

**INSTITUTO CENTROAMERICANO DE ADMINISTRACION PÚBLICA
ICAP**



ESPECIALIDAD EN ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD

**PROGRAMA DE GERENCIA MODERNA Y
GESTIÓN DEL CAMBIO EN SALUD**

**Demostración de la necesidad de crear un Plan de Información y Educación,
tanto al cliente interno como al externo acerca del uso adecuado y racional
del Servicio de Emergencias del Hospital Nacional de Niños**

Nancy Córdoba Madrigal

**San José, Costa Rica
Junio, 2008**

Esta Tesina fue aprobada por el Tribunal Examinador del Programa de Postgrado en Gerencia de la Salud del ICAP, como requisito para obtener el título de Especialista en Administración de Servicios de Salud.

MBA. Leonidas Martínez Vargas
Presidente del tribunal

MSc. Carlos Zúñiga Naranjo
Director de Tesina

Dr. Hernán Rodríguez Calzada
Examinador designado

Nancy Córdoba Madrigal
Sustentante

Agradecimientos

A Dios por haberme concedido todas las oportunidades que se me han ido presentando en este viaje llamado vida.

A toda mi familia por su apoyo incondicional.

A todas las personas que de una u otra forma colaboraron con su valioso aporte para lograr culminar el presente trabajo.

Un especial agradecimiento al Dr. Hernán Rodríguez Calzada por su guía, apoyo, paciencia y colaboración para el desarrollo de este proyecto.

Dedicatoria

A mis padres que siempre han estado a mi lado apoyándome en todo momento de mi vida.

Resumen Ejecutivo

El proyecto se desarrolla en el Hospital Nacional de Niños, específicamente en el Servicio de Emergencias.

Está orientado a demostrar la necesidad de crear un Plan de Información y Educación a los usuarios acerca del uso adecuado y racional que se le debe dar al Servicio de Emergencias.

Lo que se espera al implementar el mismo es lograr que se descongestione el Servicio de Emergencias del Hospital Nacional de Niños (tercer nivel de atención) y que los pacientes hagan un mejor uso de los servicios que brinda el primer y segundo nivel de atención.

Tabla de Contenido

CAPITULO I.....	8
1. INTRODUCCIÓN.....	8
1.1 Identificación de la Institución	9
1.1.1 Misión del Hospital Nacional de Niños.....	9
1.1.2 Visión del Hospital Nacional de Niños	9
1.1.3 Reseña histórica del Hospital Nacional de Niños.....	9
1.1.4 Ubicación geográfica.....	14
1.1.5 Estructura organizativa.....	14
1.1.6 Antecedentes del Servicio de Emergencias	14
1.1.7 Estructura organizativa del Servicio de Emergencias Médicas.....	14
1.1.7.1 Misión del Servicio.....	15
1.1.7.2 Visión del Servicio	15
1.1.7.3 Servicios que brinda y características generales.....	16
1.2 Justificación del estudio	18
1.3 Objetivos del estudio	20
1.3.1 Objetivo General:	20
1.3.2 Objetivos específicos:.....	20
1.4 Alcances y limitaciones del estudio	20
CAPITULO II.....	23
2. MARCO TEÓRICO	23
2.1 El Modelo de Atención de los Servicios de Salud en Costa Rica	23
2.1.1 Elementos organizativos y funcionales del modelo	27
2.2 Organización de los Servicios de Salud	28
2.2.1 Regiones de salud	28
2.2.2 Niveles de atención.....	29
2.3 Ubicación del Hospital Nacional de Niños dentro de la Red de Servicios de la CCSS	29
2.4 El Servicio de Emergencias del Hospital Nacional de Niños.....	30
2.4.1 Acceso al servicio.....	30
2.4.2 Procesos de atención en Emergencias Médicas.....	31
2.5 Definición de un Servicio de Emergencias.....	31
2.6 Diferencia entre Emergencia y Urgencia.....	31
2.7 La situación actual en los Servicios de Emergencias a nivel internacional.....	33
2.8 ¿Qué se define como riesgo?.....	35
CAPITULO III	37
3. METODOLOGÍA.....	37
3.1 Tipo de Investigación	37
3.2 Área de Estudio	37
3.3 Objeto y Sujeto de Estudio	37
3.4 Población y Muestra	37
3.5 Fuentes de Información	38
3.6 Las Variables de Investigación.....	38

3.7 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	38
CAPITULO IV	40
4. DIAGNOSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL	40
4.1 Análisis de la estadística.....	42
4.2 Consultorios #1 y #4.....	43
4.3 Distribución geográfica de los pacientes	43
4.4 Los costos de una consulta en los Servicios de Emergencias.....	45
CAPITULO V	48
5. SOLUCIONES AL PROBLEMA PLANTEADO	48
5.1 Justificación de la propuesta.....	48
5.2 Factibilidad operativa, técnica y económica.....	48
5.3 Ventaja de implementar el plan	49
CAPITULO VI	51
6. IMPLEMENTACION DE SOLUCIONES	51
CAPITULO VII.....	53
7. CONCLUSIONES.....	53
CAPITULO VIII	56
8. RECOMENDACIONES	56
BIBLIOGRAFÍA	57
Apéndice 1	60
Apéndice 2.....	60
Apéndice 3.....	61
Apéndice 4.....	62
Apéndice 5.....	63
Apéndice 6.....	64
Apéndice 7.....	65
Apéndice 8.....	66
Anexo No. 2.....	70
Anexo No.4.....	72
Anexo No.6.....	75

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

Con la reciente incorporación en la política institucional de la importancia de valorar los riesgos a los que se encuentran expuestas las diferentes áreas institucionales, y a raíz de los posibles conflictos y reclamos de la población en cuanto a la atención en los servicios de emergencias por plétora, es que se propone con base en el análisis de la estadística del servicio y del mapa de riesgos, demostrar la necesidad de crear un plan de educación dirigido al cliente tanto interno como externo acerca del uso adecuado y racional del Servicio de Emergencias del Hospital Nacional de Niños, esto con el fin de que se presenten cambios sustantivos en las personas permitiendo con ello disminuir la plétora de las consultas por patologías que se pueden resolver en el primer y segundo nivel de atención.

Tomando en cuenta lo anterior, el presente trabajo establece una nueva propuesta dirigida a efectuar una mejora en la gestión de la calidad del Servicio de Emergencias del Hospital Nacional de Niños y se logre optimizar los recursos con la finalidad de brindar una mejor atención, de manera oportuna y eficaz.

1.1 Identificación de la Institución

1.1.1 Misión del Hospital Nacional de Niños

La misión del Hospital es “contribuir a mejorar la salud de la población infantil del país brindando una atención especializada y de emergencias mediante servicios integrales de calidad, con eficacia, eficiencia, equidad y oportunidad.” (HNN, Dr. Carlos Sáenz Herrera, 1964-2004)

1.1.2 Visión del Hospital Nacional de Niños

La visión del Hospital Nacional de Niños es “ser un Centro de Ciencias Médicas para la atención de patologías de más alta complejidad, capaz de mejorar la salud de la población infantil de Costa Rica y de contribuir a la formación Pediátrica Nacional e Internacional por medio de la docencia y la investigación.” (HNN, Dr. Carlos Sáenz Herrera, 1964-2004)

1.1.3 Reseña histórica del Hospital Nacional de Niños

Los primeros pasos del Hospital Nacional de Niños aparecen con los servicios del Hospital San Juan de Dios, que proporcionó los servicios de salud a la población infantil de nuestro país, a partir de su fundación en 1845. En estos tiempos los niños eran hospitalizados en salones para adultos, no obstante, cuando aumentó su número se requería organizar el primer servicio aunque sin local propio.

En septiembre de 1926 la Junta de Protección Social de San José acordó construir un pabellón, pero no logra ejecutar dicho objetivo; es en 1932 cuando trasladan los niños a un edificio de madera, frente a donde anteriormente se ubicaba la Municipalidad de San José y en el cual funcionaron los servicios: Llorente y Calderón Muñoz.

En 1941 se conoció la concesión de ₡50.000 en bonos con destino a la construcción de un pabellón para niños en el Hospital. El legado constaba en el juicio sucesorio de don Jorge Mandas Theodoru. Ante ese gesto, la Junta le puso al pabellón el nombre del benefactor. Por muchos años el pabellón Mandas fue el Hospital de Niños que ahora lleva el nombre del médico Dr. Carlos Sáenz Herrera.

Entre marzo y agosto de 1954, dada la epidemia de la poliomielitis que azotó la población infantil de Costa Rica, la Sección de Pediatría del Hospital San Juan de Dios enfrentó serios problemas en el campo médico administrativo como repercusión ante el gran número de casos afectados, cuyas manifestaciones paralíticas hoy se presentan en nuestro país, por los fuertes efectos de la enfermedad en aquella época. Esta epidemia azotó a la población infantil de Costa Rica, cuyos efectos se manifiestan en la tasa más alta de mortalidad epidémica nunca registrada hasta entonces y dejó aproximadamente a 2000 niños con lesiones físicas severas.

La historia revela que el hospital no estaba preparado para enfrentarla, por cuanto no se disponía de los recursos técnicos de rehabilitación, ni de experiencia y el único Servicio de Infectología tenía sus camas ocupadas por enfermos de varicela, sarampión y otras enfermedades transmisibles.

En ese momento, las congojas sufridas por quienes debieron atender a estos niños, inspiraron en el Dr. Sáenz Herrera, Jefe de Sección de Pediatría del Hospital San Juan de Dios, la idea de mejorar las instalaciones disponibles. Fue así como se logró que se construyera un edificio para la Consulta Externa, la cual desde 1949 operaba en una casa, propiedad del Ministerio de Salubridad Pública, pero que se encontraba alejada del hospital y con las limitaciones derivadas para la prestación de servicios más completos que el niño enfermo y sus familiares demandaban.

Posteriormente el Dr. Sáenz Herrera con la aprobación de la Junta de Protección Social de San José y con el compromiso de distinguidas personas de nuestra sociedad, inició la campaña orientada a recaudar el dinero requerido para financiar la obra que ahora es el Hospital de Niños en cuyo honor lleva su nombre.

El Dr. Sáenz Herrera cautivó a miles de costarricenses, ya que ofreció las explicaciones técnico-científicas que dejaban claras las consecuencias de la epidemia y la necesidad de construir en nuestro país un hospital para la atención de la niñez.

Los trabajos de construcción se inician en noviembre de 1959 y en noviembre del 1962 se hace entrega de la obra a la Junta de Protección Social de San José en la persona de su presidente Alfredo Echandi Jiménez, momento en el cual el Dr. Carlos Sáenz Herrera, Director del Hospital, recibió las llaves del edificio. Fue el 24 de mayo de 1964 cuando se inauguró el Hospital Nacional de Niños, al acto asistieron el Presidente de la República Francisco J. Orlich y alrededor de 10.000 personas que visitaron las instalaciones. La bendición estuvo a cargo del Arzobispo de San José, Monseñor Dr. Carlos H. Rodríguez.

El Hospital Nacional de Niños ha transitado por distintas etapas, la primera se determina desde su inauguración en el año 1964 hasta su consolidación

institucional en 1968, período durante el cual se creó la Asociación Pro-Hospital Nacional de Niños, se promulga la Ley No. 3374 que origina al Patronato del Hospital, se trasladan los niños del Hospital San Juan de Dios y se realiza la primera ampliación de la planta física mediante la compra de una parte del terreno del Hospital Psiquiátrico. En el período entre 1972 y 1980 se identifican los siguientes hechos notables:

- Se establecen normas de diagnóstico y tratamiento en cada servicio
- Creación del Servicio de Infectología
- Criterios para la evaluación de la atención médica
- Reorganización de la atención médica, docencia e investigación
- Establecimiento de niveles de atención
- Aumento en el número de residentes e internos
- Inauguración del Servicio de Emergencias Médicas
- Se crea la Unidad de Pediatría Social
- Inicia la permanencia de los padres con sus hijos durante la hospitalización
- Se establece la unidad de enseñanza
- Se organiza el hospital en especialidades
- Se promueve la formación de subespecialistas en países industrializados
- Creación del Banco de Leche Materna
- Inicia el programa de medicina comunitaria y escolar
- Establecimiento de la Unidad de Investigación y Centro de Cómputo

- Traspaso del Hospital a la CCSS (Caja Costarricense de Seguro Social)
- Inauguración de la Unidad de Terapia Respiratoria y del nuevo servicio de Neonatología con servicio de transporte propio
- Se inaugura el Servicio de Quemados
- Establecimiento del Comité Control de Intoxicaciones y del Centro Diagnóstico de problemas de aprendizaje
- Inicio de la Cirugía Ambulatoria
- Segunda remodelación y ampliación de la planta física

En la segunda etapa que comprende el período entre 1981 a 1998 se realiza:

- Creación del Centro Diagnóstico en Departamento de Consulta Externa
- Se inaugura el Albergue Santiago Crespo
- Creación de la Fundación para el Desarrollo del Hospital Nacional de Niños
- Tercera remodelación y refuerzo de la planta física
- Designación por la OMS (Organización Mundial de la Salud) como colaborador en la enseñanza en pediatría
- Se inicia la transformación del Hospital Nacional de Niños en un Centro de Ciencias Médicas en el año 1990, bajo la dirección del Dr. Edgar Mohs. Esto obedeció a que la población infantil requería de una atención que se adecuara a padecimientos mucho más complejos como las enfermedades crónicas y las malformaciones congénitas, pues en sus inicios en el hospital se atendían enfermedades agudas (diarreas, infecciones, entre otros), y la desnutrición; aparte de que la estructura y organización del hospital debían adaptarse a los nuevos tiempos, por lo tanto fue necesario convertir al hospital en un Centro de Ciencias Médicas, lo cual fue declarado por la Caja Costarricense de Seguro Social en sesión celebrada por la Junta Directiva el 19 de mayo de 1994.

- Se realiza la primera Teletón
- Se firman los primeros compromisos de gestión
- Creación de la Juntas de Salud
- Se inició la construcción del Edificio de Especialidades Médicas

En la tercera etapa que comprende los años 1999-2004 se destaca:

- Inauguración del Edificio de Especialidades
- Equipamiento de salas y acompañamiento de padres de familia con hijos en hospitalización
- Acondicionamiento físico y ambientación de edificios, más amigables y verdaderas galerías de arte infantil
- Inicio del Proyecto de Torre de Cuidados Críticos
- Se promueve el programa de Trasplantes
- Se inicia el Programa nacional de Tamizaje y Genética Médica
- Inicio de investigaciones de Cultivo de Piel
- Unidad de Monitoreo y Cirugía de la Epilepsia
- Inauguración del Centro para la Prevención de Discapacidades
- Inicia el programa de Foto Coagulación con Láser
- Inauguración de la Unidad de Urodinamia

1.1.4 Ubicación geográfica

Terreno esquinero ubicado con frente al Paseo Colón y a la calle 20 sur, San José.

1.1.5 Estructura organizativa

La estructura organizativa del hospital actualmente está en período de replanteamiento ante la Gerencia Médica de la CCSS debido los cambios que se han venido dando con el paso de los años en los diferentes servicios. En el anexo No.1 se encuentra el último organigrama actualizado en junio de 1996.

1.1.6 Antecedentes del Servicio de Emergencias

El Servicio de Emergencias se instaló como una dependencia de la Consulta Externa, la que inició funciones el 8 de junio de 1964. En sus inicios la Consulta Externa atendía a la población no asegurada y a aquellos pacientes asegurados referidos de los hospitales y clínicas del área metropolitana. Para ese entonces la CCSS tenía centros de atención de urgencias en el Policlínico (hoy Hospital Calderón Guardia) y en el Hospital México. Con el tiempo se empezaron a diferenciar dos grandes áreas dentro de la consulta externa: especialidades y emergencias. A partir del año 1976, el hospital se integra al Sistema de Seguridad Social y se concentra toda la atención pediátrica institucional en este, pues se cerraron los servicios de pediatría en otros hospitales metropolitanos. La creación del Servicio de Emergencias responde entonces al objetivo de brindar la mejor atención médica, de acuerdo con los niveles de complejidad del padecimiento.

El Servicios de Emergencias atiende aproximadamente 140.000 pacientes por año, distribuidos en Consulta de Urgencias Pediátricas, Emergencias Médicas y Emergencias Quirúrgicas-Trauma.

1.1.7 Estructura organizativa del Servicio de Emergencias Médicas

Actualmente el Servicio de Emergencias Médicas depende directamente del Departamento de Consulta Externa, quien a su vez depende jerárquicamente de la Dirección General (ver anexo No. 2 Organigrama del Departamento de Consulta Externa y Emergencias).

Es necesario aclarar que en la actualidad el Servicio de Emergencias Quirúrgicas y Trauma depende directamente del Departamento de Cirugía, que también depende de la Dirección General.

1.1.7.1 Misión del Servicio

“El Servicio de Emergencias Médicas del Hospital Nacional de Niños, es un servicio que brinda atención inmediata a todos los usuarios especialmente pacientes gravemente enfermos

1. Proporcionando atención oportuna y equitativamente de calidad, cantidad, eficacia y eficiencia a cada uno de los pacientes que se atienden
2. Formar y desarrollar profesionales altamente capacitados y personal de enfermería
3. Capacitación y educación a los médicos y otro personal que rotan por el Servicio. “ (1)

1.1.7.2 Visión del Servicio

- “Lograr que el Servicio de Emergencias del Hospital de Niños sea la mejor unidad de atención médica en emergencias del país, con un enfoque holístico y personalizado, donde se participa al personal de enfermería y el cuerpo médico en la atención de cada uno de nuestros clientes
- Contar con mejor espacio físico, con la construcción de las Torres de Cuidados Críticos, para poder brindar una atención eficiente, oportuna y de alta calidad a todos los usuarios
- Contar con el médico especialista para brindar una atención especializada a nuestros pacientes, que por su patología lo ameritan
- Contar con recurso humano necesario de enfermería para brindar una eficaz y eficiente atención.” (2)

(1) y (2) son tomados del Plan Anual Operativo 2008 del Servicio de Emergencias

1.1.7.3 Servicios que brinda y características generales

El Servicio de Emergencias Médicas se encuentra ubicado en el primer piso del edificio de hospitalización, y está diseñado para que las ambulancias tengan acceso directo, con la finalidad de que el paciente sea atendido en forma oportuna y eficiente.

Este Servicio incluye las atenciones de: Medicina 6 y la consulta local de Urgencias Pediátricas.

El Servicio es uno de los principales puntos de ingreso al Hospital, en el cual laboran especialistas en emergencias médicas las 24 horas del día y los 365 días del año y se atienden niños provenientes de diversos puntos del país que requieren de estabilización inmediata o de un período de observación. La mayoría son referidos por la consulta local de Urgencias Pediátricas, clínicas periféricas, hospitales regionales, médicos y clínicas privadas.

El área de consulta local de Urgencias pediátricas consta de:

- 2 consultorios: en el número 1 un médico asistente especialista valora el caso y realiza un “filtro”, el que consiste en valorar el caso y distribuir los pacientes entre el consultorio #2 y Medicina 6; en el consultorio número 2 se realiza la exploración del paciente, se le envían exámenes de laboratorio y/o gabinete, se revalora si es necesario y se egresa al paciente.
- 1 consultorio de inyectables y curaciones
- 1 área para prueba de tolerancia oral
- 1 área de procedimientos
- 1 consultorio y 1 sala para nebulizaciones

El área de Medicina 6 es un servicio de hospitalización que cuenta con cubículos distribuidos de la siguiente manera:

- Cubículo de shock: dispone de cuatro camas para el manejo de pacientes que ingresan gravemente enfermos, esto implica compromiso

severo de la vía aérea o en shock. Aquí se realiza una intervención inmediata con el fin de obviar lesión secundaria a hipoxemia o hipoperfusión, estableciendo una vía aérea permeable, acceso vascular, manejo farmacológico y ventilación mecánica. También se dispone de esta área con el fin de monitorear pacientes, los cuales se han logrado estabilizar mientras se decide su traslado a otro servicio.

- Cubículo de diarreas: cuenta con ocho camas aisladas, en donde se tratan pacientes con enfermedad diarreica, y factores de riesgo como deshidratación, alta tasa, vómitos incoercibles, y otras patologías agregadas. El fin principal es dar tratamiento con rehidratación oral o intravenosa.
- Cubículo de Misceláneos: Dispone de ocho camas, en este se internan pacientes que requieren tratamiento y/o observación por padecimientos médicos o quirúrgicos, exceptuando la enfermedad diarreica.
- Cubículo de Aislamiento: Cuenta con una sola cama, en vista de que tiene la capacidad de tratar pacientes gravemente enfermos, que inclusive requieran de ventilación mecánica y monitoreo. El fin del aislamiento es proteger a los pacientes de ciertas patologías infectocontagiosas, como la meningitis meningocócicas, y obviar una posible contaminación en pacientes inmunosuprimidos.
- Cubículo de Procedimientos: es un área en donde se realizan procedimientos como: accesos vasculares, punciones lumbares, punciones vesicales, etc., en pacientes estables los cuales son llevados de los cubículos en su propia cama.
- Camilla: en esta cama se hace una clasificación de los pacientes que por alguna razón los guardas ingresan directamente. Esta camilla se encuentra ubicada en el interior de Medicina 6.

Además se cuenta con oficinas de: Jefatura de Emergencias Médicas, Jefatura Jefe de Área de Enfermería y Oficina para Asistentes Medicina 6.

Es importante aclarar que a pesar que el Servicio de Emergencias Quirúrgicas depende, jerárquicamente del Departamento de Cirugía, también cuenta dentro del área de emergencias con 2 consultorios para ingresos y valoración de Urgencias Quirúrgicas, igualmente, se ubican estratégicamente, la sala de yesos y consultorio de ortopedia, que dependen también del Departamento de Cirugía.

1.2 Justificación del estudio

El Hospital Nacional de Niños al recibir la categoría de Hospital Nacional Especializado, y existiendo dentro de la CCSS la estructura organizacional por niveles de atención, se ubica dentro del tercer nivel. Esto hace suponer que si el modelo funcionara como se establece lo lógico sería que acudan al hospital solamente los casos o patologías de difícil solución para los primeros y segundos niveles de atención, pues el tercer nivel teóricamente está para brindar curación y rehabilitación de las enfermedades; mientras que el primer nivel debe brindar atención enfocada en la prevención y tratamiento, y el segundo nivel en tratamiento y curación.

Al ser un hospital especializado, ubicado estratégicamente en el centro de la capital, con rutas de fácil acceso, que cuenta con instalaciones adecuadas, personal especializado y altamente capacitado, tecnología de punta, entre otras ventajas; es lógico por su atractivo y facilidades que reciba consultas de niños provenientes de diversos puntos del país. De hecho el Servicio de Emergencias al ser uno de los principales puntos de entrada al hospital, se ha caracterizado por recibir niños de diferentes localidades, tengan o no documentos de asegurado, sean nacionales o extranjeros, sea o no una emergencia, estén o no abiertos los servicios del primer o segundo nivel de atención, pues se cumple con lo establecido por las leyes del país que protegen al menor de edad (Ley 7739 sobre la Niñez y la Adolescencia, Ley 7600 de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, Ley 8239 sobre los Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud).

Si bien es cierto que existen los servicios de atención de consulta externa del primer y segundo nivel de atención de lunes a viernes de 7 a 4 p.m., consultas vespertinas durante toda la semana hasta las 8 ó 10 p.m. en algunas clínicas o áreas de salud, atención de emergencias las 24 horas en hospitales del segundo nivel de atención, y a raíz del incendio en el Hospital Calderón Guardia en el año 2005 entraron a funcionar servicios de emergencias las 24 horas para las áreas de adscripción de las clínicas mayores: Clínica Carlos Durán, Clínica Solón Núñez y Clínica Marcial Fallas; aún así los usuarios prefieren acudir al Servicio de Emergencias del Hospital Nacional de Niños que ir a su centro de adscripción a sacar cita o a esperar ser atendidos en horarios vespertinos o nocturnos.

De acuerdo a estadísticas del Servicio de Emergencias, específicamente en la Consulta de Urgencias, así como el total de atenciones realizadas para cada uno los primeros 10 diagnósticos más frecuentes diagnosticados entre el año 2005 al 2007 (ver apéndice 1), es posible observar que:

1. Comparando año con año, el porcentaje del total general de consultas que acudieron a los consultorios #1 y #4 para el año 2005 se ubica con

un 98,04%, para el 2006 se presenta un 96,06% y para el 2007 un 84,83%; con lo anterior es posible observar que los porcentajes van en disminución lo que se relaciona con la apertura de los horarios de 24 horas de las clínicas mayores debido al incendio en el Hospital Calderón Guardia que ocurrió en el año 2005.

2. A pesar de que el porcentaje de las consultas disminuye conforme pasan los años, si se presta atención al total de las mismas reportado anualmente para los diagnósticos más frecuentes, es evidente que el mayor número de consultas en todos los años es para las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (gripe).
3. Por lo anterior se podría concluir que a pesar de que el porcentaje de atenciones disminuyeron con la apertura de los servicios de emergencias de las clínicas mayores, persisten en el servicio de emergencias las consultas por diagnósticos que pueden ser tratados tanto en un primer nivel de atención (EBAIS) o en un segundo nivel (clínicas u hospitales regionales), así como recibir educación en la prevención de las mismas, pues son patologías que no requieren en su mayoría una atención especializada y que resuelven con tratamiento ambulatorio, disponible también en esos niveles. La atención de patologías como las mencionadas anteriormente originan en los servicios especializados plétora del mismo.

A pesar de que en la mayoría de las clínicas se han ido incluyendo especialistas en pediatría, aquellas que no tienen el recurso disponible refieren directamente al Servicio de Emergencias los casos que les resultan dudosos, haciendo en ocasiones un mal uso del servicio y de la referencia, pues la mayoría de los casos son para resolver en la consulta externa, lo que denota poca capacidad resolutoria por falta de personal especializado y/o poco conocimientos por parte del personal médico del primer o segundo nivel para la resolución de casos.

Entonces, al tener tanto causas internas como externas que indicarían un uso inadecuado del Servicio de Emergencias, es que se podría demostrar la necesidad de crear un plan de educación al cliente tanto interno como externo, acerca del uso racional del Servicio de Emergencias del Hospital Nacional de Niños.

Además, según lo establecido en el mapa de riesgos del servicio, incluido en el Plan Anual Operativo del 2008, se detectó que dentro de la Categoría de seguridad del paciente, la exposición al riesgo y el nivel de riesgo de que ocurra una inadecuada atención del paciente por plétora del servicio es alto y tiene efectos negativos en el servicio como: errores tanto del médico como de enfermería, incremento de infecciones, saturación de los servicios de apoyo, poca o nula prontitud y oportunidad en la atención de los pacientes, entre otros (ver anexo No.3).

1.3 Objetivos del estudio

1.3.1 Objetivo General:

- 1) Demostrar la necesidad de crear un plan de información y educación, tanto al cliente interno como el externo acerca del uso adecuado y racional del Servicio de Emergencias del Hospital Nacional de Niños.

1.3.2 Objetivos específicos:

- 1) Determinar las principales causas de la saturación del Servicio de Emergencias del Hospital Nacional de Niños.
- 2) Determinar las principales enfermedades atendidas en el Servicio de Emergencias del Hospital Nacional de Niños.
- 3) Lograr que el Departamento de Comunicaciones de la CCSS otorgue al Servicio de Emergencias asesoría en la elaboración del plan educacional.

1.4 Alcances y limitaciones del estudio

Con la implementación del Plan de Educación se espera concientizar a la población acerca de los servicios que brinda la CCSS en lo que respecta a la existencia de: EBAIS (Equipo Básico de Atención Integral en Salud), Clínicas, Hospitales Regionales y Hospitales Periféricos; los horarios de atención, y lograr reconocer la diferencia entre una urgencia y una emergencia; esto con el fin de que las consultas se canalicen donde corresponda y se obtenga una adecuada utilización del único servicio especializado en emergencias en el país como es el que brinda el Hospital Nacional de Niños, pues con ello se conseguiría una reducción en el número de consultas que no son emergencias, se evitaría plétora en un servicio que debería dedicarse a casos de emergencia especializados y además se optimizaría tanto el recurso humano como de tiempo, para brindar una consulta de calidad que impacte en la satisfacción del usuario interno y externo. Dar a conocer el plan a nivel de los clientes internos permitirá mejorar la orientación de las referencias con el fin de evitarle al usuario filas y trámites innecesarios, además de orientar al primer y segundo nivel de atención en la forma como pueden informar y educar a la población para que utilicen mejor los servicios que estos brindan.

La propuesta en todo momento está dirigida a informar y sensibilizar a la población sobre el adecuado uso de los servicios de emergencias, dado que la atención a la población infantil, por aspectos legales, no es posible negarla, aun cuando las consultas no sean estrictamente emergencias.

El Plan se delimita al Servicio de Emergencias del Hospital Nacional de Niños, inicia con la elaboración del plan y termina con la divulgación del mismo. Se contemplará en el análisis el marco legal de las disposiciones y recomendaciones que se les hagan a los usuarios según las leyes del país; además se analizará la estadística del servicio posterior a la divulgación del plan.

Las limitantes que se pueden presentar durante el desarrollo del plan son:

- Que no se logre que el Departamento de Comunicaciones brinde la asesoría en la elaboración del plan.
- Que no se logre que el Departamento de Comunicaciones colabore en la divulgación del plan.
- Que no se logre la confección de algún medio audiovisual por no estar incluido dentro de plan de trabajo del Departamento de Comunicaciones de la CCSS.
- Que se presente resistencia por parte de los médicos en el cumplimiento de lo que se establecería en cuanto al envío de pacientes.
- Que el primer y segundo nivel de atención no contribuyan con el plan.
- Que no se recopilen datos estadísticos de importancia para el estudio.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 El Modelo de Atención de los Servicios de Salud en Costa Rica

El actual modelo de atención de Costa Rica ha sido el resultado de cambios continuos que iniciaron con el Modelo de Medicina Asistencial Básica (1850-1900), seguido apareció el Modelo de Salud Pública y Beneficencia (1900-1940), posteriormente la institucionalización de la medicina preventiva (1940-1970), hasta llegar al Modelo de Medicina Integral de Salud que se inicia en 1985, y alcanza su punto máximo con la readecuación del nuevo modelo en 1996 como resultado de la Reforma de Sector Salud. (Salas, 2003)

El modelo de atención (definición tecnoasistencial) debe entenderse con una mayor amplitud, principalmente, si se quiere considerar la concepción del proceso de salud enfermedad; además, de la integralidad de la atención, una jerarquización de la red de servicios y una articulación intersectorial en la configuración de las políticas de salud. (Salas, 2003)

Al ser la salud es un derecho humano al que todos los costarricenses debemos ejercer, por lo tanto será necesario familiarizarse con la legislación nacional y además con las bases filosóficas que fundamentan los servicios de salud, para así lograr entender su funcionamiento.

En (Salas, 2003) se afirma que: “el modelo de atención desarrolla ampliamente los derechos sociales, económicos y culturales y su relación con los derechos civiles y políticos. Esto, por cuanto las diferentes categorías de derechos constituyen un todo indisoluble que encuentra su base en el reconocimiento de la dignidad de la persona humana, y exigen una tutela y promoción permanente con el objeto de lograr su vigencia plena, sin que jamás pueda justificarse la violación de unos en aras de la realización de otros.

Dado que el derecho a la salud se encuentra con el derecho a la vida, porque ese derecho implica que no se protege sólo la existencia biológica, sino los aspectos relacionados con ella, variadas y sustantivas discusiones de la Sala Constitucional sientan jurisprudencia sobre esta temática desde 1990. No resulta difícil deducir que la salud es el bienestar que se logra individual o colectivamente por el conjunto de acciones dirigidas a la construcción social de la salud de las poblaciones, con abordaje intersectorial. “

Dentro de algunos de los principios básicos en que se fundamenta la Seguridad Social de nuestro país y por ende el actual modelo de atención, se encuentran:

- **Principio de Universalidad:** “Todas las personas deben ser partícipes de los beneficios de la Seguridad Social. Es derecho de todo ser humano inmerso en el contexto social que lo rodea en un momento dado” (3)

En el modelo de atención la universalidad se refiere a la cobertura de servicios de salud a toda la población residente en el territorio costarricense, distribuida en regiones, áreas de salud y sectores. La universalidad se refiere además a la cobertura contributiva de todos los participantes del sistema

- **Principio de Solidaridad:** “Toda la población en la medida de sus propias posibilidades, debe participar económicamente en su financiamiento, redistribuyendo los recursos entre el resto de la población” (4)

O sea, busca que la contribución al financiamiento de la red de servicios se realice de acuerdo con las posibilidades económicas de cada persona, familia y comunidad. Se requiere de la solidaridad de los individuos y de los cantones más ricos hacia los de menor capacidad económica, de los sanos hacia los enfermos, de los jóvenes hacia las personas mayores, de los hombres hacia las mujeres

- **Principio de Unidad:** “Está determinado por el funcionamiento congruente y coordinado entre las autoridades que participan en el desarrollo y control de la Seguridad Social, otorgando prestaciones y beneficios similares a sus integrantes” (5)

- **Principio de Igualdad o equidad:** “Al ser un principio del derecho, se aplica a la Seguridad Social, se fundamenta en que se debe dar igual trato a las personas que se encuentran en situaciones iguales y a la vez, trato diferente en situaciones distintas” (6)

Se refiere a una distribución justa de los recursos del sector. El fin es asegurar la igualdad de oportunidades en el acceso a la atención integral de la salud, con oportunidad, eficiencia y calidad para la atención de las necesidades iguales de los usuarios.

- **Enfoque Integral:** “El modelo de atención se fundamenta en el análisis de los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad, y en una atención integral y continua de las necesidades y problemas de salud individuales y orientados a la población, en las estrategias y acciones de promoción y prevención, fundamentadas en la estrategia de atención primaria” (Salas, 2003)

(3), (4), (5), (6) | Sección, Sobre los principios de la Seguridad Social, Superintendencia General de Servicios de Salud, agosto 2003

El modelo de atención se encuentra sustentado también en las leyes de la República de Costa Rica, las mismas de cumplimiento obligatorio en la prestación de servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social; los ciudadanos costarricenses en el territorio nacional tienen además derechos y deberes tal y como lo consigna la Ley Constitutiva de la CCSS y el Reglamento del Seguro de Salud, estas leyes son:

a) Ley No. 7739 sobre la Niñez y la Adolescencia: dentro del Capítulo Derecho a la Salud se encuentran algunos artículos como:

- Artículo 41- Derecho a la Atención Médica: Las personas menores de edad gozarán de atención médica directa y gratuita por parte del Estado.
Los centros o servicios públicos de prevención y atención de la salud quedarán obligados a prestar, en forma inmediata, el servicio que esa población requiera sin discriminación de raza, género, condición social ni nacionalidad. No podrá aducirse ausencia de sus representantes legales, carencia de documentos de identidad, falta de cupo ni otra circunstancia.
- Artículo 42- Derecho a la Seguridad Social: Las personas menores de edad tendrán derecho a la seguridad social. Cuando no las cobijen otros regímenes, disfrutarán de este derecho por cuenta del Estado. Para ello la Caja Costarricense de Seguro Social adoptará las medidas respectivas.
- Artículo 50- Servicios para embarazadas: Los centros públicos de salud darán a la niña o la adolescente embarazada los servicios de información materno-infantil, el control médico durante el embarazo para ella y el nasciturus.
Las niñas o adolescentes embarazadas tendrán derecho a recibir un trato digno y respetuoso en los servicios de salud, particularmente en la atención médica u hospitalaria. En situaciones especiales de peligro para su salud o la del nasciturus tendrá derecho a atención de preferencia.

b) Ley 7600 de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad: se destaca lo siguiente:

- Artículo 5- Ayudas técnicas y servicios de apoyo: Las instituciones públicas y las privadas de servicio público deberán proveer, a las personas con discapacidad, los servicios de apoyo y las ayudas técnicas requeridos para garantizar el ejercicio de sus derechos y deberes.
- Artículo 7- Información: Las instituciones públicas y las privadas que brindan servicios a personas con discapacidad y a sus familias

deberán proporcionar información veraz, comprensible y accesible en referencia a la discapacidad y los servicios que presten.

- Artículo 31- Acceso: Los servicios de salud deberán ofrecerse, en igualdad de condiciones, a toda persona que los requiera. Serán considerados como actos discriminatorios, en razón de la discapacidad, el negarse a prestarlos, proporcionarlos de inferior calidad o no prestarlos en el centro de salud que le corresponda.

c) Ley 8239 sobre los Derechos y Deberes de las Personas Usuarías de los Servicios de Salud: dentro de los cuales se mencionan:

- Artículo 2- Derechos: Las personas usuarias de los servicios de salud tienen derecho a:
 1. Recibir información clara, concisa y oportuna, sobre sus derechos y deberes, así como sobre la forma correcta de ejercitarlos.
 2. Ser informadas del nombre, los apellidos, el grado profesional y el puesto que desempeña el personal de salud que les brinda atención.
 3. Recibir la información necesaria y, con base en ella, brindar o no su autorización para que se les administren un determinado procedimiento o tratamiento médico.
 4. Recibir, sin distinción alguna, un trato digno con respeto, consideración y amabilidad.
 5. Recibir atención médica con la eficiencia y diligencias debidas.
 6. Ser atendidas puntualmente de acuerdo con la cita recibida, salvo situaciones justificadas de caso fortuito o fuerza mayor.
 7. Negarse a que las examinen o les administren tratamiento, salvo en situaciones excepcionales o de emergencia, previstas en otras leyes, en que prevalezcan la salud pública, el bien común y el derecho de terceros.
 8. Tener acceso a su expediente clínico y a que se le brinde una copia.
 9. Recibir atención en un ambiente limpio, seguro y cómodo.
 10. Hacer que se respete el carácter confidencial de su historia clínica y de toda la información relativa a su enfermedad salvo cuando, por ley especial, deba darse noticia a las autoridades sanitarias. En casos de docencia, las personas usuarias de los servicios de salud deberán otorgar su consentimiento para que su padecimiento sea analizado.
 11. Presentar reclamos, ante las instancias correspondientes de los servicios de salud, cuando se hayan lesionado sus derechos.
- Artículo 4- Deberes: Las personas usuarias de los servicios de salud tienen los siguientes deberes:
 1. Proporcionar la información más completa posible en relación con su estado de salud, enfermedades anteriores,

hospitalizaciones, medicamentos y otras condiciones relacionadas con su salud.

2. Cumplir las instrucciones e indicaciones que les brinden, en forma adecuada, el personal de salud.
3. Responsabilizarse por sus acciones u omisiones, cuando no sigan las instrucciones de su proveedor del cuidado médico.
4. Respetar los derechos del personal y de los demás usuarios de los servicios de salud.

2.1.1 Características del modelo de atención

Dentro de las características básicas del modelo de atención se pueden mencionar (Salas, 2003):

a. La participación social:

El desarrollo del nuevo modelo de atención integral de la salud exige la participación social activa, consciente y con plenos derechos y deberes. Se deben establecer espacios reales y democráticos de participación comunitaria, en aspectos tales como: proceso de toma de decisiones de carácter estratégico, análisis de la situación de salud, elaboración y ejecución de los planes de salud, fomento de estilos de vida sana, autocuidado individual y colectivo, y fiscalización y evaluación de los servicios.

b. Mayor eficiencia, eficacia y calidad:

Estas tres variables están íntimamente relacionadas entre sí: sin eficiencia y eficacia no hay calidad y, sin calidad y eficiencia, las acciones en salud no logran los resultados esperados.

La eficiencia comprende no sólo el mayor número de actividades producidas con una determinada cantidad de recursos, sino el máximo volumen de acciones, con la eficacia, efectividad y calidad adecuadas, obtenidos con los mismos insumos.

El modelo de atención, por sí solo, no garantiza una mayor calidad, eficacia o eficiencia de los servicios de salud; gran parte de estas cualidades tienen que ver con la capacidad de gestión institucional.

2.1.1.1 Elementos organizativos y funcionales del modelo

El modelo de atención, contempla elementos organizativos y funcionales, que apuntan en esa dirección, entre ellos:

- a. La definición de una oferta básica (canasta de servicios), con fundamento en las necesidades prioritarias de salud, nacional y local.
- b. El establecimiento de la planificación local estratégica, como eje del proceso de gestión.

- c. La asignación al equipo de salud de responsabilidades bien definidas, en un espacio geográfico-poblacional claramente delimitado.
- d. El escalonamiento de la oferta de servicios, según niveles de atención adecuadamente establecidos.
- e. El uso obligatorio de un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.
- f. La incorporación de la comunidad al proceso de planificación, control y evaluación de los servicios.
- g. La descentralización de la gestión; y
- h. El establecimiento de instancias formales de coordinación intra e intersectorial.

En resumen, las principales características del modelo de atención, se centran en: la definición de una población o número de familias ubicadas en un área geográfica claramente determinada o sector de salud, el establecimiento de un equipo de salud y de una oferta básica de servicios, la cual se debe garantizar a toda la población en igualdad de condiciones. Además se establece que varios sectores conforman un área de salud (con su respectivo equipo de apoyo), de donde se definen los niveles de atención o complejidad y el sistema de referencia y contrarreferencia.

2.2 Organización de los Servicios de Salud

2.2.1 Regiones de salud

En (Salas, 2003) se define que para la administración de la atención de los servicios en el modelo de salud están divididos en siete regiones:

- Región Central Sur
- Región Central Norte
- Región Huetar Norte
- Región Huetar Atlántica
- Región Pacífico Central
- Región Chorotega
- Región Brunca

A su vez, las regiones se dividen en áreas de salud, las cuales, en la mayoría de los casos, corresponden a cantones, según la división político-administrativa del país. Sólo pocas áreas cubren más de un cantón o menos de uno.

2.2.2 Niveles de atención

a. Primer Nivel

Corresponde a los servicios básicos de salud que comprenden acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación de menor complejidad, que se practiquen respecto de la familia en los ámbitos intradomiciliario, de consulta externa o ambulatoria general. Las acciones se orientarán a las personas y a su comportamiento en cuanto a la salud y al ambiente en el cual viven, permanecen, trabajan o se recrean. Los establecimientos de salud a este nivel son: CEN-CINAI, Puestos de Salud, Unidades Móviles Médicas y Odontológicas, Clínica Odontológica Escolar, Centros de Salud, Dispensarios tipos A y B y Clínicas tipos 1 y 2 y actualmente las clínicas tipo 3 y 4 para la atención integral (Salas, 2003)

b. Segundo Nivel

Apoya al nivel primario mediante la prestación de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación con grado variable de complejidad y especialidad. Los establecimientos de salud de este nivel son: Prestaciones Sanitarias, Hospitales Generales (Regionales y Periféricos) y Albergue Temporal y Casa de Salud del INS (Salas, 2003)

c. Tercer Nivel

Corresponde a la prestación de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación de la más alta especialización y complejidad, para atender determinados problemas de salud. El área de influencia del nivel terciario podrá trascender la del secundario y abarcar el territorio de varias provincias, cantones y distritos. Los establecimientos de salud de este nivel son: Hospitales Nacionales y Hospitales Especializados. Actualmente, se incluyen las clínicas tipos 3 y 4 para la atención de ciertas especialidades (salas, 2003)

En el anexo No.4 es posible observar la delimitación de las regiones, y la ubicación de los diferentes hospitales del país, así como la ubicación del Hospital de Niños Dr. Carlos Luis Sáenz Herrera.

2.3 Ubicación del Hospital Nacional de Niños dentro de la Red de Servicios de la CCSS

El Hospital Nacional de Niños se ubica dentro de la red de servicios del área de atracción de la Región Central, que comprende el área metropolitana, y es catalogado como un Hospital Nacional Especializado, por lo que se considera que pertenece al tercer nivel de atención.

El Hospital Nacional de Niños es el único hospital en el país especializado en la atención de la niñez costarricense.

2.4 El Servicio de Emergencias del Hospital Nacional de Niños

El Servicio de Emergencias es uno de los principales puntos de ingreso al Hospital, en el cual laboran especialistas en emergencias médicas las 24 horas del día y los 365 días del año, se atienden niños provenientes de diversos puntos del país que requieren de estabilización inmediata o de un período de observación.

Este servicio atiende aproximadamente 140.000 pacientes por año, distribuidos en Emergencias Médicas, Consulta de Urgencias Pediátricas y Emergencias Quirúrgicas-Trauma; a su vez el Servicio de Emergencias Médicas incluye las atenciones de: Medicina 6 y la Consulta de Urgencias Pediátricas.

El servicio en general cuenta con un personal dentro del que se destacan: médicos especialistas en emergencias médicas, médicos especialistas en emergencias quirúrgicas y trauma; además recibe apoyo de una cantidad importante de médicos residentes, médicos internos y personal de enfermería. También tiene el apoyo de servicios de farmacia, laboratorio, imágenes médicas, entre otros, y tecnología de punta al alcance para una mejor resolución de los casos de alta complejidad. Dentro del servicio hay acceso a interconsultas en las diferentes ramas de la medicina pediátrica, lo que mejora la capacidad resolutoria de los casos.

2.4.1 Acceso al servicio

El acceso al Servicio de Emergencias en general se da a través de diferentes vías:

- 1- Pacientes referidos de otros Centros de Salud y consultas privadas.
- 2- Pacientes que no encuentran lugar para ser atendidos en su Centro de Salud y deciden acudir al centro médico
- 3- Pacientes que asisten pues su Centro de Salud cierra en horas no hábiles.
- 4- Pacientes que acuden al centro médico directamente de su casa.

Dicho acceso actualmente no está restringido para ninguno de los 3 servicios que lo conforman, la atención debe prestarse en forma obligatoria en todas las entidades públicas que presten servicios de salud, independientemente de la capacidad socio-económica y del régimen al que se encuentren afiliadas al Sistema de Seguridad Social, esto de acuerdo a las leyes que protegen al menor de edad.

En general, para acceder a la atención por emergencias las personas no tienen necesidad de pedir una cita, ni esperar una referencia, simplemente acuden y se les atiende. Por ese motivo, los servicios de emergencias son el refugio,

tanto de la persona en real emergencia porque sufre una enfermedad, un accidente o una agresión que pone en peligro su vida, como de aquella que por razones externas a la salud, no quiere o no puede asistir a la consulta regular.

2.4.2 Procesos de atención en Emergencias Médicas

La atención en los Consultorios #1 y #4 (Consulta de Urgencias) difiere un poco de la que se brinda en Medicina 6 (Observación) ya que constan de diferentes pasos, en el caso de los consultorios la atención demanda más tiempo al usuario pues debe cumplir con diferentes etapas antes y después de ser atendido el niño, por lo que el objetivo con el que se creó este proceso fue con la finalidad de prestar atención ambulatoria a niños que presentan alguna afectación en su estado de salud que no califique en primera instancia como una emergencia; mientras que para el segundo proceso igualmente debe pasar por etapas antes de lograr la atención pero que son un poco más expeditas pues son pacientes que requieren atención y observación pronta (Ver anexos No. 5 y No. 6).

2.5 Definición de un Servicio de Emergencias

Los Servicios de Emergencias pueden definirse como unidades diseñadas para brindar tratamiento especializado, con disponibilidad inmediata y gratuita de recursos especiales a pacientes que requieran cuidados urgentes, a cualquier hora del día o la noche durante los 365 días del año (Florentino, 2006).

La atención inicial de las urgencias abarca todas las acciones realizadas en una persona con patología urgente, para estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de la urgencia (González, 2005).

Según la definición, estos servicios deberían admitir sólo pacientes con patologías que requieran tratamientos urgentes y no aplazables, cosa que en la práctica no observamos.

2.6 Diferencia entre Emergencia y Urgencia

Generalmente estos dos términos se prestan para confusión, por lo que es necesario hacer la diferencia.

Según la Asociación Médica Americana (A.M.A.) la Emergencia "es aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de un órgano" (7)

En otras palabras, una Emergencia Médica es una situación crítica de riesgo vital inminente en la que la vida puede estar en peligro por la importancia o gravedad de la condición si no se toman medidas inmediatas.

Por ejemplo:

- Pérdida de conciencia
- Hemorragia severa
- Posibles fracturas óseas
- Heridas profundas (como aquellas producidas por armas blancas)
- Síntomas típicos de un ataque al corazón (Dolor de pecho que dure dos minutos o más)
- Dificultad respiratoria
- Toser o vomitar sangre
- Debilidad y cambios en la visión abruptos

Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) la definición de Urgencia es "la aparición fortuita (imprevisto o inesperado) en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia" (8)

O sea, podemos decir que Urgencia es una situación en la cual no existe riesgo inminente de muerte pero se requiere asistencia médica en un lapso reducido de tiempo, según la condición, para evitar complicaciones mayores.

Por ejemplo:

- Hipertensión
- Traumatismos
- Quemaduras
- Disritmias
- Vómitos y diarreas severos y/o persistentes

Los niños tienen problemas médicos particulares y pueden mostrar síntomas diferentes a los de los adultos cuando se enferman o sufren lesiones. Sus tratamientos también son diferentes. Los síntomas que son serios en los niños, puede que no sean tan serios para los adultos, y viceversa. Adicionalmente, es posible que los niños no puedan comunicar qué es lo que está mal, lo cual significa que se debe interpretar su comportamiento.

(7) Definición por la Asociación Médica Americana

(8) Definición por la Organización Mundial de la Salud

Las emergencias médicas pueden ocurrir por eventos súbitos como una caída seria, un choque automovilístico, o una herida o corte profundo. También se pueden producir lesiones serias por una descarga eléctrica; la obstrucción de objetos en los orificios nasales, el oído y ojos; la hipotermia; o por mordeduras de animales o humanas. Las lesiones a la cabeza pueden ser serias, especialmente si son seguidas por confusión, dolores de cabeza severos, pérdida del conocimiento, o vómitos.

El comportamiento del niño o niña o algunos síntomas pueden indicar también una emergencia médica. Se debe considerar pedir atención médica inmediata cuando el niño o niña muestra los siguientes síntomas:

- Comportamiento extraño o retraído, o cualquier trastorno del comportamiento normal
- Respiración anormal, o con dificultad
- Reacciones cada vez más lentas o caída en el estado de alerta
- Sueño excesivo
- Irritabilidad
- Dificultades en la alimentación
- Confusión o delirio
- Piel o labios que se vuelven azules o morados (gris en el caso de los niños de piel más oscura)
- Pérdida del conocimiento
- Sangrado fuera de control
- Dolor incremental, severo o persistente
- Fiebre acompañada por cambios en el comportamiento (especialmente con un dolor de cabeza severo y/o súbito acompañado por cambios mentales, rigidez en el cuello/espalda, o sarpullido)
- Vómitos o diarrea severos o persistentes

También es importante tomar en cuenta enfermedades crónicas anteriores.

2.7 La situación actual en los Servicios de Emergencias a nivel internacional.

Cuando las personas buscan atención por una urgencia o emergencia médica en un servicio de salud, pueden hacerlo por sus propios medios o mediante referencia de otra institución de salud, en cualquier momento del día para su atención y estabilización.

Según el estudio “Morbilidad sentida de las urgencias médicas y la utilización de los servicios de salud en Medellín, Colombia, 2005-2006”, la propia valoración y percepción de la seriedad de la condición médica, tanto del paciente como de los familiares, así como la accesibilidad y disponibilidad de los servicios de salud pueden influenciar el uso de los mismos por parte de la población. Se menciona que es importante considerar que las personas acceden a los servicios de emergencia por problemas de salud que no requieren una atención urgente y que pueden ser resueltos en otros niveles de atención como consulta externa o una consulta programada. Este acceso a los

servicios de emergencias por causas no urgentes genera una presión innecesaria sobre una oferta limitada en estos servicios, que puede traducirse en un deterioro de la calidad de la atención por la saturación en el mismo. De acuerdo al estudio en mención, en la población existe una morbilidad no diagnosticada o percibida de la necesidad de acceder a los servicios de emergencias. Esta incidencia es desconocida a partir de fuentes primarias o secundarias de información en los servicios de salud, porque es una morbilidad que existe en la comunidad, especialmente en aquellas personas que se sintieron enfermas o sufrieron algún accidente y requerían cuidados médicos urgentes en un servicio de salud, pero que no accedieron a ellos o que accedieron pero no fueron admitidos.

En la mayoría de los estudios realizados por diferentes entidades a nivel internacional, se ha demostrado que el mayor número de consultas en los servicios de emergencias son por patologías no urgentes, y se habla de una relación de 60% las no urgentes versus 40% las urgentes.

En países como los Estados Unidos se ha reportado que las visitas a los servicios de emergencias representan un 10% del total de visitas a los diferentes hospitales, lo que demuestra un alto porcentaje de consultas en esos servicios (Arthur, 2006)

El aumento de la demanda ha generado en los últimos años la necesidad de realizar inversiones, especialmente en el personal que realiza las guardias hospitalarias y en la capacitación del recurso humano de este sector. De hecho, según el artículo "Pediatric emergency medicine fellowship training in the new millenium", demuestra que el numero de programas de entrenamiento para especialistas en medicina de emergencias pediátricas en los Estados Unidos ha aumentado un 27% en los últimos 10 años, y se ha convertido en un programa mejor estructurado, con mayor supervisión, estandarización en la educación, y por supuesto se le ha dado importancia a la investigación.

Obviamente esto, se convierte en una mejora indiscutible de la oferta y en un aumento progresivo y constante de la demanda independientemente del ámbito o lugar que se analice, en donde los problemas de origen pueden ser diferentes, pero con los mismos efectos indeseables: saturación de los servicios por la aglomeración de los pacientes.

A pesar que aumenta la frecuencia del uso de los servicios de emergencias, no aumenta en la misma proporción el porcentaje de pacientes graves, es lógico pensar que actualmente se están atendiendo pacientes con problemas no urgentes y esto supone una preocupación especial por varias razones:

1. Inadecuada utilización de los sistemas de atención primaria.
2. Mayor gasto económico para el sistema de la seguridad social ya que se utilizan recursos humanos y tecnológicos altamente especializados para el tratamiento de patologías que no son urgentes.

3. Elevada utilización de los servicios de apoyo, como los de laboratorio y gabinete.

4. Saturación de la capacidad de una pronta respuesta médica al usuario con la consecuente prolongación de los tiempos de espera que genera que el paciente abandone el centro de salud, e incluso situaciones de intolerancia y violencia.

1. Carga de trabajo sumamente pesada y estresante para el personal.

Según estudios realizados en otros países como Argentina (Fiorentino, 2006), el sistema de atención médica de emergencia (SAME) ha implementado nuevos modelos de atención con planes pediátricos y obstétricos de consulta telefónica y resolución domiciliaria, estos modelos han servido como «planes de choque» para tratar de combatir la masificación de los servicios de emergencia hospitalarios y la sobreutilización de los mismos, evacuando en forma telefónica un sinnúmero de consultas que antes se resolvían de manera presencial. A pesar de ello, la demanda parece no alcanzar el techo, puesto que estas innovaciones sanitarias, de relativa eficacia, no disminuyeron la utilización de estos servicios. En respuesta a la problemática planteada, cada hospital (aún con las dificultades impuestas por una economía debilitada) ha planificado sus necesidades, de acuerdo a sus propias posibilidades (financieras, de dotación, de superficie y de obras), como por ejemplo reformularon sus estructuras y sus plantas físicas con resultados funcionales a la altura de las circunstancias, además implementaron mejoras en la atención de las guardias, entre otros. Dentro de las conclusiones mencionan que: “los programas de calidad en los servicios de emergencias son difícilmente aplicables si se mantiene la masificación de los mismos y la falta de selectividad del enfermo que acude a solicitar atención médica” (9).

Además, señalan que se hace necesario trabajar con campañas de educación comunitaria, para tratar de mejorar la errónea percepción de enfermedad aguda que posee gran parte de la población que concurre a los servicios de emergencias.

2.8 ¿Qué se define como riesgo?

El riesgo se refiere a la “probabilidad de que ocurran eventos externos e internos que tendrían consecuencias sobre el cumplimiento de los objetivos fijados. O bien, una medida de incertidumbre. Puede consistir en Consecuencias positivas o negativas, aunque la mayoría de los riesgos positivos se llaman oportunidades y los riesgos negativos se llaman riesgos” (10)

(9) Fiorentino, 2006

(10) Guía general de riesgos, año 2007

CAPITULO III

METODOLOGÍA

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de Investigación

La investigación realizada es de tipo descriptivo, pues procuró brindar una buena percepción del funcionamiento de un fenómeno y de las maneras en que se comportan las variables, factores o elementos que lo componen. Contribuyó a describir factores que generan el uso irracional y poco adecuado por parte de los usuarios del Servicio de Emergencias del Hospital Nacional de Niños.

3.2 Área de Estudio

La investigación se desarrolló en el Servicio de Emergencias del Hospital Nacional de Niños.

3.3 Objeto y Sujeto de Estudio

Como objeto de estudio se definió el uso irracional y poco adecuado de los servicios de emergencia.

Como sujeto de estudio se definió a los usuarios del Servicio de Emergencias del Hospital Nacional de Niños.

3.4 Población y Muestra

La población se definió como los usuarios que acudieron al Servicio de Emergencias del Hospital de Niños entre el 1 de enero del 2007 hasta el 31 de diciembre del 2007.

El total de casos atendidos en ese período fue de 130.706 consultas que se divide en 98.945 consultas para los consultorios #1 y #4, un total de 10.259 para Medicina 6 y un total de consultas en Emergencias Quirúrgicas de 21.502.

No se trabajó con muestra.

3.5 Fuentes de Información

Dentro de las fuentes que se utilizaron para obtener información se encuentran:

Fuentes Primarias

Se obtuvo información de: Leyes de la República de Costa Rica, Reglamentos de la CCSS, Principios Filosóficos de la CCSS, Normativas del Servicio de Emergencias, Información estadística del Servicio de Emergencias, Jefe del Servicio de Emergencias, libros, entre otros.

Fuentes Secundarias

Se consultaron: informes y documentos existentes relacionados a la situación de los servicios de emergencias

Fuentes Terciarias

Se utilizaron como medio de consulta: revistas, buscadores de Internet, sociedades científicas, CENDEISSS, entre otros.

3.6 Las Variables de Investigación

Las variables que se utilizaron fueron: Diagnóstico, Lugar de Residencia (Provincia y Cantón), Género, Servicio al que consulta.

3.7 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Básicamente los datos fueron recolectados directamente de los expedientes de los pacientes por el Departamento de Registros Médicos del Hospital Nacional de Niños; dicha información se digita en formato de Excel y por medio del sistema informático en red, a cargo del Departamento de Informática, se consolida el total de datos directamente en un cuadro.

Para la elaboración de los cuadros y gráficos que se incluyeron en el análisis de los datos se utilizaron tablas dinámicas a partir del cuadro consolidado de los datos.

CAPITULO IV
DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN
ACTUAL

CAPITULO IV

4. DIAGNOSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL

En la actualidad el Hospital Nacional de Niños es el único centro médico en el país especializado en la atención de los niños. A pesar de que en otros centros de salud pertenecientes a la CCSS y que se encuentran distribuidos por todo el territorio nacional ofrecen servicios de consulta externa en medicina general, servicios de emergencia y consulta especializada, la población del país prefiere consultar en el Hospital de Niños, lo que se traduce en plétora y una inadecuada utilización por parte de los usuarios de un servicio de emergencias que debería valorar y tratar patologías de difícil manejo para los otros centros de salud y no como esta ocurriendo actualmente, que se atienden en su mayoría patologías que no son emergencia y que pueden ser tratadas en el primer y segundo nivel de atención.

Existen diferentes causas que podrían explicar el porque ocurre esta situación, dentro de las mismas se podría decir que para el usuario, algunas de ellas, más bien representan una serie de ventajas, pues el hospital se encuentra ubicado estratégicamente en el centro de la capital, posee rutas de fácil acceso por medio de cualquier medio de transporte, cuenta con instalaciones adecuadas y con la última tecnología para la atención de los casos, además posee personal médico especializado, personal técnico y de apoyo altamente capacitado; y tal vez lo que es más importante para los padres del niño que acuden angustiados por la enfermedad de su hijo, es que como política del hospital, en cumplimiento de las leyes y derechos del niño, no rechazan a nadie aún si no posee seguro social, si es extranjero indocumentado o si el motivo de la consulta no es una emergencia.

Por otro lado se podría decir que algunas otras causas más bien representan para la CCSS y en especial para el Hospital de Niños, una serie de desventajas pues los usuarios mencionan que prefieren consultar en el hospital porque deben madrugar para sacar cita en el EBAIS o en la clínica de adscripción, deben esperar a ser atendidos en horarios vespertinos o nocturnos que ofrecen algunas clínicas por no lograr alcanzar cita donde le corresponde, se les solicitan documentos para cumplir con trámites administrativos, les da temor que les exijan un seguro que no poseen y que no pueden costear, además en ciertas zonas del país no hay clínicas con horarios de atención después de las 4 p.m., días feriados o los fines de semana; todo esto genera insatisfacción del usuario por lo que busca otras alternativas de solución a su problema acudiendo entonces al Hospital Nacional de Niños.

Otra desventaja para la CCSS y para el Hospital de Niños es la falta de personal especialista en pediatría en algunas de las clínicas del segundo nivel de atención, igualmente faltan cirujanos pediatras en ciertos hospitales del país, los que podrían resolver situaciones a nivel local en los servicios de

emergencias o en consulta externa; debido a esto habitualmente los pacientes son valorados por médicos generales que en ocasiones su capacidad resolutoria es limitada, o bien reciben presión por parte de los padres que exigen una atención especializada teniendo entonces que recurrir a referir al paciente y por temor a que este se complique lo envían al servicio de emergencias del Hospital de Niños para que el caso se resuelva lo antes posible, con la sorpresa de que muchos de los casos podrían recibir atención en consulta externa. Toda esta situación genera duda en los usuarios pues no se les resuelve en el primer lugar donde consultaron y prefieren acudir directamente al hospital para que los valore un médico especialista que les de una solución rápida y eficaz, aunque sea por una consulta que no es de emergencia. Aquí es muy importante señalar que influye mucho en los padres o familiares de los niños la percepción y la propia valoración que tienen de la seriedad de la condición médica del menor, pues dependiendo de esta no dudan en acudir directamente donde, ya sea que se les resuelva prontamente el problema por el que consultan o se le valore por un especialista a quien consideran que posee el mejor criterio; este tipo de afirmaciones o comentarios que generalmente emiten los padres de familia suelen ser comúnmente escuchados por el personal médico durante la consulta médica.

Debido al uso inadecuado que se le da al servicio de emergencias, este se ve expuesto a un riesgo que eventualmente por la plétora a la que es sometido pudiera presentarse, el cual sería una inadecuada atención de los pacientes. La probabilidad o posibilidad de que este ocurra se considera en un nivel medio o sea que puede ocurrir en algún momento bajo ciertas circunstancias, mientras que el impacto o consecuencia (s) que puede ocasionar se considera alto pues causaría pérdidas considerables ya que se está tratando de la salud de los niños; por lo tanto la exposición al riesgo es alta y el nivel de riesgo de que ocurra una inadecuada atención de los pacientes se considera alto. Algunos de los efectos que podrían presentarse son: errores médicos, errores de enfermería, aumento de las infecciones, saturación de los servicios de apoyo como por ejemplo laboratorio, farmacia, rayos equis; poca o nula prontitud y oportunidad en la atención del paciente, y por lo tanto se presentaría un deterioro en la calidad de la atención.

El hecho de que no se pueda rechazar pacientes, a pesar de que consulten por motivos que no son emergencia, por que la ley y los derechos de niño no lo permite, los usuarios del servicio continuarán consultando sabiendo de que los respalda la ley. Esto genera saturación en el servicio por lo que la jornada de trabajo se torna extenuante y como consecuencia existe insatisfacción del personal tanto médico como de enfermería a tal grado que no acepten laborar en los servicios de emergencias por la carga de trabajo y responsabilidad, e incluso se corre el riesgo de que se deshumanice la atención; además es posible que se presenten problemas de tipo legal, enfrentamiento del personal con los familiares del niño que demanda atención pronta, mal clima organizacional, ausencia de trabajo en equipo y desmotivación.

La falta de personal especializado genera mayor gasto económico pues se deberá invertir en más recurso humano y técnico altamente capacitado, el cual maneja patologías que en su mayoría no son emergencia y que pueden ser atendidas en los primeros niveles de atención.

El hecho de que se saturen los servicios de emergencias incide además, en que la capacidad de respuesta tanto del personal médico como de los servicios de apoyo se vea disminuida, lo que a su vez alarga los tiempos de espera y en consecuencia los usuarios demanden mayor prontitud, se tornen violentos o abandonen el servicio sin que se termine de valorar el caso y por ende aumenten las quejas en las oficinas de contraloría generando disconformidad y desgaste del funcionario así como de la Jefatura al tener que dar respuesta a las frecuentes quejas.

Otro efecto negativo que se presenta es que con el uso inadecuado del servicio de emergencias es difícil para la Jefatura lograr optimizar el recurso humano y de tiempo para obtener una consulta de calidad, que impacte en la satisfacción del usuario interno y externo.

4.1 Análisis de la estadística

De acuerdo a la estadística del Servicio de Emergencias, con base a la información tomada del Departamento de Documentos Médicos y Estadística, para el año 2007 se atendieron un total de 130.706 casos, de los cuales 21.502 correspondieron a Emergencias Quirúrgicas, 10.259 casos a Medicina 6 y 98.945 casos a los Consultorios #1 y #4.

Del total de consultas, lo atendido en Emergencias Quirúrgicas representa un 16.5%, lo visto en Medicina 6 representa un 7.8% y las atenciones en los consultorios #1 y #4 representan un 75.7%.

Para efectos de realizar el análisis de la información, se tomó como un todo el total reportado para los consultorios #1 y #4 que es donde se da la mayor cantidad de consulta, y debido a los hallazgos encontrados será al que se dedica el mayor estudio, pues generalmente lo que es atendido en emergencias quirúrgicas y en Medicina 6 se considera que son casos que no pueden esperar a ser atendidos o son emergencias, ya sea porque requieren en el caso de emergencias quirúrgicas alguna intervención pronta como sutura, radiografía, curación, valoración por parte del cirujano, entre otros; o porque requirió de observación como regularmente ocurre en Medicina 6.

4.2 Consultorios #1 y #4

Tomando en cuenta la cantidad de atenciones que se brindaron en los Consultorios #1 y #4 en el año 2007, el sexo que predomina es el masculino que corresponde a un 55.3% de las consultas, mientras que el sexo femenino representan un 44.7 %. (Ver apéndice 2)

De acuerdo a la experiencia del personal médico que labora en el Servicio de Emergencias se ha mencionado que el segundo semestre generalmente es en el que aumenta el número de consultas en el servicio ya que es el período en el que hay más cantidad de infecciones en los niños por los cambios del clima. A lo largo del año 2007 el comportamiento de la cantidad de consultas, según transcurrieron los meses, fueron aumentando y se observó el mayor pico en el mes de septiembre (Ver apéndice 3).

Debido a la cantidad de diagnósticos que se detectaron en los Consultorios #1 y #4 durante el año 2007 se determinó que los primeros diez diagnósticos son en orden descendente: infección aguda de las vías respiratorias superiores no especificada (12.22%), fiebre no especificada (6.9%), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (6.77%), otros dolores abdominales y los otros no especificados (5.30%), otras infecciones agudas de sitios múltiples de las vías respiratorias superiores (4.42%), otitis media no especificada (3.96%), bronquiolitis aguda no especificada (3.57%), tos (3.38%), estado asmático (3.06%), infección de vías urinarias no especificadas (2.81%); solamente esos diez diagnósticos representan un 52.4 % del total de las consultas atendidas en los consultorios #1 y #4 (ver apéndice 5). Según lo establecido como emergencia, los primeros diez diagnósticos, a excepción del estado asmático, no representan una emergencia; incluso estas patologías se consideran que pueden ser atendidas y resueltas perfectamente en los EBASIS o clínicas por los médicos generales, incluyendo un estado asmático. Por lo tanto esto demuestra que al Servicio de Emergencias del Hospital Nacional de Niños lo que más acuden son patologías que no son emergencias.

4.3 Distribución geográfica de los pacientes

Como bien es sabido en el Hospital Nacional de Niños se atiende a la población menor de 12 años de todo el país que solicite atención. De las 7 provincias del país, la que más cantidad de consultas genera en los consultorios #1 y #4 de acuerdo al total de consultas en el año 2007 es San José con 75.76%, en segundo lugar Heredia con 9.92% , en tercer lugar Cartago con 6.51%, en cuarto lugar Alajuela con 5.34%, en quinto lugar Limón con 0.88%, en sexto lugar Puntarenas con 0.85% y en séptimo lugar

Guanacaste con 0.73%; y en lo que a provincia desconocida, extranjeros y localización sin especificar se tiene un 0.016% (ver apéndice 4). Es lógico pensar que la provincia que más consulta en el hospital sea San José por la cercanía de este y por ser la provincia con mayor población, aunque llama la atención el hecho de que solo el área metropolitana cuenta con EBAIS distribuidos por todo el casco metropolitano y que pertenecen a las diferentes clínicas sede que, algunas de ellas, cuentan con servicios de atención de emergencias en horarios vespertinos, las siguientes son las clínicas sede: Moreno Cañas, Pavas, Santa Ana, Alajuelita, Aserri, Clorito Picado, Tibás, Jiménez Núñez, Central; el Área de Salud Goicoechea 1 y el Área de Salud Moravia no cuentan con servicio de Emergencias; y las que cuentan con atención de emergencias las 24 horas desde el año 2005 son las clínicas Carlos Duran, Solón Núñez, Coronado y Marcial Fallas. A manera de ejemplo y refiriéndose a la provincia en el segundo y tercer lugar se puede mencionar que la provincia de Heredia también cuentan con EBAIS y clínicas que siguiendo el orden de los niveles establecidos los usuarios deberían acudir al Hospital de Heredia que además cuenta con Servicio de Emergencias, Servicio de pediatría, Servicio de Neonatología y hasta cirujanos pediatras; igualmente ocurre con la provincia de Cartago que cuenta con áreas de salud, un hospital periférico para el cantón de Turrialba como lo es el Hospital William Allen que cuenta con Servicio de Pediatría, Neonatología y Emergencias; además en el centro de la provincia se ubica el Hospital Max Peralta al que se supone deberían acudir los usuarios de Cartago, porque igualmente cuenta con Servicio de Emergencias, Servicio de Neonatología y consulta externa de pediatría.

Ahora bien, es importante también señalar los cantones que más solicitan atención en los consultorios #1 y #4 según la provincia de procedencia. Para la provincia de San José (ver apéndice 6) entre los primeros diez cantones que le pertenecen, el cantón que más consulta es el Central (que abarca los distritos de Hatillo, San Sebastián, Zapote, Pavas, entre otros), en segundo lugar se encuentra Desamparados, en tercer lugar Goicoechea, en cuarto lugar Alajuelita, en quinto Tibás, en sexto lugar Curridabat, en séptimo lugar se ubica Escazú, en octavo lugar se encuentra Santa Ana, en noveno lugar Montes de Oca y en décimo lugar Moravia. Con lo anterior, se puede decir que acuden al Servicio de Emergencias usuarios que están adscritos a clínicas que laboran 24 horas como la Clínica Marcial Fallas en Desamparados, la Clínica Solón Núñez que cubre a la zona de los Hatillos y eventualmente la de Alajuelita, o la Clínica Carlos Durán que cubre la zona de Zapote, San Sebastián y Curridabat.

En el caso de la provincia de Heredia (ver apéndice 7) el cantón que más consulta es el Central, en segundo lugar se encuentra Santo Domingo, en tercer lugar San Rafael y Belén, en cuarto lugar Santa Bárbara, en quinto Barva, en sexto Flores, en séptimo lugar San Pablo, en octavo lugar San Isidro y en noveno lugar Sarapiquí. En esta provincia lo que se esperaría es que la población consulte en el Hospital que le corresponde por área de adscripción, el cual está dotado de personal y equipo para cubrir las necesidades locales.

Con la provincia de Cartago viene a suceder lo mismo que en la provincia de Heredia, ya que cuentan con el Hospital Max Peralta, pero además tienen al Hospital de Turrialba que debería cubrir lo que corresponde a ese cantón y además los cantones de Alvarado y Jiménez; llama la atención que el cantón que más consulta es La Unión y muy probable es que prefieran consultar en el Hospital Nacional de Niños por que les es más fácil el acceso. Para la provincia de Cartago el cantón que más consulta es La Unión (que abarca la zona de Tres Ríos, entre otros), en segundo lugar el cantón Central, en tercer lugar Paraíso, en cuarto lugar se encuentra El Guarco, el quinto puesto lo ocupa Oreamuno, el sexto lugar Turrialba, el séptimo lugar Alvarado y el octavo lugar Jiménez (ver apéndice 8).

4.4 Los costos de una consulta en los Servicios de Emergencias

Por último es importante hacer una comparación cuantitativa entre el costo que representa para el Hospital de Niños una consulta de Emergencias versus el costo de una consulta de emergencias en una clínica mayor y la consulta en un EBAIS. Según datos aportados por el Departamento Financiero del Hospital Nacional de Niños una consulta en el Servicio de Emergencias representa un costo para el hospital de 16.067 colones por consulta, para determinar ese rubro utilizan una herramienta para la identificación de los costos, la cual es proporcionada por el Centro de Costos de la Caja Costarricense de Seguro Social, está constituida por una hoja elaborada en una plataforma en Excel, mediante la cual se obtiene la información referente a los costos, fijos y variables que se derivan de los diferentes grupos de partidas. Esta herramienta presenta algunos beneficios, dentro de los que se pueden enumerar las estimaciones de los costos por unidad de producción, variaciones de un periodo a otro, datos comparativos por especialidad médica, pesos relativos en inversión de recursos, entre otros; no obstante esta herramienta a su vez presenta limitaciones que no permiten un mayor grado de exactitud respecto a los costos de operación, esto por cuanto la distribución de los porcentajes de participación para cada centro de costos se delimita de una forma general e invariable, tomando como referencia parámetros históricos que no representan el nivel de exactitud deseado.

Según datos aportados por la Dirección Médica de la Clínica Solón Núñez Frutos, la misma cuenta tanto con consulta de emergencias como con consulta externa del primer nivel de atención (EBAIS). La consulta de emergencias la dividen en:

- Consulta de urgencias que comprende horarios de atención desde las 7 a.m. a 4 p.m., y representa para la clínica un costo por consulta de 8.800 colones.
- Consulta Vespertina que comprende horarios de atención desde las 4 p.m. a 7 a.m., y representa para la clínica un costo por consulta de 7.300 colones.

Mientras que la consulta en los EBAIS representa para la clínica un costo de 20.000 colones.

Es importante mencionar que los costos de la clínica también son calculados con base en la herramienta proporcionada por el Centro de Costos de la CCSS.

Como se puede observar hay una variación en los costos por consulta en los servicios de emergencia dependiendo del nivel de atención, e incluso se podría pensar que la consulta en el hospital resulta más costosa debido a que se está cubriendo la atención por médicos especialistas que a la larga resulta más caro (servicios personales), además de cubrir servicios no personales, materiales y suministros; por lo tanto resulta más costosa la atención en el Servicio de Emergencias del Hospital Nacional de Niños.

Ahora bien, el hecho de que el costo de la consulta externa en un EBAIS resulte más elevado en comparación con el costo en un servicio de urgencias como el del hospital o la misma clínica puede tener un posible origen en el volumen de las unidades de producción. Por lo que en el caso del hospital si el volumen es alto se presenta entonces disminución en los costos derivados de este servicio situación que da como resultado que el costo promedio no resulte muy elevado.

CAPITULO V
SOLUCIONES AL PROBLEMA
PLANTEADO

CAPITULO V

5. SOLUCIONES AL PROBLEMA PLANTEADO

5.1 Justificación de la propuesta

Se ha evidenciado que el problema existente es la inadecuada utilización por parte de los usuarios del Servicio de Emergencias del Hospital de Niños, ya que entre otras razones, a parte de los problemas de planificación y accesibilidad de algunos de los servicios que brinda la Caja Costarricense del Seguro Social, impera sobretodo, el problema socio-cultural de la población que acude a los servicios de emergencias solicitando atención por padecimientos que no constituyen una emergencia médica, pero que talvez para ellos lo sea por la forma personal en que interpretan la gravedad del mismo; además, que al acudir a los centros médicos encuentran dificultades de acceso tanto económico como administrativo, o bien es posible que haya desconocimiento por parte de los usuarios de la forma en que funcionan los niveles de atención, a donde deben acudir por área de adscripción y de los servicio y horarios de atención de las clínicas. El usuario al no utilizar adecuadamente los servicios tanto de los EBAS, las clínicas, los hospitales regionales y hospitales periféricos terminan consultando en el Servicio de Emergencias del Hospital Nacional de Niños provocando saturación del mismo y a la vez exponiendo tanto al hospital como a los usuarios ante un riesgo de que ocurra una inadecuada atención de los pacientes y las graves consecuencias que esto pudiera generar.

Por lo tanto, se demuestra la necesidad de crear un plan de educación e información tanto al cliente interno como el externo acerca del uso adecuado y racional del Servicio de Emergencias del Hospital Nacional de Niños, y se propone su elaboración e implementación, utilizando para ello la asesoría del Departamento de Comunicaciones de la C.C.S.S. Dicha propuesta en todo momento está dirigida a informar y sensibilizar a la población, dado que no es posible negar la atención a los niños, por aspectos legales, aún cuando las consultas no sean estrictamente emergencias.

5.2 Factibilidad operativa, técnica y económica

Para la elaboración del plan y lograr que se implemente será necesario en todo momento el trabajo en conjunto entre el personal médico especialista que labora en el Servicio de Emergencias y el Departamento de Comunicaciones de la CCSS, ya que es indispensable la orientación especializada por parte de los especialistas en cuanto a los temas médicos, mientras que el Departamento

de Comunicaciones brindaría la asesoría en la elaboración del plan educacional tomando en cuenta tanto las normativas institucionales así como las leyes de la república y los derechos de los niños, pues cuentan con personal capacitado en mercadeo para la elaboración de boletines, afiches o algún otro medio audiovisual que muestre información acerca de los servicios que brinda la CCSS en lo que respecta al tipo de atención que otorgan los EBAIS, las clínicas, los Hospitales Regionales, los Hospitales Periféricos y el Hospital Nacional de Niños; la ubicación geográfica de los establecimientos de salud y su área de atracción, y los horarios de atención; además es vital incluir dentro de la información las recomendaciones médicas para lograr reconocer la diferencia entre una urgencia y una emergencia, que deben hacer los padres ante la presencia de estas y donde deben acudir.

En cuanto al aspecto económico se desconoce a cuanto ascendería el costo de elaborar e implementar el plan ya que el presupuesto a utilizar pertenecería al Departamento de Comunicaciones quienes cuentan con los recursos para este tipo de proyectos que se desarrollen dentro de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Es posible realizar la divulgación del plan a nivel del Hospital de Niños con la exposición del material facilitado por el Departamento de Comunicaciones (boletines, afiches) a todos los usuarios del Servicio de Emergencias utilizando los murales ubicados dentro del hospital así como en las salas de espera. Dar a conocer el plan a nivel de los clientes internos es posible realizarlo a través de la red de interniveles, ya que se realizan reuniones mensuales con las clínicas y áreas de salud adscritas al área de atracción del Hospital de Niños, siendo el hospital quien coordina esta actividad. En caso de hacer extensivo el plan a otras áreas del país se puede lograr por medio de las otras redes de interniveles existentes entre las áreas de salud y los hospitales fuera del área metropolitana, participando al Departamento de Comunicaciones de la CCSS en la divulgación del plan y del material que se elabore.

5.3 Ventaja de implementar el plan

La mayor ventaja de implementar el plan es que actualmente no se cuenta con material educativo actualizado acerca de las recomendaciones médicas para lograr reconocer la diferencia entre una urgencia y una emergencia, que deben hacer los padres ante la presencia de estas y donde deben acudir. Tampoco existe información que contribuya con la sensibilización a los usuarios acerca del uso de los servicios del Hospital Nacional de Niños.

A nivel de los EBAIS y clínicas tampoco se cuenta con información que oriente a los usuarios acerca de los centros que por adscripción deberían de acudir en caso de que se presente una emergencia.

CAPITULO VI

IMPLEMENTACIÓN DE SOLUCIONES

CAPITULO VI

6. IMPLEMENTACION DE SOLUCIONES

La implementación del plan aún no se ha realizado ya que depende del aval del Departamento de Comunicaciones de la CCSS.

Preliminarmente se solicita al jefe del Departamento de Comunicaciones la colaboración en cuanto a la elaboración del plan. En el momento que se obtenga una respuesta afirmativa se coordinará una reunión entre la Jefatura del Servicio de Emergencias del Hospital Nacional de Niños y representantes de la Sección de Mercadeo del mencionado Departamento con la finalidad de definir cual sería la información más conveniente para incluir en el material a confeccionar ya que es importante tomar en consideración las leyes ya descritas que amparan a la población infantil, además de concretar la elaboración del material, su implementación y divulgación.

CAPITULO VII
CONCLUSIONES

CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES

Tomando en cuenta los diferentes aspectos que afectan directamente al Servicio de Emergencias del Hospital Nacional de Niños, se encuentra ante un escenario del que se puede concluir lo siguiente:

1. Existe una inadecuada utilización de los servicios que brinda la Caja Costarricense de Seguro Social en los EBAIS, Clínicas y Hospitales tanto regionales, periféricos así como en los especializados por:

- Inaccesibilidad económica que enfrentan algunos usuarios que no poseen seguro social por ser extranjeros o que no pueden costearlo
- Inaccesibilidad cultural ya que los usuarios en ocasiones desconocen o no siguen indicaciones acerca del uso de los servicios del primer, del segundo y del tercer nivel de atención.
- Inaccesibilidad administrativa que enfrentan los usuarios al acudir a solicitar atención y encontrar con que debe madrugar para sacar cita, que no hay citas, que debe esperar a ser atendido en otros horarios, que no hay especialistas, entre otros.

2. Inadecuada planificación por parte de los jefes de la Caja Costarricense de Seguro Social en lo que respecta a:

- Distribución de Recurso Humano Especializado en algunas áreas o clínicas.
- Insuficiente cantidad de clínicas con horarios de atención vespertinos que incluyan los fines de semana; además de clínicas que cubran atención las 24 horas, ubicadas en zonas estratégicas con grandes poblaciones que no cuenten con este tipo de servicios.

3. Alto nivel de riesgo para el Hospital Nacional de Niños de que ocurra una inadecuada atención de los pacientes debido a saturación de este, con posibles consecuencias médico-legales y deterioro en la calidad de atención.

4. Insatisfacción del personal médico que labora en el Servicio de Emergencias del Hospital Nacional de Niños.

5. La mayoría de las atenciones que se brindan en el Servicio de Emergencias del Hospital Nacional de Niños (75.7%) corresponden a los consultorios #1 y #4.

6. El 52.4% del total de consultas atendidas en los consultorios #1 y #4 son diagnósticos catalogados como no emergencias.

7. Necesidad de registrar en los datos recolectados por el personal del Departamento de Registros Médicos si la consulta es emergencia o no, y si el paciente fue referido de otro centro de salud o no, o si fue referido de la consulta privada, ya que para el presente estudio se parte de la idea que lo que consulta a Medicina 6 y Emergencias Quirúrgicas es emergencia, y que de acuerdo a lo registrado con los primeros diez diagnósticos se concluye que estos no representan una emergencia; además de que no es posible valorar el uso del servicio por parte de otros centro de salud porque igualmente se opta por pensar que todos los casos consultaron directamente sin intermediar una referencia; por lo tanto es importante que se registre la información completa para evitar trabajar con supuestos.

8. La provincia que más hace uso del Servicio de Emergencias es San José, dentro de la que se observa la mayor cantidad de consultas provenientes de cantones que tienen acceso a EBAIS en horarios regulares, y clínicas con atención las 24 horas como el cantón Central y Desamparados, y en menor grado pero igualmente con un porcentaje de consultas considerable algunos cantones que no cuentan con ese tipo de servicio como Goicoechea, Tibás o Escazú, entre otros.

9. Las provincias de Heredia y Cartago que ocupan el segundo y tercer lugar respectivamente de mayor porcentaje de consultas al Servicio de Emergencias del Hospital Nacional de Niños, cuentan con EBAIS y algunas clínicas en horarios regulares o vespertinos, y con hospitales regionales para la atención oportuna de esas consultas.

10. El costo de una consulta en el Servicio de Emergencias del Hospital Nacional de Niños resulta más caro en comparación con los servicios de emergencias de un segundo nivel de atención, no así en comparación a los costos de una consulta en el primer nivel de atención, esto debido a la diferencia en el volumen de consultas que brindan.

CAPITULO VIII

RECOMENDACIONES

CAPITULO VIII

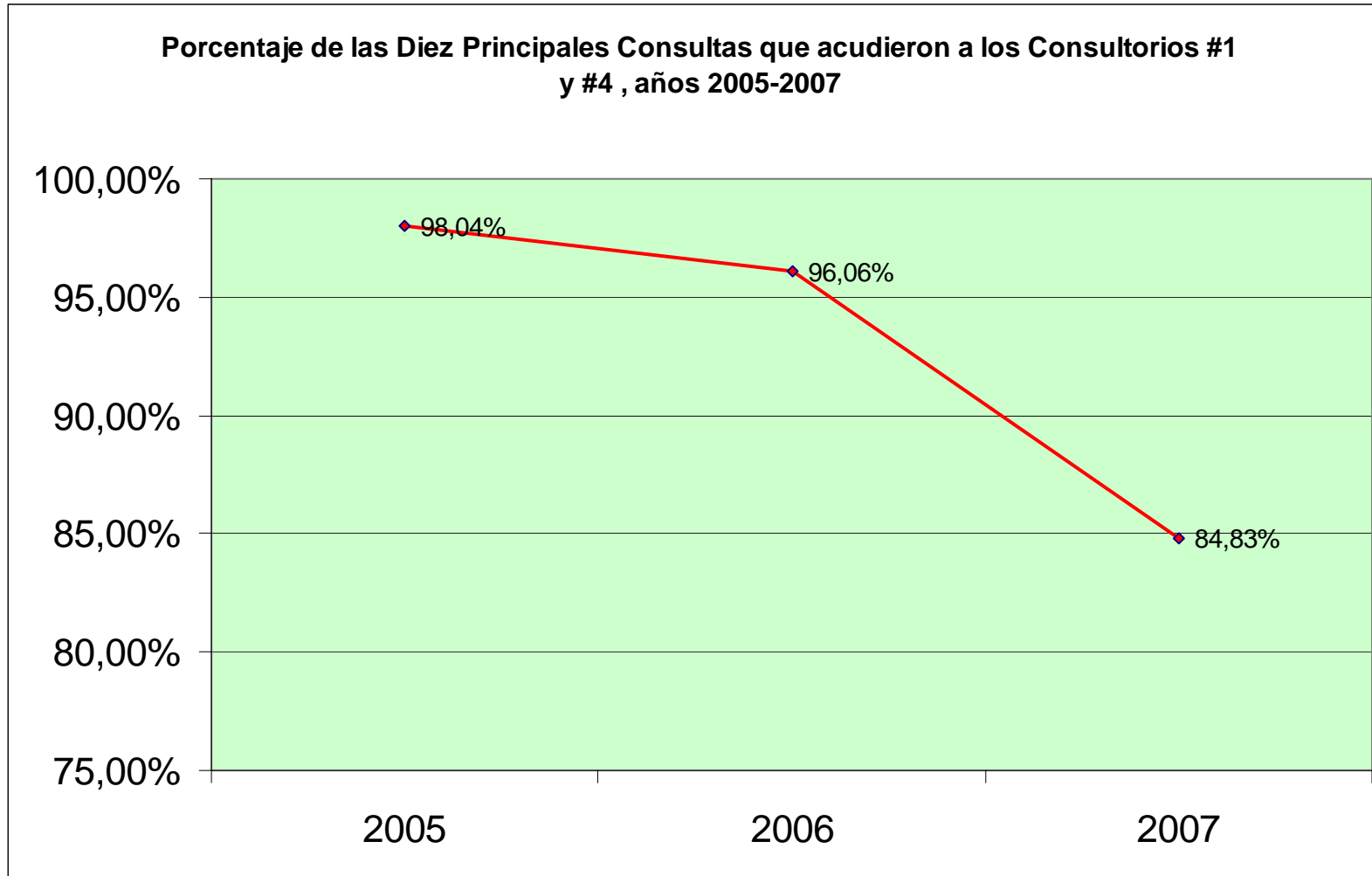
8. RECOMENDACIONES

1. La Caja Costarricense de Seguro Social debería mejorar las condiciones de acceso a las consultas tanto para los EBAIS y clínicas, instaurando sistemas que otorguen citas vía telefónica tipo call center, lo cual se debería realizar a nivel nacional.
2. La Caja Costarricense de Seguro Social debería desarrollar alternamente a los EBAIS consultas solamente de morbilidad con el fin de que no se rechacen los pacientes, pues es bien conocido que el método de consulta, con el que trabajan actualmente, de clínicas de atención integral: al paciente crónico, al hipertenso, a la embarazada, etc., demandan la mayor cantidad de tiempo y de citas por lo que las consultas por patologías agudas (morbilidad) no tienen espacio de atención suficiente en el primer nivel de atención, haciendo esto que consulten entonces en los servicios de emergencias.
3. La Caja Costarricense de Seguro Social debería desarrollar la creación de clínicas que brinden atención las 24 horas en zonas de alta población que no cuentan con servicios de atención en las noches, feriados o fines de semana, pues a nivel de EBAIS y algunas clínicas estas ya no dan abasto.
4. La Caja Costarricense de Seguro Social debería realizar una mejor distribución del Recurso Humano Especializado en algunas áreas o clínicas.
5. El Departamento de Registros Médicos y Estadística del Hospital Nacional de Niños debe registrar en los datos recolectados por el personal si la consulta es emergencia o no, y si el paciente fue referido de otro centro de salud o no, o si proviene de la consulta privada, con el fin de que la información pueda ser valorada por el Jefe del Servicio de Emergencias acerca del uso que se le está dando al servicio por parte de otros centros de salud así como determinar con certeza la cantidad de casos que consultan por una real emergencia, valorando los posibles efectos y resultados que se deriven de la aplicación del plan de educación.

BIBLIOGRAFÍA

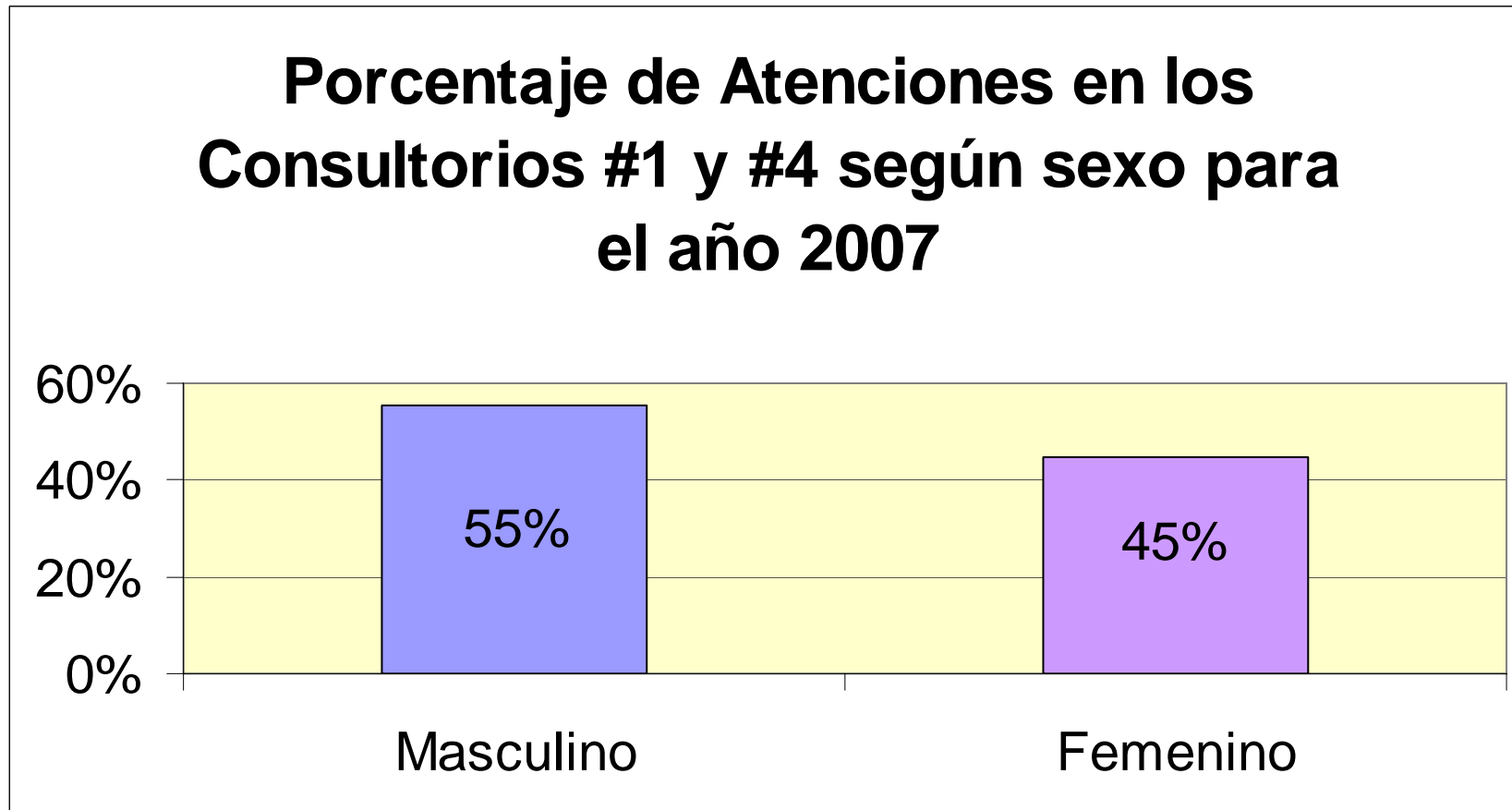
- Arthur L, Kellerman, MD. "Crisis in the Emergency Department", *New England Journal Medicine*, September 28, 2006, p. 1301
- Caja Costarricense de Seguro Social, Superintendencia General de Servicios de Salud, Compendio de Leyes y Regulaciones, edición No. 2, agosto 2003, p. 6, 8, 9, 42-44, 51
- Constitución Política de la República de Costa Rica.
- Fiorentino, Jorge Arturo, Dr. *Servicios de Urgencia Todo es urgente?*, abril, 2008, www.samct.org.ar/comites/pediatr/sdurgen.doc
- Jiménez Herrera, Carlos. *Manual de Organización Departamento de Consulta Externa y Emergencias*, Hospital Nacional de Niños, octubre 2007, p. 5-6, 13.
- Germán González, *et al*, "Morbilidad sentida de las urgencias médicas y la utilización de los servicios de salud en Medellín, Colombia, 2005-2006", *Biomédica*, v.27, n.2, Bogotá, abr./jun. 2007.
- Ki L. Abel, MD, "Pediatric emergency medicine fellowship training in the new millenium", Department of Pediatrics", *Pediatric Emergency Care*, USA, Vol 19, No.1, 2003
- Rodríguez Calzada, Hernán, *Plan Anual Operativo 2008*, Servicio de Emergencias Hospital Nacional de Niños, Año 2007.
- Salas Chávez, Alvaro, *et al. Fundamentos conceptuales y operativos del Sistema Nacional de Salud y del Modelo de atención de la salud: módulo I*, San José, C.R.:EDNASSS-CCSS. 2003, p. 38-41 y 50-54
- Caja Costarricense de Seguro Social, Dirección de Sistemas administrativos, *Guía general de Riesgos*, año 2007, p. 11
- Caja Costarricense de Seguro Social, Hospital Nacional de Niños, "Legado para un pueblo: 40 años al servicio de la niñez 1964-2004", p. 11-19, 22, 61-63.
- Edgar Mohs, Dr. "35 años después 1964-1999", Hospital Nacional de Niños, p. 45.
- Hospital Nacional de Niños, Documentos Médicos y Estadística, *Informe Estadístico* años 2005, 2006, 2007.

APÉNDICES

Apéndice 1

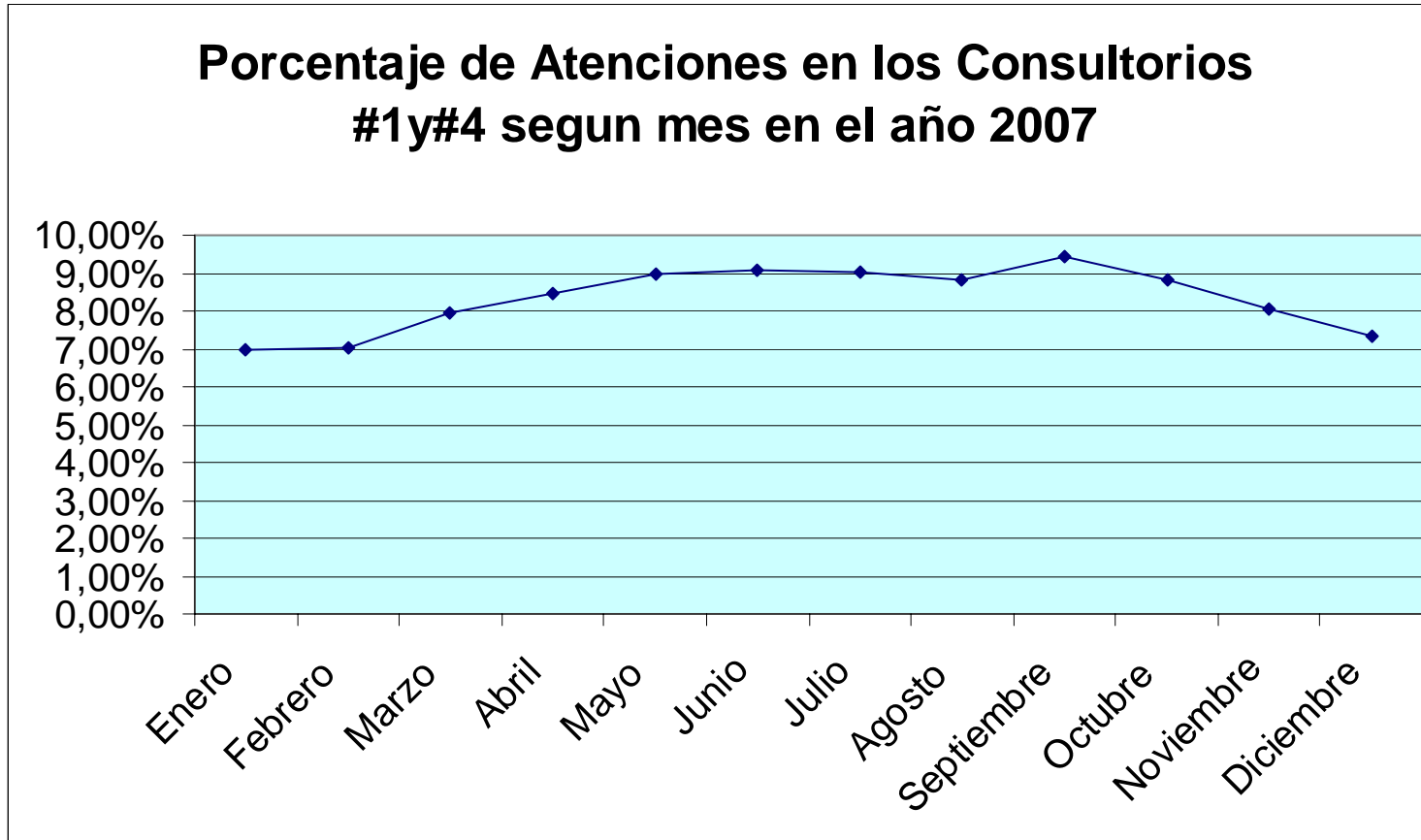
Fuente: Departamento Informática, HNN

Apéndice 2



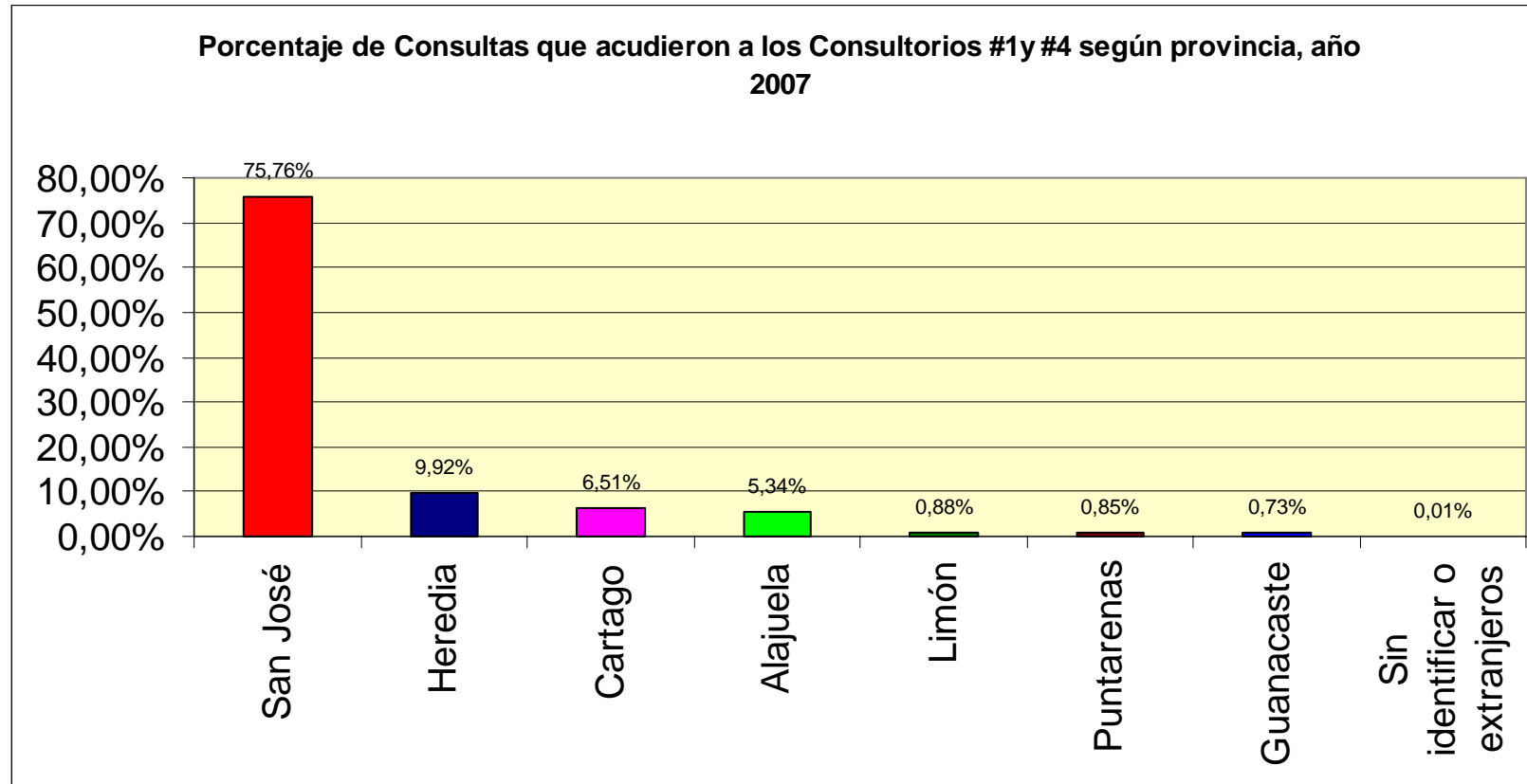
Fuente: Departamento Informática, HNN

Apéndice 3



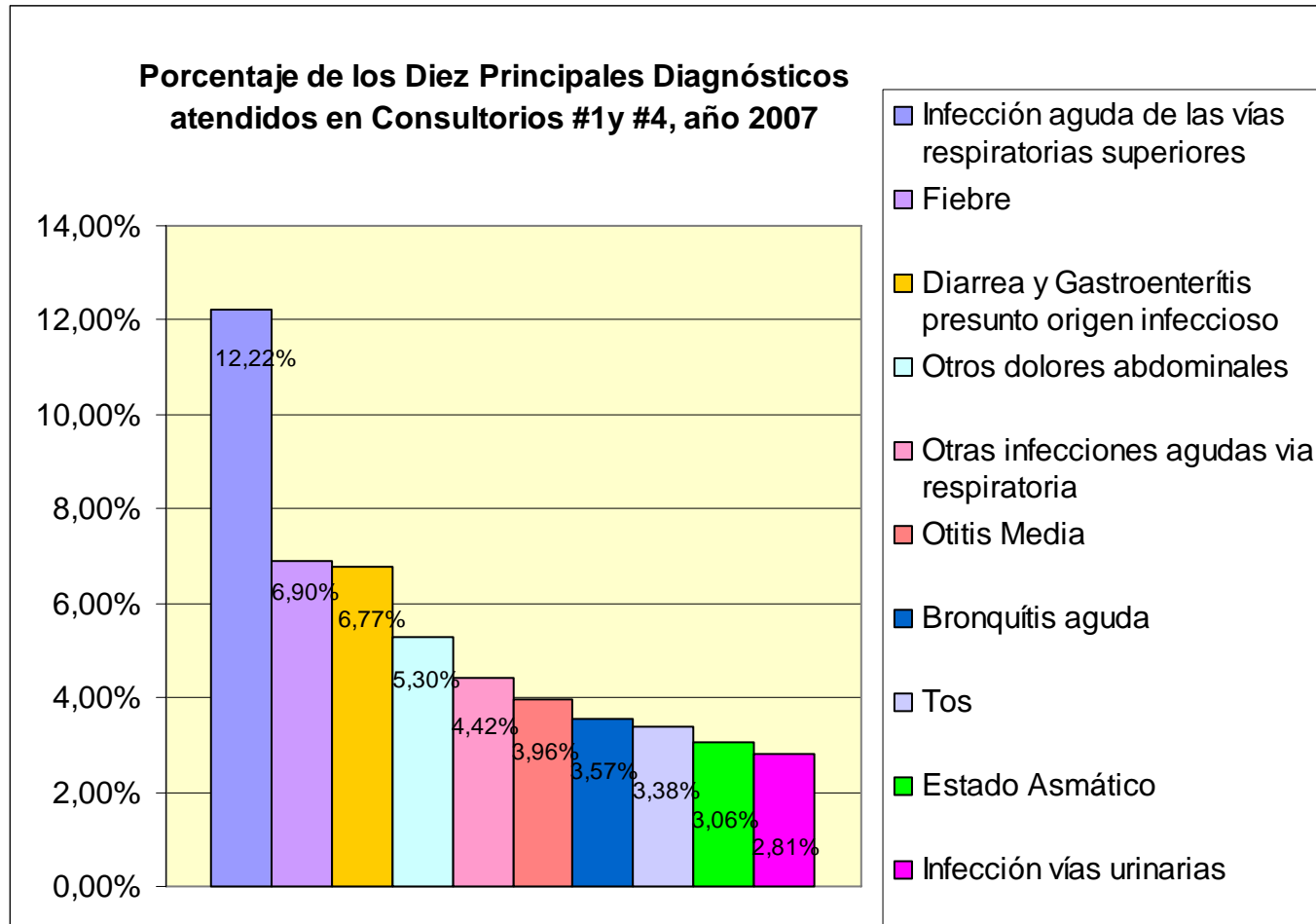
Fuente: Departamento Informática, HNN

Apéndice 4



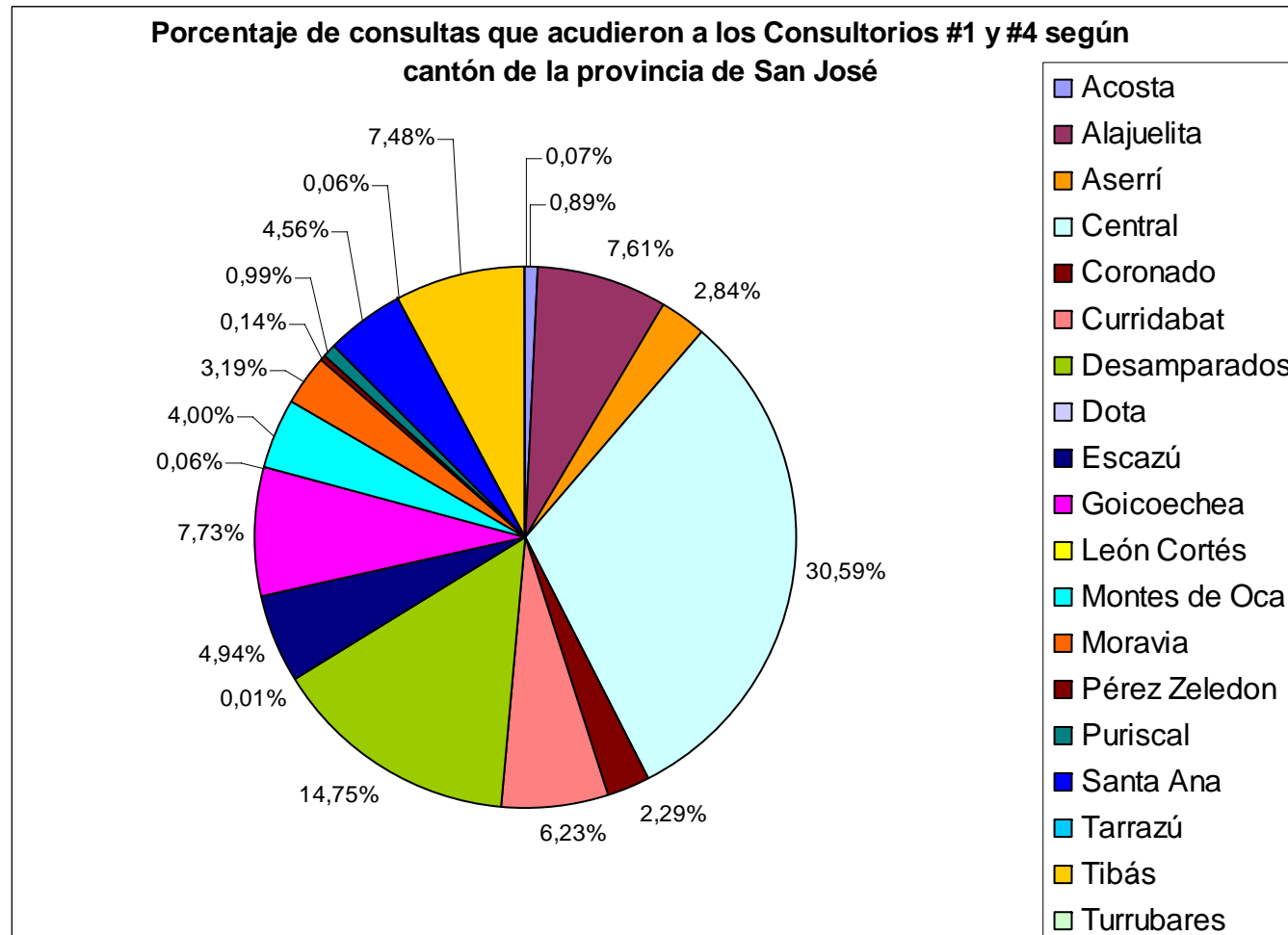
Fuente: Departamento Informática, HNN

Apéndice 5



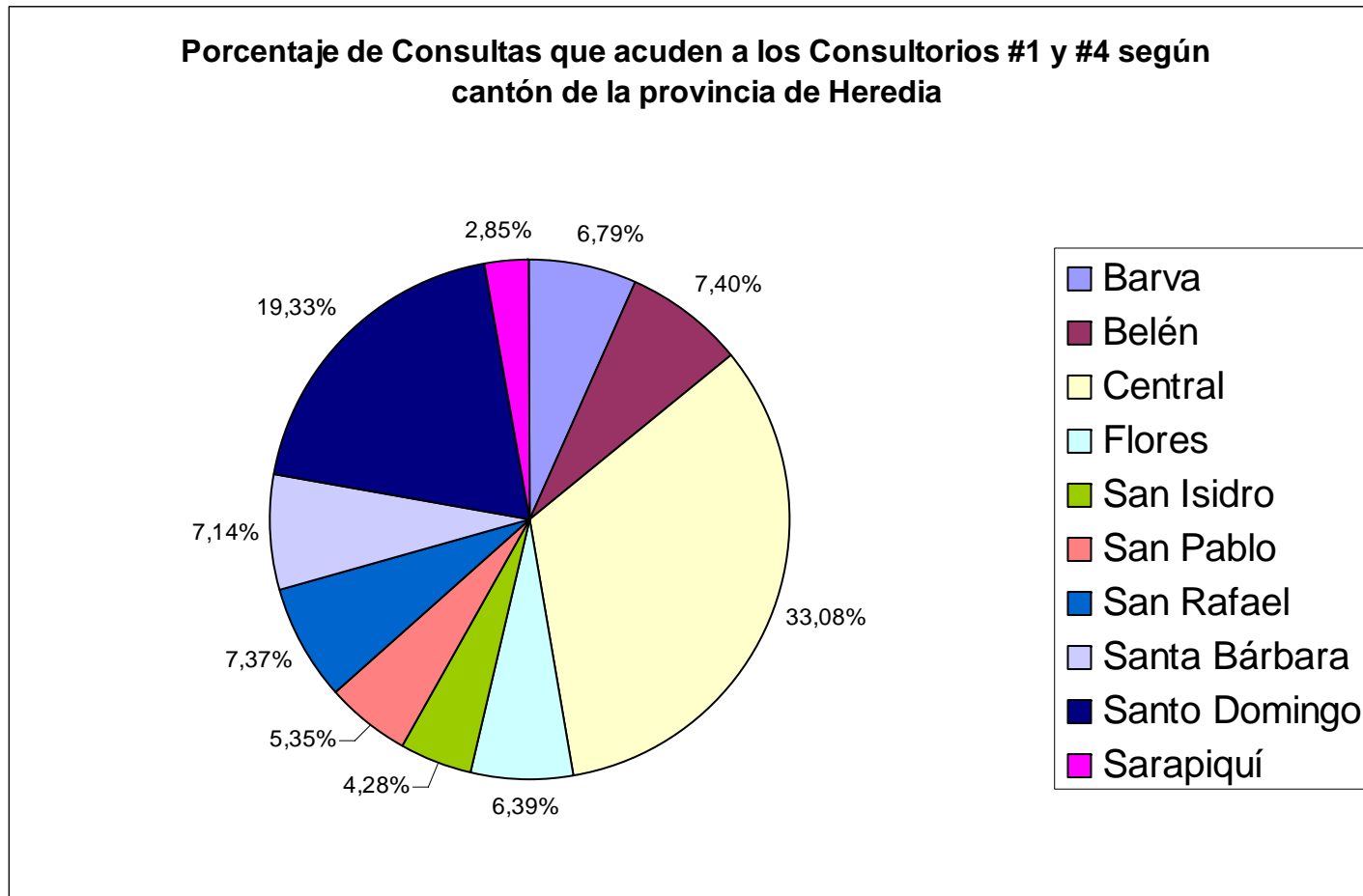
Fuente: Departamento Informática, HNN

Apéndice 6



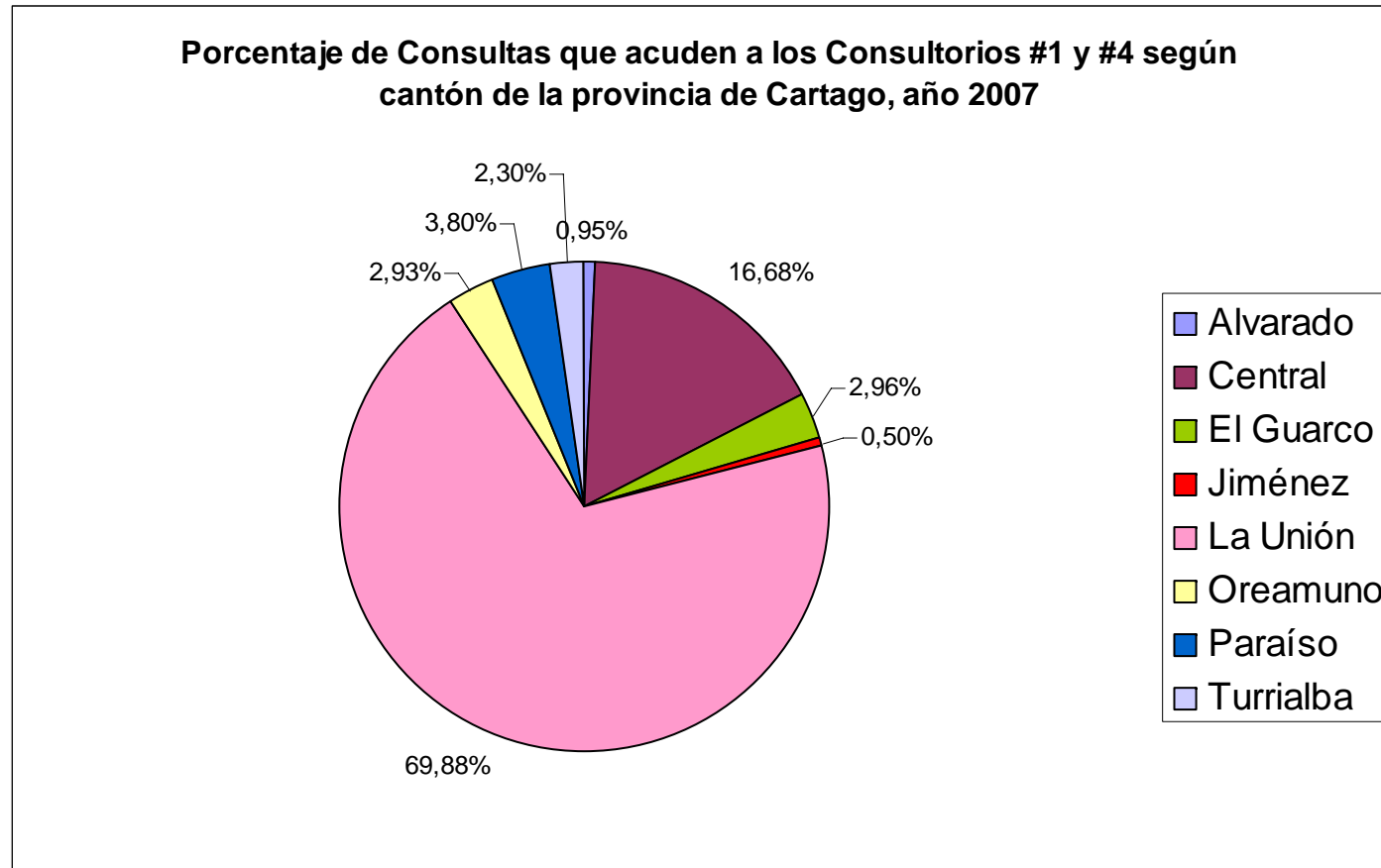
Fuente: Departamento Informática, HNN

Apéndice 7



Fuente: Departamento Informática, HNN

Apéndice 8



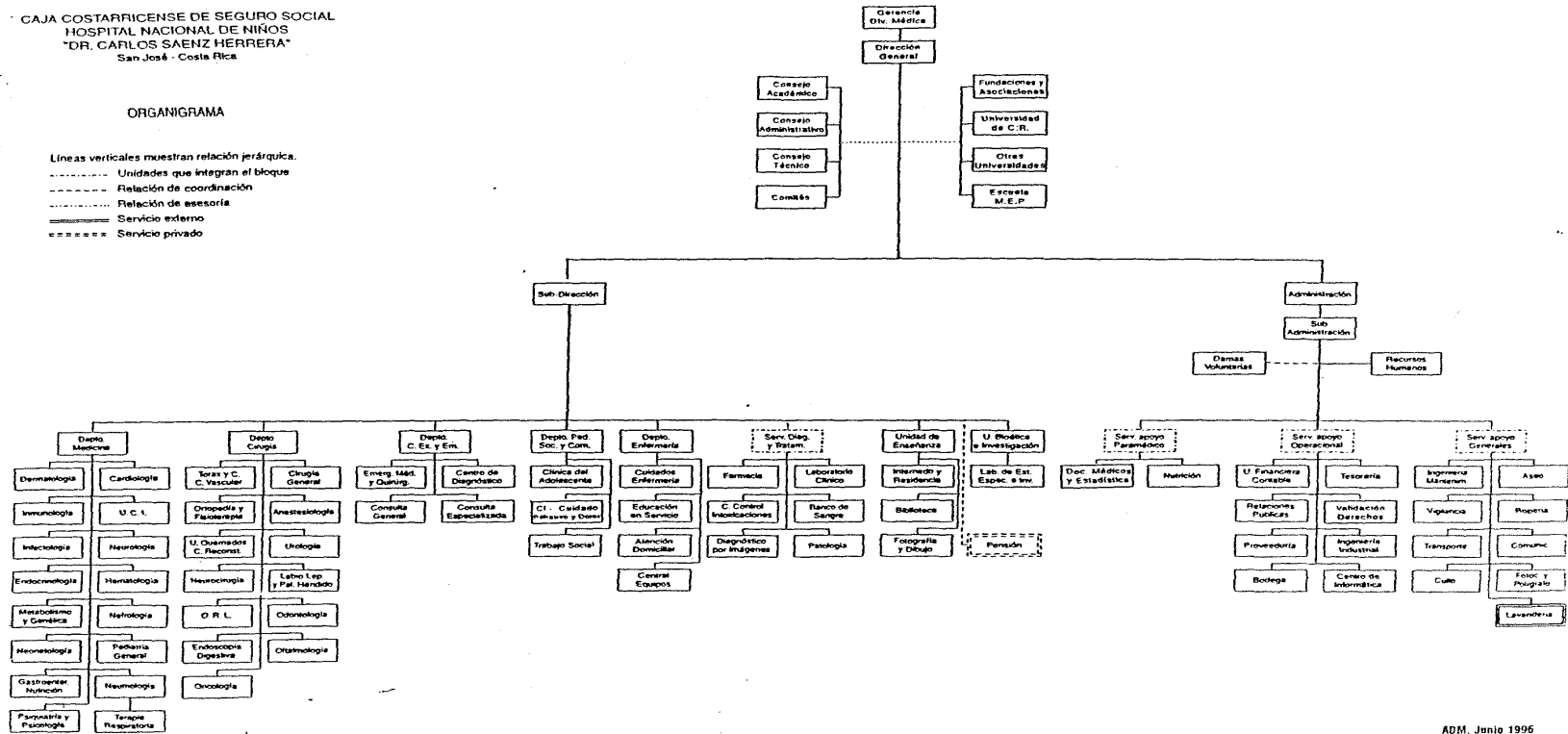
Fuente: Departamento Informática, HNN

ANEXOS

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
 HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS
 "DR. CARLOS SAENZ HERRERA"
 San José - Costa Rica

ORGANIGRAMA

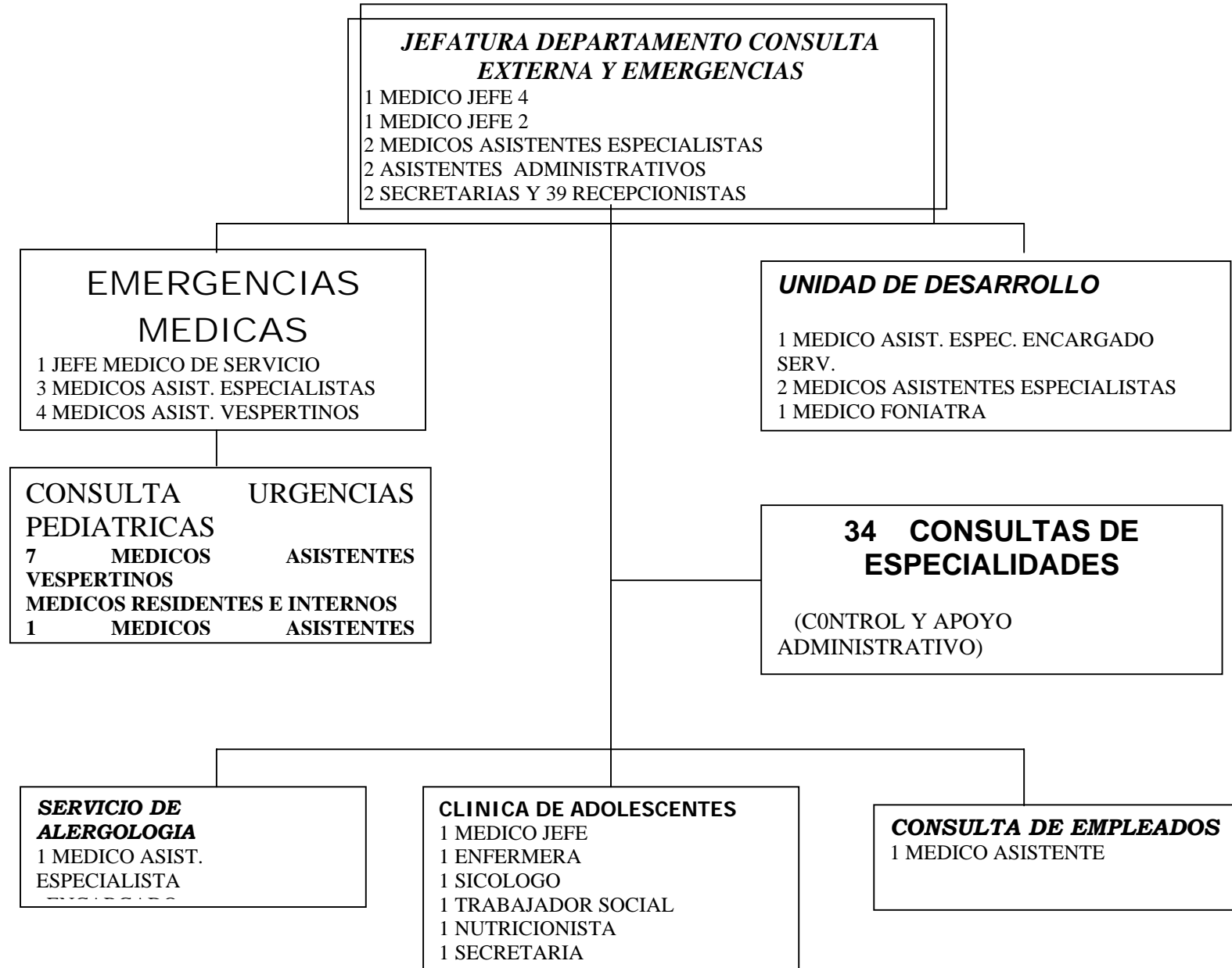
Líneas verticales muestran relación jerárquica.
 ----- Unidades que integran el bloque
 - - - - - Relación de coordinación
 Relación de asesoría
 ===== Servicio externo
 ===== Servicio privado





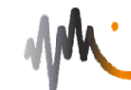
Anexo No. 2

ORGANIGRAMA DEPARTAMENTO CONSULTA EXTERNA Y EMERGENCIAS





HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS
 “Dr. Carlos Sáenz Herrera”
 CENTRO DE CIENCIAS MEDICAS DE LA C.C.S.S.



MAPA DE RIESGO : SERVICIO DE URGENCIAS

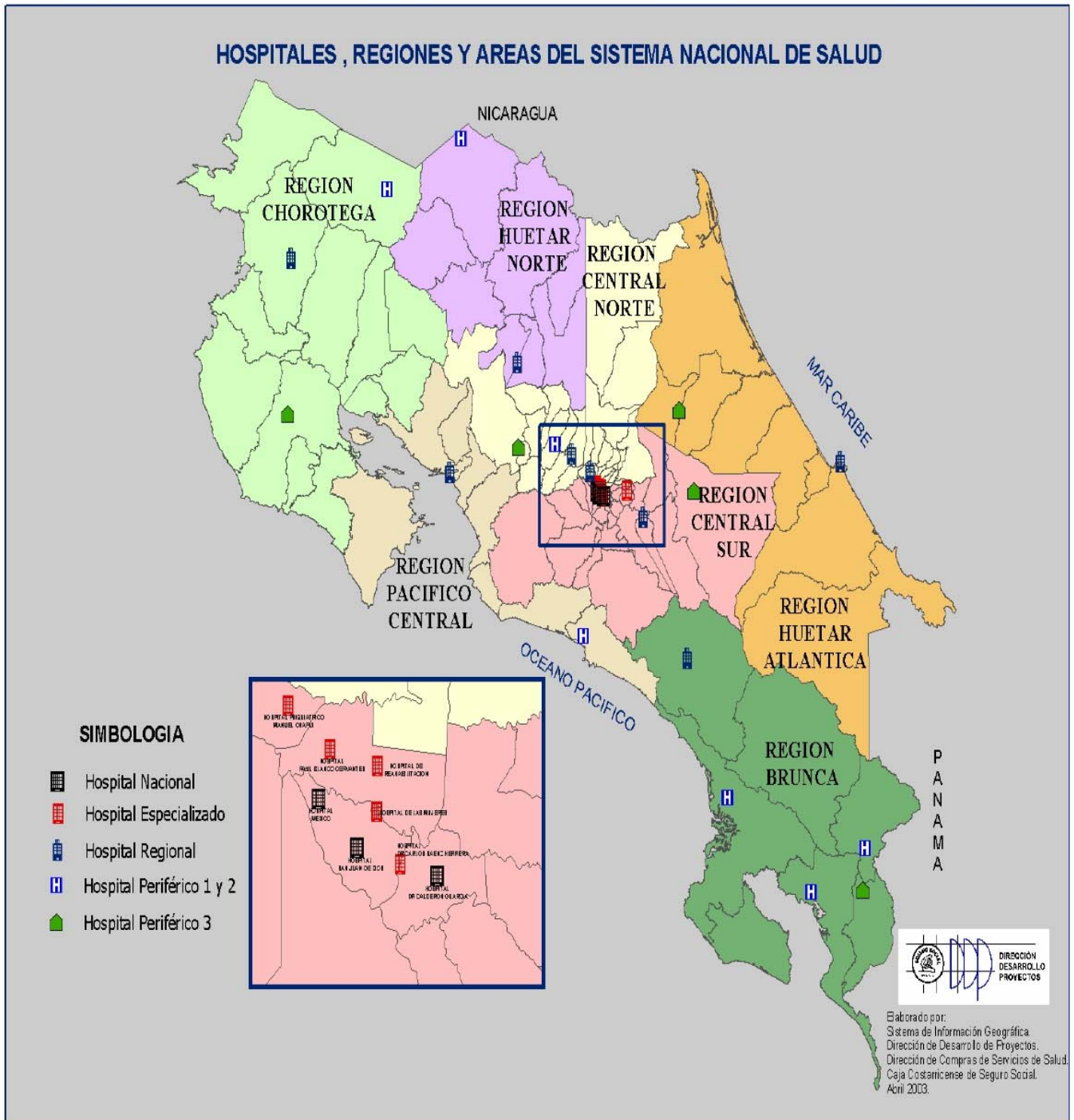
Nombre del plan: Plan Anual Operativo 2008.

Objetivo : Brindar una atención oportuna y adecuada en el Servicio de Urgencias del HNN, a fin de garantizar la prestación de un servicio que esté orientado el estado físico de los pacientes que demandan el mismo.

CATEGORÍA	RIESGO	CONSECUENCIAS	IMPACTO	PROBABILIDAD	EXPOSICIÓN AL RIESGO	CAPACIDAD DE REACCIÓN	NIVEL DE RIESGO
	¿QUÉ PUEDE SUCEDER?	¿CUÁLES PUEDEN SER LOS EFECTOS O IMPACTOS?					
Seguridad del paciente	Inadecuada atención del paciente por plétora del Servicio	Error Médico y de Enfermería	3	2	Alto	5	Alto
		Incremento de infecciones cruzadas					
		Saturación de los Servicios de Apoyo					
		Consulta no pronta ni oportuna					

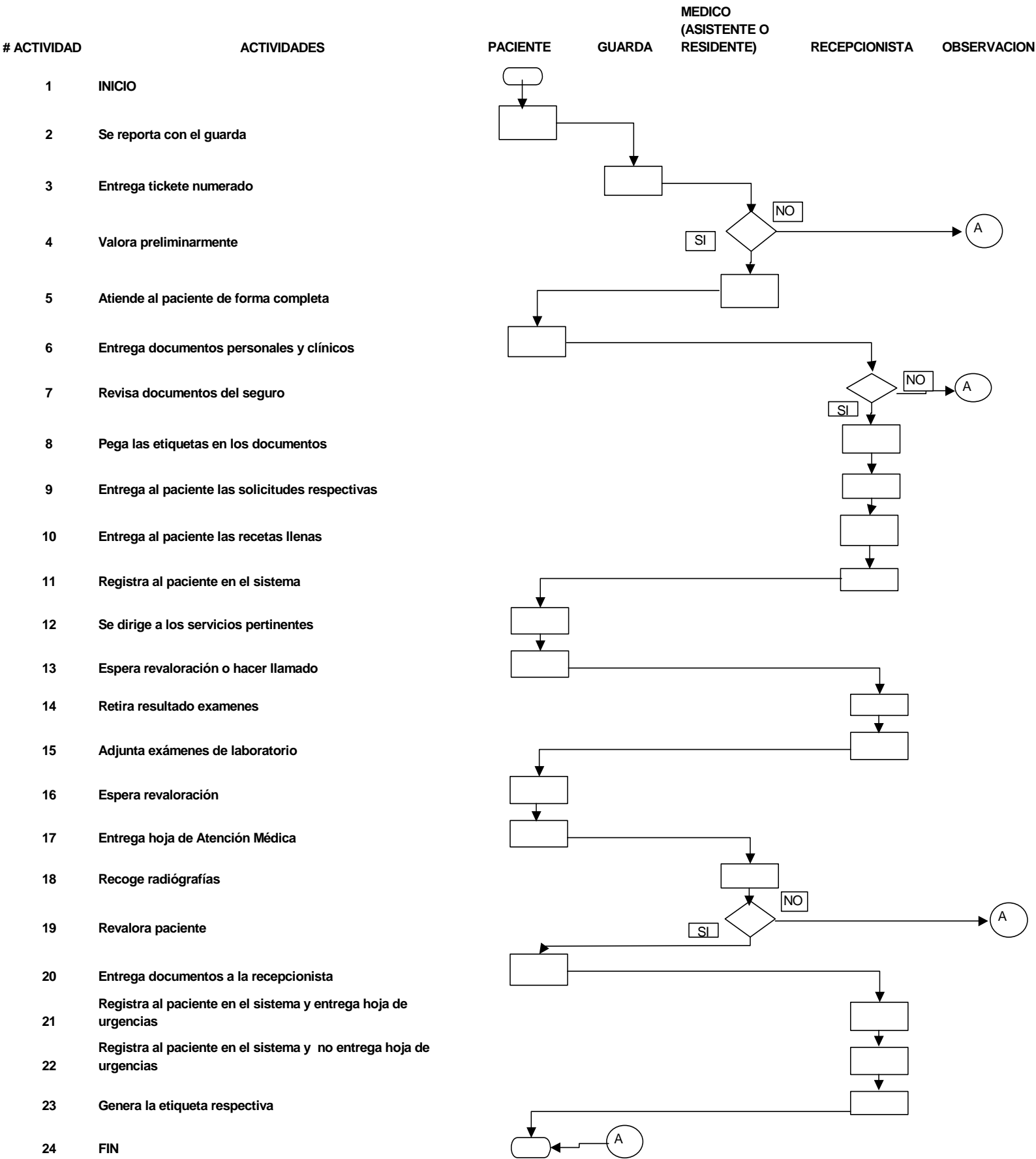
INDICADORES	PONDERACIÓN
Disponibilidad de recurso humano	0
Disponibilidad de recursos materiales y financieros	1
Capacidad de gestión	1
Viabilidad Técnica	1
Viabilidad Política	1
Viabilidad Legal	0
Tiempo	1
Total	5

Anexo No.4



Fuente: Fundamentos conceptuales y operativos del Sistema Nacional de Salud y del Modelo de atención de la salud: módulo I, Salas, 2003 ¿
 Figura No. 1. Mapa Hospitales, Regiones y Áreas del Sistema Nacional de Salud

PROCESO DE ATENCIÓN EN CONSULTORIOS #1 y #4



Anexo No.6

PROCESO INGRESO Y EGRESO A EMERGENCIAS

