817	5345
Agosto	13600	5188
Setiembre	13746	5331
Octubre	12137	5966
TOTAL	132667	56904
PROMEDIO	13266	5500

Fuente: Departamento de Bioestadística del HCG. Noviembre 2004

Para calcular el número de elementos que conforman la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{4 N (p q)}{E^2 (N-1) * 4 p q}$$

Donde:

N- tamaño de la población

n- tamaño de la muestra.

p- Probabilidad de fracaso

q- Probabilidad de éxito.

E- Probabilidad de error.

Aplicando las fórmulas se obtuvieron los siguientes resultados.

$$n = \frac{4 N (0.05 * 0.05)}{E^2 (N-1) * 4 (0.25)}$$

$$n = \frac{4 * 5500 (0.05 * 0.05)}{(0.075 * 0.075) * (5500-1) (4 * 0.25)}$$

$$n = \frac{22000 (0.25)}{(0.005625) * (5549) (1)}$$

$$n = \frac{5500}{31.0744}$$

$$n = 176.99$$

n= 177

Donde:

N= Población = 5500
p= % de No. =0.5
q= % de Si. =0.5
E= Exactitud. =0.075

Habiendo aplicado la fórmula para extraer la muestra y teniendo como base el promedio mensual, se obtuvo como resultado 177 personas a las cuales se les debe aplicar la encuesta (tamaño de la muestra).

Acorde con esto se tomó una muestra de 177 usuarios de las consultas médicas no urgentes atendidas durante la semana del domingo 7 al sábado 12 de Marzo del año 2005.

3.4 Selección y aplicabilidad de técnicas de instrumentos.

3.4.1 La Entrevista.

Las entrevistas se aplicaron a una muestra representativa de las personas que son atendidas en el Servicio de Emergencias del Hospital Calderón Guardia y que según criterio médico anotado en la hoja de valoración no son urgencias, en la semana del domingo 7 al sábado 12 de Marzo del año 2005.

Las entrevistas se aplicaron en forma directa por los responsables del trabajo, con el objeto de obtener la información de manera veraz y oportuna. Se aseguró que cada persona entendiera de la misma manera cada pregunta, explicando el contenido a cada encuestado. La entrevista se tomó con un horario de 6 AM a 10 PM, ya que en ese período se produce el mayor número de atenciones en el Servicio de Emergencias.

Otra razón que justifica la aplicación directa de los cuestionarios, es que por experiencia previa se había determinado que existía poca motivación para llenar los cuestionarios, ya que requieren de un instructivo y no reflejan un beneficio tácito para el encuestado.

El instrumento de la entrevista consta de 8 preguntas cerradas y 3 abiertas para posibilitar la expresión de los usuarios y poder medir con mayor objetividad los datos. Ver en el Anexo N°1 el Instrumento de recolección de datos.

3.5 Cuadro de variables e indicadores

El objetivo general del estudio es identificar si la percepción de insuficiente calidad de los servicios de salud del primer y segundo nivel de las áreas adscritas es causa determinante de búsqueda de atención por patologías no urgentes en el primer trimestre del 2005, en el H.C.G., con el propósito de racionalizar la utilización del Servicio de Emergencias.

En base al objetivo se formulan las siguientes variables:

1. Independientes:

- a. Variables demográficas:
 - i. Edad
 - ii. Sexo
 - iii. Nacionalidad,
 - iv. Condición de aseguramiento
- b. Percepción de la dotación de recursos y calidad del trato
 - i. Dotación de médicos,
 - ii. Instalaciones físicas
 - iii. Recurso de farmacia,
 - iv. Recurso de laboratorio

v. Recurso de Rayos X

2. Dependientes

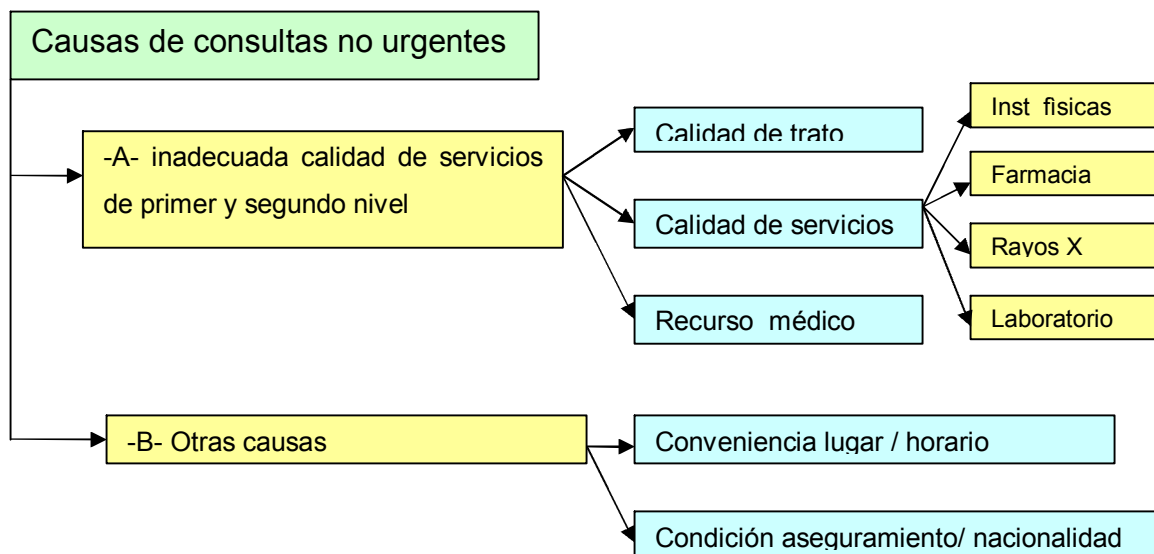
- a. Causas de consultas no urgentes por inadecuada calidad de servicios de primer y segundo nivel (Causas A)
- b. Otras causas de consulta no urgente (Causas B)

Cuadro N° 6. Operacionalización de las variables

Objetivo específico	Variable	Dimensión	Definición conceptual	Definición Instrumental
1. Obtener las variables demográficas (edad, sexo, nacionalidad y condición de aseguramiento) de las personas que acuden por consultas no urgentes al Servicio de Emergencias del Hospital Calderón Guardia, para caracterizar a la muestra en estudio	-Edad -Sexo - Nacionalidad - Condición de aseguramiento	Demográfica	Características de los usuarios que consultan por patologías no urgentes a servicio de emergencias	-Edad <ul style="list-style-type: none"> • Grupo etario -Sexo <ul style="list-style-type: none"> • Masculino/ femenino -Nacionalidad <ul style="list-style-type: none"> • Costarricense • Extranjero - Condición de aseguramiento <ul style="list-style-type: none"> • Cotizante • No cotizante
2. Identificar las causas de consultas no urgentes al Servicio de Emergencias del Hospital Calderón Guardia, para determinar la proporción que se origina de una percepción de insuficiente calidad del primer y segundo nivel de atención.	Causas de consultas no urgentes	Clasificación de causas consultas no urgentes.	CAUSAS --A- Causas atribuibles a baja calidad de servicios del primer y segundo nivel de atención CAUSAS --B- Otras causas	CAUSAS – A-- -Rapidez de la atención -Falta de cupo en la consulta de la Clínica o EBAIS -Mejor trato en el hospital -Posibilidad de realización de exámenes y placas -Mayor confianza en los médicos del hospital CAUSAS —B- -Facilidad por el horario -Facilidad por la cercanía -no portar los documentos necesarios

Objetivo específico	Variable	Dimensión	Definición conceptual	-Otras razones Definición instrumental
3. Establecer el grado de calidad del trato de los servicios de atención del primer y segundo nivel según la percepción del usuario que consulta por patologías no urgentes al servicio de emergencias del Hospital Calderón Guardia	Calidad del trato	Grado de satisfacción del cliente por el servicio recibido en primer y segundo nivel de atención	Adecuada calidad del trato - excelente - muy bueno - bueno Inadecuada calidad de trato -regular - malo - muy malo	a) Excelente. b) Muy bueno c) Bueno d)Regular d) Malo
4. Determinar la percepción del usuario de la dotación de recursos médicos, calidad de instalaciones físicas, y funcionamiento de farmacia, laboratorio y rayos X en las Clínicas y Ebais de áreas de adscripción, con el fin de aproximar su opinión de la calidad de los servicios.	Percepción de los recursos de las áreas de adscripción	-Recursos humanos -Instalaciones físicas -Servicios * Farmacia * Laboratorio * Rayos X	Existencia y/o calidad de recursos humanos, instalaciones físicas, servicios de farmacia, laboratorio, rayos X	Respuesta negativa o afirmativa a existencia y/o calidad del recurso o servicio respectivo
5. Identificar pacientes que han consultado previamente a su Centro de adscripción de primer o segundo nivel que consideran que su problema de salud	Resolución de síntomas que originan la consulta	Resolutividad	Percepción de la resolución de problema de salud en el primer y segundo nivel	Porcentaje de pacientes que han consultado previamente a su Centro de adscripción de primer o segundo nivel y que consideran que su problema de salud

RESUMEN DE LA OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES



3.6 Plan de tabulación y análisis de la información.

Se realizó una visita al servicio de emergencias objeto de estudio, para el proceso de coordinación y a fin de determinar la aplicabilidad de los instrumentos de trabajo, con base en la observación realizada.

Se exploró la teoría acerca de los servicios de emergencia y las causas de las atenciones de consultas no urgentes en el hospital objeto de estudio para la elaboración del diseño de la investigación.

Se observó el proceso de recepción y atención de consultas médicas no urgentes durante una semana en el servicio de emergencias del Hospital Calderón Guardia. Se aplicó el instrumento de recolección de datos a 177 consultantes a Emergencias Médicas del Hospital R.A. Calderón Guardia, durante la semana del 7 al 12 de marzo del 2005. Se concentró las encuestas en el primer y segundo

turno de trabajo (entre 6 am y 10 pm) ya que en ese período se produce el mayor número de atenciones en Emergencias.

Se consultó a Servicio de Bioestadística de ese hospital con el fin de conocer la proporción de pacientes atendidos por consultas no urgentes durante la semana del estudio. Resultó en promedio un 38,2% de no urgencias²⁸, al compararlo con la tendencia del 2004 (41%). Se considera una semana típica ya que la proporción de no urgencias según el departamento de estadística esa semana era muy similar al promedio del último semestre del año 2004; y por otro lado durante ese periodo no hubo eventos que perturbaran la función laboral normal.

Los datos se tabularon en programa de EPI-INFO, como base de datos y se determinaran las inconsistencias. Se utilizó el programa de Microsoft Excel para el procesamiento de la base de datos que procede del EPI-INFO. Se analizó la información y se confeccionaron los cuadros y gráficos para facilitar la interpretación de los datos. Con base en los resultados y el análisis se preparó el informe.

3.7 Alcances de la investigación / resultados esperados.

3.7.1 Alcances

Se considera que los resultados constituirán un acercamiento – generalizable a otros hospitales del tercer nivel- a la comprensión de las verdaderas causas que motivan la consulta por patologías no urgentes a los Servicios de Emergencias

Los resultados permitirán encontrar propuestas que hagan más atractivos los servicios de salud que se brinda en atención primaria (primer y segundo Nivel de Atención), para disminuir la saturación de los servicios de emergencias por consultas no urgentes.

3.7.2 Limitaciones.

La investigación se circunscribe al Servicio de Emergencias del H.C.G.; tomando en cuenta las diferencias en la composición de la población adscrita, y el comportamiento histórico, no necesariamente las conclusiones pueden generalizarse a los Servicios de Emergencias de otros hospitales del tercer nivel.

Se ha delimitado la investigación al empleo de una muestra estadísticamente significativa de una semana considerada “típica”. No se puede descartar que en el periodo utilizado ocurran sucesos (cierre de un EBAls, etc) que cambien los resultados obtenidos en la investigación de causas.

La entrevista fue de aplicación voluntaria, por lo que las personas que se rehusaron pudieron haber distorsionado la sistematización de la muestra. Sin embargo, se considera que al no obligar a los usuarios a brindar información, esta pudo haber sido más representativa de la realidad por obtenerse espontáneamente.

Una limitación del estudio fue no exigir al usuario mostrar los documentos de identificación o afiliación, por lo que existe la posibilidad de ocultamiento de la nacionalidad o condición de aseguramiento. Esto puede haber introducido un sesgo en los resultados y se analiza en esta sección.

3.7.3 Resultados esperados.

Se espera que un porcentaje significativo (>30%) de las consultas no urgentes al Servicio de Emergencias del Hospital Calderón Guardia se originen de la percepción de insuficiente calidad de los servicios de atención primer y segundo nivel de las áreas de adscripción.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

4.1 Características demográficas

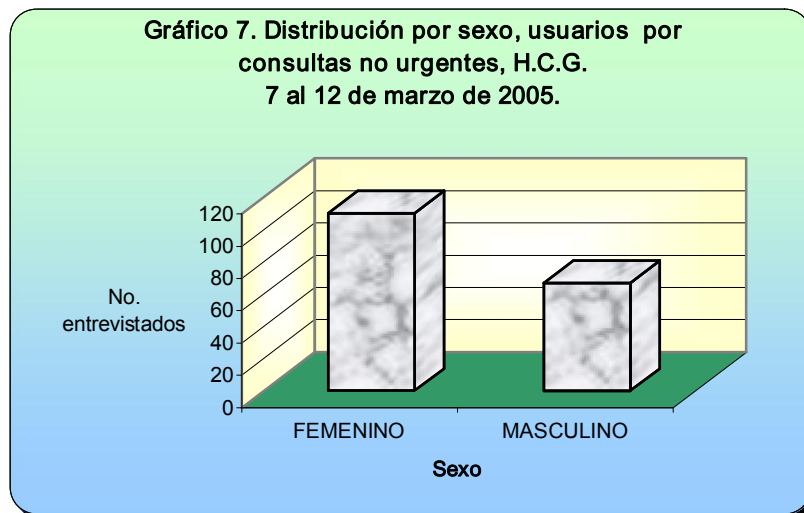
4.1.2 Edad y sexo

Se aplicó el instrumento de recolección de datos a 177 consultantes en Emergencias Médicas del Hospital R.A. Calderón Guardia, durante la semana del 7 al 12 de marzo del 2005. Se encontró un predominio de consultantes de sexo femenino en una proporción de 1,6:1 (mujer: hombre). Esto corresponde a un 24% más de mujeres que de hombres. Se muestran los datos en la tabla y gráfico 4.1.

Cuadro Nº 7. Distribución por sexo, usuarios atendidos por consultas no urgentes, H.C.G. 7 al 12 de marzo de 2005.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	110	62,15%
MASCULINO	67	37,85%
TOTAL	177	100,00%

Fuente: Castro & Paredes. Estudio de consulta no urgentes, marzo del 2005.



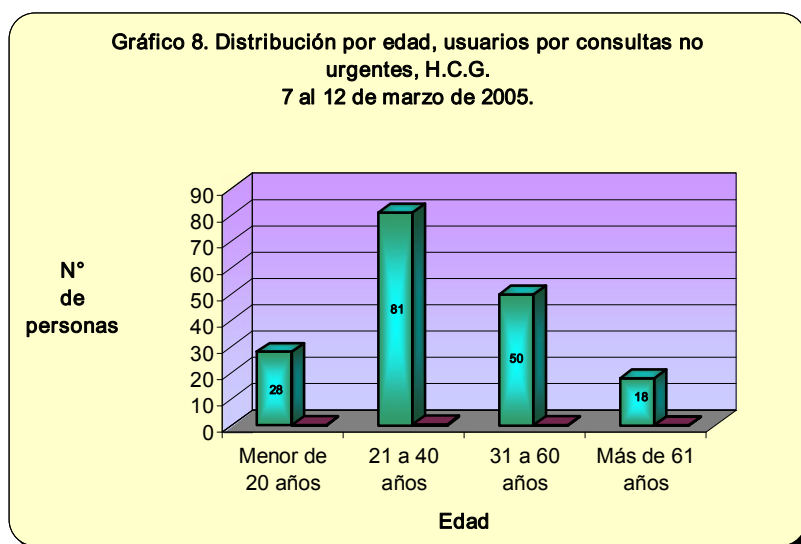
Fuente: Castro & Paredes. Estudio de consulta no urgentes, marzo del 2005.

La distribución por grupo etario muestra un predominio en los encuestados menores de 40 años (61,6%), y sólo un 10% de pacientes mayores de 61 años. Esta información se tabula en el cuadro 4.2 y se muestra en el gráfico a continuación

Cuadro N° 8. Distribución por edad, usuarios atendidos por consultas no urgentes, H.C.G. 7 al 12 de marzo de 2005

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 20 años	28	15,82%
21 a 40 años	81	45,76%
31 a 60 años	50	28,25%
Más de 61 años	18	10,17%
Total	177	100.0

Fuente: Castro & Paredes. Estudio de consulta no urgentes, marzo del 2005.



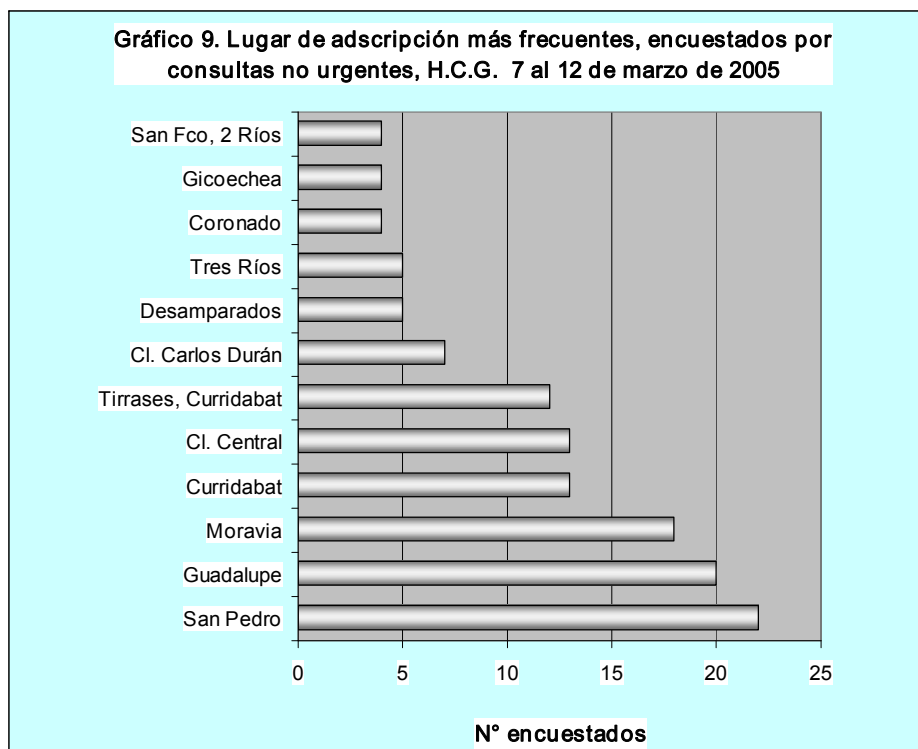
Fuente: Castro & Paredes. Estudio de consulta no urgentes, marzo del 2005.

Resumiendo, esta muestra estaba constituida en un 63% por mujeres y en un 62% por menores de 40 años. Esto era de esperar ya que las mujeres tienen de forma característica mayor utilización de los servicios de salud. Adicionalmente es razonable que los menores de 40 años sean los principales consultantes no

urgentes, ya que en los mayores de 60 años por acumulación de morbilidad sus patologías suelen recaer en la clasificación de urgencias.

4.1.3 Lugar de residencia y centro de adscripción

Sobre el lugar de residencia y centro de adscripción se obtuvieron los resultados expuestos en la tabla y gráfico a continuación. Predominan los consultantes proveniente del cantón central, área metropolitana norte, este y sur. Lugares que comparten relativa cercanía con la ubicación del H. R.A. Calderón Guardia, en el distrito el Carmen del Cantón Central. Se explica fácilmente, ya que los consultantes evitarán desplazarse grandes distancias si su consulta no es urgente en sí.



Fuente: Castro & Paredes. Estudio de consulta no urgentes, marzo del 2005.

Cuadro N° 9. Lugar de adscripción, usuarios atendidos por consultas no urgentes, H.C.G. 7 al 12 de marzo de 2005

San Pedro	22	Pacayas	1
Guadalupe	20	Pavas	1
Moravia	18	Bella Vista	1
Curridabat	13	Escazú	1
Cl. Central	13	Siquirres	1
Tirrases, Curridabat	12	Zapote	1
Cl. Carlos Durán	7	Sauces	1
Desamparados	5	Granadilla	1
Tres Ríos	5	La Lía	1
Coronado	4	Monterrey	1
Goicoechea	4	Puriscal	1
San Fco, 2 Ríos	4	San Lorenzo	1
Paso ancho	3	Los Cuadros	1
Cl. Jiménez Núñez	3	Luján	1
Río Claro	2	Cl. Solón Núñez	1
Extranjero	2	San Rafael Abajo	1
Lagunilla	2	Cipreses	1
Tibás	2	Vargas Araya	1
Calle Blancos	2	Heredia	1
Sabanilla	2	Turrialba	1
Bo. Pinto	2	La Trinidad	1
San Sebastian	2	San Diego	1

Fuente: Castro & Paredes. Estudio de consulta no urgentes, marzo del 2005.

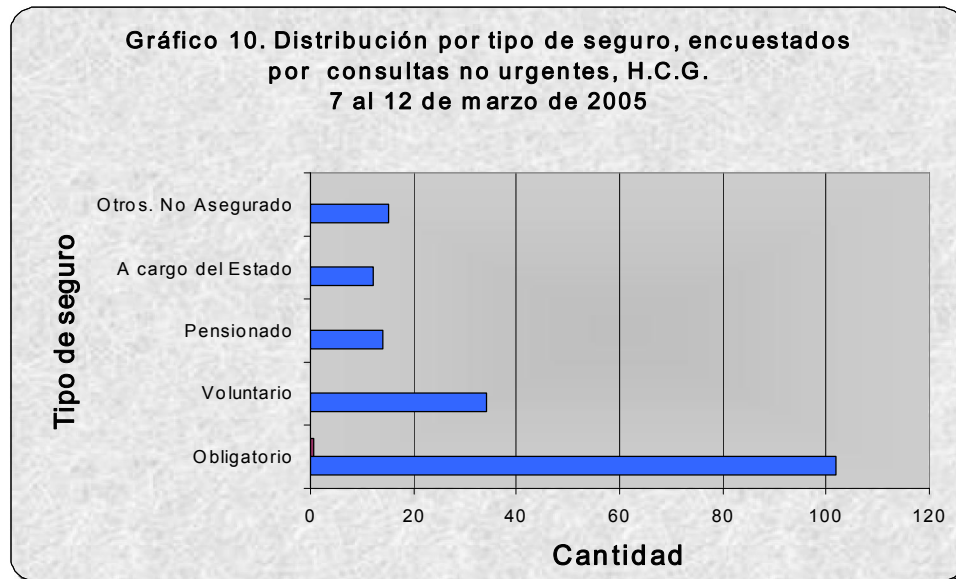
4.1.4 Condición de aseguramiento.

Se encontró que la mayoría de consultantes no urgentes encuestados declaraban cotizar para seguro obligatorio o voluntario (77%), cerca de un 8% eran pensionados, un 7% a cuenta del estado y el 8% no posee seguro. Lo cual es una proporción más baja de lo esperado. Esto se detalla en el cuadro y gráfico a continuación. Este dato probablemente tenga sesgo por ocultamiento. Al basarse el estudio en una encuesta voluntaria – no se solicitó comprobante de derechos- es posible que los consultantes no deseen revelar su condición real de aseguramiento.

Cuadro N° 10 Distribución por tipo de seguro, usuarios atendidos por consultas no urgentes, H.C.G. 7 al 12 de marzo de 2005

Tipo de seguro	Frecuencia	Porcentaje
Obligatorio	102	57,63%
Voluntario	34	19,21%
Pensionado	14	7,91%
A cargo del Estado	12	6,78%
Otros. No Asegurado	15	8,47%
Total	177	100,00%

Fuente: Castro & Paredes. Estudio de consulta no urgentes, marzo del 2005.



Fuente: Castro & Paredes. Estudio de consulta no urgentes, marzo del 2005.

4.1.5 Nacionalidad

Sobre la nacionalidad del consultante, se encuentra que la gran mayoría son nacionales (98,2%), y solamente un 0,6% de nicaragüenses. Esto es un dato de menor magnitud a lo esperado, y definitivamente el subregistro parece corresponder a ocultamiento de la nacionalidad. Sin embargo cuando se indagó el lugar de nacimiento, no se modificó la proporción de extranjeros. No se descarta que la muestra no haya sido representativa en este ítem.

Cuadro N° 11 Distribución por nacionalidad, usuarios atendidos por consultas no urgentes, H.C.G. 7 al 12 de marzo de 2005

Tipo de seguro	Frecuencia	Porcentaje
Costarricense	174	98,2%
Nicaragüense	1	0,6%
Panameño	1	0,6%
Ingles	1	0,6%
Total	177	100,00%

Fuente: Castro & Paredes. Estudio de consulta no urgentes, marzo del 2005.

4.2 Uso de los servicios de primer y segundo nivel de atención.

4.2.1 Utilización de los servicios

Se investigó qué porcentaje de encuestados había utilizado los servicios de salud del primer o segundo nivel en su área de adscripción en los últimos seis meses. Esto con el fin de establecer si la opinión obtenida de los servicios que ahí se brindan es actualizada y por lo tanto válida. Se obtuvo que en 6 casos por ser extranjeros o desconocer el centro de adscripción; la respuesta no se consideró válida. Del resto de consultantes un 75% había consultado en los últimos 6 meses al EBAIS o Clínica respectivo.

Cuadro N° 12. Utilización de servicios de salud de centro de adscripción en últimos seis meses, usuarios atendidos por consultas no urgentes, H.C.G. 7 al 12 de marzo de 2005

USUARIOS DE SERVICIOS DE PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	128	74,8%
NO	43	25,2%
No responde/ aplica	6	----
TOTAL	177	100,00%

Fuente: Castro & Paredes. Estudio de consulta no urgentes, marzo del 2005.

4.2.2 Percepción de la calidad del trato

Adicionalmente se investigó sobre la percepción de la calidad de la atención recibida, en aquellos que había consultado en los últimos 6 meses a centro de adscripción del segundo o primer nivel. Hubo 8 usuarios que opinaron espontáneamente sobre la calidad del servicio a pesar de haber acudido hace más

de 6 meses al centro de salud y se decidió tomar en cuenta su criterio. Por este motivo el total de respuestas válidas (136), excede las obtenidas en el punto anterior (128).

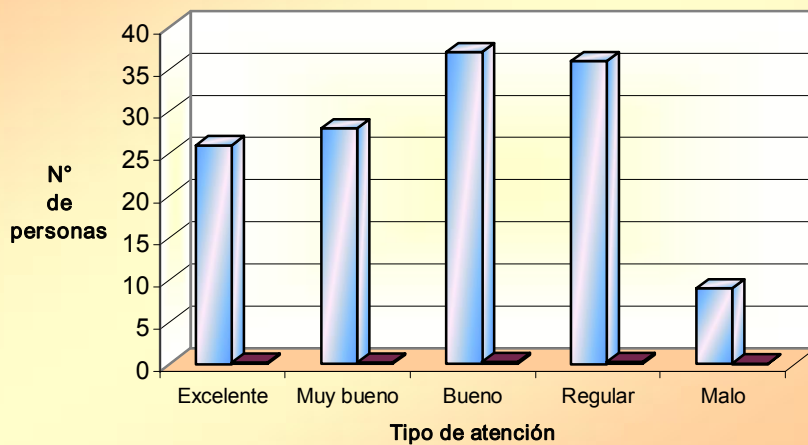
Se observa que la mayoría de usuarios (66,9%) considera que el trato recibido es bueno, muy bueno o excelente; un 26,5% regular y sólo un 6,6% considera que el trato es malo. Se evidencia una buena valoración por los usuarios de la calidad del trato en el primer y segundo nivel. Sin embargo como se verá, la buena atención no se traduce en resolución de las necesidades de los consultantes

Cuadro Nº 13. Percepción de la calidad de atención en el centro de adscripción, usuarios atendidos por consultas no urgentes, H.C.G. 7 al 12 de marzo de 2005

TRATO RECIBIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Excelente	26	19,1%
Muy bueno	28	20,6%
Bueno	37	27,2%
Regular	36	26,5%
Malo	9	6,6%
No aplica	41	-----
TOTAL	177	100,00%

Fuente: Castro & Paredes. Estudio de consulta no urgentes, marzo del 2005.

Gráfico 11. Percepción de la calidad de atención en el centro de adscripción, encuestados por consultas no urgentes, H.C.G. 7 al 12 de marzo de 2005



Fuente: Castro & Paredes. Estudio de consulta no urgentes, marzo del 2005.

4.2.3 Resolutividad

Se indagó en la entrevista si la persona había consultado previamente por la misma dolencia al centro de salud de adscripción. La mitad de las personas ya habían consultado en el primer o segundo nivel antes de llegar a Emergencias.

Cuadro Nº 14. Consulta previa en el centro de adscripción, usuarios atendidos por consultas no urgentes, H.C.G. 7 al 12 de marzo de 2005

HA CONSULTADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	89	50,28%
NO	88	49,72%
TOTAL	177	100,00%

Fuente: Castro & Paredes. Estudio de consulta no urgentes, marzo del 2005.

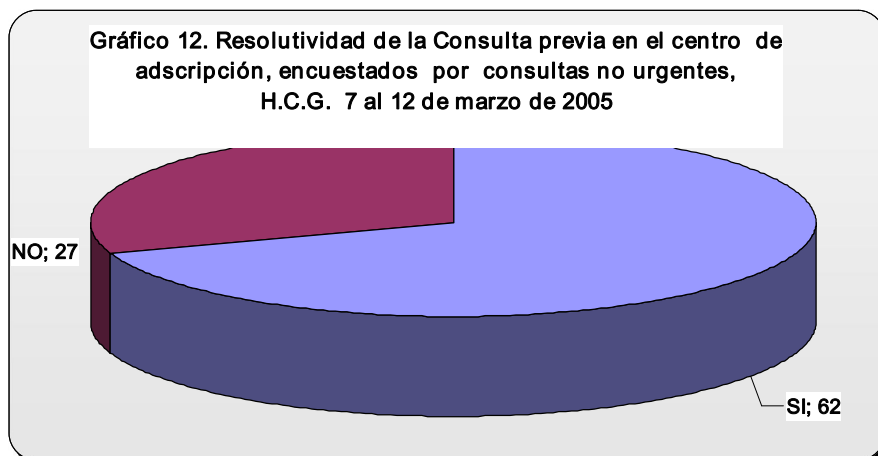
Se preguntó a los que habían consultado previamente, con el fin de investigar la resolutividad de los servicios de salud del primer y segundo nivel, si pensaban que se había resuelto su problema en esa consulta. Cerca de un 70% afirmaron que su problema había sido resuelto. Sin embargo cabe cuestionarse porqué consultaron

entonces a emergencias si en realidad su problema había sido solucionado. Esto se analizará posteriormente.

Cuadro N° 15. Resolutividad de la Consulta previa en el centro de adscripción, usuarios atendidos por consultas no urgentes, H.C.G. 7 al 12 de marzo de 2005

PROBLEMA RESUELTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	62	69,7%
NO	27	30,3%
No Aplica	88	-----
TOTAL	177	100,00%

Fuente: Castro & Paredes. Estudio de consulta no urgentes, marzo del 2005.



Fuente: Castro & Paredes. Estudio de consulta no urgentes, marzo del 2005.

De los 62 encuestados que habían consultado en su centro de adscripción y además contestaron que su problema había sido resuelto; un 21% expresaron que el motivo de consultar a Emergencias fue la posibilidad de realización de exámenes y radiografías, un 14% por no encontrar campo en la consulta de Clínica o EBAIS y un 13% por la rapidez de la atención.

Aquí lo que se puede deducir es que la persona fue atendida en un centro de salud local, pero con deficiencia en los servicios, que la hacen preferir entonces de nuevo acudir a consultar, pero a Emergencias.

4.3. Causa de consulta no urgente

La pregunta principal del estudio indagó sobre la causa que motivó al consultante a acudir a Emergencias de hospital, en vez consultar a su centro de salud local. En orden de frecuencia, un 23% afirmó que el motivo es la posibilidad de realización de exámenes y radiografías en el hospital, un 16% reveló una mayor confianza en los médicos del hospital. Un 11% afirmó por la falta de campo en la consulta de la Clínica o EBAIS era la principal razón de su consulta. Otro 11% considera la rapidez de la atención en Emergencias es ello que los motiva a consultar ahí.

En total un 68,9% de las consultas no urgentes se origina por encontrar mejores servicios que en el centro de adscripción. De esto se desprende que la necesidad de una atención efectiva y rápida, con médicos capacitados y contar con recursos de laboratorio y gabinete; es en conjunto el principal motivo de la búsqueda de atención por patologías no urgentes. Es decir aunque la mayoría considera el trato recibido en su centro de adscripción como bueno o superior; consulta a Emergencias hospitalarias por una mayor capacidad resolutive.

Cuadro N° 16 Causas de consulta en Emergencias, usuarios atendidos por consultas no urgentes, H.C.G. 7 al 12 de marzo de 2005

Razón	Frecuencia	Porcentaje
Facilidad por el horario	0	0,00%
Facilidad por la cercanía	16	9,04%
Rapidez en la atención	20	11,30%
Falta de campo en la consulta de la Clínica o EBAIS	20	11,30%
Mejor trato en el hospital	12	6,78%
Posibilidad de realización de exámenes y placas	41	23,16%
Mayor confianza con los médicos del hospital	29	16,38%
No portar los documentos necesarios	12	6,78%
Considero mi caso urgente	10	5,65%
Otras razones.	17	9,60%
TOTAL	177	100,00%

Fuente: Castro & Paredes. Estudio de consulta no urgentes, marzo del 2005.



Fuente: Castro & Paredes. Estudio de consulta no urgentes, marzo del 2005.

4.4 Dotación de recursos en los servicios de primer y segundo nivel de atención

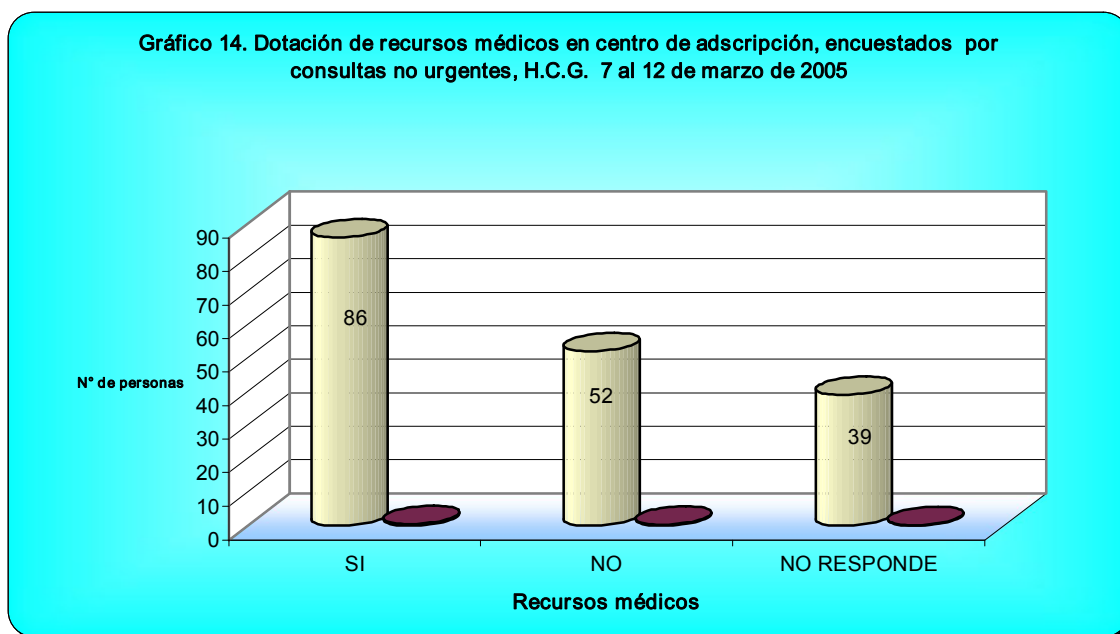
4.4.1 Recursos médicos

Se consultó a los encuestados si en su percepción la cantidad de médicos en el EBAIS o clínica de adscripción es suficiente para la demanda de la población. En un 62% (del total de respuestas válidas) se consideró el recurso médico suficiente.

Cuadro N° 17. Dotación de recursos médicos en centro de adscripción, encuestados por consultas no urgentes, H.C.G. 7 al 12 de marzo de 2005

Recursos Médicos Necesarios.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	86	62,3%
NO	52	37,7%
NO RESPONDE	39	----
TOTAL	177	100,00%

Fuente: Castro & Paredes. Estudio de consulta no urgentes, marzo del 2005.



Fuente: Castro & Paredes. Estudio de consulta no urgentes, marzo del 2005.

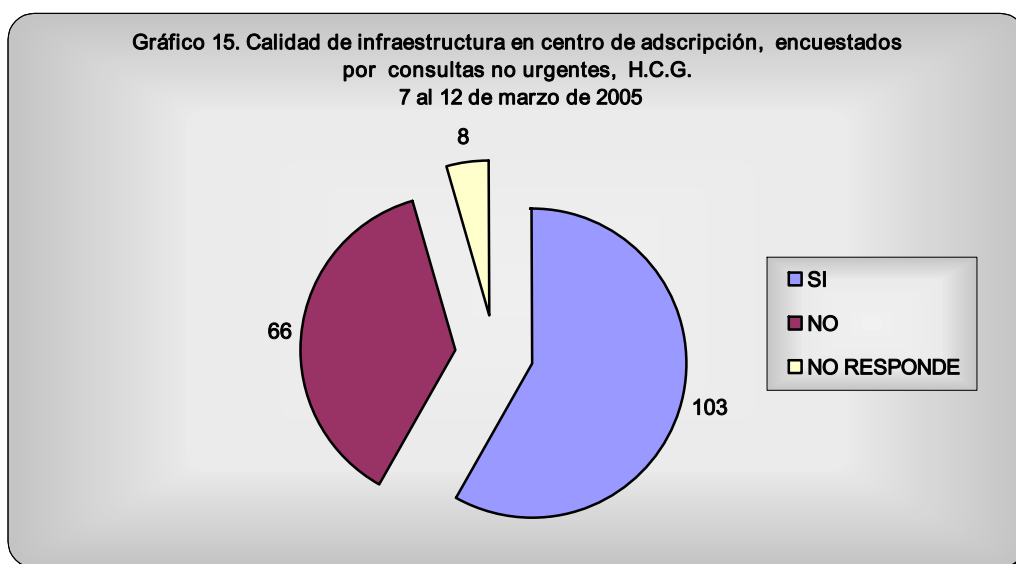
4.4.2 Calidad de infraestructura

Otro aspecto indagado es la satisfacción del usuario con la infraestructura del centro de adscripción, de las 169 respuestas válidas obtenidas un 61% de los encuestados considera las instalaciones físicas adecuadas. Estos datos se muestran en el cuadro y gráfico a continuación.

Cuadro N° 18 Calidad de infraestructura en centro de adscripción, encuestados por consultas no urgentes, H.C.G. 7 al 12 de marzo de 2005

INFRAESTRUCTURA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
IDONEA		
SI	103	60,9%
NO	66	39,1%
NO RESPONDE	8	----
TOTAL	177	100,00%

Fuente: Castro & Paredes. Estudio de consulta no urgentes, marzo del 2005.



Fuente: Castro & Paredes. Estudio de consulta no urgentes, marzo del 2005.

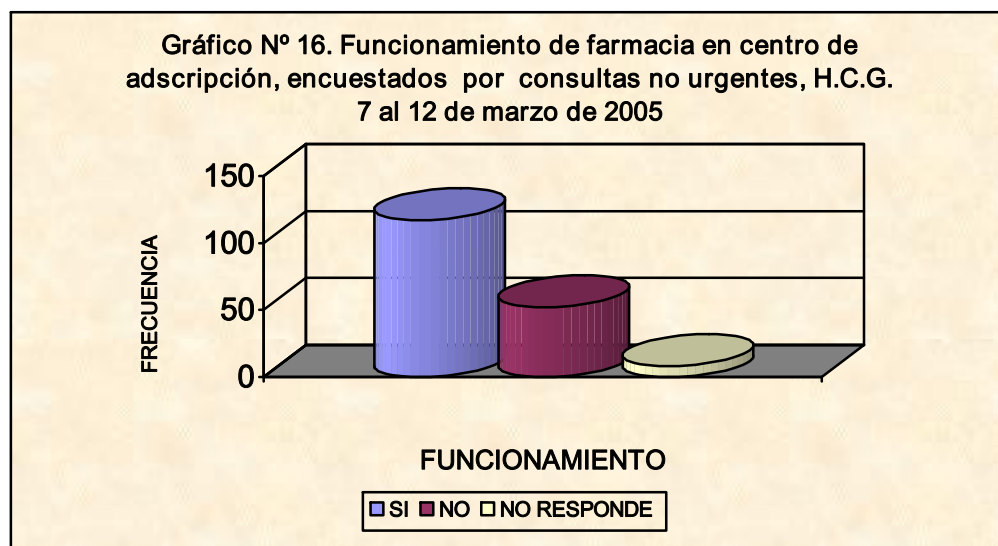
4.4.3 Recursos en farmacia

Se preguntó a los encuestados si en su centro de adscripción se les suplía los medicamentos necesarios para su enfermedad. En esta pregunta estaba implicada tanto la existencia física de la farmacia como la dotación de medicamentos. De las 169 respuestas válidas; casi un 70% consideró que sí se suplen los medicamentos adecuadamente en su centro de adscripción.

Cuadro N° 19 Funcionamiento de farmacia en centro de adscripción, encuestados por consultas no urgentes, H.C.G. 7 al 12 de marzo de 2005

FARMACIA MEDICAMENTOS	SUPLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI		117	69,2%
NO		52	30,8%
NO RESPONDE		8	---
TOTAL		177	100,00%

Fuente: Castro & Paredes. Estudio de consulta no urgentes, marzo del 2005.



Fuente: Castro & Paredes. Estudio de consulta no urgentes, marzo del 2005.

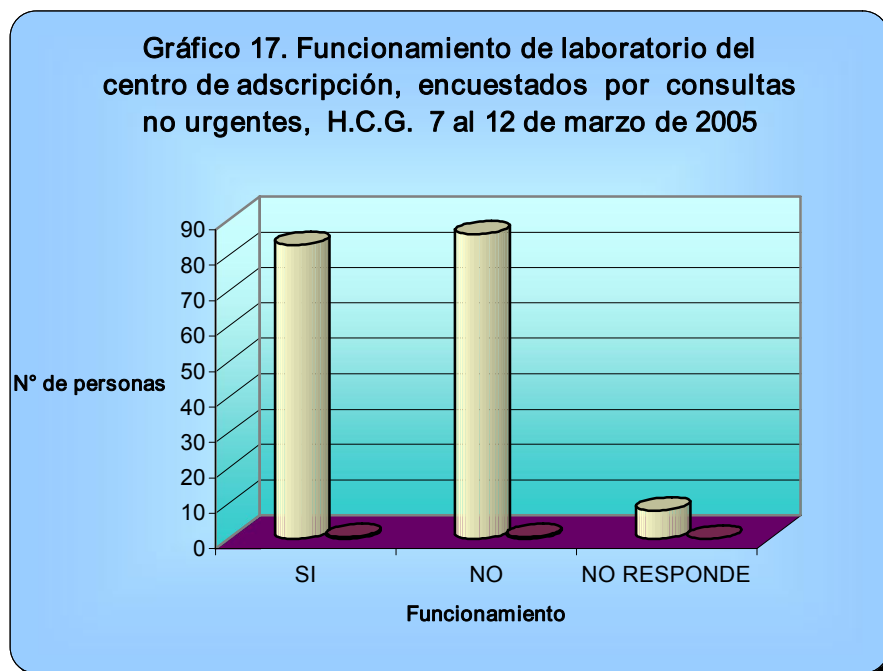
4.4.4 Recursos en laboratorio

Con base en la respuesta de los encuestados se evaluó la existencia de recurso de laboratorio en el centro de adscripción. Hubo 169 respuestas válidas. En ellas cerca de un 50% reportaron contar con servicio de laboratorio en su centro de salud local.

Cuadro Nº 20 Funcionamiento de laboratorio del centro de adscripción, encuestados por consultas no urgentes, H.C.G. 7 al 12 de marzo de 2005

EXISTE LABORATORIO CLINICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	83	49,1%
NO	86	50,9%
NO RESPONDE	8	----
TOTAL	177	100,00%

Fuente: Castro & Paredes. Estudio de consulta no urgentes, marzo del 2005.



Fuente: Castro & Paredes. Estudio de consulta no urgentes, marzo del 2005.

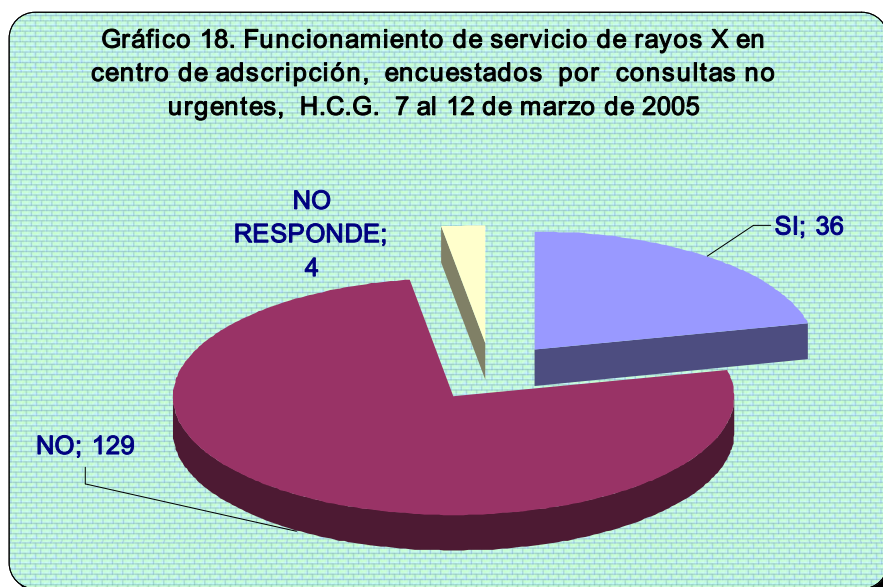
4.4.5 Recursos en rayos X

Se investigó la existencia de un servicio de rayos x en el centro de adscripción, según el conocimiento de los usuarios encuestados. Un 78% afirmó que en su centro de salud local no existe posibilidad de realización de estudios de imágenes.

Cuadro N° 21. Funcionamiento de servicio de rayos X en centro de adscripción, encuestados por consultas no urgentes, H.C.G. 7 al 12 de marzo de 2005

SERVICIO RAYOS X	DE FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	36	21,8%
NO	129	78,2%
NO RESPONDE	4	-----
TOTAL	169	100,00%

Fuente: Castro & Paredes. Estudio de consulta no urgentes, marzo del 2005.



Fuente: Castro & Paredes. Estudio de consulta no urgentes, marzo del 2005.

Resumiendo la percepción de la dotación de recursos: Un 62% consideró el recurso médico suficiente y el 61% las instalaciones físicas adecuadas. Un 70% afirmó que sí se suplen los medicamentos adecuadamente y un 50% reportaron contar con servicio de laboratorio en su centro de salud local. Un 78% afirmó que en su centro de salud local **no** existe posibilidad de realización de estudios de imágenes.

En general, hay una percepción adecuada de los recursos humanos y materiales, a excepción del servicio de rayos X y en menor medida laboratorio. Por eso recalcamos que el 23% de los consultantes declaró que el motivo de consulta al hospital es la posibilidad de realización de exámenes y radiografías.

4.5 Opiniones de los usuarios entrevistados para mejorar servicios de primer y segundo nivel

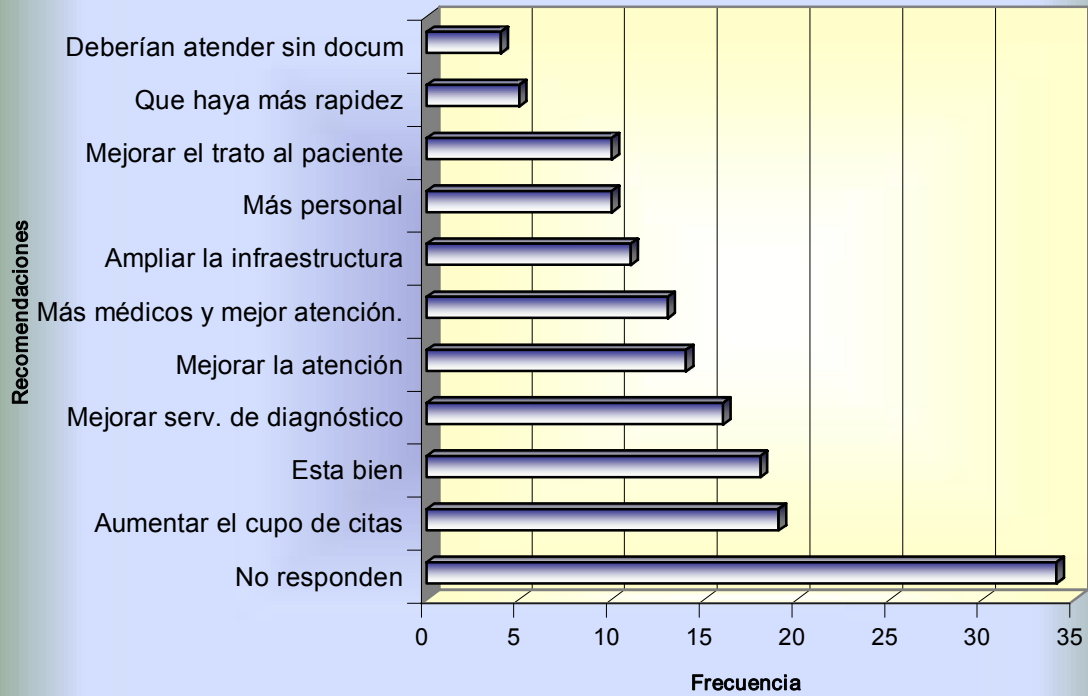
Finalmente se les pidió a los encuestados emitieran una libre recomendación para mejorar los servicios que brinda su centro de salud de adscripción. Las recomendaciones más frecuentes fueron: aumentar el cupo de citas un 10,7%; mejorar la atención 7,9%; aumentar el número de médicos 7.3%. Sin embargo un 10,2% expresaron que no recomendarían nada ya que el funcionamiento de su centro de salud estaba bien.

Cuadro Nº 22. Opiniones de los usuarios entrevistados para mejorar servicios de primer y segundo nivel, H.C.G. 7 al 12 de marzo del 2005

Razón	Frecuencia	Porcentaje
Ampliar la infraestructura	11	6,21%
Atender emergencias	3	1,69%
Aumentar el # de médicos	3	1,69%
Aumentar el cupo de citas	19	10,73%
Aumentar el horario de atención	3	1,69%
Aumentar los presupuestos para Ebais	1	0,57%
Construir nuevo el edificio	1	0,57%
Deberían atender sin docum	4	2,26%
Esta bien	18	10,17%
Ley 7600	0	0,00%
Más eficiencia en los médicos	1	0,57%
Más médicos y mejor atención.	13	7,34%
Más personal	10	5,65%
Mejorar la atención al usuario	54	30,50%
Que la consulta la asuma la caja, no empr. priv	1	0,57%
Que se verifique si está al día, no la cédula	1	0,57%
No responden	34	19,22%
	177	100,00%

Fuente: Castro & Paredes. Estudio de consulta no urgentes, marzo del 2005.

Gráfico 19. Opiniones de los usuarios entrevistados para mejorar servicios de primer y segundo nivel, H.C.G. 7 al 12 de marzo del 2005



Fuente: Castro & Paredes. Estudio de consulta no urgentes, marzo del 2005.

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5. 1. Conclusiones

La muestra estaba constituida en un 63% por mujeres y en un 62% por menores de 40 años, provenientes en su mayoría del área metropolitana norte, este y sur.

En la muestra analizada se encontró que la atención de extranjeros o personas no aseguradas que acudían por consultas no urgentes no sobrepasaron el 10% respectivamente. Se esperaba por experiencia y reportes previos una proporción mucho mayor, según la hipótesis de que estas personas consultan a emergencias para evadir la verificación de derechos. El hecho de obtener un resultado tan bajo nos plantea dos explicaciones:

- En la población que acude a emergencias del H RA CG, la condición de extranjero y/o de no aseguramiento **no** representa un problema como recargo de la atención de patologías no urgentes.
- Hay un subregistro significativo o sesgo por ocultamiento, dado que no se solicitó documentos de comprobación; sino que el dato se obtuvo por encuesta.

Se evidencia de los resultados del estudio que un 69% de los encuestados refirieron como motivo de consulta a emergencias que encuentran mejores servicios que en el centro de adscripción e incluyen: 23% la posibilidad de realizarse exámenes y radiografías, 16% mayor confianza en los médicos del hospital, 11% rapidez de la atención, y 11% por no encontrar cupo en la consulta de la Clínica y EBAIS. Se concluye que más que la calidad del trato el motivo principal de consulta es la percepción de que su dolencia será más rápida y

efectivamente resuelta si consulta directamente a emergencias que si lo hace al EBAIS o clínica de adscripción.

La mayoría de los encuestados (67%) considera al menos como buena o superior la calidad del trato recibido en el EBAIS o Clínica de adscripción. Esto se explica por el énfasis actual que la institución ha dado a la educación del personal en la calidez y calidad del trato. Por ello la insatisfacción del usuario con el trato recibido en su centro de adscripción **no** constituye una causa importante de consulta a servicio de emergencias hospitalario

La percepción de los encuestados de la dotación de recursos humanos, infraestructura y farmacia de los centros de salud de adscripción es buena. Sin embargo según los resultados obtenidos hasta un 50% de lugares carecen de servicio de laboratorio y un 78% carecen de posibilidades de realizar estudios de radiodiagnóstico. Eso es comprensible ya que sólo en las Clínicas (aunque no todas) y en ningún EBAIS se brinda el servicio de laboratorio y rayos X para atención de casos urgentes.

La resolutiveidad del EBAIS o Clínica de adscripción del problema específico de salud a las personas consultaron previamente ahí fue de alrededor de un 70%. Posiblemente haya que definir con más exactitud el término, ya que las personas pueden entender en forma diversa este vocablo; para algunos puede significar simplemente si fueron atendidos mientras que otros pueden entender si su dolencia fue aliviada. De todos modos es razonable concluir que si bien es cierto que la mayoría reporta que se resolvió su problema, no lo fue de forma permanente o definitiva; ya que decidieron reconsultar pero esta vez a emergencias.

Según se desprende de las recomendaciones que el público sugiere para mejorar los servicios de salud; aspectos que son necesarios:

- Atención oportuna, rápida, integral
- Diagnósticos precisos
- Servicios complementarios para el diagnóstico disponibles y confiables
- Capacidad para dispensar medicamentos en forma oportuna

Conclusión general de acuerdo al objetivo central del estudio:

Más que factores internos al usuario, la limitación de recursos en la capacidad y rapidez de atención, diagnóstico, y tratamiento que se ofrece en el primer y segundo nivel de atención parece ser el motivo principal de que el usuario acuda por problemas no urgentes a un servicio de emergencias hospitalario.

Hasta un 70% de las consultas no urgentes a un servicio de emergencias del tercer nivel, se originan de una inadecuada calidad de servicios de salud de primer y segundo nivel según la percepción del usuario

5.2. Recomendaciones

Con base en las conclusiones anteriores, se realizan las siguientes recomendaciones, con el propósito de que sean analizadas y puestas en práctica por la Dirección General y Jefaturas de Servicio involucradas del Hospital Dr. Rafael Angel Calderón Guardia y las Clínicas y EBAIS del área de adscripción.

1. El personal de atención en salud debe educar a la población que a excepción de una emergencia real, es necesario respetar la estructura de niveles de atención, de modo que primero se acuda al centro de salud, y por referencia se logre acceder a niveles de mayor complejidad.
2. Es deber de los trabajadores del sector salud concienciar a los usuarios sobre las consecuencias de la sobreutilización de los servicios de emergencias, como por ejemplo retraso en la atención de verdaderas urgencias, consumo de recursos, y duplicación de estudios entre otros.
3. Cada centro que brinda atención en salud debe fomentar estilos de vida saludables y la vacunación de adultos (influenza, vacuna estreptocócica) como forma de reducir las probabilidades de adquisición de enfermedades infecciosas prevalentes y a la vez disminuir las consultas por estas causas en los servicios de emergencias
4. Como una forma de aumentar la captación de consulta de morbilidad, en los EBAIS debería ampliarse el cupo disponible para consulta de casos urgentes, bien pudiera ser contratando un segundo médico; o si la demanda es excesiva gestionando la creación de más EBAIS.
5. Las Clínicas del Área metropolitana deberían contar con un horario ampliado para atención de urgencias (de 6 am a 10 pm), teniendo durante este mismo horario capacidad de realizar determinaciones de laboratorio y

rayos X; así como servicio de farmacia. Esto disminuiría las atenciones urgentes y no urgentes que se desvían al servicio de emergencias de un hospital central.

6. Debe mejorarse la capacidad de los médicos generales para el diagnóstico y tratamiento de las patologías urgentes y no urgentes más comunes, con el fin de disminuir el índice de reconsulta por la misma dolencia a servicios de emergencias; es decir fortalecer la resolutiveidad del primer y segundo nivel de atención.

7. Sobre la realización de estudios futuros
 - a. Los estudios basados en entrevista a realizar con población consultante a servicios de salud debería complementarse con obtención de documentos para evitar sesgos por ocultamiento
 - b. Se debe correlacionar los hallazgos del presente estudio con otros realizados en diferentes áreas, con el fin de determinar si sus resultados son aplicables a niveles similares.

BIBLIOGRAFÍA

¹ Departamento de Información estadística de los Servicios de Salud. *Cambios en la Morbilidad y Mortalidad por edad y sexo Costa Rica*. Serie Estadísticas de la Salud 8C, Noviembre de 2003. CCSS.

² Agency for Health Care Policy and Research. *National Medical Expenditure Survey, 1987: Household Survey, Population Characteristics and Person-Level Utilization, Rounds 1-4*, Public Use Tape 13 (1992)

³ Baker; L ; Schuurman, L. Data Watch. *Excess Cost Of Emergency Department Visits For Nonurgent Care*. Health Affairs. 1994

⁴ Pereda J; Díaz I; y Pereda R. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2001;17(4):329-35

⁵ Fajardo G, Ramírez, F. *Cir Ciruj* 2000; 68: 164-168

⁶ Ibid

⁷ Departamento de Arquitectura Hospitalaria. *Elementos mínimos básicos de diseño para servicios de emergencia en hospitales generales*. Consejo Técnico de Asistencia Médico Social. San José, Enero 1965 pág 15-21

⁸ Arce Quesada, Mauricio et al. Característica de la Consulta de Emergencias en Hospitales Nacionales. *Acta Pediátrica Costarricense*. 10(3): 106-10, 1996.

⁹ Briceño Campos, Fidelina; Martínez Jiménez, Rodolfo. Efectos de la desconcentración en la producción, en el Servicio de Emergencias del Hospital de Guápiles de la Caja Costarricense de Seguro Social, durante el segundo semestre de los años 2001 y 2002. *Tesis presentada a la Universidad Estatal a Distancia*. Escuela de Ciencias Exactas y Naturales. Sistema de estudios de posgrado para la obtención del grado de Maestría en administración de Servicios de Salud Sostenibles.

¹⁰ Sección de Información Biomédica. *Primera encuesta Nacional sobre las características de los usuarios de los servicios de urgencias*, 1996. Segundo informe. Septiembre 1998.. Dirección técnica de servicios de Salud. C.C.S.S.

¹¹ Departamento de Estadísticas de Servicios de Salud. *Segunda Encuesta Nacional: Características de los usuarios de los Servicios de Urgencias, 2001. Informe General.* Noviembre de 2001. Dirección técnica de servicios de Salud. C.C.S.S.

¹² Dirección técnica de servicios de Salud. C.C.S.S. Op Cit

¹³ Departamento de Información estadística de los Servicios de Salud. *Estadísticas generales de los Servicios de Atención de la Salud 1980-2003.* Serie Estadísticas de la Salud 5Ja, Agosto de 2004. CCSS.

¹⁴ Miranda Gutiérrez, Guido. *La seguridad social y el desarrollo en Costa Rica.* San José: EUNED, 2003

¹⁵ Hospital R.A. Calderón Guardia. Plan Anual Operativo 2003. C.C.S.S.

¹⁶ Departamento de Bioestadística de Hospital Calderón Guardia. Consulta a bases datos Nov 2004.

¹⁷ Departamento de Información estadística de los Servicios de Salud. *Estadísticas generales de los Servicios de Atención de la Salud 1980-2001.* Serie Estadísticas de la Salud 5H, Agosto de 2002. CCSS.

¹⁸ Pereda y Rodríguez Op Cit

¹⁹ Fajardo y Ramírez Op Cit.

²⁰ Ramírez Op Cit.

²¹ Fajardo y Ramírez Op Cit.

²² Sileny Chávez Brenes, Plan Nacional de Garantía de Calidad del Sector Salud 2001 – 2004 Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad Sector Salud, Comisión de Mejoramiento Continuo de la Calidad del Sector Salud, febrero 2002.

²³ Sileny Chaves Brenes Op Cit.

²⁴ Elba Abril Valdez, Rosario Román Pérez, Ma. José Cubillas Rodríguez. La satisfacción del usuario y prestador de servicio médico como un indicador de calidad Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C. Dirección: <http://www.smsp.org.mx/rhigiene/docs/Abril.doc>

²⁵ Blanco L., León M., Castillo J., Eduarte A., Solís C. (1998). Calidad de los Servicios de Salud de la CCSS: Una metodología para conocer la percepción del usuario. San José, Costa Rica

²⁶ www.ccss.sa.cr/casesa00.html . Calidad en los servicios de salud. Página web institucional

²⁷ Fonseca Renauld, Jorge y otros. Redefinición de los niveles de complejidad de la CCSS. San José, Costa Rica. 1992.

²⁸ Fuente, Bioestadística HCG. Consulta 17 Abril de 2005.