



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA**



MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

2007 – 2009

Tesis para optar al título de Máster en Salud Pública

**FACTORES QUE DETERMINAN EL MAL USO DEL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ROSA DE LIMA,
JUNIO 2009**

AUTOR:

Elizabeth Caprile de Martínez

TUTOR:

Lic. Nohemy Anaya

Santa Rosa de Lima, enero 2010

ÍNDICE

Capitulo	Página
Resumen	i
1.- INTRODUCCIÓN.....	2
2.- ANTECEDENTES.....	3
3.- JUSTIFICACIÓN.....	6
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
5.- OBJETIVOS.....	8
6.- MARCO REFERENCIAL.....	9
7.- DISEÑO METODOLÓGICO.....	22
8.- RESULTADOS.....	30
9.- DISCUSIÓN.....	33
10.- CONCLUSIONES.....	36
11.- RECOMENDACIONES.....	37
12.- BIBLIOGRAFÍA.....	39
13.- ANEXOS.....	41

RESUMEN

El presente estudio se llevo a cabo en el servicio de Emergencia del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, La Unión, durante el mes de Junio del 2009, realizando un estudio de tipo descriptivo a través de una entrevista estructurada, como método para recolectar la información el cual nos confirma el desconocimiento de los usuarios de una atención de emergencia ocasionando así el mal uso que hacemos del servicio de emergencias.

Según el estudio, de 254 usuarios entrevistados, nos determino la causa de consulta y diagnostico final por medico que proporcione la atención, solamente 24% ameritaba ser atendido en el servicio de emergencia del hospital, el 76% son motivo de consulta que podrían ser resueltos en el primer nivel de atención, (U/S). El estudio se torna importante ya que es similar este comportamiento por parte de los usuarios en toda la red pública de hospitales, ocasionando la sobrecarga de las mismas, demora en la atención a enfermos con verdaderas emergencias, incremento del coste hospitalario, comprometiendo así la funcionalidad y eficiencia del sistema.

Se concluye que, en el servicio de emergencia del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, La Unión, ocurre un elevado número de consultas inadecuadas para el segundo nivel de atención. Resaltando la importancia que tiene la edad del paciente, la accesibilidad, quien toma la iniciativa de acudir a solicitar la atención, el nivel socioeconómico y educativo así como la percepción de atención de una emergencia, como variables predictoras de la mala utilización de los servicios de emergencias hospitalarios.

1.- INTRODUCCIÓN

Los servicios de emergencia se definen como unidades diseñadas para brindar tratamiento especializado, con disponibilidad inmediata y gratuita de recursos especiales a pacientes que requieran cuidados urgentes, que modifica la condición habitual de salud de la persona percibida como potencialmente peligrosa, a cualquier hora del día y durante los 365 días del año.¹

El incremento producido en la utilización de los servicios de emergencias hospitalarios, en estos últimos años y en todos los países desarrollados –incluso para situaciones de baja complejidad que podrían ser atendidas en niveles inferiores- no obedece simplemente a los cambios demográficos (aumento de la población por envejecimiento y movimientos migratorios) ni epidemiológicos, si no que parecen existir otros factores que intentan explicar y se asocian a esta conducta, como, la falta de la necesidad percibida de atención inmediata, la dificultad de acceso a otros servicios del sistema, la falta de seguro social, y el nivel socioeconómico y cultural.²

El Salvador no es ajeno a este fenómeno que sin duda, contribuye a la masificación de estos servicios, pérdida de continuidad asistencial y de calidad, insatisfacción de profesionales, inadecuación y demora en la atención de las emergencias verdaderas, lo cual contribuye al mayor gasto hospitalario y repercusiones muy importantes sobre la gestión del resto de servicios hospitalarios.

¹ Dr. Jorge Arturo Fiorentino, Servicios de Urgencia ¿Todo es urgente? Hospital de niños, Ricardo Gutiérrez de Buenos Aires, Argentina 2005.

² Emilio Moreno Millán, ¿Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud. SEMES, Sevilla, España.

2.- ANTECEDENTES

En todos los países desarrollados se ha producido, en los últimos 20 años, un importante crecimiento de la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH), y la consecuencia directa ha sido su masificación por pacientes que podrían haber sido asistidos en otros niveles asistenciales, básicamente en la atención primaria (AP). En España, la frecuentación de los SUH ha aumentado el 80,7% entre 1994 (13,5 millones de visitas) y 2005 (24,4 millones), es decir aproximadamente un 6,7% anual –de forma desproporcionada para el incremento poblacional (5,8 millones en el mismo período) – y se ha reducido el porcentaje de ingresos a la vez, aunque se mantiene la tasa de presión urgente por encima del 65%.

En 1988, el Defensor del Pueblo publicó un Informe en el que afirmaba que el 74% de las consultas era por iniciativa del usuario, una tercera parte de las consultas correspondía a procesos susceptibles de la AP, se empleaba esta vía para facilitar el acceso al sistema, existían graves carencias estructurales y de dotación personal y material, y la insatisfacción era la norma entre los ciudadanos y los profesionales. Se aludía, así, a una inadecuación implícita del empleo de los SUH, sin llegar siquiera a consensuar la definición de "urgencia", lo que trascendió hasta la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud ("Informe Abril") tres años más tarde. La realización de reformas físicas y la dotación de plantillas específicas y sofisticada tecnología no hicieron sino facilitar el incremento de la demanda por mejora de la oferta. Casi dos décadas después de aquel Informe, la situación no sólo se ha perpetuado sino que aparece mucho más compleja.³

La demanda inadecuada a un servicio de urgencias pediátrico Hospitalario (SUP) Regional Universitario Reina Sofía, situado en Córdoba, del Servicio Andaluz de Salud, se observaron los siguientes factores implicados: el 52% no habían contactado previamente con el nivel primario de atención y el 79% acudió al Servicio de Urgencia Pediátrico por iniciativa propia. El $65.0 \pm 4.8\%$ de los de la

³ Emilio Moreno Millán, ¿ Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud?. SEMES, Sevilla, España.

consulta se catalogan como inadecuadas y se halló relación estadística con la edad del paciente (menor de un año), lugar de residencia (urbana) y el acudir por iniciativa propia; en conclusión, en los SUP ocurre un elevado número de consultas inadecuadas para el segundo nivel de atención. Cabe resaltar la importancia que tiene la edad del paciente, la accesibilidad al SUP y quien toma la iniciativa de acudir como variables predictivas de la mala utilización de los servicios de urgencia pediátrica hospitalarios.⁴

El tema es especialmente preocupante por el uso sustitutivo que se hace de la AP, la excesiva medicalización, el deterioro de la continuidad asistencial y de la calidad, las demoras en la atención a los enfermos verdaderamente graves y complejos –incluso con aumento de la mortalidad– y los efectos negativos para el conjunto del hospital (sobrecarga de servicios centrales y de los profesionales, disminución de la productividad y déficit en la organización y planificación), así como por el incremento del gasto sanitario, con costes de oportunidad y pérdidas de bienestar para el conjunto de la sociedad, lo que compromete claramente la funcionalidad y la eficiencia del sistema.

En el municipio de Santa Rosa de Lima, Departamento de La Unión, El Salvador; se inició la prestación de los servicios de salud (MSPAS) a partir del año 1974, en una unidad de salud, luego en 1980 inicia el Centro de Salud (hoy Hospital), en donde se implementaron atenciones del primer nivel y segundo nivel para los habitantes de los 10 municipios de la zona norte del departamento de La Unión. Por la alta demanda de usuarios, en el año 2002 se realizó un proyecto de descentralización de la consulta del primer nivel del hospital, por lo cual se propone la construcción de la unidad de periférica del municipio de Santa Rosa de Lima.

⁴ M. D. Antón, J. C. Peña, R. Santos, E. Sempere, J. Martínez y L. A. Pérula, Demanda inadecuada a un servicio de urgencias pediátrico hospitalario: factores implicados. Hospital Regional Universitario Reina Sofía, Córdoba. Servicio Andaluz de Salud. Med. Clin. (Barc) 1992.

En el área de emergencia se atendían pacientes del primer nivel y segundo nivel; ya que no existía otro servicio público en el municipio, ni en la zona norte de La Unión. Además la atención de consulta externa (especialidad, general y preventiva) daba sus atenciones de 7:00 a.m. a 3:00 p.m., razón por la cual en horas de la tarde y nocturnas y fines de semana, días festivos, el servicio de emergencia se saturaba de atenciones que no son emergencia.

En marzo del año 2007 se inaugura la unidad de salud periférica de Santa Rosa de Lima, con el propósito de desconcentrar todas las atenciones de primer nivel del hospital, quedándose solamente la consulta externa de especialidad y preventiva de riesgo en mujeres embarazadas en horario de 7:00 a.m. a 3:00 p.m., y el área de emergencia, para atenciones de segundo nivel.

En diciembre de ese mismo año se apertura la extensión de horarios de 24 horas (FOSALUD) y a pesar de contar con dos años de funcionamiento de la unidad de salud periférica y las atenciones las 24 horas del día, la población continua utilizando inadecuadamente el área de emergencia del hospital, por que utiliza un nivel superior para la gestión de procesos que podrían ser solucionados en niveles inferiores.

De las atenciones realizadas de Enero a Diciembre de los años 2007 y 2008, en el servicio de emergencia del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, el 82% y 74% (respectivamente) corresponden a consultas de morbilidad que pudieron ser resueltas en las unidades de salud (Primer nivel de atención/atención primaria en salud), lo que nos incrementan los costos hospitalarios de esta área y la calidad de atención se ve afectada por la alta demanda de pacientes que no son atenciones de emergencia, razón por la cual en el presente estudio lo enfocaremos a conocer los factores que inciden en los usuarios para hacer mal uso del servicio de emergencia del hospital de Santa Rosa de Lima.

3.- JUSTIFICACIÓN

En los servicios de urgencias hospitalarios de El Salvador se ha incrementado la consulta que no es verdadera emergencia, pero al momento no se tiene documentado un estudio de los factores implicados para esta inadecuación, por lo tanto el presente trabajo tiene como propósito conocer los factores y la persistencia de utilización inadecuada por los usuarios del servicio de emergencia del hospital nacional de Santa Rosa de Lima, ya que se cuenta con 12 unidades de salud en los municipios del Área Geográfica de Influencia (AGI), teniendo 1 unidad (Lislique) con extensión de horarios de atención de fines de semana (FOSALUD) y 2 unidades con atención de 24 horas (Anamoros y Santa Rosa de Lima).

Esto nos conllevara a tomar acciones para la desconcentración de las atenciones en emergencia e indirectamente nos mejorara la calidad de atención de las verdaderas emergencias y disminuirá los costos hospitalarios.

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La interrogante principal del estudio fue la siguiente:

Pregunta general:

¿Cuáles son los factores que inciden en los usuarios para hacer mal uso del servicio de emergencia del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, en el mes de junio de 2009?

Preguntas específicas:

1. ¿Cuáles son las características biológicas y demográficas?
2. ¿Cuál es el nivel socioeconómico y educativo?
3. ¿Cuál es el perfil de patologías que demandan?
4. ¿Cual es el conocimiento de los usuarios sobre una emergencia y las enfermedades por las que deben consultar en la sala de emergencia?

5.- OBJETIVOS:

5.1.- Objetivo general:

Determinar los factores que inciden en los usuarios para hacer mal uso del servicio de emergencia del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, junio de 2009.

5.2.- Objetivos específicos:

1. Identificar las características biológicas y demográficas de los usuarios.
2. Identificar el nivel socioeconómico y educativo de los usuarios.
3. Determinar el perfil de servicios que demandan los usuarios.
4. Determinar el conocimiento sobre que es una emergencia y las enfermedades por las que deben consultar en la sala de emergencia.

5. 6.- MARCO TEÓRICO

A) Conceptos

Servicios de Urgencias.⁵

Es una unidad integral que el hospital dedica, para recibir, estabilizar y manejar pacientes que se presentan con una gran variedad de condiciones urgentes ó no, donde los pacientes se presentan solos ó mediante referencia. Los cuidados deben ser con un alto estándar de calidad y donde la comunidad percibe la necesidad de atención aguda o urgente, incluyendo la admisión hospitalaria, para proporcionar esta atención la sala de urgencias debe ser organizada y administrada por personal que idealmente conozca de las urgencias (urgenciólogo) específicas de ese servicio, además de contar con conocimientos de administración. Las características indispensables para el funcionamiento de este servicio incluyen:

Cuidados del paciente: Este servicio debe de contar para todos los pacientes que se presenten con enfermedad aguda o lesiones. Áreas de recepción, triage - valoración inicial- y sala de observación. Además deberá de ser capaz de proveer ó arreglar los cuidados posteriores de los pacientes atendidos más haya de la fase de urgencias, (ingreso a piso) dependiendo de la infraestructura hospitalaria. Si el rango de atención es limitado –servicio de urgencias pediatría, ginecología, cardiología, etc.) Deberán de ser informados, los servicios de primer nivel, diseñando políticas hospitalarias para la adecuada atención y referencia de cada paciente.

Estructura: Deberá ser diseñado con el propósito de atender urgencias y estará obligado a tener un área con la capacidad de soporte de vida avanzado incluyendo ventilación mecánica, donde se hará la recepción y estabilización de pacientes críticamente enfermos. Además de un área de descontaminación de pacientes.

Deberá tener el apoyo las 24 hrs. de los servicios de: Laboratorio, Rayos X, Ultrasonografía y farmacia.

⁵ Dr. Alejandro Villatoro Martínez. Definiciones básicas en medicina de urgencia, ESM IPN, México DF. Acceso mayo 23, 2009. <http://www.medinet.net.mx/ammu/materiales/definicionesutiles.htm>.

Interconsultas: Deberá de tener un directorio de especialistas ó contar con ellos para solicitar opinión o referencia las 24 hrs. del día en por lo menos las siguientes especialidades: Anestesia, cirugía general, ginecología y obstetricia, medicina interna, ortopedia.

Otros procesos: El servicio de urgencias se comprometerá a tener programas de mejora continua de la calidad y de indicadores de eficiencia, incluyendo estadísticas de morbilidad, mortalidad. Este servicio se obliga a proveer la recepción y manejo de pacientes que hayan sufrido un desastre, además del diseño y participación del plan de atención a desastres de la región donde se localiza.

Personal de enfermería: El servicio contara con una estructura de enfermeras de manera permanente, con una jefa de enfermeras, con la curricula y experiencia necesarias para la organización y operación del servicio, el personal deberá de estar disponible las 24 hrs. del día e idealmente con capacitación en urgencias medicas.

Personal Medico: Es un equipo que deberá de tener un jefe de urgencias que sea urgenciólogo y en el caso de un hospital con residencia en urgencias con un director medico de urgencias (urgenciólogo), que se comprometerá de estar disponible vía telefónica las 24 hrs. El personal medico deber estar disponible en el servicio las 24 hrs. Además, de contar con cursos de ACLS y ATLS de forma obligatoria.

Rol del servicio: La función del servicio deberá de informarse y tomar un lugar apropiado, en las actividades del paciente, la comunidad, además de la región, informando los límites de la atención, mismas que no pueden ser cumplidas por el hospital. Por lo tanto este departamento tiene influencia significativa sobre la imagen pública del hospital.

Desastre.⁶ Un desastre es un evento que excede las condiciones normales de existencia de una comunidad y causa un nivel de sufrimiento por ello excede la capacidad del ajuste de la comunidad afectada. Es la gente quien lo padece y sin población no existe desastre. **Emergencia.**⁷ Si nos basamos en el diccionario de la Real academia española, Del lat. Emergens, -entis, emergente. Es una variable diatópica y diastrático del idioma, se define como una situación de peligro o desastre que requiere una acción inmediata. Atención médica que se recibe en el servicio de **emergencias** de un hospital. Vocablos principalmente utilizados en estos países (Guatemala, Puerto Rico y Venezuela). Pero en los estados unidos se utiliza como aquella patología que sin un tratamiento inmediato, el paciente puede tener un daño severo en una o más funciones corporales, u ocasionar una severa disfunción de uno o más órganos o partes del cuerpo, la vida o la salud en general. Requiere de atención médica inmediata cara a cara (solo se resuelve si usted atiende al paciente). Ejemplos de condiciones de emergencia incluyen, convulsiones, heridas por puñalada/herida por arma de fuego, descompensación diabética aguda, paro cardiaco, meningitis, fractura obvia (con fractura expuesta). La subcomisión de urgencias en España la define muy parecido a la anterior definiéndola como un grado superior a la urgencia siendo la Emergencia Medica aquella urgencia vital, entendida como sinónimo de, que se corresponde con aquella situación en la cual existe un peligro inmediato, real o potencial, para la vida del paciente, o riesgo de secuelas graves permanentes, si no recibe atención cualificada sin demora.

⁶ Disasters & Emergencies Definitions. Training Package. WHO/EHA. Panafrican Emergency Training Center, Addis Ababa. Updated March 2002 by EHA.

⁷ Definición de emergencia Real Academia Española de la Lengua. Acceso Mayo 23, 2009. Disponible en <http://buscon.rae.es/diccionario/drae.htm> Edición 22ª

Triage⁸.

El termino proviene del francés “to sort” clasificar, este concepto fue utilizado de manera inicial en las guerras napoleónicas, el método se utilizaba cuando había muchos lesionados y los recursos eran limitados. La prioridad es para los pacientes con las condiciones más urgentes. Los servicios de urgencias utilizan el triage de manera diaria para valorar los recursos de los servicios y la atención de dichos pacientes. Para el ATLS es denominado como el método de selección y clasificación de pacientes basado en sus necesidades terapéuticas y los recurso disponibles para su atención. Ello mediante las prioridades del ABC. Este evento también debe ser aplicado en el sitio del accidente en el momento de seleccionar el hospital al cual se trasladara el accidentado. Para este evento existen dos tipos de situaciones de selección: a) Múltiples lesionados cuando el número de paciente y sus gravedad de lesión no sobrepasa la capacidad el hospital para proporcionar la capacidad medica necesaria, se atiende primero a los pacientes graves (riesgo a la vida) y aquellos con lesiones múltiples. b) En accidentes masivos o desastres, cuando el número de pacientes y su gravedad de lesiones sobrepasan la capacidad de los recursos hospitalarios y humanos, se atenderá primero aquellos con mayores posibilidades de sobrevida, que consuman poco tiempo, equipo, material y personal.

Urgencia⁹. Del lat. Urgentiā. Al igual que emergencia es una variable diatópica y diastrático, del idioma. Pero se define como caso urgente, que requiere atención inmediata. El cuidado urgente es el cuidado médico dado por una condición que, sin el tratamiento en su debido tiempo, se podría esperar que resulte en un deterioro de una emergencia, o causar daño prolongado, temporal de una o más funciones corporales, desarrollando enfermedades crónicas y necesitando de tratamiento más complejo. Requiere de atención médica dentro de las 24 horas de la aparición o notificación de la existencia de una condición urgente.

⁸ Dr. Alejandro Villatoro Martínez. Definiciones básicas en medicina de urgencia, ESM IPN, México DF. Acceso mayo 23, 2009. <http://www.medinet.net.mx/ammu/materiales/definicionesutiles.htm>.

⁹ Definición de urgencia Real Academia Española de la Lengua. Acceso Mayo 23, 2009. Disponible en <http://buscon.rae.es/diccionario/drae.htm> Edición 22^a

Se define la URGENCIA MEDICA como toda aquella situación que lleva al paciente, al testigo o a sus familiares, a solicitar asistencia médica inmediata.

Dicha definición, acorde con los criterios expuestos por las diferentes instituciones internacionales (OMS, Consejo de Europa,...) pretende integrar en dicho concepto la totalidad de las situaciones vividas por la población como urgencia - médica, diferenciándolas a su vez de otros problemas de carácter no sanitario que por su naturaleza requieren asimismo de respuestas diferenciadas, aunque susceptibles de actuar coordinadamente en caso necesario.

Urgencia Médica Real. (México).

Urgencia: Es todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, o la pérdida de un órgano o una función y requiera atención inmediata.

Es todo padecimiento de orden agudo o crónico agudizado, que produce una descompensación súbita del funcionamiento del organismo que condiciona discapacidad permanente o evolución a la muerte, y que requiere de atención inmediata (Diario Oficial de la Federación México, diciembre 7, de 1998 inciso 4.9). Rango del 20-30% de todas las urgencias que se ingresan a un hospital.

Considerando la definición se incluyen:

- La Dificultad respiratoria repentina (disnea súbita).
- La Hemorragia activa por cualquier vía.
- El Dolor torácico súbito y persistente (aun sino es coronario).
- Pérdida del conocimiento sin recuperación espontánea.
- Heridas extensas y/ o amputación.
- Las crisis convulsivas.
- Parálisis súbita de cualquier extremidad.
- Ingestión de sustancias tóxicas
- Presencia de cuerpos extraños en vías respiratorias o digestivas.
- Retención aguda de orina.
- Mordeduras o piquetes de animales venenosos.
- Quemaduras de 1° grado > al 15% de SCT,
- Quemaduras de 2° grado >10% y de SCT 3° grado > 5%
- Quemaduras de cara, articulaciones, genitales, aun con menos porcentaje.

Urgencia médica sentida (México)

Es todo paciente de orden agudo o crónico agudizado que el paciente percibe ó siente que amenaza su vida. Casi nunca es grave y puede ser atendido por consulta externa. Las cifras varían entre los países pero su rango va de 80 - 85% de todas las urgencias.

B) Determinantes de la atención en los Servicios de Urgencia Hospitalarios¹⁰

La gran mayoría de los trabajos publicados analizan los determinantes de la demanda y los de la oferta¹. Así, entre los primeros, influyen especialmente: a) el alargamiento de la esperanza de vida de los ciudadanos y el consiguiente envejecimiento, con un incremento de los sectores poblacionales de mayores de 65 y 85 años, donde son más elevadas las prevalencias de enfermedades, generalmente crónicas, que producen descompensaciones agudas y precisan atención urgente; b) los cambios en los patrones de morbimortalidad, con nuevos procesos, en los que la inmediatez asistencial cobra importancia creciente y, sobre todo, el aumento de los accidentes como consecuencia del tráfico, la actividad laboral y la violencia de todo tipo; c) la falta de educación sanitaria y la cultura hospitalocéntrica –nacida en los años sesenta y setenta, con el desarrollo de la red hospitalaria pública de la Seguridad Social– sin conciencia del coste y con alto grado de exigencia; d) el nivel socioeconómico, con mantenimiento de desigualdades e inequidades (“paradoja del progreso”) próximas a los más desfavorecidos en este tipo de prestación, donde la asimetría de información se equilibra y disminuye la decisión del profesional; e) el aumento poblacional y los cambios sociales originados por los movimientos migratorios en la última década.

Entre los factores de la oferta deben destacarse la mayor accesibilidad a los centros hospitalarios (existe relación inversa entre la distancia geográfica y el empleo de recursos), la falta de aseguramiento (que provoca su empleo), el irregular desarrollo de la AP en general y, especialmente, de sus dispositivos de urgencias, y el uso perverso de los SUH para evitar listas de espera o realizar

¹⁰ Emilio Moreno Millán, ¿ Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud?. SEMES, Sevilla, España.

actividades programadas diferidas, propias de los denominados “hospitales de día”. Tudela y Mòdol diferencian entre aspectos intrínsecos a los SUH, no modificables y que es preciso asumir, y aquellos circunstanciales, extrínsecos y potencialmente modificables. Así, entre los primeros incluyen la existencia de una demanda progresivamente más elevada, discontinuidad en la afluencia pero con actividad mantenida, la necesidad de una homogeneidad asistencial y de priorización, el desequilibrio casi constante entre gravedad y urgencia, una aproximación diagnóstica compleja, la importancia del factor tiempo, la mínima mortalidad, la distinta coordinación y organización funcional y, sobre todo, la repercusión que tiene la atención en los SUH sobre el resto del hospital, especialmente en la sobrecarga de los servicios centrales y en la gestión posterior de los pacientes, pero también en aspectos económicos y de calidad. Entre los condicionantes no intrínsecos mencionan la todavía precaria dotación estructural, la saturación y demoras que provocan disminución de la calidad e insatisfacción, la vulneración casi sistemática de la intimidad y la confidencialidad, la inadecuada discriminación de la urgencia, la existencia simultánea de procesos que requieren atención urgente entre los ya ingresados y la heterogeneidad organizativa y formativa.

Pero, también desde el lado de la oferta, uno de los factores más importantes es el mantenimiento de una AP poco adecuada a las necesidades actuales. Cuando comenzó la implantación de su red, en 1978, existían importantísimas desigualdades socioeconómicas y en salud, grandes inequidades en el acceso, rentas más bajas, alta ruralidad, bajos niveles educativos y culturales, y morbimortalidad basada sobre todo en infecciones agudas; pero, casi 30 años más tarde, no puede obviarse que se han producido cambios trascendentales (Envejecimiento progresivo, cronificación de enfermedades que se descompensan o complican y precisan tecnologías y manejo rápido, aumento de la renta y la educación, aunque se mantienen grados acusados de desigualdad e inequidad repercutiendo sobre todo en la salud), y se han desarrollado expectativas en

nuestra sociedad que han originado nuevas percepciones y perspectivas en los ciudadanos.

C) Uso inadecuados de los SUH y factores asociados

El crecimiento de las visitas –urgentes y no urgentes– a los SUH ha dado lugar a múltiples estudios sobre los factores relacionados con esa asistencia, y se han analizado numerosas intervenciones implantadas con el objetivo de reducir las atenciones “inapropiadas”. Dado que, generalmente, se habla de “inadecuación” cuando se utiliza un nivel superior para la gestión de procesos que podrían ser solucionados en escalones inferiores, estaría apriorísticamente justificada la mejora de la accesibilidad y la introducción de herramientas para realizar directamente la actuación en la propia AP, bien en sus consultas programadas o bien en los dispositivos de urgencia extrahospitalarios.

Entre los factores implicados figuran: a) algunos elementos demográficos (edad, género, estado civil, situación laboral, niveles de estudios y socioeconómico) donde se afirman que presentan superior adecuación en sus visitas a los SUH las personas mayores, los varones, los viudos y los separados, los activos y aquellos que tienen menor grado educativo y menor renta; b) el estado previo de salud, pues los antecedentes patológicos, los procesos asociados, la discapacidad y la mala percepción subjetiva provocan menor inadecuación; c) la organización sanitaria, fundamentalmente el escenario (urbano o rural) de la AP y los dispositivos de urgencias extrahospitalarios; d) el entorno (hora, día de la semana, condiciones meteorológicas, distancia al SUH, forma de acceso, tipo de demanda), donde se ha comprobado mayor adecuación durante las noches de sábados y domingos, en ubicaciones alejadas y con hoja de remisión o evacuación de un profesional.

D) Necesidad, demanda y oferta de salud

La salud depende de la interacción de varios componentes multidisciplinares (la renta, la educación, la vivienda, el ocio y los estilos de vida, la herencia biológica, el medio ambiente, la situación laboral y el tipo de trabajo) y no sólo de la mera asistencia sanitaria.

La oferta de servicios en salud en cualquier país debería ser el producto de un análisis en el que confluyeran el conocimiento y la opinión de los técnicos, las características demográficas y epidemiológicas de la población y las necesidades expresadas por ésta. La percepción de las necesidades de salud, desde el punto de vista del ciudadano, es una dimensión no siempre considerada, e incorporarlas, en el proceso de elaboración de políticas de salud, implicaría buscar estrategias adecuadas para conocerlas y estudiar su impacto en los costos y en la reducción de las desigualdades entre comunidades.

Con perspectiva económica, y partiendo de los conceptos de demanda y necesidad, Becker propuso la “teoría del capital humano” afirmando que las personas demandaban *inputs* para crear *outputs* que produjeran bienestar y que asumían, explícitamente, una conducta maximizadora con el objetivo de lograr más utilidad o una mayor función de bienestar. Grossman consideró a la salud como un bien fundamental en la demanda del consumidor, dado que otorgaba a los recursos sanitarios el valor de *inputs* para producir más salud, permitiendo que las personas aumentasen su utilidad y la disponibilidad para el trabajo que incrementasen su renta. Grossman estudió también los efectos de dos variables (edad y educación) sobre la demanda, afirmando que los individuos jóvenes y de mayor nivel educacional aumentaban el producto marginal de los diferentes *inputs* utilizados, reduciendo su cantidad para obtener el mismo grado de salud.

La necesidad sentida y la expresada tienen una gran correlación con la demanda, y se manifiesta cuando un individuo percibe que su estado de salud se deteriora y precisa una asistencia, decidiendo acceder al sistema sanitario e introduciendo tres elementos: la gravedad, los condicionantes socioeconómicos y los culturales.

Si bien estos factores presentan escaso valor en la toma de decisiones, cuando la gravedad percibida es alta, casi todos los investigadores se suelen basar en la teoría microeconómica de la demanda, intentando estimar elasticidades demanda-precio y demanda-renta, desde funciones de utilidad y restricciones presupuestarias. La demanda de atención sanitaria se convierte, así, en utilización cuando el profesional justifica esa necesidad y el individuo la recibe realmente, en dependencia de factores sociodemográficos y socioeconómicos.

F) Necesidad, demanda y oferta de atención urgente

Es evidente que la conceptualización subjetiva de un determinado proceso como “urgente” es una característica inherente al individuo, que ha ido asimilando y asumiendo a lo largo de los últimos años como consecuencia del desarrollo psico-antropológico, económico y social. Andersen clasificaba los elementos determinantes del uso de servicios sanitarios en predisponentes (edad, sexo, raza, educación, actividad laboral, tamaño familiar), facilitadores (renta individual y disponibilidad y accesibilidad de los recursos) y de necesidad (percepción del estado de salud y grado de limitación de las actividades por problemas específicos).

Sería, pues, una expresión de una demanda de salud, ante una oferta correctamente desarrollada, que se traduciría en una necesidad subjetiva pero no siempre objetiva, en un escenario donde la relación de agencia se equilibra y donde la capacidad del profesional para obviarla disminuye claramente, lo que no ocurriría si se demandase, por ejemplo, una intervención neuroquirúrgica o una nutrición parenteral.

En el análisis entre necesidad, demanda y oferta de servicios de salud, la atención urgente ocupa posiciones muy diferentes en dependencia de su propia capacidad y de los otros dos determinantes. Así, situaciones que son demandadas por el individuo aunque no obedezcan a “verdaderas” necesidades de salud tienen siempre respuesta en los SUH, mientras que procesos complejos que son demandados y son considerados necesidades “reales” pueden tener o no su

correspondiente nivel de oferta del sistema. Esta última sería, por ejemplo, el fiel reflejo de la mínima o nula respuesta a los accidentes de tráfico en el tiempo y con los recursos adecuados en nuestras carreteras.

El individuo elabora un autodiagnóstico tras la pérdida de su nivel de salud, que es el determinante de la demanda (percibida más expresada) en relación con el conocimiento personal de la oferta de recursos sanitarios, y decide –en un contexto globalizado con sus necesidades laborales, familiares y económicas– acudir al punto donde cree que su atención va a ser más efectiva, en ausencia de criterios éticos o de gasto.

G) Escenario actuales y nuevos planteamientos

Realizado un estudio de la situación y concretados los aspectos sobre los que asienta el desequilibrio oferta/demanda en el modelo vigente, debe analizarse la eficacia de las intervenciones desarrolladas sobre sus determinantes. Con los fundamentos de acercar los recursos de AP a los ciudadanos, implicar a la sociedad mediante nuevas estrategias formativas en salud, introducir barreras para intentar disminuir la demanda o reformar la organización funcional de los SUH, se han realizado algunas actuaciones cuyos efectos se exponen a continuación.

A. Resultados de las intervenciones

A.1. Sobre la mejora del acceso a la AP. Recientes publicaciones confirman que acercar las consultas y los dispositivos extrahospitalarios de urgencias a los ciudadanos no disminuye la frecuentación en los SUH. Así, Weinberger ha comprobado que con esta actuación no desciende la tasa de readmisiones hospitalarias sino que aumenta, aunque con mayor nivel de satisfacción de los pacientes, en tanto que Sánchez observa que apenas afecta en el medio urbano, y Peiró, Oterino y Sempere expresan que aunque se incrementa la utilización en los centros de AP no disminuye en los SUH, no pudiendo catalogarse como alternativa eficaz.

De los artículos analizados se deduce que se ha observado mínima efectividad, no reduciendo solamente las visitas a los centros primarios sino aumentando las de los propios SUH y, además, no se ha comprobado sustituibilidad entre los dos tipos de asistencia urgente mediante estudios de cointegración, que es un modelo econométrico para identificar relaciones estables o de largo plazo, entre dos o más variables, cuando se emplean series temporales.

A.2. Sobre la elevación del nivel educativo sanitario. También para Peiró sus efectos son dudosos o, incluso, nulos. En todo caso, la educación para la salud es un procedimiento lento, complejo y que precisa importantes inversiones, no siendo recomendado para este fin.

A.3. Sobre la instauración de barreras. Las distintas intervenciones investigadas (administrativas, territoriales, económicas, clasificatorias) han mostrado ligeras disminuciones de la frecuentación a los SUH, pero no han logrado minimizar los casos inadecuados. En concreto, el copago o *ticket* moderador sólo ha logrado descender un 15% las visitas, más entre los pacientes no urgentes, pero a los fallos en la equidad deben sumarse los hallados en la seguridad y en el efecto disuasorio a las rentas más bajas y a los verdaderos enfermos.

A.4. Sobre las actuaciones organizativas. Las reformas introducidas en la gestión de los SUH han conseguido disminuir algunas visitas inadecuadas, pero no han modificado el comportamiento de los hiperfrecuentadores. Sí han obtenido buenos resultados (descensos del 45% en los ingresos, del 50% en las consultas al SUH y del 26% en las estancias) ciertos modelos basados en cambios organizacionales para enfermos crónicos e hipervisitadores de los SUH, a través fundamentalmente de línea telefónica. Otras actuaciones, como la implantación de *walk-in centres* en el modelo británico o la introducción de personal entrenado de enfermería en procesos de niveles menores y en el *triaje* han tenido diferentes efectos, positivos en la mayoría de las ocasiones, logrando reducciones de la frecuentación a los SUH pero, sobre todo, elevando el nivel de calidad y de satisfacción de los ciudadanos.

B. Análisis económicos

Aunque Williams afirmaba que el costo marginal de una atención no urgente en un SUH era inferior al de una urgencia real, investigaciones y publicaciones posteriores de Bamezai, Kellermann y Pines aseguran que no se trata de economías de escala, sino que influyen en ese gasto no solamente los costos fijos y los variables, sino también los semivARIABLES (enfermería). Por tanto, el incremento del gasto sanitario es evidente y, en la actualidad, los SUH están sometidos a enormes presiones y fuerzas (financieras, sociales, organizativas y de marketing) que incluso han obligado al cierre de algunos de ellos en los Estados Unidos dada su baja rentabilidad.

C. Demanda social

Se ha mantenido a lo largo de los últimos años con una tendencia creciente, dados especialmente el crecimiento poblacional originado por el envejecimiento y la inmigración, de forma muy acusada en España y en otros países desarrollados (Nueva Zelanda, Australia, Alemania, Canadá, Italia, Reino Unido) e, incluso, en Estados Unidos como consecuencia de la falta de aseguramiento de un amplio sector (50 millones de personas) y de las inequidades y desigualdades en salud provocadas por las diferencias en renta de muchos grupos sociales.

Pero, también, por las nuevas y altas expectativas de los ciudadanos, con exigencia de inmediatez ante un servicio que consideran gratuito en el momento de su prestación, demanda social que pretenden justificar sobre la evolución socioeconómica de la segunda mitad del pasado siglo XX.

6.1.- Hipótesis:

- a) Las atenciones inadecuadas “que no son verdaderas emergencias” (de primer nivel) en el servicio de emergencia del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, son en mayor frecuencia por iniciativa propia del paciente.
- b) A menor nivel socioeconómico y educativo, mayor es el uso inadecuado del servicio de emergencia del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima.

7.- DISEÑO METODOLOGICO:

a. Área de estudio:

El presente estudio se realizó en el servicio de emergencia del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, ubicado en el municipio de Santa Rosa de Lima, departamento de La Unión, El Salvador.

Las atenciones del Hospital son de segundo nivel, teniendo una red de 12 Unidades de Salud y 6 casas de salud del Ministerio de Salud, además de los establecimientos privados, Bienestar Magisterial y Seguro Social; con un área geográfica de influencia de 10 municipios de la zona norte del departamento, con una población estimada para el año 2008 de 147,049 habitantes.

b. Tipo de estudio:

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, para caracterizar a los usuarios y conocer los factores del uso inadecuado del servicio de emergencia del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, en el periodo de 14 al 27 del mes de junio 2009.

c. Universo:

La Población de estudio lo constituyeron todos los usuarios del servicio de emergencia del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, durante el periodo del estudio.

d. Muestra:

La muestra estuvo constituida por 254 usuarios del servicio de emergencia, considerando la estimación de una proporción poblacional, la cual se obtuvo del total de consulta de enero a diciembre de 2008, dividida entre 53 semanas del año; resultando un promedio semanal de 746 pacientes (746 consultas que resulta de 39,573 consultas de enero a diciembre del 2008 entre las 53 semanas de atención).

e. Unidad de análisis:

Fueron los pacientes, familiares o acompañante de pacientes que consulten en emergencia y que no puedan proporcionar datos, por ejemplo: niños menores de 12 años, pacientes mayores de 60 años y cualquier otro paciente que por su patología no este orientado en tiempo, lugar o persona.

f. Fuente de información:

Fue primaria a través de la entrevista directa de los usuarios del servicio de emergencia.

g. Criterios de inclusión:

- paciente, familiar o acompañante, que consulte el servicio de emergencia del Hospital, en el periodo de estudio.
- Paciente, familiar o acompañante que únicamente procedan de los municipios del área geográfica de influencia como son: Anamoros, Bolívar, Concepción de Oriente, El Sauce, Lislique, Nueva Esparta, Pasaquina, Poloros, San José de La Fuente y Santa Rosa de Lima.
- Usuario que acepte participar en el estudio.

h. Criterios de exclusión:

- Pacientes que por su estado de salud no puedan dar datos.
- Que a pesar de habersele explicado detalladamente el objetivo del estudio se niegue a participar en el estudio.

i. Variables:

Matriz de variables a utilizar en el estudio para el objetivo 1:

Objetivo específico 1	Identificar las características biológicas y demográficas de los usuarios de la emergencia del Hospital Santa Rosa de Lima.		
Variable	Definición operacional	Valores/Categorías	Escala
Sexo	Diferencia de género de la población	Masculino y femenino	Cualitativa dicotómica
Edad	Tiempo ocurrido desde el nacimiento a la fecha de la entrevista	Meses (< de 1 año) Años (> de 1 año)	Cuantitativa continua
Municipio de procedencia	Municipio de residencia del paciente	Anamoros, Bolívar, Concepción de Oriente, El Sauce, Lislique, Nueva Esparta, Pasaquina, Poloros, San José de la Fuente y Santa Rosa de Lima	Cualitativa nominal
Área de procedencia	Área de residencia del paciente	Urbano y rural	Cualitativa dicotómica

Matriz de variables a utilizar en el estudio para el objetivo 2:

Objetivo específico 2	Identificar el nivel socioeconómico y educativo de los usuarios.		
Variable	Definición operacional	Valores/Categorías	Escala
Ocupación	Actividad que realiza para suministrar bienes o servicios a través del trabajo físico, para beneficio propio o de otros	No trabaja, Ama de casa, jornalero, comerciante informal, comerciante, empleado, estudiante, otros.	Cualitativa nominal
Ingresos económicos familiar	Cantidad en dólares que recibe por la ocupación en el grupo familiar	\$ 0 – 100 101 – 200 201 – 300 más de \$300.	Cualitativa nominal
Educación	Años de escolaridad aprobados en educación formal	Ninguno, primaria, básica, bachillerato, Universitario, técnico, Otro.	Cualitativa nominal

Matriz de variables a utilizar en el estudio para el objetivo 3:

Objetivo específico 3	Determinar el perfil de servicios que demandan.		
Variable	Definición operacional	Valores/Categorías	Escala
Consultas previas en este año	Atención recibida en emergencia desde enero a la fecha de entrevista 2009	Primera vez, dos veces, tres veces o mas	Cualitativa nominal
Horario de consulta en esta ocasión	Tiempo que fue atendida por el medico	7:00 am - 5:00 pm 5:00 pm – 7:00 am	Cuantitativa continua
Día de la presente consulta	Día de la semana que recibió la atención	Lunes, martes, miércoles, jueves, viernes, sábado y domingo.	Cualitativa nominal
Enfermedad de Consulta	Enfermedad o causa por la que está consultando	Todas las causas	Cualitativa nominal

Matriz de variables a utilizar en el estudio en el objetivo 4:

Objetivo específico 4	Determinar el conocimiento sobre que es una emergencia y los factores porque consultan.		
Variable	Definición operacional	Valores/ Categorías	Escala
Motivo de consulta a esta emergencia	Decisión que tomo para acudir al servicio de emergencia	Referido de U/S, referido de medico/hospital particular, sugerencia de vecino o familiar, iniciativa propia, otro	Cualitativa nominal
Conocimiento de emergencia	Opinión del entrevistado de una atención de emergencia en base a las respuestas	Cualquier enfermedad Situación o enfermedad que pone en riesgo la vida	Cualitativa nominal
Enfermedades que se deben de atender en un servicio de emergencia	Conocimiento de las atenciones en emergencia	Si No	Cualitativa dicotómica
Mencione estas enfermedades	Opinión del entrevistado en base a las respuestas	Golpes/Heridas/Embarazadas Dolor de garganta Todas las enfermedades	Cualitativa nominal
Diagnostico medico	Diagnostico final de la atención realizado por el medico	Todas las causas	Cualitativa nominal

j. Métodos e instrumentos de recolección de datos:

Se realizó a través de una entrevista estructurada, para aquellos/as participantes que aceptaron responder a las preguntas planteadas en la encuesta (ver anexo 1, guía de entrevista); capacitando a colaboradores voluntarios para definir la unidad de análisis y los criterios de inclusión y exclusión, se realizó previamente la validación del instrumento con los usuarios del servicio de emergencia, permitiendo hacer los ajustes necesarios al instrumento de recolección de la información.

Posteriormente el entrevistador realizó las preguntas para que los participantes escogieran la respuesta que más creía conveniente, realizando 9 entrevistas en el turno de 7:00 am. a 5:00 pm. y 9 entrevistas en el turno de 5:00 pm. a 7:00 am., haciendo un total de 18 diarias, en el periodo de 14 días consecutivos del mes de junio que incluyó fines de semana, realizando un total de 254 entrevistas.

El instrumento constó de 13 preguntas, constituido por cuatro partes evaluando o investigando:

- A. Las características biológicas y demográficas.
- B. El nivel socioeconómico y educativo.
- C. Las atenciones que se demandan.
- D. Los factores que intervienen en el uso del servicio y el conocimiento de que es una atención de emergencia.

k. Plan de análisis:

Para el cumplimiento del primer objetivo se realizaron frecuencias de las variables: sexo, edad, municipio y área de procedencia.

Para el segundo objetivo se realizaron frecuencias de las variables: ocupación, nivel de ingresos económicos, nivel de educación.

Para el tercer objetivo se realizó frecuencia de la variable: consultas previas en el servicio de emergencia en este año; las variables de horarios de consulta y día de consulta no se realizó frecuencia ya que fueron el mismo número de encuestas en los 2 turnos diariamente.

Para el cuarto objetivo se realizó un agrupamiento y cruces de las variables: enfermedad de consulta según usuario, frecuencia del motivo de consulta a esta emergencia, conocimiento de que es una emergencia, conocimiento de que enfermedades se deben de atender en servicio de emergencia, mencionar ejemplos y finalmente la frecuencia de los diagnósticos realizados por el médico para definir qué porcentaje de verdaderas emergencias consultaron durante el estudio.

I. Procedimiento de la información:

Se creó una base de datos en Epi info 3.5.1, para su análisis, para la elaboración de tablas y graficas se utilizó Microsoft Excel®; el texto se redactó en Microsoft Word®.

8.- RESULTADOS

La realización del presente estudio consistió en la determinación de los conocimientos de los usuarios de una atención de emergencia de salud y la utilización del servicio de emergencia del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, junio de 2009, entrevistando 254 usuarios de este servicio encontrando los siguientes resultados:

Características de los usuarios:

El 62% (158) son del sexo femenino y el 38% (96) del sexo masculino.

(anexo 2, grafica 1).

En la edad de los usuarios se realizó por grupos etarios siendo el 19% (47) menor a 4 años, el 17% (42) en el grupo de 60 y más años, luego 15% (39 y 37 respectivamente) los grupos de 10 a 19 años y 20 a 29 años, el menor porcentaje, 7% (17) en el grupo de 50 a 59 años (anexo 3, grafico 2).

La procedencia del municipio de residencia, el 70% (178) fueron de Santa Rosa de Lima, el 9% (23) de Pasaquina, el 8% (20) de Anamoros, el 2% de Bolívar, Lislique y Poloros (c/u) y el 1% de Concepción de Oriente y San José de La Fuente.

(anexo 4, Tabla 1 y grafico 3).

El 74% (187) procedían del área rural. (anexo 5, grafico 4)

Nivel socioeconómico y educativo:

La ocupación de los usuario entrevistados, el 41% (104) son amas de casa y el 26% (66) no trabajan; el 11% (28) son estudiante y una minoría del 11% (28%) son comerciantes: informales 9% (24) y formales 2% (4).

(anexo 6, Tabla 2)

El promedio de ingreso familiar es del 47% (119) de 101 a 200 dólares, el 41% (104) menos de 100 dólares y solo el 2% (5) tiene un ingreso económico de más de 300 dólares. (anexo 7, grafico 5)

En cuanto al nivel educativo, el 32% (82) a realizado la primaria, el 31% (79) no ha realizados ningún tipo de estudios y solo el 2% (4) tienen un nivel técnico y universitario. (anexo 8, Tabla 3)

Atenciones que demandan los usuarios:

La utilización previa del servicio de emergencia por los usuarios es del 38% (97) dos veces, el 35% (89) de tres veces o mas; solamente el 27% (68) consultaban por primera vez en este servicio. (anexo 9, grafico 6)

La enfermedad (según sus propias palabras) por la que consultaron en esta ocasión fueron: el 11% (29) diarreas, 11% (28) catarro, 10% (25) dolor, 9% (22) fiebre + otro síntoma y la infección en los riñones el 7% (17).

El 11% (28) de lo manifestado por los usuarios podría a primera impresión tratarse de una emergencia, como son los siguientes casos: hemorragias, dolores de parto, golpes, embarazo, accidente y herida. (anexo 10, Tabla 4)

Factores que intervienen en el uso del servicio y el conocimiento de que es una atención de emergencia:

Motivo por el cual decidió consultar en esta emergencia, el 64% (162) fue por iniciativa propia, el 31% (78) por sugerencias de un familiar o vecino, solamente un 5% (14) fueron referidos de unidad de salud y médico particular. (anexo 11, grafico 7).

Con respecto al criterio de los usuarios sobre lo que perciben como atención de emergencia, el 71% (180) selecciono la situación o enfermedad que pone en riesgo la vida. (anexo 12, grafico 8)

Al evaluar si conocían las atenciones que se prestan en una emergencia el 43% (108) respondió que sí. (anexo 13, grafico 9)

En relación a las atenciones de emergencia se solicito seleccionar los casos que ellos perciben que se deben atender (como ejemplos), el 50% (128) respondieron que casos de golpes, heridos, embarazadas y el 49% (125) todas las enfermedades. (anexo 14, grafico 10)

El diagnostico final realizado por el médico, el 24% (62) se pueden catalogar como emergencia, siendo las causas principales: embarazos de termino en trabajo de parto y neumonías con un 11% (7) c/u, embarazo más infección de vías urinarias y traumatismo de miembros con un 10% (6) c/u. (anexo 15, Tabla 5)

El 76% (192) fueron consultas de primer nivel, siendo las causas principales: infecciones respiratorias agudas superiores con un 21% (41), gastroenteritis aguda e infecciones de vías urinarias con un 11% (22) c/u. (anexo 16, Tabla 6)

9.- DISCUSIÓN:

La saturación que sufren los servicios de emergencia hospitalaria se debe a múltiples factores y, a pesar de numerosos estudios, son escasos los que analizan cuáles pueden ser las motivaciones y el perfil de la población que consulta de forma inadecuada.

En el presente trabajo, los datos referentes a las características de los usuarios. Observamos que, quien consulta en su mayoría es el sexo femenino y generalmente son las mujeres (madres de familia) que acompañan a los pacientes en edades extremas de la vida (menores de 5 años y más de 60 años) y por ende las que toman la decisión donde consultar.

El grupo de edad que consulto en mayor porcentaje fueron los extremos de la vida (menores de 5 años y más de 60 años).

La mayoría de pacientes proceden del área urbana del total de los municipios del área geográfica de influencia del hospital, pero los del municipio de Santa Rosa de Lima son los que hacen uso en su mayoría del servicio de emergencia y esto es debido a la accesibilidad y a que generalmente siempre se les da la atención en este servicio (no existe un proceso de selección de pacientes para la derivación a la unidad de salud periférica en el mismo municipio); ya que los resultados demuestran que una tercera parte de usuarios son del área urbana de este municipio; del resto de municipios solo proceden del área rural.

En cuanto a la ocupación dos tercios de los entrevistados se encuentran en las siguientes dos categorías: amas de casa y no trabajan; lo que corresponde o está relacionado con el sexo y grupos de edad que utilizaron el servicio de la emergencia.

El ingreso económico familiar promedio es igual o menor a un salario mínimo en la 88% de los entrevistados, siendo otro factor que influye al uso de la emergencia ya que es una atención gratuita y que a demás el usuario la define como obligatoria por el estado; y no tiene otra opción para satisfacer las necesidades de salud (Seguro social, médico privado).

El nivel educativo de los usuarios es bajo en dos tercios, ocupando un importante porcentaje las categorías de estudios de primaria y ningún nivel de estudio.

La utilización previa del servicio de emergencia en el periodo del año 2009, un 73% ya lo habían hecho en dos o más ocasiones; siendo otro factor que favorece a continuar el uso de este servicio, pues se le brindo la atención y por el mismo proceso de la atención no se realiza ningún tipo de educación o recomendación cuando consultar en este servicio.

Las enfermedades (causas) que manifestaron los usuarios al consultar en el servicio en su mayoría fueron: diarreas, catarros, fiebre acompañado de otro síntoma y en un menor porcentaje: hemorragias, dolores de parto, golpes, embarazo, accidente y herida. Lo que refleja una similitud a las referencias de estudios consultados.¹¹

De los factores que se identificaron sobre el cual fue el motivo por el cual decidió consultar en la emergencia, el 64% fue por iniciativa propia y el 31% fue por sugerencias de un familiar o vecino; al realizar la comparación con las referencias de otros estudios, observamos que la diferencia del uso del servicio de emergencia por iniciativa propia no es significativo (10 y 15%)¹².

¹¹ M. D. Antón, J. C. Peña, R. Santos, E. Sempere, J. Martínez y L. A. Pérula, Demanda inadecuada a un servicio de urgencias pediátrico hospitalario: factores implicados. Hospital Regional Universitario Reina Sofia, Cordova. Servicio Andaluz de Salud. Med. Clin. (Barc) 1992.

¹² Emilio Moreno Millán, ¿Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud. SEMES, Sevilla, España.

Al realizar la evaluación de la percepción de los usuarios sobre lo que es una atención de emergencia la mayoría respondió que es una situación o enfermedad que pone en peligro la vida, pero al preguntarles si conocían que tipo de atenciones se prestan en una emergencia, menos de la mitad respondieron que si; y al pedirle que seleccionaran ejemplos de estas atenciones la mitad selecciono, los golpes, heridas, embarazadas; lo que nos refleja que aunque perciben lo que es una verdadera emergencia, no aplican el criterio a la hora de hacer uso de este servicio.

Con el diagnostico final por el médico se realizo una agrupación de las consultas que deben de ser atendidas en la emergencia de este hospital y las que pudieron ser resueltas en las unidades de salud de la red de servicios de nuestra área geográfica de influencia, observando que la mayoría (76%) de las consultas se pueden resolver en una unidad de salud (atención primaria en salud).

10.- CONCLUSIONES:

- Las características biológicas y demográficas de los usuarios del servicio de emergencia son principalmente: predomina el sexo femenino, los grupos de edad son los menores de 5 años y mayores de 60 años, la mayor procedencia es del municipio de Santa Rosa de Lima y del área rural.
- El nivel socioeconómico y educativo son principalmente: la mayor ocupación es de ama de casa y no trabaja; con un ingreso económico promedio familiar igual o menor a un salario mínimo en el mayor porcentaje; y un mayor nivel educativo de primaria y ningún grado de estudio.
- La utilización previa del servicio de emergencia lo han realizado más de dos veces la mayoría de entrevistados y las atenciones que demandan los usuarios son en su mayoría del primer nivel de atención (unidades de salud).
- Los factores que mayormente motivaron la decisión de consultar en la emergencia fue por iniciativa propia y por sugerencia de un familiar o vecino; la mayoría percibe que una atención de emergencia es una situación o enfermedad que pelagra la vida, pero solo la mitad conoce e identifica que tipo de patología se debe de atender en un servicio de emergencia.
- La mayoría de atenciones que se realizaron fueron inadecuadas y están relacionadas a la dedición que tomaron los usuarios por iniciativa propia.
- El menor nivel socioeconómico y educativo, es directamente proporcional al mayor uso inadecuado del servicio de emergencia.

11.- RECOMENDACIONES:

Dirigidas a autoridades Hospitalarias del nivel central:

Realizar una política a nivel nacional de las atenciones en la unidad de emergencia de los hospitales de la red pública del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, con base legal para respaldo del personal en el área mencionada.

Fortalecimiento de los niveles de atención primaria (Unidades de Salud) con insumos médicos y recursos humanos.

Dirigidas a autoridades Regionales:

Reorganización del personal en salud en los niveles de atención primaria derivándolos a unidades de salud en especial unidades periféricas de la red de hospitales.

Dirigidas a autoridades Hospitalarias del nivel local:

Realizar un plan de comunicación y educación a la población en general sobre lo que es una atención de emergencia, promocionar las atenciones que se brindan en la emergencia y socializar la mejoría de la calidad que esto conlleva en la atención de las verdaderas emergencias (disminución de la masificación de las consultas, demora en la atención de las verdaderas emergencias y por ende disminución de la mortalidad así como disminución de costos hospitalarios).

Implementar un proceso de selección en el área de emergencia y gestionar una estrategia para la atención de las consultas inadecuadas, permitiendo diferir a otro centro asistencial acorde a la necesidad terapéutica requerida, (para el caso Unidad Periférica con atención de primer nivel).

Dirigidas a la población:

Realización por medio de niveles locales (U/S), comité de líderes comunitarios, organizaciones no gubernamentales que trabajan en el área de salud, iglesias y medios de comunicación, una educación comunitaria continúa para mejorar la errónea percepción de enfermedad aguda que posee gran parte de la población.

12.- BIBLIOGRAFIA

1. Dr. Jorge Arturo fiorentino, Servicios de Urgencia ¿Todo es urgente? Hospital de niños, Ricardo Gutiérrez de Buenos Aires, Argentina 2005.
2. Emilio Moreno Millán, ¿Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud?, Sevilla; España. Emergencia: 2008; 20: 276-285.
3. M. D. Antón, J. C. Peña, R. Santos, E. Sempere, J. Martínez y L. A. Pérula, Demanda inadecuada a un servicio de urgencias pediátrico hospitalario: factores implicados. Hospital Regional Universitario Reina Sofia, Cordova. Servicio Andaluz de Salud. Med. Clin. (Barc) 1992; 99: 743-746.
4. Dr. Alejandro Villatoro Martínez. Definiciones básicas en medicina de urgencia, ESM IPN, México DF. Acceso mayo 23, 2009. <http://www.medinet.net.mx/ammu/materiales/definicionesutiles.htm>.
5. Definición de asociación Real Academia Española de la Lengua, acceso Mayo 23, 2009. Disponible en <http://buscon.rae.es/diccionario/drae.htm>. Edición 22a.
6. Definición de emergencia Real Academia Española de la Lengua. Acceso Mayo 23, 2009. Disponible en <http://buscon.rae.es/diccionario/drae.htm> Edición 22ª.
7. Triage, en evaluación y tratamiento iniciales, Capitulo 1. Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma para médicos, 7ª edición en español, 2005. Pág. 15.
8. Diario Oficial Federación, México, diciembre 7 de 1998 inciso 4, 9.
9. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico. 1998.

10. Correa E. y Noé M. Capitulo 6. Lineamientos estratégicos para el sector salud; Desafío del crecimiento con equidad en: La hora de los usuarios- Reflexión sobre economía política de las reformas de salud, H. Sánchez y G. Zuleta Eds. Banco Interamericano de Desarrollo, 2000. 102-113.
11. Martínez Navarro Ferrán, Vigilancia Epidemiológica, segunda edición, 2004. McGraw-Hill Interamericana.
12. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía metodológica para la elaboración de protocolos en salud, San Salvados, El salvador, 2001.
13. Pérez Montiel, Guía para la elaboración del informe final en el Post Grado. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, Nicaragua, Mayo de 2009.
14. Piura López Julio, Introducción a la Metodología de la Investigación Científica, cuarta edición. Publicación Científica del Centro de Investigaciones y estudios de la Salud, Nicaragua, 2001.
15. Dra. Kumico Ohara, Dr. Víctor Meléndez Colindres, Investigación sobre Pacientes atendidos en el servicio de emergencia, del Hospital Escuela. Revista médica Hondureña–vol62-1994.
16. MINSA, Lima, Perú, Atención de emergencias, Creación de la Central Nacional de Regulación de Emergencias, informe técnico final de la comisión multisectorial encargada de proponer los mecanismos que permitan consolidar un Sistema Nacional de Salud, 56-68, 2008.
17. Dr. Fernando Grondona Torres, Proyecto de atención integral a la urgencia y emergencia médica para un hospital de excelencia, Hospital Universitario Clínico Quirúrgico, Comandante Manuel Fajardo, Facultad de Ciencias Médicas Manuel Fajardo, Habana, Cuba, 2007.

13.- ANEXOS:

Anexo 1.-

Guía de entrevista para conocer la utilización del servicio de emergencia y conocimientos de los usuarios de las atenciones que en este se prestan.

Nº _____ Fecha de entrevista _____

Sexo: Masculino _____ Femenino _____

Edad del paciente: _____ años (menor de un año) _____ meses.

(si el paciente es menor de 12 años, mayor de 60 años o con dificultades para poder entrevistarlos, será el familiar o responsable el que proporcionara los datos; previo consentimiento)

Estamos haciendo un estudio del uso del servicio de emergencia, para conocer los factores por los cuales asisten a este, a demás de caracterizar a los usuarios y medir el conocimiento de lo que es una emergencia y urgencia de salud y las atenciones que se deben de realizar en este servicio. Con el propósito de realizar planes de mejoras para la institución. Sus respuestas son confidenciales, así que le agradeceríamos su sinceridad.

A continuación se presentan las preguntas que deberá contestar, seleccionando (circulo o subrayada) la que usted crea conveniente:

1.- En que Municipio vive:

- a. Anamoros b. Bolívar c. Concepción de Oriente d. El Sauce
- e. Lislique f. Nueva Esparta g. Pasaquina h. Poloros
- i. San José de La Fuente j. Santa Rosa de Lima

2.- En qué área vive:

- a. Rural b. Urbana

3.-Cuál es su ocupación:

- a. No trabaja b. Ama de casa c. Jornalero e. Comerciante informal
- f. Comerciante g. Empleado h. Estudiante i. Otro: _____

4.- Cuanto es su ingreso promedio mensual en dólares: \$ _____

5.-Cuál es su nivel educativo:

- a. ninguno b. 1° a 6° grado c. 7° a 9° grado
- d. Bachillerato e. Técnico f. Universitario

6.- Cuantas veces ha consultado en lo que va del año en este servicio de emergencia:

7.- Horario en que pasó la consulta en esta ocasión: a. 7:00 am. – 5:00 pm.
b. 5:00 pm. – 7:0 am.

8.- Día que pasó la consulta:

- a) Lunes. b) Martes. c) Miércoles. d) Jueves
e) Viernes. f) Sábado g) Domingo

9.- Porque enfermedad ha consultado hoy (este día): _____

10.- Porque consulto en esta emergencia:

- a. Referido de unidad de salud
b. referido de medico/hospital privado
c. por sugerencia de un familiar o vecino
d. por iniciativa propia
e. otro: _____

11.- Para usted según su criterio podría mencionar cual de los siguientes eventos es una de emergencia:

- a. Situación que pone en peligro su vida b. Cualquier enfermedad

12.- Conoce el tipo de consultas o enfermedades se deben de atender en una emergencia de un hospital:

- a. Si b. No

13.- De los siguientes problemas, cual a su criterio debe ser atendido en la unidad de emergencia:

- a. Trauma/Herida/Embarazada
b. Dolor de garganta
c. Cualquier enfermedad

NOTA: el entrevistador deberá escribir el diagnostico emitido por el médico, auxiliándose de cualquiera de las siguientes fuente: registro de consulta diaria, hoja de emergencia y/o expediente clínico.

DIAGNOSTICO MEDICO: _____

Por su colaboración, muchas gracias.

Instructivo de llenado para la Guía de entrevista para conocer la utilización del servicio de emergencia y conocimientos de los usuarios de las atenciones que en este se prestan, Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima.

1.- N°: anotar el número correlativo de entrevista.

2.- Fecha de entrevista: anotar la fecha (día, mes y año) que se realiza la entrevista.

3.- Sexo: señalar con una X el sexo del paciente.

4.- Edad de paciente: escribir años para los mayores de 1 año y en meses para los menores de 1 año.

5.- En que municipio vive: señalar con una X o subrayar el municipio de residencia del paciente.

6.- En qué área vive: señalar con una X o subrayar el domicilio del paciente si es área urbana o rural.

7.-Cuál es su ocupación: señalar con una X o subrayar la ocupación del paciente y en el literal de otro, escribir lo que no aparezca. (en caso de que el paciente sea menor de edad o estudiante se debe de escribir la ocupación del familiar o responsable que lo lleva a consultar).

8.- Cuanto es su ingreso promedio mensual: escribir la cantidad en números de dólares que indique el entrevistado del promedio de ingresos en su familia (en caso de que el paciente sea menor de edad o estudiante se debe de hacer referencia del promedio de ingreso familiar).

9.- Cual es el nivel educativo: señalar con una X o subrayar el número de años aprobados del paciente (en caso de que el paciente sea menor de edad o estudiante se debe de hacer referencia del nivel educativo del familiar o responsable que lo lleva a consultar).

10.- Cuantas veces a consultado en lo que va del año en esta emergencia:

Escribir el número de veces que responda el entrevistado.

11.- Horario en que paso la consulta en esta ocasión: señalar con una X o subrayar el horario del turno de la consulta.

12.- Día en que consulto: señalar con una X o subrayar el día de consulta.

15.- Porque enfermedad consulto este día: escribir literalmente lo que responda el paciente o responsable (en caso de que el paciente sea menor de edad o estudiante se debe de preguntar al familiar o responsable que lo lleva a consultar).

16.- Porque motivo consulto esta emergencia: señalar con una X o subrayar el motivo de porque accedió a esta emergencia (en caso de que el paciente sea menor de edad o estudiante se debe de preguntar al familiar o responsable que lo lleva a consultar).

17.- Que entiende por atención de emergencia: señalar con una X o subrayar la respuesta seleccionada lo que el usuario crea que es una emergencia (en caso de que el paciente sea menor de edad o estudiante se debe de preguntar al familiar o responsable que lo lleva a consultar).

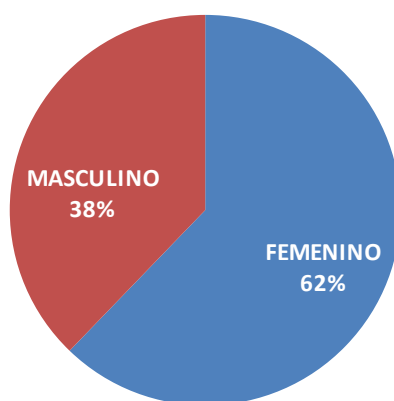
18.- Conoce el tipo de enfermedades que se deben de atender en un servicio de emergencia: señalar con una X o subrayar la respuesta del paciente (en caso de que el paciente sea menor de edad o estudiante se debe de preguntar al familiar o responsable que lo lleva a consultar).

19.- De los siguientes problemas, cual a su criterio debe ser atendido en la unidad de emergencia: señalar con una X o subrayar la respuesta del paciente (en caso de que el paciente sea menor de edad o estudiante se debe de preguntar al familiar o responsable que lo lleva a consultar).

20.- Diagnostico medico: escribir el diagnostico realizado por el médico ya sea del registro de consulta diaria, hoja de emergencia y/o expediente.

Anexo 2.

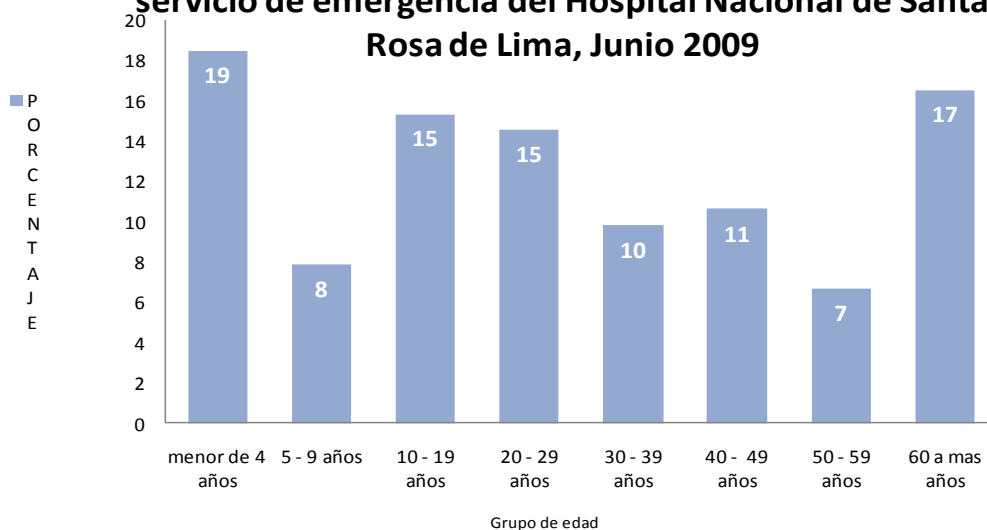
Grafico 1.- Distribución por sexo, usuarios del servicio de emergencia del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, Junio 2009



Fuente: estudio de factores que determinan el mal uso del servicio de emergencia del Hospital Santa Rosa de Lima, junio 2009.

Anexo 3.

Grafico 2.- Distribución por grupo de de edad, usuarios del servicio de emergencia del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, Junio 2009



Fuente: estudio de factores que determinan el mal uso del servicio de emergencia del Hospital Santa Rosa de Lima, junio 2009.

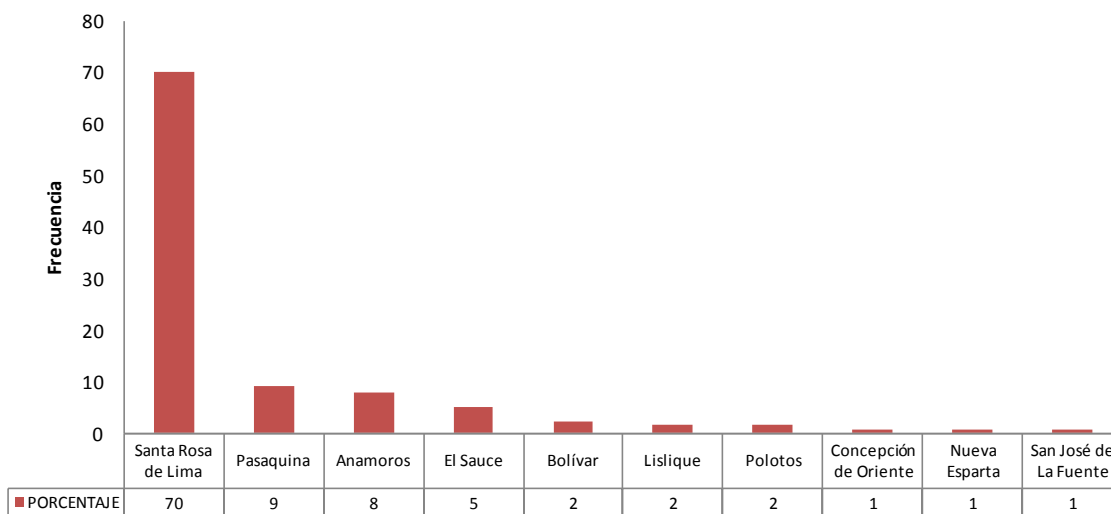
Anexo 4.

Tabla 1.- Procedencia por municipio, usuarios del servicio de emergencia del Hospital de Santa Rosa de Lima, junio 2009.

MUNICIPIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Santa Rosa de Lima	178	70
Pasaquina	23	9
Anamoros	20	8
El Sauce	13	5
Bolívar	6	2
Lislique	4	2
Poloros	4	2
Concepción de Oriente	2	1
Nueva Esparta	2	1
San José de La Fuente	2	1
TOTAL	254	100

Fuente: estudio de factores que determinan el mal uso del servicio de emergencia del Hospital Santa Rosa de Lima, junio 2009

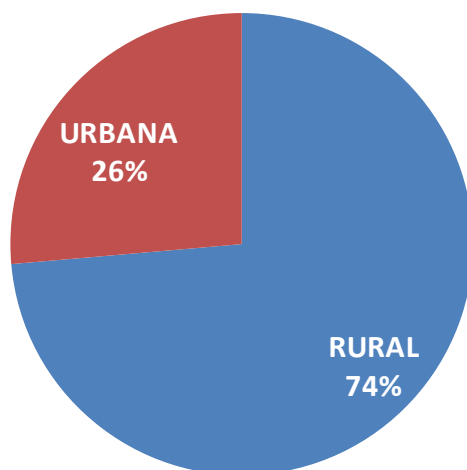
Grafico 3.- Procedencia por municipio, usuarios del servicio de emergencia del Hospital de Santa Rosa de Lima, junio 2009.



Fuente: estudio de factores que determinan el mal uso del servicio de emergencia del Hospital Santa Rosa de Lima, junio 2009

Anexo 5.

Grafico 4.- Distribución por procedencia, usuarios del servicio de emergencia del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, Junio 2009



Fuente: estudio de factores que determinan el mal uso del servicio de emergencia del Hospital Santa Rosa de Lima, junio 2009

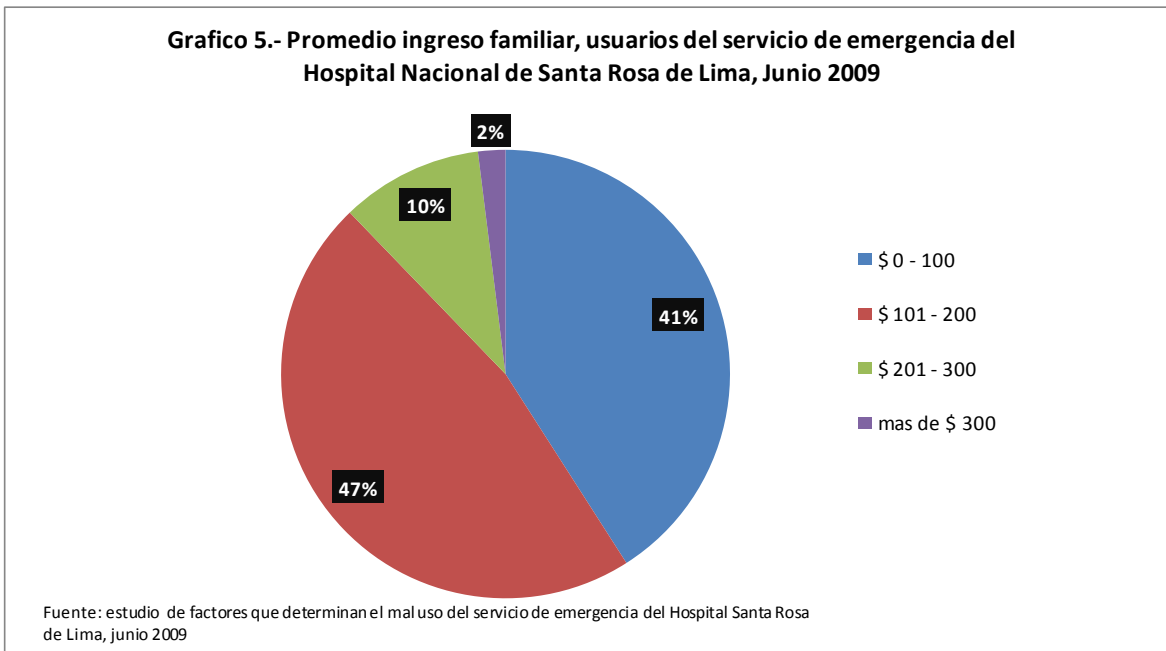
Anexo 6.

Tabla 2.- Distribución de la Ocupación, usuarios del servicio de emergencia del Hospital de Santa Rosa de Lima, junio 2009.

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ama de casa	104	41
No trabaja	66	26
Estudiante	28	11
Comerciante informal	24	9
Jornalero	19	7
Empleado	7	3
Comerciante formal	4	2
Otro	2	1
TOTAL	254	100

Fuente: estudio de factores que determinan el mal uso del servicio de emergencia del Hospital Santa Rosa de Lima, junio 2009

Anexo 7.



Anexo 8.

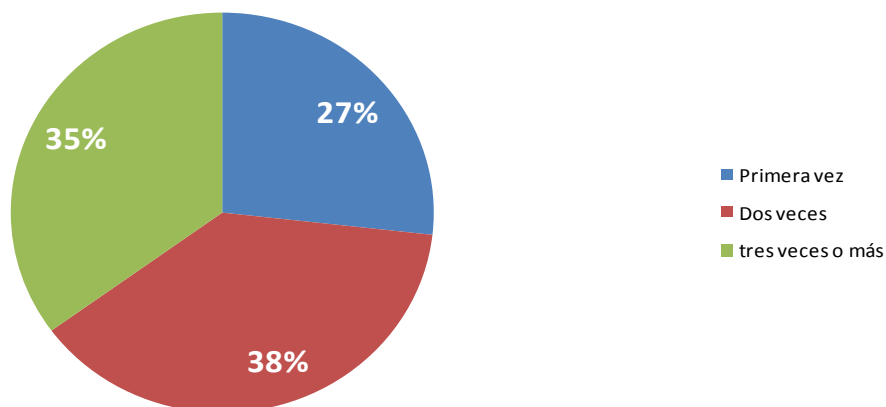
Tabla 3.- Distribución del nivel educativo, usuarios del servicio de emergencia del Hospital de Santa Rosa de Lima, junio 2009.

NIVEL EDUCATIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria	82	32
Ninguno	79	31
Básica	60	24
Bachillerato	29	11
Técnico	2	1
Universitario	2	1
TOTAL	254	100

Fuente: estudio de factores que determinan el mal uso del servicio de emergencia del Hospital Santa Rosa de Lima, junio 2009

Anexo 9.

Grafico 6.- Utilización previa por los usuarios del servicio de emergencia del Hospital Nacional de santa Rosa de Lima, junio 2009.



Fuente: estudio de factores que determinan el mal uso del servicio de emergencia del Hospital Santa Rosa de Lima, junio 2009

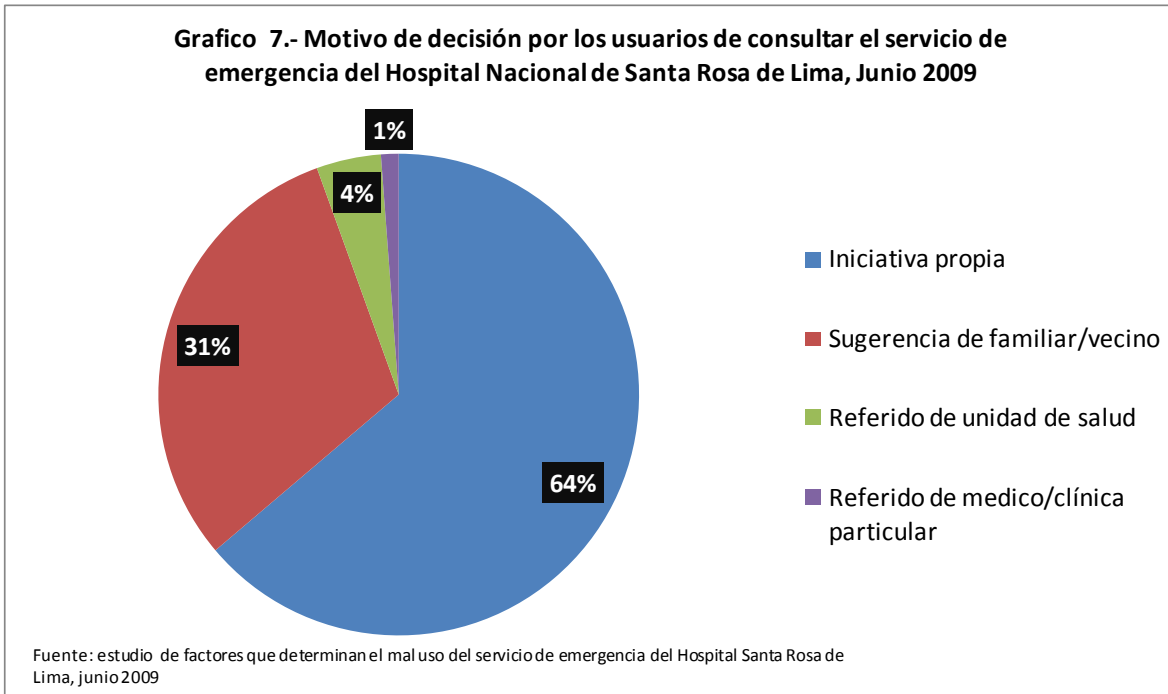
Anexo 10.

Tabla 4.- Enfermedad o causa de consulta referida por los usuarios del servicio de emergencia del Hospital de Santa Rosa de Lima, junio 2009.

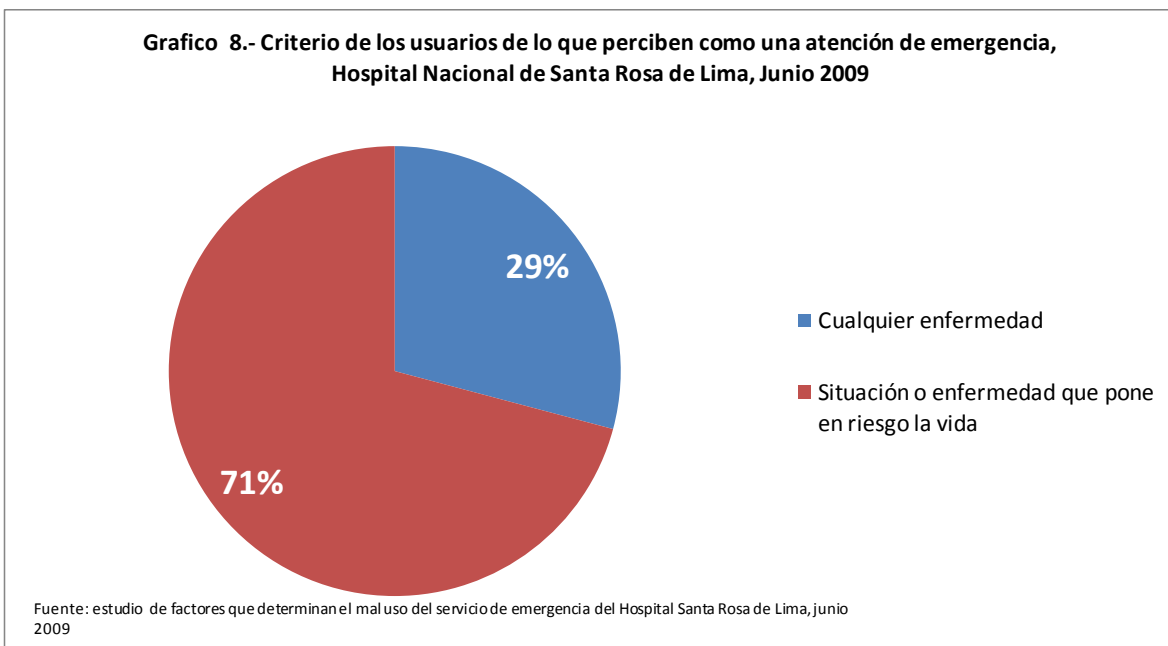
ENFERMEDAD/CAUSA DE CONSULTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Diarrea y otro síntoma	29	11
Catarro	28	11
Dolor	25	10
Fiebre y otro síntoma	22	9
Infección de riñones	17	7
Alergias	14	6
Dolor abdominal	14	6
Dolor de cabeza	11	4
Dolor de garganta	11	4
Asma	8	3
Hemorragia	7	3
Dolores de parto	7	3
Golpes	7	3
Desabastecimiento de medicamento	7	3
Embarazo	5	2
Accidente	1	0
Herida	1	0
Demás causas	40	16
TOTAL	254	100

Fuente: estudio de factores que determinan el mal uso del servicio de emergencia del Hospital Santa Rosa de Lima, junio 2009

Anexo 11.

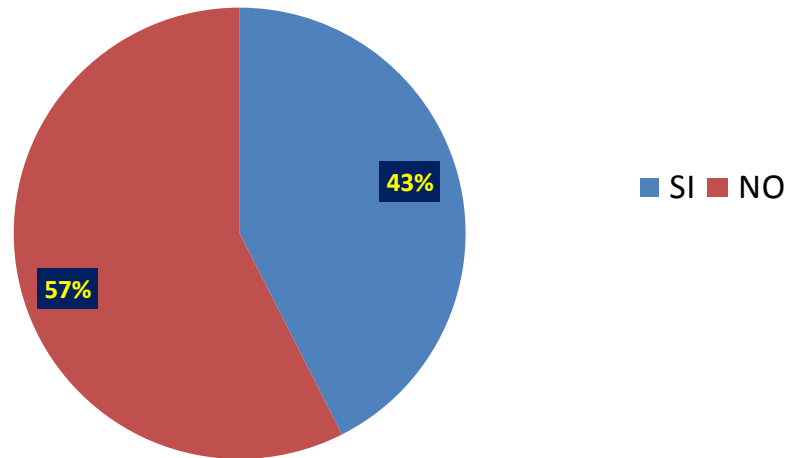


Anexo 12.



Anexo 13.

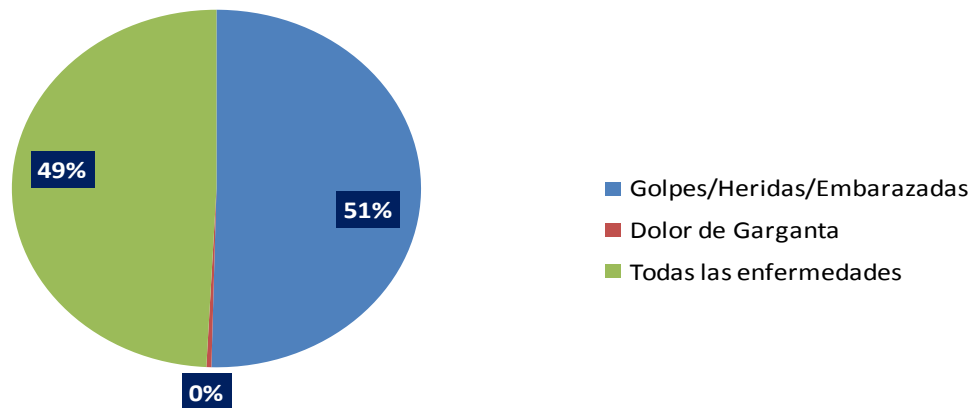
Grafico 9.- Conocimiento sobre las atenciones que se prestan en esta emergencia, Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, Junio 2009.



Fuente: estudio de factores que determinan el mal uso del servicio de emergencia del Hospital Santa Rosa de Lima, junio 2009

Anexo 14.

Grafico 10.- Casos que los usuarios perciben que deben atenderse en la emergencia, Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, Junio 2009.



Fuente: estudio de factores que determinan el mal uso del servicio de emergencia del Hospital Santa Rosa de Lima, junio 2009

Anexo 15.

Tabla 5.- Diagnostico final por medico de las causas de consulta que se podrían clasificarse como atenciones de emergencia, Hospital de Santa Rosa de Lima, junio 2009.

DIAGNOSTICO FINAL POR MEDICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Embarazo de termino en Trabajo de Parto	7	11
Neumonía	7	11
Embarazo + Infección vías urinarias	6	10
Trauma miembros	6	10
Abdomen agudo	3	5
Crup	3	5
Fractura de miembros	3	5
Gastroenteritis + deshidratación	3	5
Hemorragias uterina anormal	2	3
Heridas	3	5
Aborto	2	3
Embarazo de 13 semanas	2	3
Embarazo de termino + pre eclampsia	2	3
Sangramiento de Tubo Digestivo Superior	2	3
Abstinencia Alcohólica	1	2
Cistocele derecho	1	2
Convulsión febril complicada	1	2
Crisis asmática	1	2
Crisis Hipertensiva	1	2
Diabetes Mellitus Descompensada	1	2
Embarazo + Oligohidramnios	1	2
Insuficiencia Cardiaca Congestiva	1	2
Insuficiencia Renal Crónica	1	2
Sospecha de dengue	1	2
Trauma Hombro	1	2
TOTAL	62	100

Fuente: estudio de factores que determinan el mal uso del servicio de emergencia del Hospital Santa Rosa de Lima, junio 2009

Anexo 16.

Tabla 6.- Diagnostico final por medico de las causas de consulta que se podrían clasificar como consultas de primer nivel y que son atendidas en el servicio de emergencia del Hospital de Santa Rosa de Lima, junio 2009.

DIAGNOSTICO FINAL POR MEDICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Infecciones respiratorias agudas superiores	41	21
Gastroenteritis aguda	22	11
Infección de vías urinarias	21	11
Cefalea	9	5
Cólico Abdominal	8	4
Colitis	8	4
Dermatitis alérgica	7	4
Espasmo muscular	7	4
Hipertensión arterial	7	4
Artritis	5	3
Ansiedad	4	2
Asma bronquial	4	2
Bronquitis	4	2
Urticaria	4	2
Otitis media aguda	4	2
Demás causas	37	19
TOTAL	192	100

Fuente: estudio de factores que determinan el mal uso del servicio de emergencia del Hospital Santa Rosa de Lima, junio 2009