

TESIS

**PARA OPTAR POR EL GRADO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA**

TÍTULO

**“ANÁLISIS DE LAS CONSULTAS NO URGENTES
EN EL HORARIO MATUTINO
DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS
DEL C.A.I.S. DR. MARCIAL FALLAS DÍAZ
EN EL AÑO 2015”**

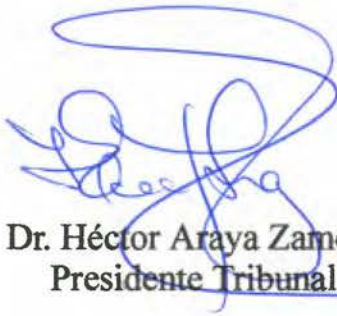
**DR. OSCAR M. MURILLO PICADO
DRA. ELNIDA ACEVEDO CASTELLÓN**

**TUTORA: DRA KATTIA AMADOR RAMIREZ
LECTORES: DR. HÉCTOR ARAYA ZAMORA
DR. RANDALL ANGULO BOLAÑOS**

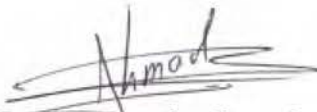
ACTA

Protocolo de Trabajo de Graduación

El Posgrado en Medicina Familiar y Comunitaria y este Tribunal que lo representa, hace constar que la Doctora Elnida Acevedo Castellón, estudiante de este Posgrado, ha cumplido con la realización y presentación del Protocolo del Trabajo de Graduación, “ANÁLISIS DE LAS CONSULTAS NO URGENTE EN EL HORARIO MATUTINO DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL CAIS DR. MARCIAL FALLAS DÍAZ EN EL AÑO 2015”, el cual se da por aprobado.



Dr. Héctor Araya Zamora
Presidente Tribunal



Dra. Kattia Amador Ramírez
Tutor


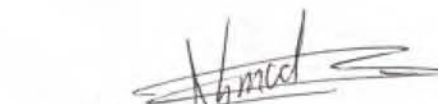



Dr. Randall Angulo Bolaños
Miembro del Tribunal

ACTA

Protocolo de Trabajo de Graduación

El Posgrado en Medicina Familiar y Comunitaria y este Tribunal que lo representa, hace constar que el Doctor Oscar Murillo Picado, estudiante de este Posgrado, ha cumplido con la realización y presentación del Protocolo del Trabajo de Graduación, “ANÁLISIS DE LAS CONSULTAS NO URGENTE EN EL HORARIO MATUTINO DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL CAIS DR. MARCIAL FALLAS DÍAZ EN EL AÑO 2015”, el cual se da por aprobado.


Dr. Héctor Araya Zamora
Presidente Tribunal
Dra. Kattia Amador Ramírez
Tutor
Dr. Randall Angulo Bolaños
Miembro del Tribunal

San Rafael de Heredia, 17 de noviembre de 2015

Señores
Universidad de Costa Rica
Sistema de Estudios de Posgrado


Estimados señores:

En mi calidad de filóloga, hago constar que he revisado la tesis para optar por el grado académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, bajo el título:

“ANÁLISIS DE LAS CONSULTAS NO URGENTES EN EL HORARIO MATUTINO DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL CAIS DR. MARCIAL FALLAS DÍAZ EN EL AÑO 2015”, elaborada por los estudiantes Dra. Elnida Acevedo Castellón y Dr. Óscar Murillo Picado.

La revisión se hizo en la parte morfosintáctica, forma, estilo, redacción, puntuación y ortografía; por lo cual el trabajo está listo en tales aspectos para ser presentado ante la Universidad.

Atentamente,


Xinia Arguedas Rodríguez
Filóloga
Cédula # 1-458-488
Carné #06032 del Colegio de
Licenciados y Profesores en Letras,
Filosofía, Ciencias y Artes
Teléfono: 22-37-61-66

Agradecimiento

Nuestro mayor agradecimiento a Dios, nuestro Señor, que es el dador de todo conocimiento y que nos ha fortalecido durante estos cuatro años, en nuestra formación para convertirnos en instrumentos suyos para llevar la salud a tantos necesitados.

Alcanzar este peldaño más en nuestra vida, nunca hubiera sido posible sin el apoyo de cada uno de nuestros profesores y docentes a lo largo de estos cuatro años de especialidad, por eso nuestro agradecimiento por todas sus enseñanzas, por sus consejos y por su orientación; cada uno de nuestros docentes colocó una pieza más en nuestra formación profesional, lo cual reconocemos con profunda gratitud.

De manera especial agradecemos al Dr. Héctor Araya Zamora, como director del C.A.I.S Dr. Marcial Fallas Díaz y director del postgrado en Medicina Familiar y Comunitaria, por creer en nuestro proyecto y facilitarnos la ejecución del presente estudio en sus instalaciones. Su apoyo ha sido fundamental para la realización de este trabajo.

A la doctora Kattia Giselle Amador Ramírez, quien con paciencia nos apoyó y nos orientó en el desarrollo de esta investigación y quien tan amablemente nos recibió en muchas ocasiones para darnos su guía y sus consejos.

A nuestros familiares, quienes siempre estuvieron a nuestro lado, apoyándonos, dándonos ánimo para continuar hasta el final y quienes siempre creyeron en nosotros, nuestra mayor consideración y afecto.

A cada uno de nuestros pacientes, que son la razón de nuestro ser y por quienes hemos cumplido este sueño, nuestro agradecimiento.

I. ÍNDICE

1. Pregunta de Investigación.....	5
2. Objetivo Principal.....	5
3. Objetivos Específicos.....	5
4. Justificación.....	5
5. Introducción	7
6. Marco Teórico:	
6.1 Marco Conceptual: Emergencias en salud y triaje.....	8
6.2 Papel del médico de familia como administrador de recursos de salud.....	12
6.3 Consultas no urgentes: estadísticas globales.	14
6.4 Consultas no urgentes: estadísticas en Costa Rica y CAIS Dr. Marcial Fallas Díaz.....	15
6.5 Capacidad instalada del CAIS Dr. Marcial Fallas Díaz y organización sectorial en el servicio de emergencias.....	23
6.6 Carga económica y costos de las consultas no urgentes en los servicios de emergencias - Impacto global y nacional.....	28
6.7 Consecuencias del uso inapropiado de los servicios de emergencias en consultas no urgentes.....	31
6.8 Principales diagnósticos médicos de consulta no urgente en los servicios de emergencias.....	31
6.9 Perfil del paciente que consulta por no urgencias en los servicios de emergencias de otros países.....	33
6.10 Circunstancias que llevan a los usuarios no urgentes a consultar en los servicios de emergencias en otros países.....	35
6.11 Motivaciones psicológicas que llevan al usuario no urgente a optar por el uso de los servicios de emergencias.....	37
6.12 Opinión de los profesionales en salud ante las consultas no urgentes en los servicios de emergencias.....	39
6.13 Estrategias implementadas a nivel mundial para afrontar la sobreutilización de los servicios de emergencias en consultas no urgentes.....	41
7. Marco Metodológico:	
7.1 Enfoque de la Investigación.....	44
7.2 Fases del Estudio.....	44

7.3 Trabajo de Campo	
7.3.1 Población de estudio.....	44
7.3.2 Criterios de inclusión.....	44
7.3.3 Criterios de exclusión.....	45
7.3.4 Tiempo de Estudio.....	45
7.3.5 Momentos de Estudio :	
7.3.5. a) Momento 1: Perfil del Paciente	45
7.3.5 b) Momento 2: Técnica de Recolección de Datos. Descripción del Método RAP.....	46
7.3.5.1 Técnica de recolección de los datos.....	47
7.3.5.2 Triangulación de investigadores.....	48
7.3.5.3 Triangulación de los datos.....	48
7.3.5.4 Saturación Teórica.....	48
7.4 Análisis de los datos.....	50
7.4.1 Proceso de Codificación	51
7.5 Fase Informativa.....	52
8. Aspectos Éticos.....	52
9. Resultados.....	54
10. Análisis.....	69
11. Limitantes.....	100
12. Recomendaciones.....	101
13. Conclusión.....	103
14. Bibliografía.....	106
Anexo 1: Preguntas Generadoras.....	111
Anexo 2. Consentimiento Informado.....	112

1. Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las principales circunstancias que llevan a las personas clasificadas como “no urgentes” a consultar en el horario matutino (6:00 am a 2:00 pm) del servicio de emergencias del C.A.I.S Dr. Marcial Fallas Díaz en el año 2015?

2. Objetivo Principal:

Analizar las principales circunstancias que llevan a las personas clasificadas como “No urgentes” a consultar en el horario matutino (6:00 am a 2:00 pm) en el servicio de emergencias del CAIS Dr. Marcial Fallas Díaz, en el año 2015.

3. Objetivos Secundarios:

1. Describir el perfil sociodemográfico de los pacientes clasificados como “no urgentes” que consultan en el servicio de emergencias del CAIS Dr. Marcial Fallas Díaz en el primer semestre del año 2015.
2. Conocer el concepto de “urgencias en salud” que poseen las personas clasificadas como no urgentes que consultan en el horario matutino del servicio de emergencias del CAIS Dr. Marcial Fallas Díaz.
3. Describir los motivos que llevan a las personas clasificadas como “No urgentes” a consultar en el horario matutino del servicio de emergencias de la CMFD.

4. Justificación

Los servicios de emergencias a lo largo de la historia han sido uno de los principales medios por el cual se ha dado atención y solución inmediata a diferentes necesidades de salud de la población; sin embargo, aunque existen criterios muy bien establecidos para determinar qué tipos de consultas califican como verdaderas emergencias (Díaz, 2007), la realidad nos indica que a nivel mundial y local la mayoría de consultas en este servicio no califican como tales (Usher-Pines, 2013). Esto produce una sobreutilización y

desgaste de un servicio que está orientado hacia otro tipo de consultas médicas que requieren mayor atención (Felland, 2008). Se ha descrito que las intervenciones para reducir la utilización inadecuada de las urgencias hospitalarias ha mostrado, una escasa efectividad, por lo que sería sumamente importante explorar las causas de la masificación en los servicios de emergencias, con la finalidad de planificar intervenciones adecuadas. (Peiró, 1999).

Se han documentado diversas razones, en lugares muy variados a nivel mundial que de una u otra manera explican, si bien no justifican el porqué muchos pacientes buscan los servicios de emergencias como primera opción en procura de una solución para los problemas que los aquejan (Lega, 2008), lo cual repercute en gastos multimillonarios que afectan no sólo al recurso humano, sino al recurso físico de las instituciones en salud (Tsai, 2010). No obstante, se desconoce si en Costa Rica se reproducen las mismas razones que se presentan en otros países o si hay motivos particulares que determinan este tipo de consultas médicas en nuestro país.

El CAIS Dr. Marcial Fallas Díaz cubre una población de usuarios superior a los 600 mil habitantes. Sólo en el último trimestre del año 2014, se atendieron 52660 consultas en el servicio de emergencias, de las cuales 79% correspondieron a consultas no urgentes. (Departamento de Estadística CAIS Dr. Marcial Fallas Díaz, 2014).

Al ser la Medicina Familiar y Comunitaria una de las especialidades que mayor importancia da a los aspectos subjetivos de la medicina, la presente investigación constituye una oportunidad para conocer las causas que motivan a los usuarios a buscar atención médica en los servicios de emergencias (Arias, 1996). La realización de un estudio cualitativo permite al médico de familia, como gestor o administrador de recursos, conocer las razones por las que un alto porcentaje de la población acude al servicio de emergencias a pesar de ser clasificados como no urgencia, observando la ocurrencia de este fenómeno desde el propio contexto donde suceden los hechos, cumpliendo así otro de los principios de la Medicina Familiar. (Hervas, 2004).

5. Introducción

La situación de los servicios de emergencias es hoy motivo de preocupación para la comunidad sanitaria y la sociedad en general debido a su utilización creciente. Uno de los argumentos presentados para la demanda excesiva en los servicios de emergencias es que la mayor parte de las atenciones realizadas proviene de problemas “simples” que podrían ser resueltos en los servicios de atención básica, o especializada o bien, en servicios de emergencias de menor complejidad. Este perfil de demanda se configura como la principal puerta de entrada al sistema de salud y posiblemente revela, entre otras cosas, una distribución desigual de la oferta de servicios, no solo desde el aspecto cuantitativo sino también cualitativo en la atención básica, especializada y también hospitalaria. (Novelli,2011).

Se ha estimado que más de la mitad de la población utiliza alguna vez los servicios de emergencias a lo largo de un año, esta problemática se manifiesta a nivel mundial, y específicamente en los países desarrollados. Lo destacable de esto es que los motivos de esta saturación no están relacionados del todo con el sistema sanitario instaurado en cada país, sino mas bien con factores de índole psicológica, social y de las características propias de la persona, tales como el envejecimiento de la población, la accesibilidad de los servicios de emergencias, las expectativas en la atención hospitalaria, la falta de aseguramiento social, la demora en la atención electiva y la cultura de la inmediatez, entre otros. (González, 2008).

En Costa Rica, seis de cada diez consultas en los servicios de emergencias, no califican como verdaderas. Ese 60% es un porcentaje constante desde el año 2009, pero creció de manera considerable, desde el año 1998 (40.9%). Esto representa al año, un promedio de 3,4 millones de consultas no urgentes, casi 10 mil consultas diarias, con costos que van desde los 47mil colones por consulta en clínica periférica a 90 mil colones por consulta en centro hospitalario o clínica central. El CAIS Dr. Marcial Fallas Díaz se perfila como el primer centro con mayor número de visitas no urgentes de todo el país. (Estadísticas de Urgencias CCSS y La Nación 2014)

La saturación de los servicios de emergencias, que se considera como el momento en el cual la necesidad de atención excede los recursos disponibles, resulta en un atraso significativo para la evaluación y tratamiento de los pacientes con condición aguda. Aunado a lo anterior, el incremento en el tiempo de espera, prolongación de la estancia en el servicio, el subsecuente retraso para el ingreso al quirófano y la hospitalización, impactan desfavorablemente en la evolución de los enfermos, incrementando así los costos de la atención médica y provocando una disminución de la satisfacción de los usuarios y prestadores de los servicios. Ante este fenómeno creciente es indispensable entender las circunstancias que llevan a los usuarios a la sobreutilización de los servicios de emergencias y así poder proyectar estrategias con el fin de prever situaciones de riesgo, mejorar la utilización de los recursos y la satisfacción general. (Moskop JC, 2009).

6. Marco Teórico

6.1. Marco Conceptual: Emergencias en salud y triaje.

Las emergencias en salud se consideran aquellas situaciones en las cuales no se debe ni se puede atrasar la atención médica, sino que la misma debe realizarse lo más pronto posible. Se considera que dicha atención no debería atrasarse en más de dos horas de espera. Sin embargo, las situaciones no urgentes son aquellas que pueden derivarse a un servicio de atención ambulatoria (Oliveira, 2011). En el servicio de emergencias la implementación permanente del triaje permite además de identificar a los pacientes graves, poder derivar a los enfermos a los distintos niveles asistenciales o realizar una orientación adecuada de cuál es el nivel de derivación más adecuado para la resolución de su demanda. Para ello hay que entender que en la medicina de urgencias y emergencias existe un criterio definitorio fundamental: “el factor tiempo”. Según este criterio podemos definir como:

- **Emergencia:** Situación de inicio o aparición brusca que presenta un riesgo vital o de función básica que necesita asistencia inmediata (minutos) y que es objetivo, ya que la lesión puede progresar en severidad y producir complicaciones con alta probabilidad de muerte. Esta situación obliga a poner en marcha recursos y medios especiales para prevenir un desenlace fatal. Ejemplos de estas

situaciones son: paro cardiorrespiratorio, neumotórax a tensión, infarto al miocardio, etc.

- **Urgencia:** Situación clínica con capacidad para generar deterioro o peligro para la salud o la vida del paciente en función del tiempo transcurrido entre su aparición y la instauración de un tratamiento efectivo, que condiciona un episodio asistencial con importante consumo de recursos, en un corto período de tiempo por lo que amerita asistencia rápida (horas). Ejemplos de estas situaciones son:
 - Situaciones sin riesgo vital inmediato pero que pueden llegar a presentarlo en un período de tiempo breve por lo que urge un diagnóstico precoz desde el punto de vista epidemiológico (p.ej: una tuberculosis).
 - Urgencias sociales: asistencia social deficiente que obliga a resolver de forma inmediata problemas no médicos.
 - Urgencias por inadecuada asistencia primaria.

Actualmente se utilizan sistemas de triaje estructurado con cinco niveles de prioridad, que hacen posible clasificar a los pacientes a partir del grado de "urgencia", de tal modo que los pacientes más urgentes, serán asistidos primero. (Gómez, J. 2003)

El triaje es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. El triaje debe ser la llave de entrada a una asistencia eficaz y eficiente, y por tanto, una herramienta rápida, fácil de aplicar y que además posee un fuerte valor predictivo de gravedad, de evolución y de utilización de recursos.

Dentro de las funciones del triaje tenemos:

- Identificación de pacientes en situación de riesgo vital.
- Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación.
- Asegurar la reevaluación de los pacientes que deben esperar.
- Decidir el área más apropiada para atender a los pacientes.
- Aportar información sobre el proceso asistencial.
- Disponer de información para familiares.

- Mejorar el flujo de pacientes y la congestión de los servicios de salud.
- Aportar información de mejora para el funcionamiento del servicio. (Soler, W. 2015).

Los cinco modelos de triaje estructurado con mayor implantación a nivel mundial son:

- La Australian Triage Scale (ATS)
- La Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS)
- El Manchester Triage System (MTS)
- El Emergency Severity Index (ESI)
- El Sistema Español de Triage (SET) adoptado por la Sociedad Española de Medicina de Emergencias (SE- MES) a partir del Modelo Andorrano de Triage: MAT (Durand AC, 2011) .

Para la clasificación de los pacientes que asisten al servicio de emergencias se utilizan un conjunto de síntomas o síndromes que el profesional interpreta y reconoce a partir del motivo de consulta referido por el paciente y que permiten clasificarlo dentro de una misma categoría clínica. En Costa Rica se utiliza el Sistema Canadiense de Triage que fue introducido en el año 2012, para los servicios de emergencias hospitalario y clínicas; este sistema fue desarrollado por Robert Beveridge e introducido por la Asociación Canadiense de Médicos de Urgencias (CAEP) y la Asociación Nacional de Enfermeras de Urgencias en el año 1995. (Bullard, M 2014).

El triaje es realizado en distintos lugares por personal de salud distinto. En algunos casos, es el personal de enfermería quien se encarga de clasificar los casos que llegan al servicio de emergencias, en otros es un médico general y en algunos casos se utiliza algún especialista que es el encargado de realizar esta clasificación. En Brasil, por ejemplo, se clasifica a los pacientes que acuden a los servicios de emergencias, utilizando cuatro colores: rojo, amarillo, verde y azul, donde rojo son aquellos pacientes que requieren atención inmediata por presentar situaciones que ponen en riesgo inminente de muerte en caso de no ser atendidos de manera expedita, los amarillos deben ser atendidos lo más rápido posible, si bien, no presentan riesgo inminente de muerte, los verdes no corren riesgos pero presentan situaciones que deben ser resueltas con prioridad oportuna y los azules son aquellos casos que pueden ser atendidos en una red básica de salud. (Oliveira, 2011)

En Suecia también se utilizan cuatro niveles de clasificación, basado en los signos vitales del paciente. El primer nivel demanda atención inmediata, para el nivel dos se espera que la atención se pueda proveer en 30 minutos, para el nivel tres se espera que la atención no espere más de una hora y para el nivel cuatro, se consideran casos que pueden esperar más de una hora para ser atendidos. (Backman, 2008).

Existen distintos criterios para definir el uso inapropiado de los servicios de emergencias los cuales varían considerablemente en diferentes estudios, sin embargo en general, se consideran los siguientes aspectos, para tal definición:

- Tiempo de espera para recibir atención médica
- Evaluación médica de riesgo o muerte o daño a órgano blanco
- Necesidad de recursos para la atención médica (disponibles en la sala de emergencias, autopercepción de urgencias, necesidad de pruebas diagnósticas, necesidad de tratamiento inmediato, necesidad de mantener el paciente en observación, etc) (Carret, 2007).

Tabla 1 – Triage Canadiense y la escala de acuidad (CTAS)

Nivel	Nivel de gravedad	Tiempo
I	Resucitación	Inmediato
II	Emergencia	15 min
III	Urgencia	30 min
IV	Menos urgente	60 min
V	Ninguna urgencia	120 min

Fuente: Canadian Association Of Emergency Physicians (CAEP) and National Emergency Nurses Affiliation of Canada (NENA)

En Costa Rica se utiliza la clasificación por colores de acuerdo al padecimiento del paciente, considerándose rojo aquel que debe ser abordado en los primeros 15 minutos, amarillo los que deben ser atendidos en los próximos 30 minutos, verde en 120 minutos y blanco es el paciente que debe ser redireccionado al centro de atención primaria que le corresponde según área de atracción. A pesar que en los hospitales se han realizado campañas internas para que el paciente consulte solo cuando lo amerita, muchos pacientes no entienden este concepto y utilizan el argumento que para eso pagan su seguro social.(Quesada, 2015).

Actualmente los pacientes catalogados como verdes tienen un tiempo de espera en promedio de 3 a 4 horas aproximadamente en el SEM, dependiendo del volumen de pacientes del día. Los pacientes amarillos tienen una espera máxima de 30 minutos a 1 hora, y los pacientes rojos se atienden de forma inmediata por la gravedad del padecimiento que tienen. (Informe Anual Servicio de Emergencias, CAIS Dr. Marcial Fallas Díaz, 2014.)

6.2 Papel del médico de familia como administrador de recursos de salud.

La medicina de familia, a pesar de ejercerse de forma personalizada y casi artesanal en muchos lugares, es una de las partes de la atención sanitaria que tiene un mayor componente gestor. El médico de familia está cerca de la población, la sigue a lo largo de toda su vida, le realiza actividades preventivas, atiende sus patologías crónicas y valora inicialmente todo nuevo problema de salud. Sus decisiones tienen un gran impacto sobre la salud del paciente y sobre el sistema sanitario. El médico de familia es el responsable de la mayor parte de la prescripción farmacéutica para muchos pacientes y es el encargado de activar muchos recursos sanitarios a través de sus derivaciones.

Si consideramos que las políticas definen los objetivos de salud a nivel internacional, nacional o local, y marcan las decisiones, planes y acciones para conseguirlos, debemos entender la atención primaria de salud como una política de salud, más que como un nivel del sistema sanitario.

En los países en vías de desarrollo, la atención centrada en la persona optimiza los recursos disponibles, y en los desarrollados ayuda a frenar la medicalización excesiva inducida por el hospitalocentrismo, la mercantilización y la fragmentación de la sanidad.

Se espera que el médico de familia sepa discriminar claramente aquellos pacientes que no se beneficiarán de una atención especializada; importa mucho su valor predictivo negativo. Al igual que, se espera que remita aquellos casos que posiblemente presenten un trastorno que merezca su atención, ya que del especialista se espera un diagnóstico; por lo tanto interesa su valor predictivo positivo. Este filtro del médico de familia aumenta la prevalencia de enfermedad en la consulta especializada y, en consecuencia, mejora el valor predictivo positivo de este profesional. Ambos son necesarios y complementarios, lo cual en un servicio como el de emergencias puede resultar indispensable. (Stoever J, 2006).

De una manera sencilla podríamos decir que la consulta médica es la interacción entre una persona o cliente que demanda un servicio y otra persona o personas que dan respuesta a esa demanda, en un marco organizativo determinado. La gestión de la consulta deberá tener en cuenta estos tres elementos. Debemos enfatizar que cuando hablamos de gestionar la consulta, en general estamos considerando que sólo las actuaciones sobre la organización pueden conseguir a corto plazo resultados cuantitativamente significativos. Las actuaciones sobre pacientes o profesionales no suelen presentar resultados tan rápidos.

Dentro del marco organizativo de los servicios de salud o consulta tenemos dos instrumentos: Los circuitos de funcionamiento relacionados a la gestión de la demanda en primer lugar y luego los circuitos de agenda que están en relación a la gestión del tiempo. Cualquier diseño organizativo que podamos plantear en cualquier entorno ante una situación determinada, debe ir siempre precedido de una conceptualización, entendiéndolo por el análisis teórico previo que nos indique cuáles son los principios básicos implicados en el proceso que estamos analizando, y a partir de ellos cómo debería organizarse en una situación ideal. Después de esto podemos plantear medidas concretas que tratarán de adaptar la conceptualización definida a la realidad (personas, recursos o problemática específica) de cada entorno. (Zurro, M. 2014).

Los servicios de emergencias presentan un escenario en el cual el médico de familia puede aplicar sus conocimientos de gestión con el fin de hacer más eficiente este servicio y aprovechar los recursos al máximo. Como administrador de recursos, el médico de familia puede proveer sugerencias y orientar tanto a pacientes como a personal médico para utilizar adecuadamente el servicio de emergencias, mediante la aplicación de guías de triaje adecuadas. (Cordero-Torres JA, 2011)

La formación hospitalaria de los médicos de familia hace que éstos, por su conocimiento de la patología que se ve en el hospital y de su funcionamiento, estén mejor preparados que los médicos generales para atender el servicio de emergencias. Los programas académicos de la especialidad en medicina familiar y comunitaria establece los servicios de emergencias del hospital como lugar de rotación para el aprendizaje de la patología traumatológica y quirúrgica, además de muchas patologías médicas. (Catón VL, 1998).

6.3 Consultas no urgentes: estadísticas globales.

Los proveedores de salud tanto en Europa como en Estados Unidos coinciden por varias décadas que hasta un 55% de las consultas a los servicios de emergencias se deben a consultas no urgentes que deberían ser atendidas en consultas de atención primaria (Pereira S, 2001).

Sólo en los Estados Unidos, se ha calculado que las consultas no urgentes en el departamento de emergencias representan más de 9 millones de consultas al año, y en muchos casos se debe a la falta de acceso a servicios de atención primaria. (Bicki, 2013).

Entre el año 1997 al año 2007 las consultas a los servicios de emergencias aumentaron en un 23% a diferencia del crecimiento poblacional en ese mismo periodo que fue apenas de un 12%, lo cual sugiere que las consultas no urgentes duplicaron el crecimiento de la población general. (DeVries,2013).

En los Estados Unidos el número de visitas al servicio de emergencias incrementó de 96 millones en 1995 a 119 millones en el año 2006 (Vedovetto, 2014). Otros estudios en Europa afirman que aproximadamente 40% de las atenciones de adultos realizadas en unidades de emergencia no son urgentes. (Oliveira, 2011).

De acuerdo al NHAMCS (National Hospital Ambulatory Medical Care Survey) de los Estados Unidos, entre 1995 y 2005 el número de visitas médicas a los servicios de emergencias por pacientes con edades comprendidas entre 65 y 74 años incrementó en un 11%, haciendo de este grupo etáreo, el de mayor crecimiento en cuanto al uso de los servicios de emergencias. (Wajnberg, 2011)

Diversos estudios han evidenciado que la prevalencia del uso inapropiado de los servicios de emergencias, va desde un 10 a un 90% según el criterio que se utilice, pero en promedio se encuentra entre el 24 y 40%. (Carret, 2009)

6.4 Consultas no urgentes: estadísticas en Costa Rica y CAIS Dr. Marcial Fallas Díaz

En Costa Rica, seis de cada diez consultas en los servicios de emergencias, no califican como verdaderas, ese 60% es un porcentaje constante desde el año 2009, pero creció de manera considerable, desde el año 1998 (40.9%). Esto representa al año, un promedio de 3,4 millones de consultas no urgentes, casi 10 mil consultas diarias. (Ver Figura 1)

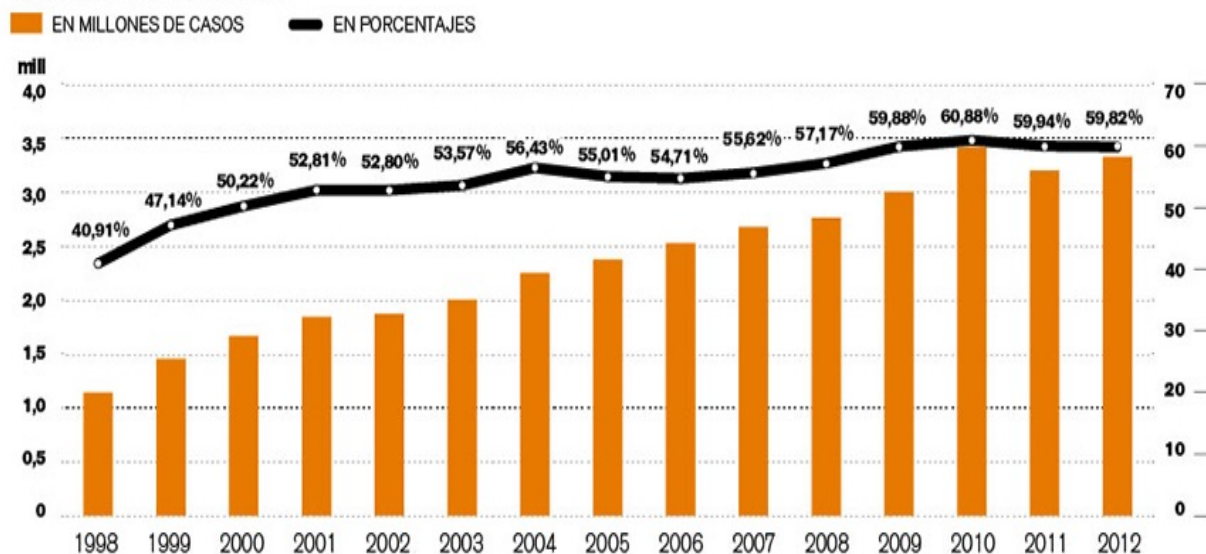
Figura 1. Número de consultas no urgentes por año en Costa Rica

PROBLEMA EN CENTROS DE SALUD

Consultas no tan urgentes

Estas visitas a servicios de urgencia saturan el servicio y representan un costo millonario para la seguridad social.

NO EMERGENCIAS POR AÑO



Fuente: 10,000 falsas emergencias llegan cada día a la CCSS, La Nación 22 de febrero de 2014

Dentro de los 10 centros de atención con más consultas no urgentes en promedio por año, se encuentra en primer lugar el C.A.I.S Dr. Marcial Fallas Díaz, seguido del Hospital Escalante Pradilla y el Hospital Tony Facio (Ver Figura 2 y 3)

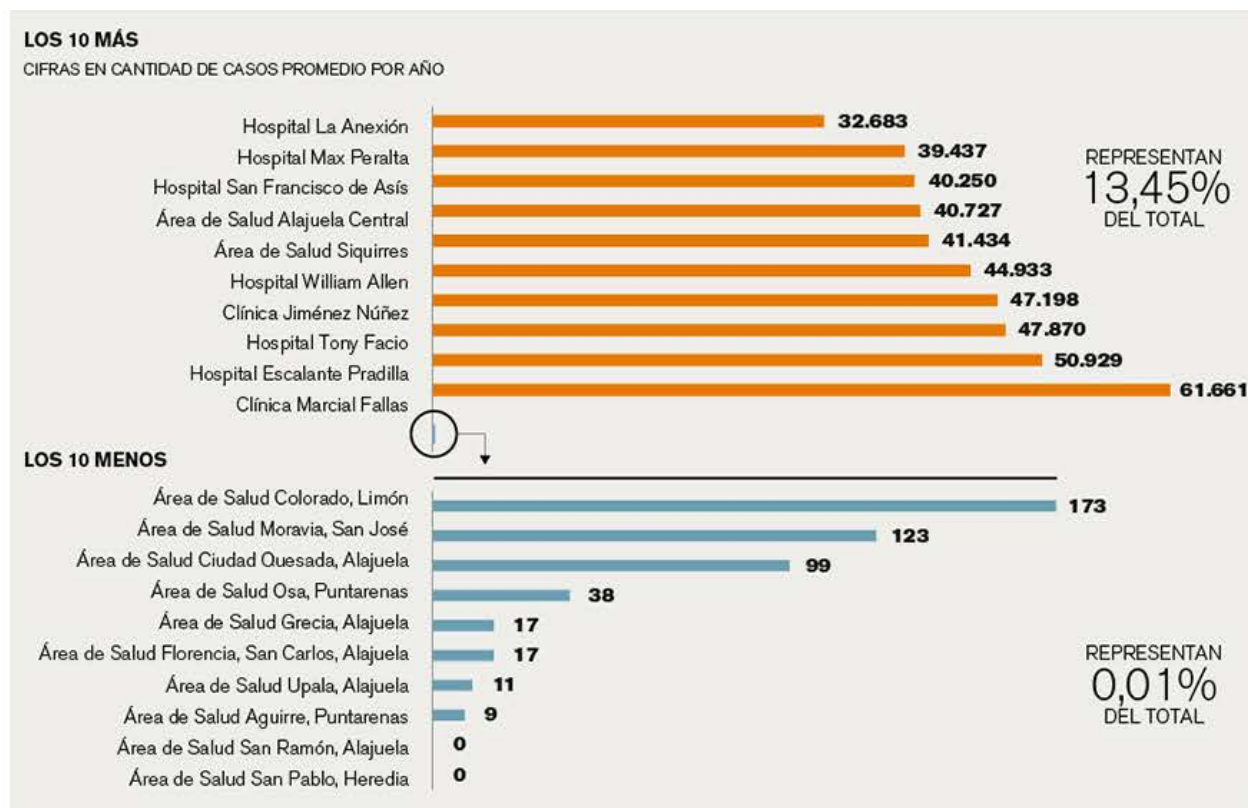
Figura 2. Promedio anual de consultas no urgentes promedio por año en los centros de atención

ZONAS DE 'NO EMERGENCIAS'



Fuente: 10,000 falsas emergencias llegan cada día a la CCSS, La Nación 22 de febrero de 2014

Figura 3. Distribución geográfica de los centros con mayor y menor número de consultas no urgentes en Costa Rica



Fuente: 10,000 falsas emergencias llegan cada día a la CCSS, La Nación 22 de febrero de 2014

Recientemente se publicó en el diario electrónico CR Hoy, que por lo menos 4 de cada 10 usuarios no presentan una verdadera urgencia y que este fenómeno está presente en todos los hospitales del país, por razones tan variadas desde prurito, hasta el deseo de obtener un ultrasonido porque se le solicitó al paciente por medio de su médico de cabecera. Uno de los motivos que se sugiere como responsable de ese problema es el sobrecargo de los primeros niveles de atención, ya que mucha gente queda sin lugar para consultar. (Quesada, 2015)

En el servicio de emergencias del CAIS Dr. Marcial Fallas Díaz, se atendieron durante el I trimestre del período 2014, 43991 pacientes de los cuales 30497 (69.33 %) se clasificaron como no urgentes y 13494 (30.67 %) como Urgentes; de este total se realizaron 1748 (3.97%) traslados al tercer nivel.

Cuadro 1 - Distribución de pacientes atendidos en el primer trimestre 2014 en el SEM del C.A.I.S Dr. Marcial Fallas Díaz

Atención	I Turno	%	II Turno	%	III Turno	%	TOTAL
Urgentes	6347	29.66	4526	28.75	2621	38.22	13494
No urgentes	15050	70.33	11212	71.25	4235	61.78	30497
Total	21397		15738		6856		43991

*I turno de 6am a 2pm, II turno de 2pm a 10pm y III turno de 10pm a 6am

Fuente. Informe Anual Servicio de Emergencias, CAIS Dr. Marcial Fallas Díaz, 2014.

Durante el segundo trimestre del año 2014 se atendieron 46984 pacientes de los cuales 35672 (75.92 %) se clasificaron como no urgentes y 11312 (24.07 %) como urgentes; de este total se realizaron 1564 (3.83%) traslados al nivel hospitalario.

Cuadro 2 - Distribución de pacientes atendidos segundo trimestre 2014 en el SEM del C.A.I.S Dr. Marcial Fallas Díaz

Atención	I Turno	%	II Turno	%	III Turno	%	TOTAL
Urgentes	4791	20.59	4164	23.91	2357	37.4	11312
No Urgentes	18476	79.41	13251	76.09	3945	62.6	35672
Total	23267		17415		6302		46984

Fuente. Informe Anual Servicio de Emergencias, CAIS Dr. Marcial Fallas Díaz, 2014.

Durante el tercer trimestre del año 2014 se atendieron 52660 pacientes de los cuales 41612 (75.92 %) se clasificaron como o no urgentes y 11048 (20.98 %) como urgentes; de este total se realizaron 3528 (13.93%) traslados al nivel hospitalario.

Cuadro 3 - Distribución de pacientes atendidos en el tercer trimestre 2014 del SEM del C.A.I.S Dr. Marcial Fallas Díaz

Atención	I Turno	%	II Turno	%	III Turno	%	TOTAL
Urgentes	5466	19.68	3573	22.93	2009	21.57	11048
No Urgentes	22307	80.32	12004	77.07	7301	78.43	41612
Total	27773		15577		9310		52660

Fuente. Informe Anual Servicio de Emergencias, CAIS Dr. Marcial Fallas Díaz, 2014.

Durante el cuarto trimestre del año 2014 se atendieron 49621 pacientes de los cuales 38793 (78.18 %) se clasificaron como no urgentes y 10828 (21.82 %) como urgentes; de este total se realizaron 3536 (3.66%) traslados al nivel hospitalario.

Cuadro 4 - Distribución de pacientes atendidos en el cuarto trimestre 2014 en el SEM del C.A.I.S Dr. Marcial Fallas Díaz

Atención	I Turno	%	II Turno	%	III Turno	%	TOTAL
Urgentes	4871	20.89	4355	23.47	1602	20.67	10828
No Urgentes	18445	79.11	14200	76.53	6148	79.33	38793
Total	23316		18555		7750		49621

Fuente. Informe Anual Servicio de Emergencias, CAIS Dr. Marcial Fallas Díaz, 2014.

Cuadro 5 - Distribución de pacientes atendidos en el servicio de emergencias por turno en el año 2014

Turnos de Atención	Total de pacientes	Porcentaje
Diurno I Turno	95753	49.54
Vespertino II Turno	67285	34.81
Nocturno III Turno	30218	15.63
Total	193256	100

Fuente. Informe Anual Servicio de Emergencias, CAIS Dr. Marcial Fallas Díaz, 2014.

Es importante destacar que en la estadística del segundo turno no se contempla la cantidad de pacientes en observación y la cantidad de revalorizaciones de los pacientes ambulatorios, los cuales aumentan la cantidad total de pacientes a atender. Esto lleva a que, en la organización de los grupos de médicos, alguno de ellos se encarga de las revalorizaciones del turno anterior lo que retarda la atención a los pacientes nuevos o aún no atendidos.

Cuadro 6 Consolidado de consultas por turnos y trimestres del 2014

Consultas por turnos	1 Trimestre	2 Trimestre	3 Trimestre	4 Trimestre	Totales	%
I Turno	21397	23267	27773	23316	95753	49.54%
II Turno	15738	17415	15577	18555	67285	34.81%
III Turno	6856	6302	9310	7750	30218	15.63%
Totales	43991	46984	52660	49621	193256	100%

Fuente. Informe Anual Servicio de Emergencias, CAIS Dr. Marcial Fallas Díaz, 2014.

En el cuadro anterior presenta un predominio alcanzado de 49.55 % de consultas en el primer turno de atención durante los cuatro trimestres del año 2014, siendo el menor el III turno con un 15.63% del total de consultas brindadas por el servicio de emergencias. En lo referente a las consultas brindadas por trimestre, el III trimestre fue el que mayores consultas brindó 52660, para un 27.24 %, el I trimestre fue el de menor consultas brindadas 43991, para un 22.75% .(Informe anual del servicio de emergencias. CAIS Dr. Marcial Fallas D. CCSS).

Cuadro 7 - Consolidado de consultas urgentes y no urgentes cuyas procedencias son diferentes a la del Área Desamparados 1 en el 2014.

Consultas por turnos	I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre	Totales
Urgentes	3648	8261	8053	7987	27949
No Urgentes	9246	24829	29004	27134	90213
Totales	12894	33090	37057	35121	118162

Fuente. Informe Anual Servicio de Emergencias, CAIS Dr. Marcial Fallas Díaz, 2014.

Este cuadro refleja datos muy importantes del desempeño del servicio de emergencias, ya que demuestra la efectividad del triaje y abordaje de los pacientes que asisten al servicio. Basado en los resultados, el III trimestre reflejó un mayor números de consultas no urgentes (29004) para un 32.15 %, en contraposición del I trimestre con 9246 para un 10.24%, cabe señalar que en este trimestre las consultas urgentes y no urgentes fueron las más bajas en relación a los otros trimestre del 2014. La razón de atenciones no urgentes y urgentes en el servicio fue de 3.22:1 para el 2014, lo cual implica que por cada consulta urgente hubo más de 3 consultas no urgentes.

En relación a las consultas no urgentes de áreas diferentes a Desamparados 1, hubo un total de 90213 consultas en el año 2014, lo cual implica que los usuarios que no consiguieron ser atendidos en sus respectivas áreas de atracción están acudiendo al servicio de emergencias del CAIS Marcial Fallas Díaz a pesar de que no son verdaderas emergencias. (Informe anual del servicio de emergencias. CAIS Dr. Marcial Fallas D. CCSS).

6.5 Capacidad instalada del CAIS Dr. Marcial Fallas Díaz y organización sectorial en el servicio de emergencias.

El servicio de emergencias del C.A.I.S Dr. Marcial Fallas Díaz, brinda atención al usuario durante 24 horas los siete días de la semana, para una población adscrita proyectada de 500.000 habitantes, y registra en promedio diario unos 600 pacientes consultantes, con patologías urgentes y complejas, de los cuales clasifican un promedio de 24.5% como urgencias.

La práctica de la clasificación de cada paciente mediante el triaje permite un abordaje adecuado, aunque esto genera descontento en algunos usuarios cuando son redireccionados a sus áreas de atracción cuando no presentan ninguna urgencia, desde el punto de vista del médico tratante. Cabe recordar que esta situación es cultural y no es ajena al resto de servicios de emergencias del país.

Al atender pacientes clasificados como emergencias calificadas tales como casos de paro cardio-respiratorio, intoxicaciones, estatus epiléptico, herida por arma de fuego y arma blanca, agresiones, accidentes de tránsito, entre otros, se hace necesario el apoyo de un equipo médico capacitado y un personal de apoyo adecuado, además del uso de ciertos medicamentos para la atención de estas patologías, según lo establecido por el Departamento de Farmacoterapia y lo descrito en la lista oficial de medicamentos, aparte de esto, se requiere contar con los especialistas capacitados para poder utilizar y aplicar estos medicamentos y así aumentar la resolutivez del servicio.

6.5.1 Recurso Humano en el SEM del C.A.I.S Dr. Marcial Fallas Díaz

Para la apertura de las 24 horas y los 365 días al año, el Servicio de Emergencias en el C.A.I.S Dr. Marcial Fallas Díaz se ha organizado de la siguiente manera: Hay un promedio de 5 médicos generales con horarios rotativos de tres turnos de 8 horas, y que por el tipo de horario rotativo los médicos laboran dos sábados al mes para reponer las horas y cumplir las 44 horas semanales que están contratados. Se han otorgado 6 plazas, y se están utilizando 3 plazas de médicos especialistas que por falta de los mismos, se han prorrateado a médicos generales.

De lunes a viernes de 7 am a 4 pm se cuenta además con el refuerzo de 2 especialistas en medicina familiar quienes pasan visita en observación, atienden interconsultas y apoyan en el manejo de pacientes de alta complejidad, para facilitar el traslado a otros centros de atención de mayor complejidad.

Cuadro 8 - Distribución de médicos para la atención de Lunes a Viernes en el Servicio de Emergencias durante el año 2014. CAIS Dr. Marcial Fallas Díaz

Turnos Lunes a Viernes	Médicos
6 am a 2 pm	4 médicos generales
7 am a 4 pm	1 médico general
2 pm a 10 pm	5 médicos generales
4 pm a 10 pm	2 médicos generales con tiempo extraordinario
10 pm a 6 am	3 médicos generales

Fuente. Informe Anual Servicio de Emergencias, CAIS Dr. Marcial Fallas Díaz, 2014.

Cuadro 9 - Distribución de médicos para la atención de sábados y feriados en el servicio de emergencias 2014.

Turnos Sábados y feriados	Médicos
6 am a 2 pm	4 médicos generales
10 am a 10 pm	2 médicos generales
12 md a 12 mn	1 médico general
2 pm a 10 pm	4 médicos generales
10 pm a 6 am	3 médicos generales

Fuente. Informe Anual Servicio de Emergencias, CAIS Dr. Marcial Fallas Díaz, 2014.

Cuadro 10 -Distribución de para la atención de domingos en el servicio de emergencias de enero a setiembre 2014

Turnos Domingos	Médicos
6 am a 6 pm	3 médicos generales
10 am a 10 pm	2 médicos generales
12 md a 12 mn	1 médico general
6 pm a 6 am	3 médicos generales

Fuente. Informe Anual Servicio de Emergencias, CAIS Dr. Marcial Fallas Díaz, 2014.

A partir del mes de octubre de 2014, como respuesta a la gran demanda de pacientes los fines de semana, y cuyo objetivo primordial es dar una atención pronta y de calidad a nuestros usuarios, se realizó una redistribución en la cantidad de médicos los días domingos, pasando de 9 a 14 médicos, con la apertura de un turno de 2 a 10 pm, como se muestra en el cuadro 11.

Cuadro 11 - Distribución para la atención de domingos en el servicio de emergencias a partir de octubre 2014.

Turnos Domingos	Médicos
6 am a 2 pm	4 médicos generales
10 am a 10 pm	2 médicos generales
12 md a 12 mn	1 médico general
2 pm a 10 pm	4 médicos generales
10 pm a 6 am	3 médicos generales

Fuente. Informe Anual Servicio de Emergencias, CAIS Dr. Marcial Fallas Díaz, 2014.

6.5.2 Equipo de Apoyo

Se cuenta con los servicios de rayos X, laboratorio , validación de derechos las 24 horas y el apoyo de médicos familiares para cualquier interconsulta.

6.5.3 Infraestructura

El C.A.I.S dr. Marcial Fallas Díaz, en su servicio de emergencias, cuenta con una moderna infraestructura inaugurada el 01 de noviembre de 2012, con equipo de alta complejidad para la atención de emergencias, además de completas salas de observación con 24 camas disponibles cada una con monitor cardíaco y ventilador, las cuales están divididas en tres secciones: hombres, mujeres y niños. Hay salas para suturas y cirugía menor, cuatro consultorios de no urgencias y seis consultorios de urgencias, sala para nebulizaciones y colocación de sueros altamente equipada. (Informe anual del servicio de emergencias. CAIS Dr. Marcial Fallas D. CCSS)

6.5.4 Organización de sectores del Área de Salud de Desamparados 1

- **Población**

Con respecto a las edades de los habitantes, un 25.60% corresponde de 0 a 18 años; el 62.87% de la población se ubica entre los 19 y 54 años, este porcentaje representa la base de la pirámide poblacional. Un 6.41% corresponde al margen de edad entre 55 y 64 años, y un 5.12% a mayores de 65 años. En lo referente a sexos un 50.50% corresponde al sexo femenino y un 49.50% al sexo masculino, lo cual representa un equilibrio en esta Área de Salud.

El Área de Salud Desamparados 1, brinda cobertura al Distrito Central que tiene una área geográfica de 3.03 Km² y al Distrito de Gravilias, con 2.97 Km². Para un total de 6 Km².

La densidad poblacional del Área de Salud Desamparados 1; varía muy poco entre los años 2012 y 2013, ya que la pirámide poblacional no presentó cambios significativos en esos años.

En relación a la densidad poblacional del Cantón de Desamparados, es menor que la del Área de Salud Desamparados 1, ya que va en relación a los 117 Km² y a la población del cantón, que son significativamente mayores.

La población adscrita directa del Área de Salud Desamparados 1 para el año 2012 es de 48.376 y para el año 2013 es de 48.449 habitantes en el I Nivel de Atención; mientras que el total de la población de otras áreas es de 417.714 habitantes para el año 2012 y 356.201 para el año 2013. Es importante aclarar que a esta última población se les brinda servicios en un segundo nivel de atención, así como servicios de apoyo y de emergencias.

Los EBAIS de esta Área de Salud se encuentran en dos espacios físicos comprendidos por seis consultorios cada uno, los cuales cuentan con el equipo adecuado y recomendado para las funciones propias del personal médico. Todos los EBAIS están constituidos por tres integrantes: profesional en medicina, auxiliar de enfermería y asistente técnica (o) de atención primaria en salud; pero al estar concentrados todos los equipos básicos en un mismo edificio, comparten una asistente de redes por cada 3 EBAIS, lo que los constituye en incompletos.

Pese a la apertura de la jornada de atención de 24 horas en el servicio de emergencias y servicios de apoyo desde el año 2005, no se refleja un aumento en el personal de soporte, lo que genera la implementación de tiempo extraordinario para poder cubrir las necesidades. Es importante mencionar que el 54% del personal en salud corresponde a personal técnico de apoyo.

Los auxiliares de enfermería se encuentran distribuidos en los diferentes niveles de atención; limitándose a 11 auxiliares para la atención de los usuarios (as) del primer nivel de atención, para una población promedio por EBAIS de 4450 habitantes por cada auxiliar de enfermería. El resto se distribuye en los diferentes servicios: emergencias, vacunación, inyectables, segundo nivel de atención y curaciones; entre otros.

6.6 Carga económica y costos de las consultas no urgentes en los servicios de emergencias - Impacto global y nacional

Se ha identificado que los pacientes que utilizan con frecuencia los servicios de emergencias tienen algunas características comunes que influyen en los altos costos que estas visitas representan. Por ejemplo, se ha asociado la alta utilización de estos servicios con costos médicos mayores, falta de acceso a cuidados regulares en la salud, y a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, abuso de sustancias y trastornos mentales, entre otros. Algunas personas creen que aquellas personas que consultan con más frecuencia tienen cierta tendencia a ser personas más enfermas que quienes consultan una o dos veces, sin embargo no se puede descartar que este tipo de pacientes por lo general tienen mayores dificultades económicas que los usuarios menos frecuentes. (Ruger JP, 2004)

Se realizó un estudio que identificó que el 70% de usuarios frecuentadores en los servicios de emergencias eran personas en abandono, indigentes, o que calificaban para asistencia pública y que en muchos de estos casos buscaban los servicios de emergencias porque era una forma de asegurarse cierto sustento, como por ejemplo, dormida, alimentación ropa y de alguna manera interacción social. (Malone RE. 1998)

Se llevó a cabo un estudio en los Estados Unidos que comparó las características de usuarios de los servicios de emergencias que habían utilizado dicho servicio en una única ocasión en un periodo de un año y se comparó con un grupo que había sobreutilizado este servicio, hasta en 20 ocasiones en un año o más y se encontró que en general, las causas de consulta de aquellos hiperfrecuentadores eran mucho menos urgentes que aquellos que únicamente habían utilizado este servicio en una única ocasión, pero también se encontró que este subgrupo por lo general carecían de seguros médicos y tenían problemas sociales mucho más importantes que los usuarios que consultaban en menos ocasiones. (Ruger JP, 2004).

Se ha visto que a diferencia de lo que se creía, los costos que resultan de consultas no urgentes en el servicio de emergencias, son mucho menores debido a los altos costos fijos operacionales del servicio de emergencias y a los costos marginales relativamente bajos. El costo promedio por lo tanto disminuye conforme aumenta el número de

pacientes. De ahí que, el re dirigir las consultas no urgentes a atención primaria realmente no sería tan costo efectivo. (Durand, 2012).

En Costa Rica una consulta de urgencia en una clínica cuesta, en promedio 47 mil colones e incluye tiempo de recepcionista, médico, enfermero y fármacos. En hospital nacional o clínica especializada el costo asciende a 90 mil colones, pues los servicios, el personal y el equipo son más especializados y caros. Sólo en el CAIS Dr. Marcial Fallas se realizan diariamente una gran cantidad de laboratorios y estudios de imágenes, los que se detallan en los siguientes cuadros:

Cuadro 12 - Razón de imágenes médicas en el servicio de emergencias por consulta durante 2014 por trimestre.

Consultas/Estudios	1 Trimestre	2 Trimestre	3 Trimestre	4 Trimestre	Totales
Consultas	43991	46984	52660	49621	193256
Estudios	10770	10247	11815	11827	44659
Razón	0.24	0.22	0.22	0.24	0.23

Fuente. Informe Anual Servicio de Emergencias, CAIS Dr. Marcial Fallas Díaz, 2014.

El estudio de las razones de imágenes médicas solicitadas durante los cuatro trimestres del año 2014, no varió significativamente y mantuvo una constante muy similar entre 0.22 y 0.24, para una media anual de 0.23. Esto demuestra el uso racional de los medios de apoyo para el diagnóstico y manejo de los casos atendidos en el servicio de emergencias. Sin embargo, no se discrimina en este cuadro, los estudios de emergencias autorizados en la subdirección médica, lo que aumenta la estadística de los estudios enviados por el servicio de emergencias.

Cuadro 13 - Razón de exámenes de laboratorio en el servicio de emergencias por consultas durante 2014 por trimestre.

Consultas/Estudios	I Trimestre	2 Trimestre	3 Trimestre	4 Trimestre	Totales
Consultas	43991	46984	52660	49621	193256
Estudios	50856	46984	56360	54954	209154
Razón	1.15	1.2	1.07	1.11	1.08

Fuente. Informe Anual Servicio de Emergencias, CAIS Dr. Marcial Fallas Díaz, 2014.

Durante el año 2014, el III trimestre fue el que reflejó la mayor cantidad de estudios solicitados, no obstante la razón de 1.07 fue la más baja, esto en concordancias que durante este trimestre se brindaron la mayor cantidad de consultas (52660), lo cual refleja el uso racional de medios de diagnósticos.

Cuadro 14 - Razón de medicamentos extendidos en el servicio de emergencias por consultas durante 2014 por trimestre.

Consultas/Estudios	I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre	Totales
Consultas	43991	46984	52660	49621	193256
Medicamentos	72474	79357	93158	89808	334797
Razón	1.64	1.68	1.79	1.80	1.73

Fuente. Informe Anual Servicio de Emergencias, CAIS Dr. Marcial Fallas Díaz, 2014.

En el año en estudio durante el III trimestre fue en el que más se extendieron medicamentos (93158) con una razón de 1.79, no obstante la razón del IV trimestre fue la más alta con 1.80 y la razón más baja fue la del I trimestre con 1.64. El año se cierra con una razón de 1.73. El cuadro refleja que el manejo de casos en el servicio de emergencias va en concordancia con la extensión de medicamento. (Informe Anual Servicio de Emergencias, CAIS Dr. Marcial Fallas Díaz, 2014.)

6.7 Consecuencias del uso inapropiado de los servicios de emergencias en consultas no urgentes.

La elevada utilización de los servicios de emergencias hospitalario para la atención de situaciones no urgentes es preocupante por varios motivos:

- Pérdida de la continuidad asistencial y seguimiento de los tratamientos para los pacientes que sustituyen la atención primaria por los servicios de emergencias hospitalarios.
- La detracción de los recursos para la atención de pacientes en situaciones de riesgo vital.
- La sobrecarga y desorganización que trasladan al conjunto del hospital y los mayores costes respecto a la atención primaria (Sempere, T. 1999)

Las visitas no urgentes a los servicios de emergencias tienen consecuencias negativas que afectan no solamente a los pacientes sino también a los servicios de emergencias y al sistema de salud como tal. Se considera que las visitas frecuentes a los servicios de emergencias pueden resultar en una pobre continuidad de la atención requerida, especialmente para aquellos pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Asimismo, el exceso de pacientes en estos servicios puede llevar a tiempos de espera más prolongados y a insatisfacción tanto de parte de los usuarios como del personal de salud. (Vedovetto, 2014).

6.8 Principales diagnósticos médicos de consulta no urgente en los servicios de emergencias.

Los diagnósticos principales que se han encontrado en las personas que visitaron inapropiadamente el servicio de emergencias es bastante variado, en tres estudios descriptivos indican que el diagnóstico principal o quejas entre las personas que consultaron al servicio de emergencias fueron problemas respiratorios (especialmente en los pacientes más jóvenes), problemas digestivos, dolor torácico, molestias en los ojos y en los oídos. En otro de los análisis, se encontró que las enfermedades musculoesqueléticas, infecciosas, enfermedades de la piel, y las enfermedades

genitourinarias constituyeron las consultas no urgentes más frecuentes en el servicio de emergencias en comparación con otras patologías consideradas realmente urgentes. (Carret, ML. 2009).

Los motivos que llevan a los pacientes a buscar atención médica, tienden a ser similares en muchos lugares y son un factor importante, a la hora de decidir acudir a un servicio de emergencias. Algunos de esos motivos tienen que ver con dolor agudo, con exacerbaciones de dolor crónico, como por ejemplo lumbalgias que los conducen a buscar analgesia o pruebas diagnósticas que no logran conseguir en atención primaria. En distintos estudios se ha descrito que uno de los síntomas que más lleva a la gente a buscar los servicios de emergencias es el dolor. (Blank FS, 2005) También los síntomas respiratorios como por ejemplo el resfriado puede representar hasta un 25% de las consultas en estos servicios. Las enfermedades de la piel representan otro motivo que se tiene que tomar en cuenta a la hora de analizar las causas médicas por las cuales se buscan estos servicios. (Alyasin, 2014)

En un estudio realizado en Brasil en el año 2011, se identificaron las causas médicas principales de consulta en los servicios de emergencias y se detectaron las 10 causas más prevalentes de consulta, de la siguiente manera: cefalea (9,22%), lumbalgia (6,57%), dolor abdominal (5,08%), dolor torácico (4,70%), dolor en miembros inferiores (3,56%), dolor de garganta (3,18%), tos (3,03%), epigastralgia (3,00 %), disnea (2,89%) y disuria (2,30%). Llama la atención que de todos estos casos, apenas el 0,2% requirió hospitalización y el 74,1% fueron dados de alta después de la consulta. (Oliveira, 2011).

En Suecia se realizó un estudio a gran escala, en el que se comparó durante un periodo de nueve semanas una población de pacientes que consultaron en clínicas de atención primaria y se comparó este grupo contra otro grupo de pacientes que consultaron en el servicio de emergencias pero que fueron clasificados como no urgentes. Se encontró que no hubo diferencia en cuanto a edad, ni género pero sí se encontró que aquellos que consultaron en los servicios de emergencias presentaban menos tiempo de presentar los síntomas que aquellos que habían consultado en los servicios de atención primaria. Las principales causas médicas de consulta no urgente en los servicios de emergencias fueron problemas digestivos (23%), del sistema músculo-esquelético (20%) o causas debidas a traumas (19%). Apenas 5% de las causas de consulta en los servicios de emergencias se debían a problemas respiratorios, mientras que en los

servicios de atención primaria esta era la principal causa de consulta, representando el 47% de las consultas. (Backman, 2008).

Se ha determinado que las principales causas médicas de consulta en la población hiperfrecuentadora de los servicios de emergencias incluyen: enfermedades crónicas, cáncer, enfermedad gastrointestinal, enfermedades cardiovasculares, y las enfermedades pulmonares. También se ha encontrado una alta prevalencia de trastornos mentales, dentro de los que destacan depresión mayor, trastorno de ansiedad, trastorno somatoforme, trastorno de dolor, y dependencia y abuso de sustancias (Pines, 2011).

Los principales diagnósticos en el servicio de emergencias del C.A.I.S. Dr. Marcial Fallas Diaz durante el año 2014 fueron:

1. Infección de vías respiratorias superiores
2. Dolor abdominal
3. Diarreas
4. Traumatismos varios
5. Fiebre de origen desconocido
6. Dorsalgias

(Informe anual del servicio de emergencias. CAIS Dr. Marcial Fallas D. CCSS)

6.9 Perfil del paciente que consulta por no urgencias en los servicios de emergencias de otros países.

Existen factores implicados en el aumento de la demanda de los servicios de emergencias que incluyen: edad, sexo, educación, ingresos, estado de salud percibida y las comorbilidades del individuo. Dentro de los factores asociados a la utilización del servicio de emergencias por motivo no urgente, se encontró que los adultos jóvenes son más propensos a tener visitas no urgentes que los adultos mayores, lo cual está muy relacionado al acceso rápido sin citas y flexibilidad en horarios. Sin embargo, las personas de mayor edad tienen hasta 2,4 veces más riesgo de ser hiperfrecuentadores en estos servicios en comparación con los de menor edad.

Se han llevado a cabo muchos estudios que reportan cierto perfil del paciente no urgente que utiliza el servicio de emergencias, siendo en su mayoría mujeres, más bien de mayor edad, por debajo del umbral de pobreza, con pobre estado de salud y en algunos casos son pacientes que no cuentan con seguro social. El estado civil, las visitas previas a la consulta de atención primaria y la hospitalización reciente no mostraron relación alguna con las visitas a emergencias por motivo no urgente, no así para aquellos que regularmente asisten a emergencias los cuales son más propensos a seguir repitiendo este patrón. Pero sí se ha visto en algunos estudios, que entre los solteros y divorciados hay mayor tasa de consultas frecuentes por causas no urgentes, que quienes se encuentran en una relación de pareja.

En cuanto a la raza, se encontró que en países desarrollados las personas de raza negra tienen mayores tasas de visitas a urgencias por motivo no urgente. Esta situación se observa también en personas de bajos ingresos y de quienes carecen de seguro de salud, ya que al utilizar este recurso como alternativa no tienen que pagar de inmediato por el servicio, por otro lado, en un centro de atención primaria de no ser afiliado deben pagar. Lo que sí se ha determinado, con bastante seguridad es que generalmente los hiperfrecuentadores en los servicios de emergencias tienden a estar en mayor condición de pobreza, en comparación contra quienes consultan con menor frecuencia. (Pines, 2011)

En entrevistas realizadas en esta población se encontró que en relación al sexo fueron aproximadamente una mezcla igual de varones (50,4 %) y mujeres (49,6 %) . La mayoría (86,2 %) eran adultos y jóvenes de mediana edad entre los 20 y 64 años, que viven en ambientes predominantemente urbanas (85,9 %) , con ingresos medios o altos al hogar (92,2 %) y buena educación, al menos un diploma de secundaria (84.1 %). (Moineddin, R. 2011).

En cuanto a la percepción subjetiva de la salud de los encuestados, 51,9 % consideraron que no tenían condiciones médicas crónicas y los que calificaron su estado de salud como excelente fue de un 56.8 %. La mayoría de los encuestados (62,5%) tenían cinco o menos puntos de los Grupos Diagnósticos Ambulatorios utilizados en ese estudio, lo que indica un perfil relativamente bajo de comorbilidad. (Moineddin, R. 2011).

Los factores asociados al uso inapropiado del servicio de emergencias en distintas revisiones fueron los grupos de menor edad comprendido entre la edad de 15 a 49 años, aquellas personas que laboran a tiempo completo, el sexo femenino, la ausencia de comorbilidades, el menor gasto en salud, pacientes que no habían sido referidos por un profesional médico, los que no tienen un médico de cabecera o un sitio formal de consulta para la atención primaria y/o los que manifiestan dificultad en el proceso de adquisición de cita en el servicio de atención primaria. Llama la atención que en esta revisión no se encontró ninguna asociación entre el estado civil, raza, escolaridad ni el nivel socioeconómico.

Es interesante que en el grupo de adultos mayores, el uso de los servicios de emergencias se considera adecuado en la mayoría de los casos, incluso en situaciones que podrían ser manejados en los niveles más básicos de atención, ya que muchos de estos pacientes debido a su condición de fondo, terminan por realizárseles pruebas complementarias o administrándoseles medicamentos intravenosos. En cuanto al sexo femenino, la asociación podría explicarse por el hecho que las mujeres utilizan más los servicios de salud, y mantienen esta misma tendencia con el uso inapropiado del servicio de emergencia.(Carret, ML. 2009).

6.10 Circunstancias que llevan a los usuarios no urgentes a consultar en los servicios de emergencias en otros países.

Los departamentos de emergencias son las instalaciones de tratamiento médico, diseñados para brindar atención episódica a los pacientes que sufren de lesiones y enfermedades agudas, así como pacientes que están experimentando brotes esporádicos de las condiciones médicas crónicas que requieren atención urgente. La literatura científica sugiere que la demanda de servicios del departamento de emergencias ha aumentado en las últimas décadas en muchos países, incluyendo: Singapur, España y Estados Unidos. El cambio de las preferencias de los consumidores pueden estar relacionados con este aumento en la demanda de servicios de salud de emergencia. Por ejemplo, la investigación nos sugiere que ciertos subgrupos de pacientes pueden no tener acceso a un proveedor de atención primaria en todo, y que por lo tanto tienden a utilizar el servicio de emergencias como una fuente regular de atención. Para aquellos que pueden acceder a la atención primaria en la comunidad, su elección para visitar un servicio de emergencias puede ser atribuible a la comodidad y la

facilidad de acceso a los servicios de emergencia, en relación a los servicios de atención primaria, en sus ubicaciones geográficas. (Pines, 2011)

Un tema de controversia es que la falta de acceso a un médico de atención primaria en la comunidad es atribuible a una mayor utilización de los servicios del departamento de emergencias. En un estudio realizado en Ontario, encontró que la mayoría de los usuarios frequentadores del servicio de emergencias también tienen contacto periódico con los médicos de atención primaria. Este es un hallazgo similar al estudio de Andren, en el que no observó ninguna diferencia en la utilización de los servicios de los médicos de atención primaria entre los usuarios policonsultantes y los usuarios no policonsultantes de los servicios de emergencias. Por el contrario, los estudios de Quebec y Brasil apuntan que la falta de acceso a los médicos de base comunitaria y la mala continuidad de la atención son predictores principales al aumento en la demanda de servicio de emergencias. (Pines, 2011).

Un interesante predictor de la utilización de estos servicios, es la ubicación de la residencia principal del paciente. Los estudios realizados en Ontario y Quebec sugieren que los pacientes con residencias rurales utilizan los servicios del departamento de emergencia a mayores tasas que los que residen en zonas urbanas. (Pines, 2011).

La cultura y costumbres de una población, los rasgos de personalidad y la aversión al riesgo, pueden ser determinantes en el aumento de las consultas no urgentes. La percepción de la urgencia de la enfermedad, que es una función tanto de las creencias y conocimientos sobre lo que es una emergencia personal, es un hallazgo común en estos pacientes. El 76% de los usuarios eligen el servicio de emergencias por que sienten que van a recibir una mejor atención y en menor grado aquellos que no están satisfechos con su médico de cabecera.

La facilidad con la que un usuario puede buscar atención en función de tiempo, flexibilidad de pago, acceso y ubicación, son motivos de conveniencia que juegan un papel importante en el impulso de la utilización de estos servicios, los estudios revelan que el 60% de estos pacientes considera que el servicio de emergencias es más conveniente que el consultorio de atención primaria y el 42% eligió el servicio de emergencias debido a la flexibilidad de pago, es decir que pueden recibir atención y pagar en otro momento. (Pines, 2011).

En un estudio realizado en Arabia Saudita, se encontró que las principales motivos no urgentes por los cuales los pacientes consultaron al servicio de emergencias tenían que ver con el hecho de carecer de un proveedor de salud, la conveniencia de recibir atención el mismo día, y la facilidad de recibir atención médica. Otras razones incluían la percepción que los médicos de servicios de emergencias brindan una mejor calidad de atención que otros servicios de salud, también se considero el acceso a exámenes de laboratorios y de gabinete, así como la urgencia autopercebida del problema médico. (Alyasin, 2014).

6.11 Motivaciones psicológicas que llevan al usuario no urgente a optar por el uso de los servicios de emergencias.

Los pacientes que utilizan con mas frecuencia las consultas poseen un conjunto de creencias específicas: tienden a percibir sus síntomas como más graves (mas intensos y frecuentes), y se sienten mas vulnerables o susceptibles a padecerlos. Los pacientes con enfermedades somáticas crónicas utilizan con más frecuencia los servicios cuando se añaden síntomas depresivos, también los que presentan algunos rasgos y trastornos de la personalidad, especialmente la personalidad histriónica y dependiente.

La depresión, la ansiedad, la hipocondría, los trastornos adaptativos y los problemas mentales menores y los trastornos de somatización predicen la hiperutilización. El menor tamaño familiar, la familia monoparental, el divorcio, la viudez, la soledad, el déficit de apoyo social y la disfunción familiar se relacionan con la hiperutilización. (Zurro, M. 2014).

Es interesante conocer el razonamiento de los pacientes que manifiestan el impulso de consultar al servicio de emergencias, ya sea por primera vez o de manera persistente por motivo no urgente. En general podríamos clasificarlos en 4 categorías: el primero está correlacionado en gran parte con la autopercepción de la gravedad de un problema, que puede ser interpretado como una gran necesidad de encontrar alivio inmediato al dolor, al disconfort, o bien a la tranquilidad de un diagnóstico y la necesidad de asegurarse que su problema o preocupaciones en cuanto a su condición no se traten de un peligro o de que pueda tornarse en algo más serio, muchas veces las personas

acuden en busca de una segunda opinión o para reforzar un diagnóstico que les tranquilice. (Lega F, 2008)

El segundo grupo son aquellos que por otras distintas razones prefieren hacer uso del servicio de emergencias, dentro de los que cabe mencionar: mayor confianza, conveniencia en cuanto a ser valorados por un especialista y a realizarse un examen de laboratorio en una visita y en un mismo lugar y para algunos casos menor costo, menor tiempo de espera para ser examinados, mayor accesibilidad, satisfacción en experiencias previas y mayor familiaridad en comparación con la insatisfacción y pérdida de confianza en los servicios de atención primaria y en los médicos generales.(Lega F, 2008).

El tercer grupo se trata de aquellos pacientes que manifiestan claramente su preferencia a la atención primaria, pero tienen dificultad para acceder al servicio ya sea por la imposibilidad de conseguir una cita a corto plazo, o por larga espera para ser atendido o por el factor tiempo, dado que las citas son asignadas en horas de trabajo, lo que les lleva inapropiadamente a consultar al servicio de emergencias. Por otro lado, están aquellos pacientes que no se encuentran asegurados o que por su condición migratoria irregular no tienen acceso a la atención primaria.(Lega F, 2008).

El cuarto grupo son aquellos pacientes que son referidos según el consejo de un médico general, paramédico o farmacéutico. Esta situación depende mayormente de los profesionales de atención primaria que en algunas circunstancias pueden ser extremadamente cautelosos o que podría tratarse de negligencia o aquiescencia excesiva de los médicos a las solicitudes de los pacientes particularmente insistentes. (Lega F, 2008).

Algunos estudios han confirmado, que el nivel de ansiedad de los pacientes que consultan en los servicios de emergencias es mayor que la de los que consultan en niveles de atención primaria, y además, la percepción de los síntomas tiende a ser mayor en los primeros. Llama la atención que son las personas jóvenes las que presentan mayores niveles de ansiedad. (Backman, 2008).

6.12 Opinión de los profesionales en salud ante las consultas no urgentes en los servicios de emergencias.

Un estudio realizado por enfermeras en la sala de emergencias de un hospital en Israel, logró identificar algunas de las características de autoreferencia en condiciones no urgentes de los pacientes y compararlas con la percibidas por las enfermeras. Los participantes fueron 73 clientes israelíes que llegaron a emergencias sin remisión de un médico, durante el turno de la mañana, y fueron dados de alta después del tratamiento. Se encontró que su edad media fue de 39,4 años, la mayoría de los casos fueron problemas ortopédicos, más del 60% indicó que habían elegido la sala de emergencia porque el tratamiento no era mejor, y un tercio informó que por lo general recurren al servicio cuando se sienten enfermos. En la mayoría de los casos, las visitas fueron dentro de 3 horas del inicio de los síntomas emergentes, y alrededor de un tercio de los participantes indicaron que últimamente habían estado bajo situaciones de estrés y ansiedad. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las enfermeras y los pacientes, en la evaluación de la urgencia de la visita. Si bien la mayoría de los clientes (77%), consideraron que su condición era urgente, la mayoría de las enfermeras (78%) evaluaron las mismas condiciones como no urgentes. (Rassin, M. 2006).

Una parte importante de los pacientes que acuden a servicios de emergencias hospitalarios, se presentan con problemas de salud que se clasifican como no urgente. Ante las alteraciones que se experimentan en estos servicios tales como largas esperas y el hacinamiento, se ha sugerido que la prestación de servicios de atención primaria en los departamentos de emergencia, en pacientes con problemas no urgentes puede ser una alternativa eficiente y rentable para la atención de emergencia.

Se llevó a cabo una revisión que incluyó tres estudios no aleatorios, con un total de 11.203 pacientes, 16 médicos generales, y 52 médicos especialistas, y se evaluó el efecto de introducir médicos generales para atender a los pacientes con problemas no urgentes, en vez de especialistas en emergencias. Los resultados informados fueron similares en todos los estudios. Dos estudios, que incluyeron 9.325 pacientes y que se realizaron en los hospitales de enseñanza urbana, demostraron que los médicos generales ordenan menos exámenes de sangre y radiografías y admiten un menor

número de pacientes en el hospital que los médicos especialistas. (Khangura JK, 2012).

Además, estos estudios demostraron que los especialistas en emergencias refieren más pacientes y prescriben más medicamentos que los médicos de familia. Estos dos estudios mostraron ahorros en los costos marginales de la intervención y mostraron limitada evidencia sobre los resultados de salud según el auto-reporte de los pacientes. (Khangura JK, 2012).

Un tercer estudio no informó diferencias entre los dos enfoques con respecto a los análisis de sangre, radiografías u hospitalizaciones. Se mostró que los médicos generales refieren a más pacientes y prescriben más medicamentos que los especialistas. Este estudio incluyó a un menor número de participantes, 1878 pacientes, y utiliza un sistema de triaje estructurado que puede haber dado lugar a errores de clasificación de pacientes en grupos urgentes y no urgentes.

Ninguno de los estudios incluidos proporcionó datos sobre los tiempos de espera de los pacientes, la duración de la estancia hospitalaria, los efectos adversos o la mortalidad. En general, la evidencia es de muy baja calidad, la seguridad no ha sido examinada a fondo y los resultados son dispares. La evidencia sugiere que no hay base suficiente sobre la cual extraer conclusiones sobre la efectividad y seguridad de la atención prestada por los médicos generales frente a especialistas para pacientes no urgentes en los servicios de emergencias. (Khangura JK, 2012).

Con respecto a la percepción de cuán urgente puede ser o no ser una consulta, la perspectiva difiere de manera significativa entre los pacientes y el personal de salud. Por ejemplo: en Australia se encontró que no existe correlación entre la percepción del paciente y la categoría del triaje (Callen 2008). En otros casos algunos pacientes urgentes no consideraban que su condición pusiera en riesgo la vida o que requiriera atención inmediata. Mientras que en muchos casos, los pacientes no urgentes que fueron categorizados en el triaje como no urgentes, se consideraban a si mismos urgentes. Un estudio canadiense evidenció que el 19.4% de los pacientes catalogaban su consulta como no urgente, mientras que la percepción de los médicos fue que un 45.2% de las consultas eran no urgentes y en el caso de las enfermeras esta percepción de no urgencia ascendía a un 63.7% de las consultas (Harris 2004). Algunos de los motivos para este desacuerdo pueden incluir factores tales como la prontitud de la

atención, empatía, expertise técnica como provisión de información a los pacientes y manejo efectivo del dolor, lo cual se relaciona con la satisfacción del paciente en la sala de emergencias. (Welch 2010).

6.13 Estrategias implementadas a nivel mundial para afrontar la sobreutilización de los servicios de emergencias en consultas no urgentes.

Debido a los altos costos que representan las consultas no urgentes en los servicios de emergencias desde hace pocos años, en los Estados Unidos se ha implementado una alternativa que incluye dos tipos de clínicas para atender situaciones agudas, pero no urgentes, las UCC (Urgent Care Centers) y las RCC (Retail Care Clinics), las cuales tienen el equipo mínimo necesario para atender la mayoría de las situaciones no urgentes sin que el paciente tenga por ello que esperar días para ser atendidos, y se estima que el uso de estas clínicas, pudiera representar un ahorro de hasta 4400 millones de dólares anualmente. Se realizó un estudio que combinaba un componente económico y otro componente educativo para estimular el uso de estas clínicas en vez de las salas de emergencias, y se encontró que cuando se establece un pago adicional por consulta a los servicios de emergencias (aunque el paciente esté asegurado) existe una disminución significativa en la tasa de consultas no urgentes. El componente educativo consistía en un folleto explicativo que detallaba síntomas que se consideraban para poder ser atendidos en esas clínicas alternas. Este estudio presentó resultados promisorios que hicieron ver, que un cobro adicional aunado a la educación del paciente es una estrategia factible para disminuir, las consultas no urgentes. (DeVries 2013).

Las visitas innecesarias a los servicios de emergencias hospitalarios constituyen un importante problema para el sistema nacional de salud, con implicaciones en la calidad de la asistencia y en los costes, que no sólo se mantiene, sino que continúa incrementándose a pesar de las estrategias desarrolladas para su contención. Esta problemática compartida con los sistemas sanitarios de la mayor parte de los países desarrollados, requiere el desarrollo de intervenciones y políticas prácticas para su resolución, o por lo menos, su contención y evaluar la efectividad de tales estrategias.

Diversos trabajos sitúan la proporción de visitas inadecuadas a los servicios de emergencias hospitalarios entre el 20% y el 80% del total. Este amplio intervalo se debe, en buena parte, a la inexistencia de un consenso en torno a la definición de urgencia y el nivel asistencial idóneo para la atención de cada situación posible que conduce al uso de juicios subjetivos para evaluar la inadecuación. Es por esto que este estudio propone el desarrollo y validación de un instrumento o protocolo, cuyo objetivo es la identificación de urgencias hospitalarias inadecuadas. En este trabajo se construyó un protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias (PAUH) el cual incluía 5 dimensiones: criterios de gravedad, criterios de tratamiento, criterios de intensidad diagnóstica, criterios aplicables solo a pacientes que acuden espontáneamente y otros criterios. Este protocolo se empleó en una muestra aleatoria de 100 historias clínicas de urgencias, y se evaluó su índice de concordancia intra e inter observadores y su validez de criterio y predictiva frente al juicio de expertos. El resultado mostró una excelente fiabilidad tanto intra como inter observadores, por lo tanto el PAUH se comporta como un instrumento muy fiable y capaz de identificar la fracción mas claramente inadecuado de las visitas inadecuadas a los servicios de emergencias hospitalarias. Estas características lo hacen especialmente útil para las comparaciones entre centros y el seguimiento a lo largo del tiempo o la monitorización de intervenciones para reducir el uso inapropiado (Sempere, T. 1999).

En Italia se han tomado recientemente medidas que han afectado el sistema nacional de Salud. Se aprobó una ley para mejorar la eficacia del sistema de atención primaria, costos y efectividad, al permitir atención médica en estos servicios 24 horas al día los 7 días de la semana. Esto ha disminuido notablemente la cantidad de consultas en los servicios de emergencias, logrando así una reducción en costos, hasta de un 27,5% por año. Solo en la región de Venetto se logró una reducción de los costos en los servicios de emergencias en 2,426,000 euros, con esta medida. (Vedovetto, 2014).

En muchos países se han llevado a cabo medidas para tratar de reducir el número de consultas no urgentes a los servicios de emergencias. Por ejemplo, en el año 2011 en Texas (EU) para consultas pediátricas se les dio a los padres un folleto con instrucciones de cómo manejar algunos de los problemas de salud básicos en los niños e instrucciones para tomar mejores decisiones al momento de decidir si se debe o no llevar al niño a la sala de emergencias. En Japón se ha estado utilizando un triaje telefónico para resolver algunas consultas sobre problemas de salud. El hecho de tener

servicios de atención primaria de alta calidad también se ha visto que disminuya el número de consultas no urgentes a los servicios de emergencias. (Vedovetto, 2014).

En Costa Rica algunas clínicas como por ejemplo la de Coronado, ha intentado enfrentar esta problemática destinando una área vespertina, para la atención de padecimientos menores. (Quesada, 2015).

En Estados Unidos, donde los seguros médicos son muy altos y existe una alta proporción de gente no cubierta por ningún seguro, se estima en billones de dólares los gastos que representan las consultas no urgentes, que muchas veces terminan saliendo de los bolsillos de los mismos usuarios. Justamente en el estado de Rhode Island se implementó una estrategia para tratar de solventar un poco este problema y se crearon clínicas gratuitas para la atención de este tipo de consultas no urgentes. Estas clínicas son atendidas por enfermeras muy entrenadas en el manejo de las principales patologías, quienes a su vez tienen a disposición la guía médica vía telefónica en caso de dudas. Este tipo de clínicas han llegado a ser una gran solución a la alta demanda de consultas no urgentes en los servicios de emergencias, representando ahorros millonarios, además que es un medio por el que se da promoción para la salud y prevención de la enfermedad y sus secuelas. (Bicki, 2013).

7. Marco Metodológico

7.1 Enfoque de la investigación:

El presente trabajo constituye una investigación de tipo cualitativo de carácter exploratorio, descriptivo e interpretativo. Para esta investigación se utilizó un enfoque etnometodológico, cuya característica distintiva radica en su interés por centrarse en el estudio de los métodos o estrategias empleadas por las personas para construir, dar sentido y significado a sus prácticas sociales cotidianas (Rodríguez 1996).

El enfoque etnometodológico nos permite entender desde una perspectiva sociocultural, las características que llevan a los pacientes a tener consultas no urgentes en el servicio de emergencias y a entender las estrategias y métodos utilizados para conseguir este fin. Por eso, la etnometodología nos ha facilitado investigar directamente en la clínica este proceso y todas las características que se desarrollan alrededor de este fenómeno y de esa manera, tener una mayor cercanía con las realidades socioculturales de la población que influyen en la decisión de buscar atención urgente, a pesar de no serlo. Asimismo, la etnometodología nos permitió tener un acercamiento a la interpretación que la población tiene acerca de lo que es una urgencia.

7.2 Fases del Estudio

El estudio constó de tres fases: trabajo de campo, analítica e informativa.

Es importante mencionar que la recolección de datos y el análisis en los estudios cualitativos se hizo de forma casi concomitante..

7.3 Trabajo de Campo:

7.3.1 Población de estudio

La población de estudio estuvo conformada por los pacientes adultos que acudieron al servicio de emergencias del CAIS Dr. Marcial Fallas Díaz en el horario matutino (6:00

am a 2:00 pm de lunes a viernes) que en el triaje fueron considerados como consultas “no urgentes” (clasificados como verdes o blancos) por los médicos de puerta.

7.3.2 Criterios de inclusión

- a) Pacientes mayores de edad que consultaron al servicio de emergencias del CAIS Dr. Marcial Fallas Díaz en el horario matutino y que por área de atracción pertenecen a esta clínica.
- b) Pacientes que fueron catalogados como “verdes o blancos” según la clasificación utilizada en el Servicio de Emergencias del CAIS Dr. Marcial Fallas Díaz.
- c) Pacientes que firmaron el Consentimiento Informado.

7.3.3 Criterios de exclusión

- a) Pacientes que no hablen el idioma español.

7.3.4 Tiempo de Estudio:

La recolección de los datos se llevó a cabo durante los meses de agosto y septiembre del año 2015, hasta que se alcanzó la saturación teórica con 40 pacientes.

7.3.5 Momentos de Estudio :

a) Momento 1: Perfil del Paciente

Inicialmente se identificó el perfil de los pacientes catalogados como no urgentes durante el primer semestre del 2015, mediante las bases de datos del C.A.I.S. Dr. Marcial Fallas Díaz para ese período. Se identificaron las siguientes variables:

- **Grupo etario:** Se incluirán los siguientes grupos:
 - 18 a 45 años
 - 46 a 64 años
 - 65 años o mayores

- **Sexo:** Hombre o mujer

- **Diagnóstico:** Según el CIE-10. Se buscarán los primeros 10 diagnósticos de consulta.

- **Pertenencia al área de atracción:** Si pertenece o no al área de atracción del CAIS Dr. Marcial Fallas Díaz.

- **Condición de asegurado:**
 - Asegurado
 - No asegurado

- **Estado Civil:** Condición del paciente en cuanto a su relación de pareja:
 - Soltero
 - Casado
 - Unión Libre
 - Divorciado
 - Separado
 - Viudo

Con base a cada una de estas variables se hizo un gráfico de barras para representar a toda la población consultante en general clasificada como no urgente y se compararon los datos con los pacientes no urgentes del primer semestre de 2015. Posteriormente se hizo un análisis descriptivo de los datos obtenidos.

b) Momento 2: Técnica de Recolección de Datos. Descripción del Método RAP

Incluye la recolección cualitativa de los datos a los participantes, siguiendo estos pasos:

- ❖ **Paso 1:** Se contactó en primer lugar a los médicos de puerta del CAIS Dr. Marcial Fallas Díaz, encargados de realizar el triaje, una vez identificados aquellos pacientes que fueron catalogados como blancos o verdes en el servicio de emergencias y que se haya corroborado esta información mediante el Medisys.
- ❖ **Paso 2:** Posterior a la consulta médica se invitó a los pacientes a pasar a un cubículo aparte para la realización de una entrevista y se les entregó un consentimiento informado en el que se les explicó el propósito del estudio. Aquellos que firmaron dicho consentimiento y accedieron a participar se les realizó una entrevista con una duración aproximada de 10 minutos, para lo cual se utilizó la guía de “Preguntas Generadoras” que aparece en el Anexo 1.
- ❖ **Paso 3:** La entrevista se grabó con audio y durante la entrevista se tomaron notas de campo para identificar frases clave que llevaron a los investigadores a la detección de códigos.

7.3.5.1 Técnica de recolección de los datos:

Se utilizó el método RAP “Rapid Assessment Process” o “Proceso de Evaluación Rápida”, el cual se define como un proceso intensivo de investigación cualitativa, basado en el trabajo en equipo, el cual utiliza la triangulación, análisis de datos reiterativos y recolección adicional de datos para desarrollar una comprensión preliminar rápida de la situación en estudio desde la perspectiva del sujeto.

La recolección de datos se realizó mediante la interacción con la gente y el escuchar sus historias. El acrónimo “RAP,” (Rapid Assessment Process) expresa la necesidad de una adecuada comunicación con los participantes mediante el uso de su propio vocabulario y ritmo; en ese sentido se entiende “rap” como el hablar de manera libre y

franca. “Rápido” significa un mínimo de 4 días y hasta un máximo de 6 semanas, por ello se realizaron las entrevistas a los participantes durante los meses de agosto y septiembre de 2015 en horario matutino, los días lunes. (Beebe J, 2001)

“Proceso” tiene que ver con una serie de acciones y operaciones que conduzcan a un fin como tal. El proceso sugiere que se debe dar tanta importancia a la forma como se recolecta la información, como a los resultados mismos. En esta investigación el proceso incluyó entrevistas semiestructuradas, observación participante y recolección de datos mediante notas de campo y grabación de audio de cada entrevista, posterior a lo cual se realizó el análisis. Dentro de las técnicas del proceso, se incluyeron la triangulación de datos y la triangulación de los investigadores, que se detalla a continuación (Beebe J, 2001):

7.3.5.2 Triangulación de los Investigadores:

Se refiere a varios observadores en el campo de la investigación, cada uno con un rol previamente asignado. En esta investigación se contó con la participación de dos investigadores, ambos participaron en la entrevista, sin embargo cada uno llevó por aparte sus propias anotaciones en libretas apartes, las cuales se compararon después de cada entrevista para identificar coincidencias. Si bien, uno de los investigadores fue quien hizo las preguntas el otro podía interactuar también con el participante del estudio aclarando algún concepto. El investigador que no lidera la conversación vigilaba que la grabación de la entrevista se estuviese llevando a cabo de manera adecuada y se identificaron características del lenguaje no verbal del participante que pudieran aportar información adicional en la recolección de los datos.

Al final se compararon las anotaciones y se realizó la codificación de ambos investigadores para encontrar coincidencias o diferencias.

7.3.5.3 Triangulación de Datos:

Es la consulta en las fuentes de información, que toma en cuenta distintos actores del contexto. Para realizar la triangulación de datos es necesario que los métodos utilizados durante la observación o interpretación del fenómeno sean de corte cualitativo para que éstos sean equiparables. Esta triangulación consiste en la verificación y comparación de la información obtenida en diferentes momentos mediante los diferentes métodos. (Okuda, 2005). Para esta investigación la triangulación de los datos se hizo comparando

las notas de campo, con la técnica de vagabundeo y con la información obtenida mediante las grabaciones en audio, a partir de lo cual comenzó el proceso de codificación y posteriormente se realizó el análisis de los datos. A pesar que el “proceso de evaluación rápida” se puede referir a una evaluación sencilla expedita, no todo lo que se etiqueta como “evaluación rápida” cumple el rigor metodológico del RAP. ‘Rápido’ significa que los resultados deben obtenerse de 1 a 6 semanas. Existe un consenso cada vez mayor entre los investigadores acerca del hecho que es extremadamente difícil completar el proceso de recolección de datos, hacer el análisis de los datos, recolectar datos adicionales y preparar el reporte en tan solo 4 días. “Rápido” no significa “a la carrera.” La evaluación rápida utiliza las técnicas y comparte muchas de las características de la etnografía pero difiere en dos puntos importantes: (1) siempre tiene que haber más de un investigador involucrado en la recolección de datos, con la triangulación de datos basada en el trabajo en equipo, y (2) siempre hay más de un investigador involucrado en la aproximación reiterativa de los análisis de datos y de la recolección adicional de datos. (Beebe, 2004.) Para ello en esta investigación se contó con dos investigadores que participaron en la recolección de los datos, ambos participando en la entrevista y en el análisis. Fue la saturación teórica, la cual marcó el momento en que la información obtenida fue suficiente como para considerar que los datos que se obtuvieron tenían suficiente peso.

7.3.5.4 Saturación Teórica:

En las investigaciones orientadas a producir teoría, el investigador debe juzgar continuamente cuantos casos debe incluir y cuantos grupos debe muestrear para cada punto teórico. El criterio para establecer cuando cesa ese muestreo es lo que se conoce como la saturación teórica de una categoría. (Kornblit A, 2004).

Se consideró que se alcanzó la saturación teórica, cuando se entrevistó un número suficiente de participantes, de manera que no se obtuviera información adicional ante las preguntas que se les plantearon. Se consideró que se llegó a este punto cuando por lo menos 10 sujetos respondieron de manera similar a la entrevista sin que aportaran nueva información y se empezaba a repetir una y otra vez la misma información (Beebe, 2004).

7.4 Análisis de los datos

El análisis se hizo mediante el software ATLAS.ti, en el cual se identificaron códigos y se determinaron las relaciones entre temas emergentes. ATLAS.ti es una herramienta informática cuyo objetivo es facilitar el análisis cualitativo, de principalmente grandes volúmenes textuales. Puesto que su foco de atención es el análisis cualitativo, no pretende automatizar el proceso de análisis, sino simplemente ayudar al intérprete humano agilizando considerablemente muchas de las actividades implicadas en el análisis cualitativo y la interpretación, como por ejemplo la segmentación del texto en pasajes o citas, la codificación, o la escritura de comentarios y anotaciones; es decir, todas aquellas actividades que, de no disponer del programa, realizaríamos ayudándonos de otras herramientas manuales como papel, lápiz, fichas, fotocopias, etc.

Las fases del análisis cualitativo se pueden resumir en el siguiente esquema:

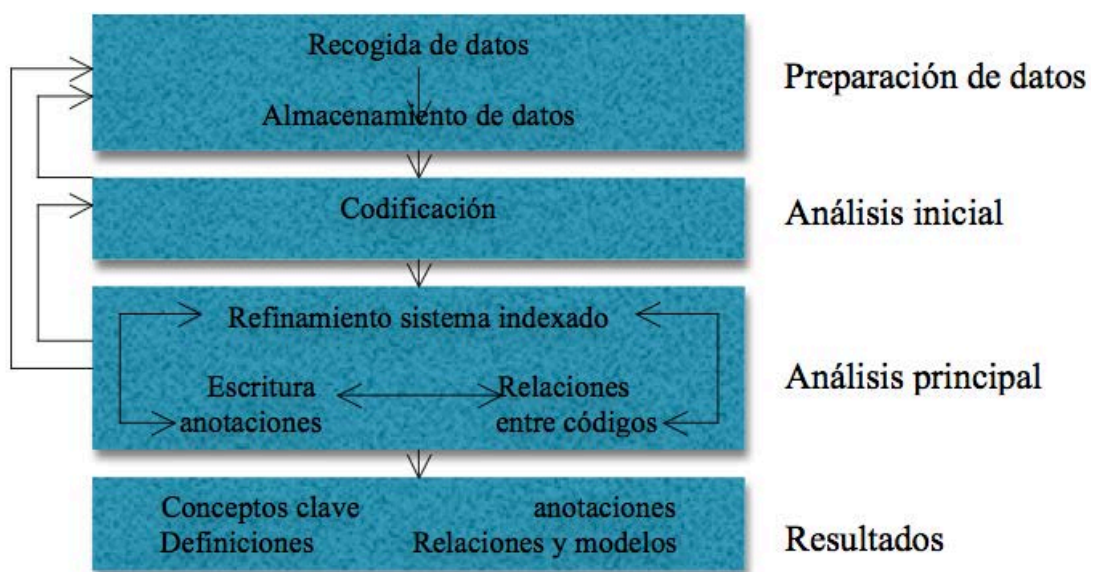


Figura 4. Fases de un análisis cualitativo, según Pidgeon y Hendwood (1997:88)

Esta fase analítica consta a su vez de las siguientes etapas:

- Reducción de datos
- Disposición y transformación de datos
- Obtención de resultados
- Verificación de conclusiones.

El proceso de análisis de datos mediante el programa ATLAS.ti involucra los siguientes elementos:

- **Documentos Primarios:** Son la base del análisis, es decir “los datos brutos”. Pueden ser datos textuales, imágenes e incluso video.
- **Citas (“Quotations”):** Son fragmentos de los documentos primarios que tienen algún significado, es decir son los segmentos significativos de los documentos primarios. Podemos entenderlos como una primera selección del material de base, una primera reducción de los datos brutos.
- **Códigos (“Codes”):** Los códigos suelen ser (aunque no necesariamente) la unidad básica de análisis. Habitualmente el análisis se basa en ellos. Podemos entenderlos como conceptualizaciones, resúmenes o agrupaciones de las citas, lo que implica un segundo nivel de reducción de datos. Aún así debemos tener en cuenta que no necesariamente tienen porqué estar relacionados con las citas, es decir, los códigos pueden utilizarse también como “conceptos” útiles para el análisis que no, necesariamente tienen una relación directa con fragmentos de texto.
- **Anotaciones (“Memos”):** Son el cuarto de los componentes principales, junto a documentos, citas y códigos. Aunque cada uno de los componentes anteriores pueden tener asociado un comentario, podemos entender las anotaciones como comentarios de un nivel cualitativamente superior, puesto que son todas aquellas anotaciones que realiza el analista durante el proceso de análisis y que pueden abarcar desde notas recordatorias, hipótesis de trabajo, etc hasta explicaciones de las relaciones encontradas, conclusiones etc, que pueden ser utilizadas como punto de partida para la redacción del informe.
- **Familias:** De la misma forma como los códigos pueden ser vistos como agrupaciones de citas, el ATLAS.ti permite agrupar en Familias el resto de componentes principales (documentos, códigos y anotaciones). Estas agrupaciones pueden ser un primer paso en el análisis conceptual.
- **Redes (“Networks”):** Son uno de los componentes más interesantes y característicos del Atlas.ti y uno de los elementos principales del trabajo conceptual. Permiten representar información compleja de una forma intuitiva mediante representaciones gráficas de los diferentes componentes y de las

relaciones que se hayan establecido entre ellos.

7.4.1 Proceso de Codificación:

Las frases se codificaron dentro del trasunto de cada grupo de enfoque y se identificaron patrones y temas mediante búsquedas de palabras y frases claves. Se realizó una codificación de cada párrafo mediante los métodos de codificación sugeridos por Saldaña (2009) para identificar y resumir temas o áreas que emerjan de los datos para contestar las preguntas sobre temas específicos de investigación. Después de leer los párrafos varias veces, utilizando métodos del muestreo teórico (grounded theory en inglés) (Strauss, 1990) se codificaron individualmente los trasuntos seleccionados de acuerdo a las preguntas de investigación.

En el caso de la investigación cualitativa no es posible identificar con anticipación los códigos antes de la recolección de los datos, ya que los códigos van apareciendo conforme la información se va obteniendo.

Se utilizaron las estrategias de vagabundeo y la construcción de mapas que permitieron identificar las relaciones existentes entre los códigos que aparecen. El vagabundeo es un acercamiento informal al escenario recogiendo datos generales. La construcción de mapas supone un acercamiento formal a partir de las interacciones que ocurren entre los individuos y la institución: características personales y profesionales, competencias, organigramas de funcionamiento, utilización de espacios y tipología de actividades.

7.5 Fase Informativa

Una vez que se recolectó y se analizó toda la información y cuando se alcanzó la saturación teórica, se procedió a elaborar un reporte final que describió las conclusiones de los investigadores. Este reporte se hizo llegar a la dirección médica y a la jefatura de emergencias del CAIS Dr. Marcial Fallas Díaz.

8. Aspectos Éticos

Esta investigación respeta el principio de autonomía debido a que no existió coerción para la participación de ninguno de los pacientes. Se dio la oportunidad de participar en una entrevista después de la consulta médica, previa firma del consentimiento informado, sin embargo el paciente tuvo la oportunidad de retirarse o suspender la

entrevista en el momento que lo considerara oportuno. Se otorgó el espacio para que los participantes se explayaran en sus respuestas sin limitación de tiempo.

En cuanto al principio de beneficencia, el presente estudio permitió a los investigadores tener una visión mas clara acerca de los motivos principales que llevaban a los pacientes a consultar en el servicio de emergencias y por lo tanto, a proponer medidas que pudieran encausar a los participantes a los servicios adecuados de consulta, de acuerdo a la gravedad de su sintomatología y a sus patologías de fondo. El estudio buscó el máximo beneficio del participante al tratar de comprender desde un paradigma etnometodológico los determinantes que influyeron en este tipo de pacientes para la búsqueda de atención urgente.

En ningún momento se hizo daño al paciente, respetando así el principio de no maleficencia, por el cual se empleó un lenguaje claro y directo a la hora de formular las preguntas, y se creó un entorno de confianza de manera que el participante podía sentirse en total libertad de expresar sus opiniones con respecto a las preguntas que se le plantearon.

Se respetó la confidencialidad, de los participantes al obtener la información de manera anónima y bajo ninguna circunstancia se identificó a los participantes mediante su nombre o número de identidad. La información que se obtuvo en este estudio ha permitido identificar estrategias para maximizar la calidad de los servicios de emergencias y a su vez de los servicios de atención primaria, y se detectaron las principales necesidades percibidas de la población usuaria de los servicios de emergencias por motivo no urgente.

En relación al principio de justicia, cualquier persona mayor de edad, sin déficit cognitivo aparente, tuvo la oportunidad de participar en esta investigación sin discriminar por género, raza, nacionalidad, escolaridad o estrato social, entre otros. Se utilizó la misma guía de entrevista para la totalidad de participantes y se evitó así el sesgo de respuesta, al presentar las preguntas de la entrevista de manera abierta, y no tendenciosa.

9. Resultados

El presente estudio tuvo básicamente dos componentes, uno cuantitativo, y otro cualitativo. El primer componente, responde al primer objetivo que pretende describir el perfil de la población no urgente que consultó en el servicio de urgencias en el primer semestre comparándolo con los pacientes que sí fueron catalogados como urgentes en dicho período, a fin de caracterizar al paciente no urgente que consulta en el servicio de emergencias del C.A.I.S Dr. Marcial Fallas Díaz. Basados en las estadísticas de todos los usuarios del servicio de emergencias de esta clínica que consultaron en el primer semestre del año 2015, se obtuvo los resultados que se describen a continuación.

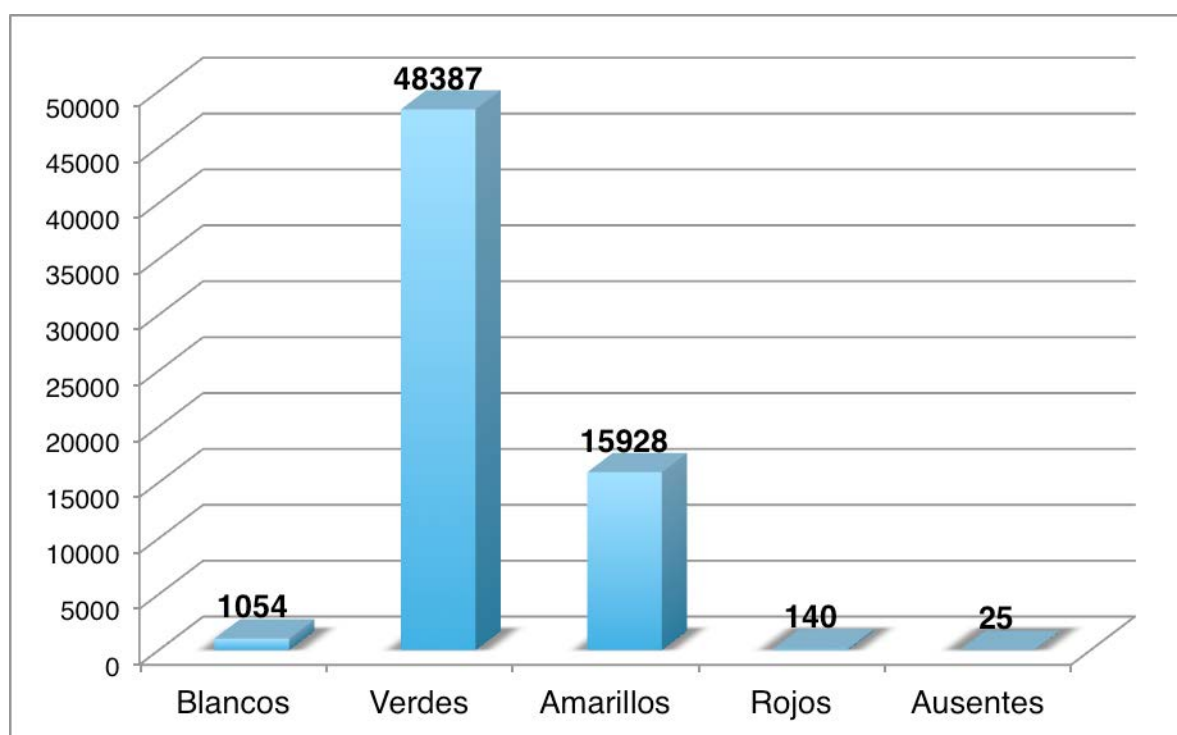


Figura 5. Distribución de usuarios del SEM según clasificación del triaje en I semestre 2015

Durante el primer semestre del año 2015 hubo un total de 65534 consultas en total en el Servicio de Emergencias, de los cuales el 73,83% correspondió a casos catalogados como verdes por el médico de puerta encargado de realizar el triaje y apenas el 1,6% fue catalogado como blanco. Del total de pacientes, el 24,3% que corresponde casi a una cuarta parte de todas las consultas, se trató de pacientes catalogados como amarillos, y apenas hubo un 0,21% de pacientes catalogados como rojos.

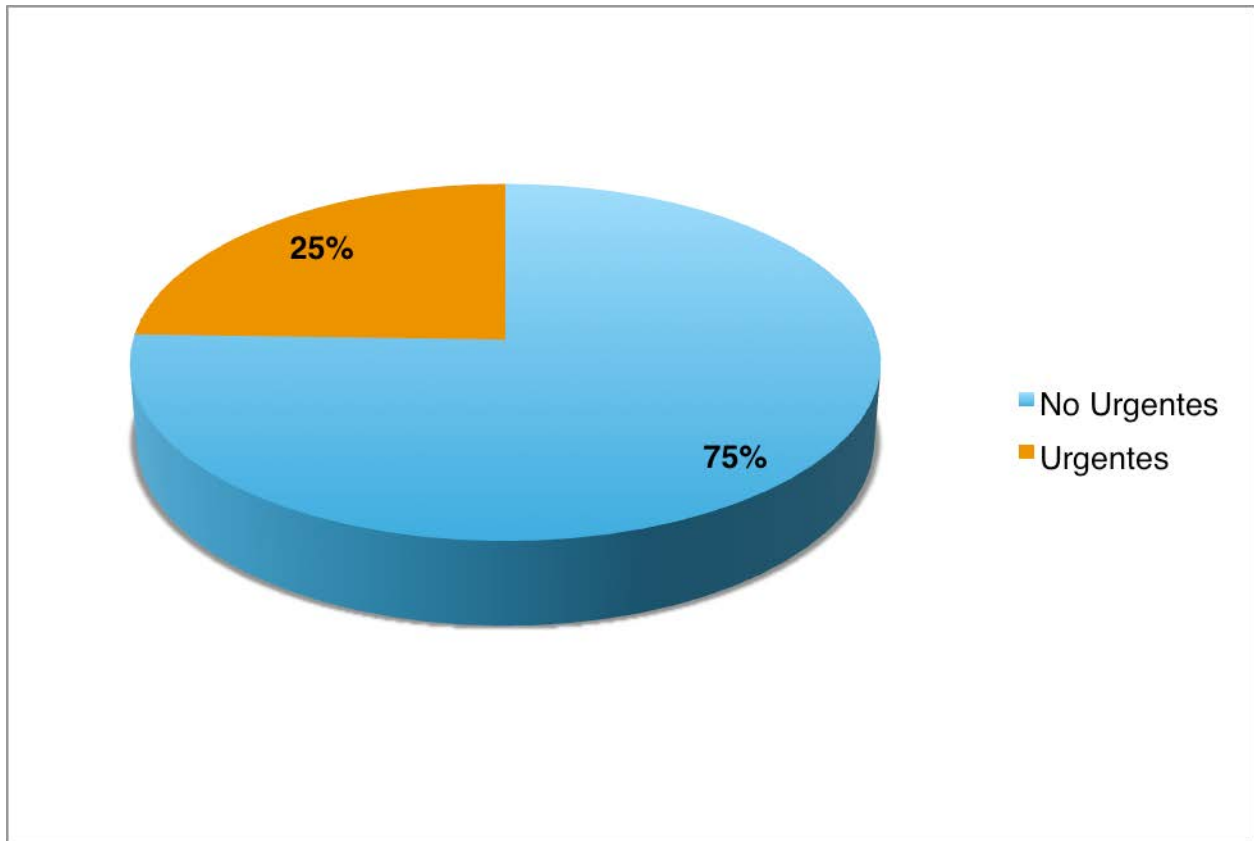


Figura 6. Distribución entre consultas urgentes y no urgentes en usuarios del SEM del C.A.I.S. Dr. Marcial Fallas Díaz I semestre 2015

Al agrupar a los pacientes que consultaron en el SEM en el I semestre del año 2015, únicamente en dos grupos: urgentes y no urgentes, considerando a los urgentes aquellos que fueron catalogados como amarillos o rojos y a los no urgentes, que incluyen a todos los demás grupos, se encontró que 49441 pacientes fueron considerados no urgentes y 16068 pacientes como urgentes, y hubo 25 pacientes ausentes que no se logró catalogar, ya sea porque decidieron acudir a otros centros de salud u hospitales o porque decidieron regresar a los servicios de atención primaria. De manera que apenas 25% de las consultas en el Servicio de Emergencias del C.A.I.S Dr. Marcial Fallas Díaz son consideradas urgentes y el 75% restantes está constituido por aquellos pacientes catalogados como no urgentes.

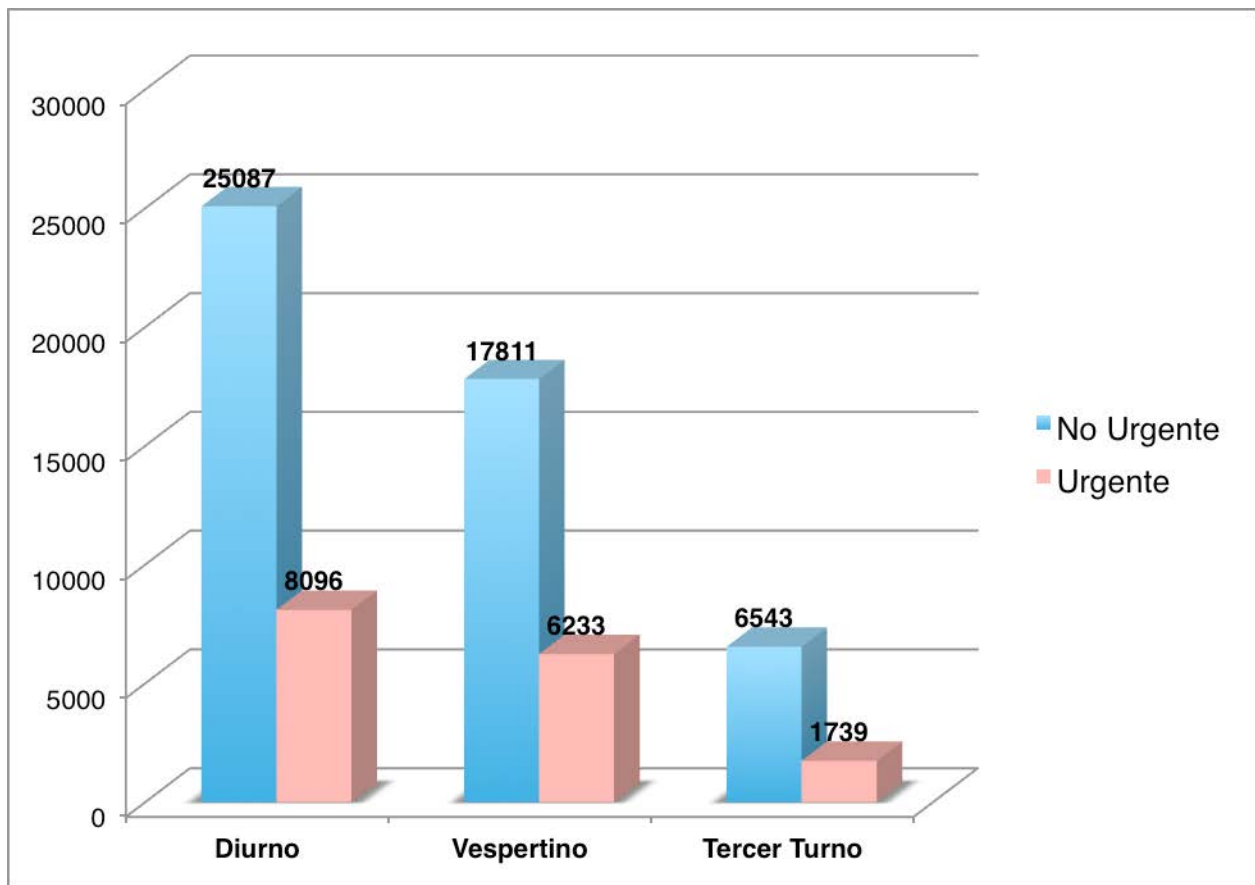


Figura 7. Distribución de usuarios por horario de consulta en SEM en el I semestre 2015

Cuando tomamos en cuenta el horario de atención, llama la atención que el horario diurno (6:00 am a 2:00 pm) es el que aparece como el de mayor consulta tanto para no urgentes como para urgentes (50,74% y 50,38% respectivamente), seguido por el horario vespertino (2:00 pm a 10:00 pm), con el 36,02% de pacientes no urgentes y 38,79% de pacientes urgentes, siendo el tercer turno el que tiene menos consulta en ambos casos, con 13,23% de las consultas no urgentes y 10,82% de las consultas urgentes.

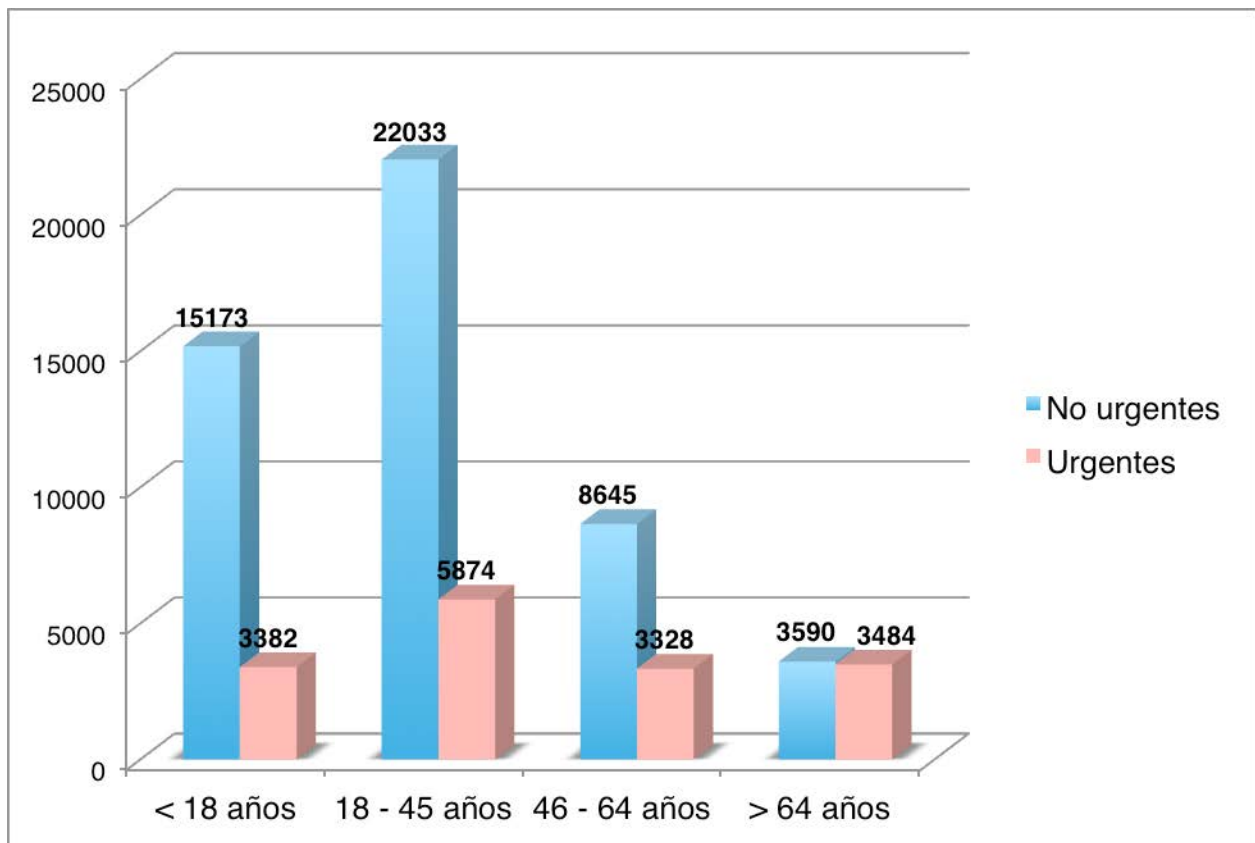


Figura 8. Distribución por grupos de edad en usuarios del SEM I semestre 2015

Al observar la distribución por grupos de edad, tanto en pacientes urgentes como no urgentes del SEM del C.A.I.S Dr. Marcial Fallas Díaz, se encuentra que para ambos, el grupo etario de 18 a 45 años es el mayor (44,56% de pacientes no urgentes y 36,56% de pacientes urgentes), seguidos por el de menores de 18 años (30,69% de consultas no urgentes, lo cual representa casi la tercera parte de las mismas y 21,05% de consultas urgentes, representando apenas la quinta parte de estas consultas). El grupo de 46 a 64 años constituye el 17,49 % de las consultas no urgentes, mientras que representa el 20,71% de las consultas urgentes. El grupo de mayores de 64 años, constituye el 7,26 % de los no urgentes, pero abarca el 21,68% de las consultas urgentes.

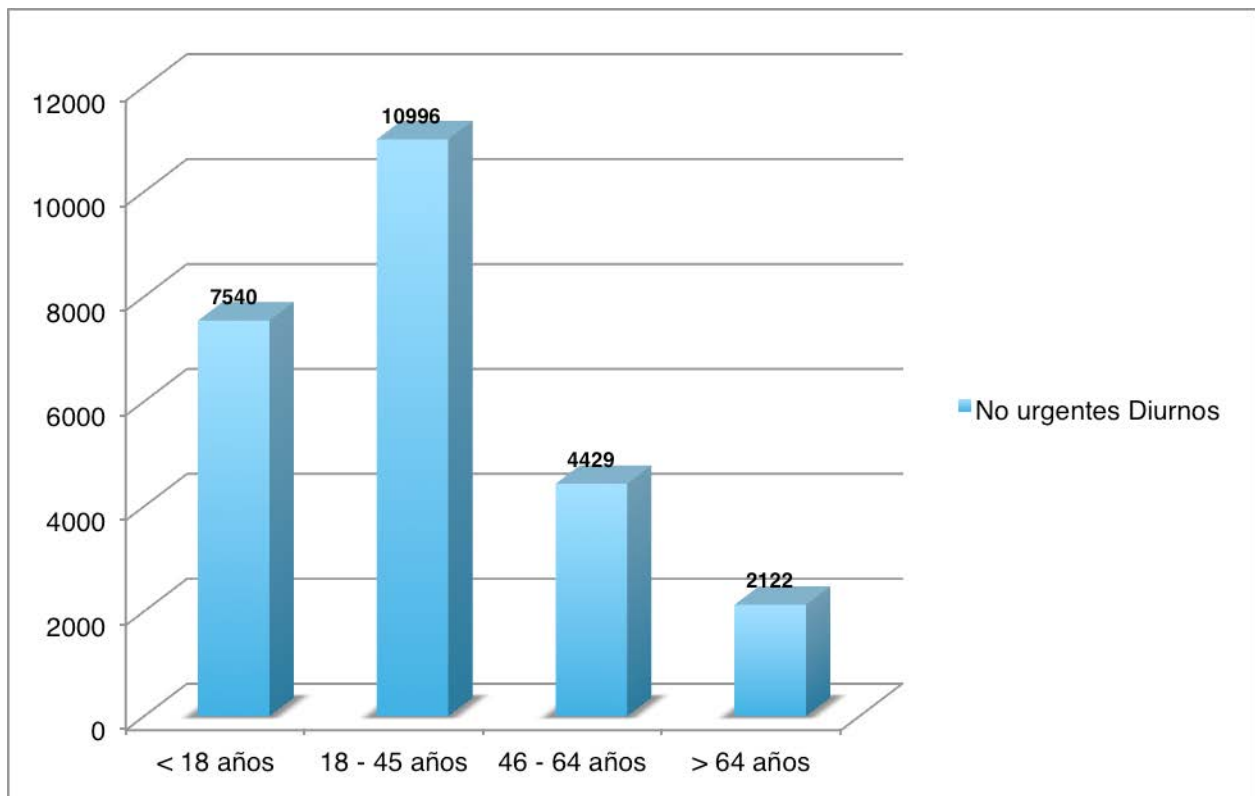
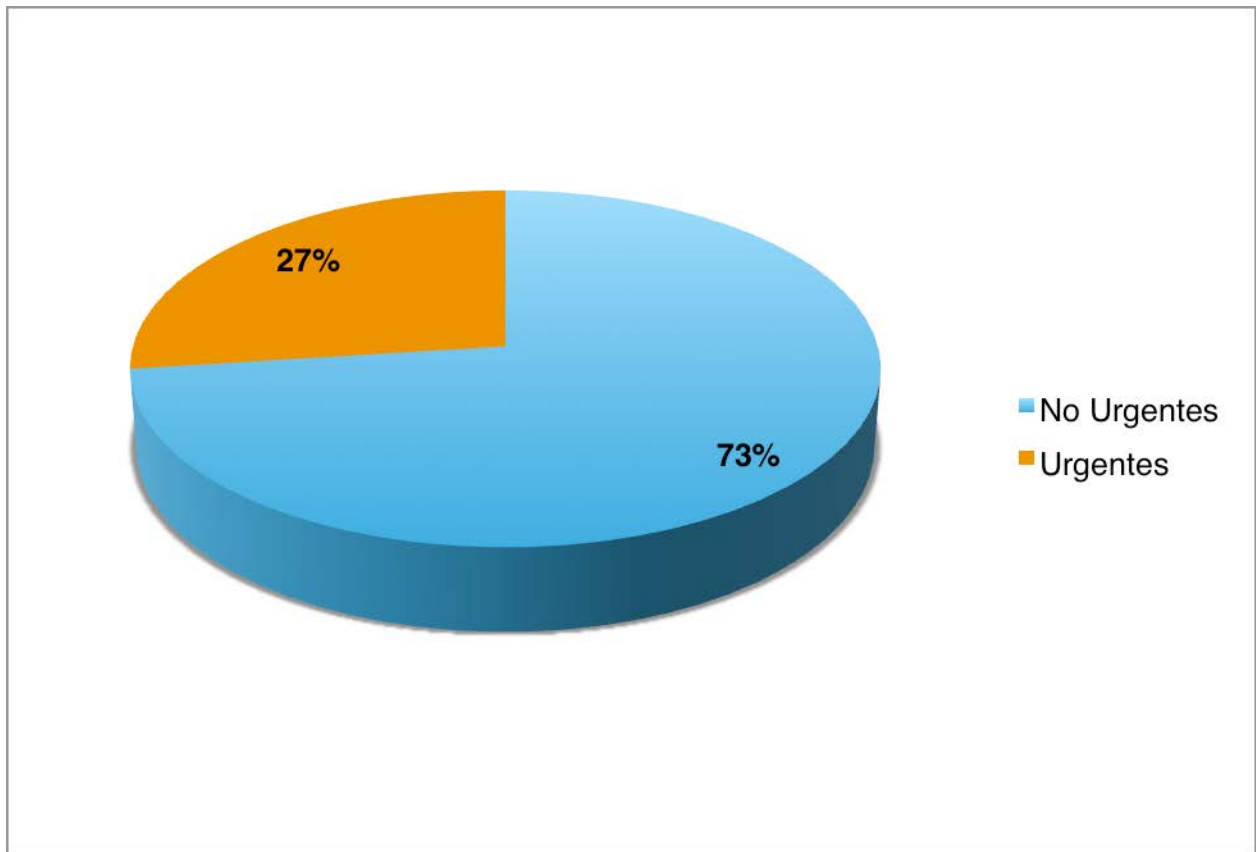


Figura 9. Distribución por edad en usuarios no urgentes del horario diurno del SEM en el I Semestre 2015.

Quando se revisa la distribución por edad de los usuarios no urgentes que consultaron en el horario diurno únicamente, se observa que sigue el mismo patrón que el de todos los usuarios independientemente del horario de consulta, siendo el grupo de más usuarios consultantes no urgentes el de 18 a 45 años de edad con un 43,83%, seguido por el de menores de 18 años con un 30,06%, luego por el de usuarios entre 46 a 64 años con un 17,65% y el menor grupo el de mayores de 64 años con un 8,46%.



**Figura 10. Distribución entre urgentes y no urgentes en mayores de 18 años del SEM
I Semestre 2015.**

Al ser las características de la población pediátrica diferentes en muchos aspectos a las de la población adulta, se valoró el porcentaje de consultas no urgentes y de consultas urgentes, dejando únicamente a la población mayor de 18 años y se observa que la distribución entre ambos tipos de pacientes varía apenas en un 2% comparado con la distribución de los pacientes cuando se incluyen a los niños y adolescentes.

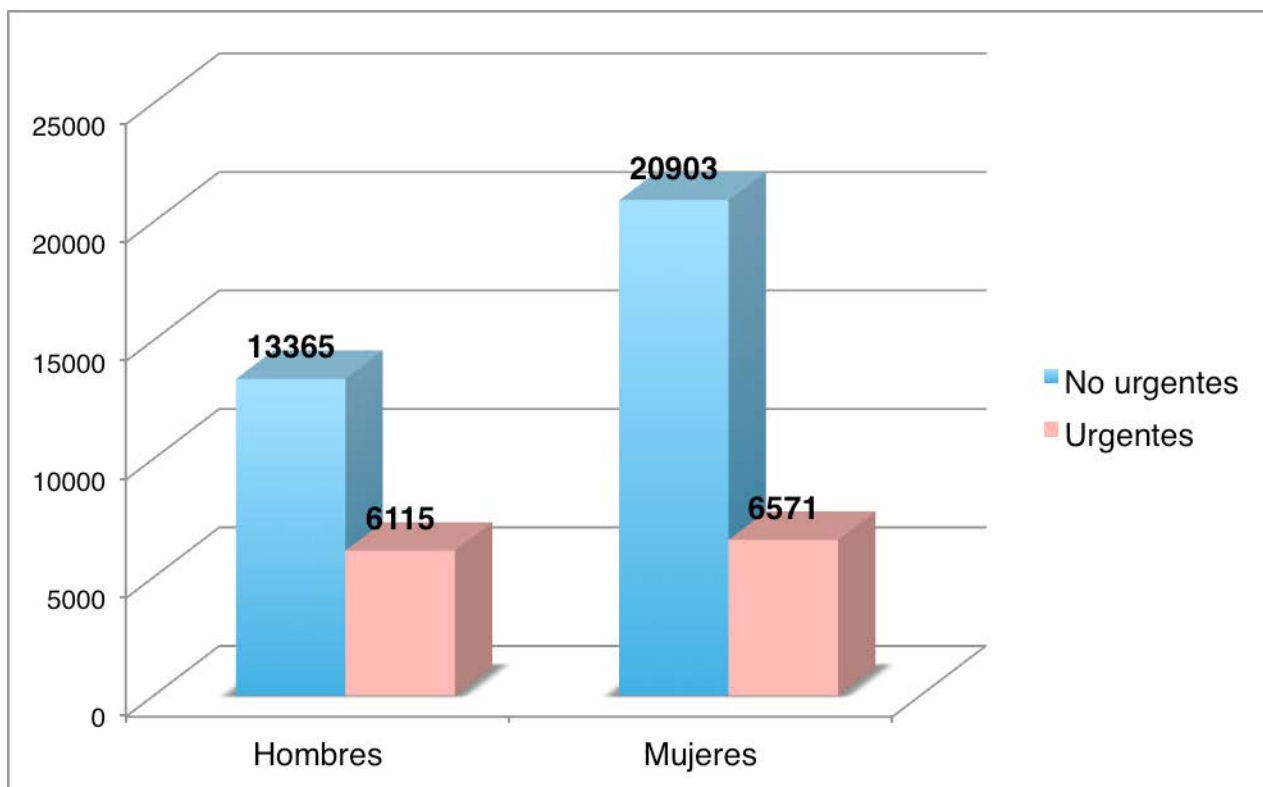


Figura 11. Distribución por género de usuarios mayores de 18 años del SEM durante el I semestre del año 2015.

Con relación al género, el grupo de los usuarios no urgentes está conformado por 39% de hombres y 61% de mujeres, mientras que el grupo de los urgentes lo constituyen 48,20% de hombres y 51,80% de mujeres, por lo que la relación mujer:hombre en los no urgentes es de 1,56 mujeres por cada hombre, y en el de los urgentes es de 1,07 mujeres por cada hombre. La diferencia de prevalencia de consultas no urgentes es de 22 % superior en las mujeres, mientras que en el caso de las consultas no urgentes esta diferencia es de apenas 3,6%, por lo que la brecha entre géneros es mucho más notoria en el grupo de no urgentes que en urgentes.

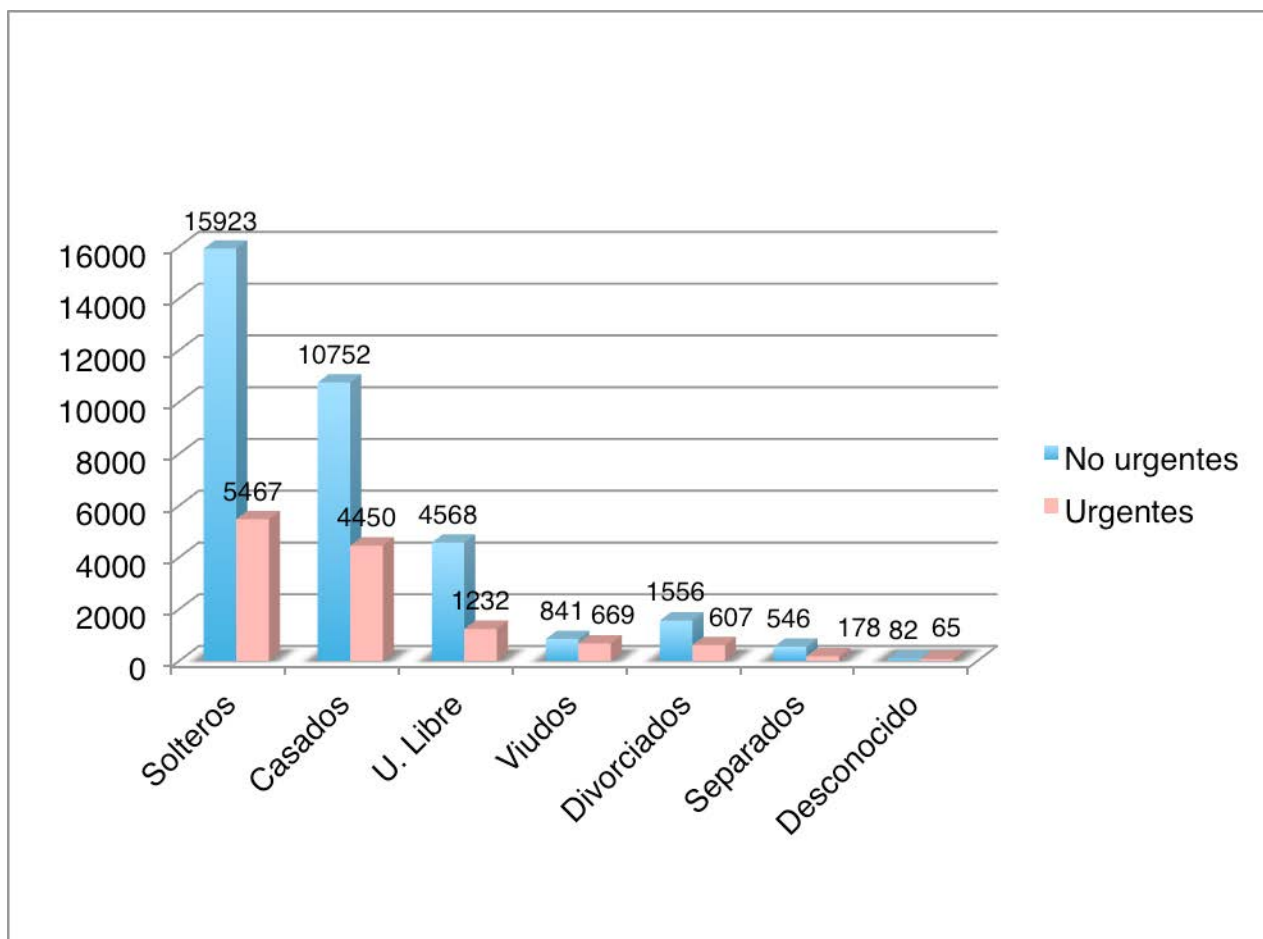


Figura 12. Distribución por estado civil en usuarios mayores de 18 años del SEM durante el I Semestre del año 2015.

Una variable que se tomó en cuenta para describir el perfil de la población fue el de la distribución por estado civil, encontrándose que tanto entre los usuarios no urgentes como en el de urgentes es la población soltera la predominante (46,47% y 43,09% respectivamente), seguidos por la población de casados (31,37% en los no urgentes y 35,08% en los urgentes). Con respecto a quienes están en unión libre, constituyen el 13,33% de los no urgentes y el 9,71% de los urgentes. Asimismo, los viudos representan el 2,45% de los no urgentes y el 5,27% de los urgentes. Los divorciados constituyen el 4,54% de los no urgentes y 4,78% de los urgentes. Finalmente los separados forman el 1,59% de los no urgentes y el 1,40% de los urgentes. Únicamente hubo 82 pacientes no urgentes, de quienes se desconocía su estados civil, y 65 urgentes.

En relación a la condición de asegurados o no, el grupo de usuarios no urgentes está formado por 8,04% de no asegurados contra un 91,96% de asegurados. En el caso de los usuarios que fueron catalogados como urgentes, 12,36% son no asegurados y un

87,64% son asegurados. Por lo tanto, hay más no asegurados porcentualmente, catalogados como urgentes que no urgentes.

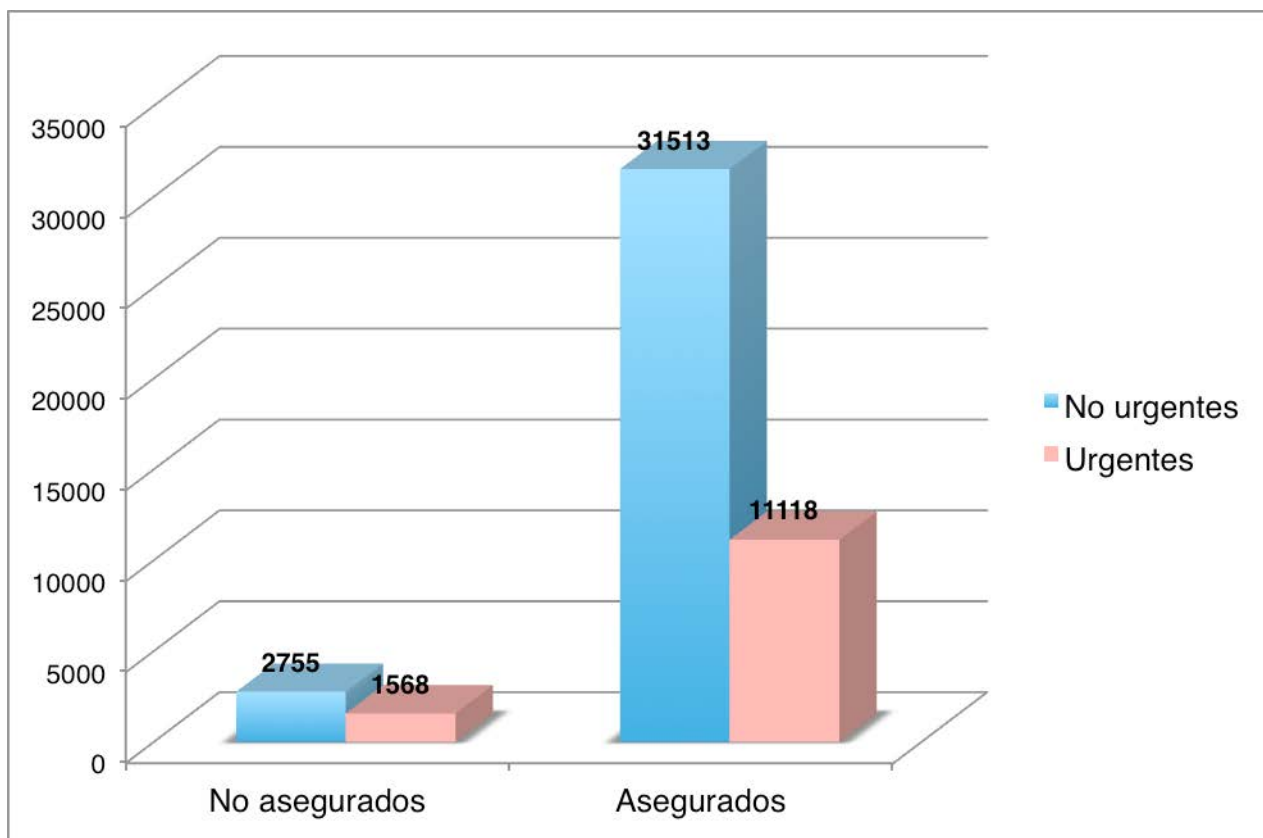


Figura 13. Distribución por estatus de asegurado o no en usuarios mayores de 18 años del SEM durante e I semestre del año 2015.

Con respecto al área de atracción se trató de identificar cuantos de los usuarios vivían en el cantón de Desamparados y cuántos vivían en otros cantones y se encontró que en el caso de los usuarios que fueron catalogados como no urgentes, 82,97% vive en el cantón de Desamparados y 17,03% vive en otros cantones. En relación con los usuarios urgentes, 76,10% vive en el cantón de Desamparados y el otro 23,90% vive en otros cantones. En cuanto a las áreas de salud con mayor número de consultas no urgentes, tenemos las siguientes en orden descendente: Desamparados 1 con un 31%, Desamparados 2 con 26% y Desamparados 3 con un 19%. Con respecto a las otras áreas de salud, se incluyen 41 cantones en total.

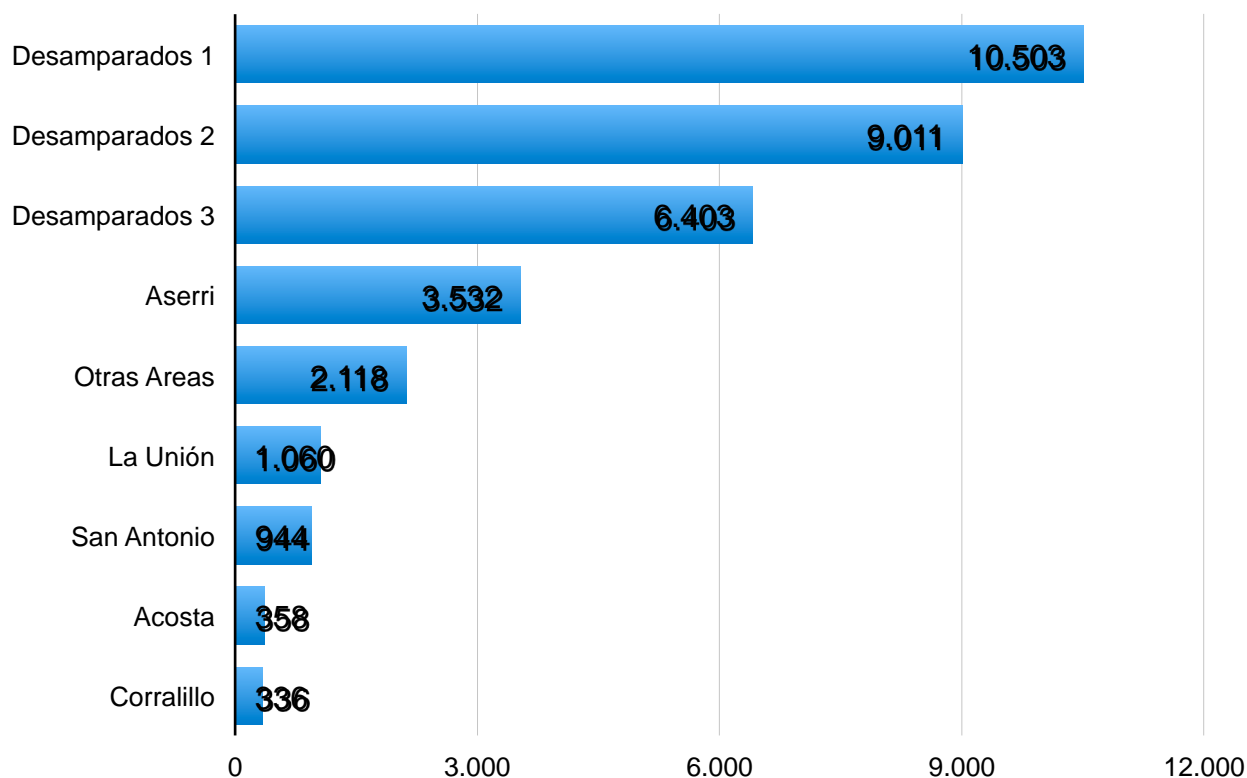


Figura 14. Distribución por pertenencia al área de atracción en usuarios mayores de 18 años del SEM I Semestre 2015.

Es de interés en este estudio conocer cuáles fueron las 10 principales causas de consultas en el servicio de emergencias, durante el primer semestre del año 2015 y se encontró que las infecciones de vías respiratorias superiores representan la primer causa de consulta en este servicio con un 13,83% de todas las consultas. En segundo lugar aparece la dorsalgia con un 9,18% de las consultas y en tercer lugar las infecciones urinarias con un 6,63%. Otras causas que fueron importantes y que se encuentran dentro de los primeros 10 diagnósticos más frecuentes fueron la faringitis aguda con un 6,57% de las consultas, la fiebre de origen desconocido con un 6,30%, el dolor de garganta y pecho con un 5,34%, el asma con un 5,20% de las consultas, el dolor abdominal y pélvico representó un 4,52%, los trastornos de tejidos blandos un 3,76%, y la amigdalitis aguda con un 3,68% de las consultas.

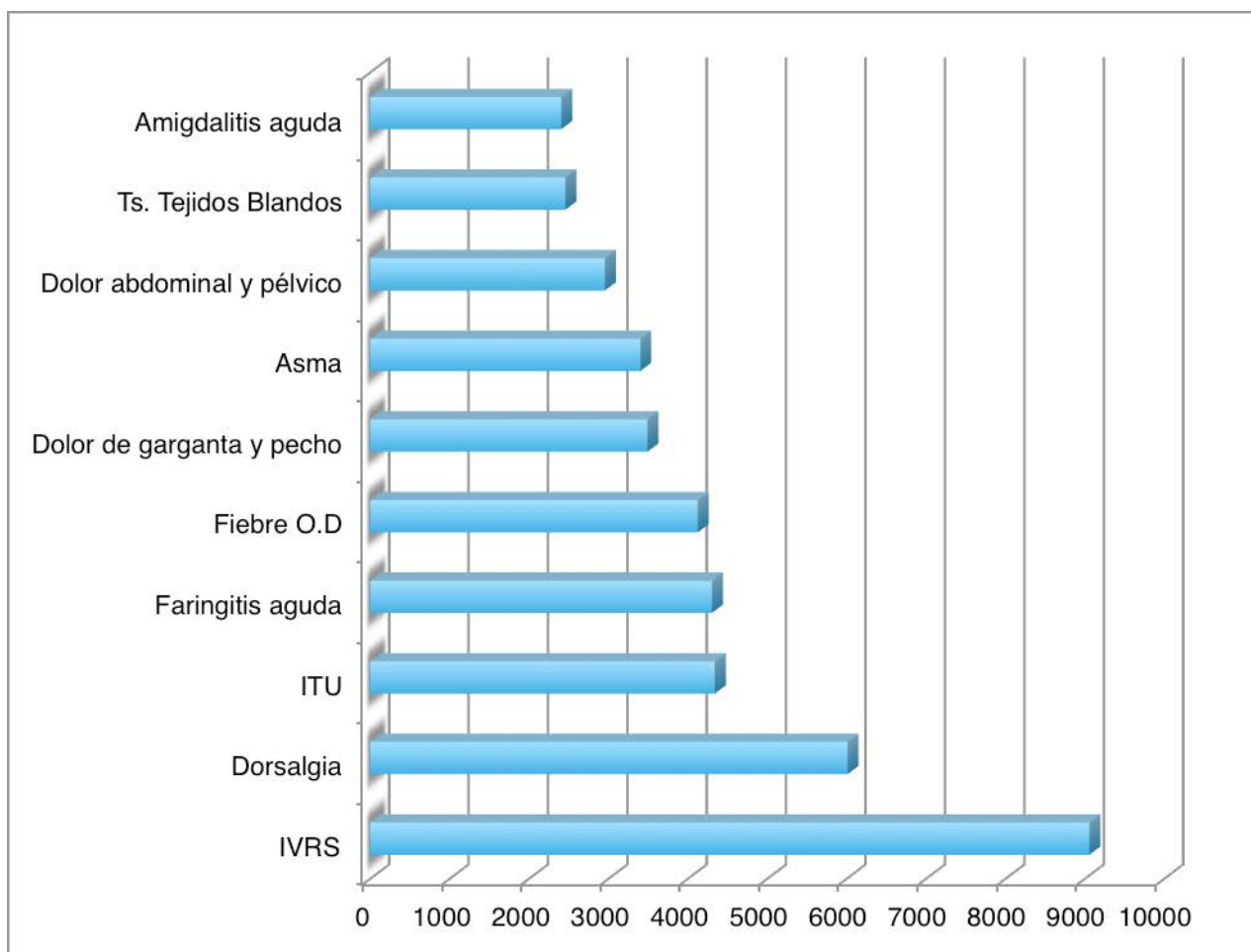


Figura 15. Principales 10 diagnósticos en el SEM en el I semestre 2015

El segundo componente de esta investigación, incluyó un análisis cualitativo mediante el software ATLAS.ti versión 7.1 para responder al segundo y tercer objetivo de investigación que tienen que ver con el concepto de urgencias y con los determinantes que intervienen en la consulta no urgente en el SEM de la Clínica Marcial Fallas Díaz.

Se realizaron entrevistas a 40 participantes, de una duración aproximada de 10 minutos, con lo cual se alcanzó la saturación teórica.

Inicialmente se realizó una transcripción exacta de cada entrevista y se procedió a codificar cada párrafo, agrupando dichos códigos por familias. Se obtuvieron 202 códigos, los cuales se agruparon en 6 categorías principales: autopercepción de urgencia, concepto de urgencia, concepto de no urgencia, motivo de consulta en EBAIS, determinantes de consulta en el SEM y ventajas de consulta en el SEM.

Con respecto a la autopercepción de urgencia, la misma respondía a la pregunta si el participante consideraba como urgente su motivo de consulta en el SEM, a lo cual 37 de los 40 participantes respondieron afirmativamente. A partir de todos los razonamientos y mensajes recibidos en relación a esta pregunta se creó la siguiente red, que agrupa los códigos asociados a la autopercepción de urgencia en el paciente que fue catalogado como no urgente en el SEM.

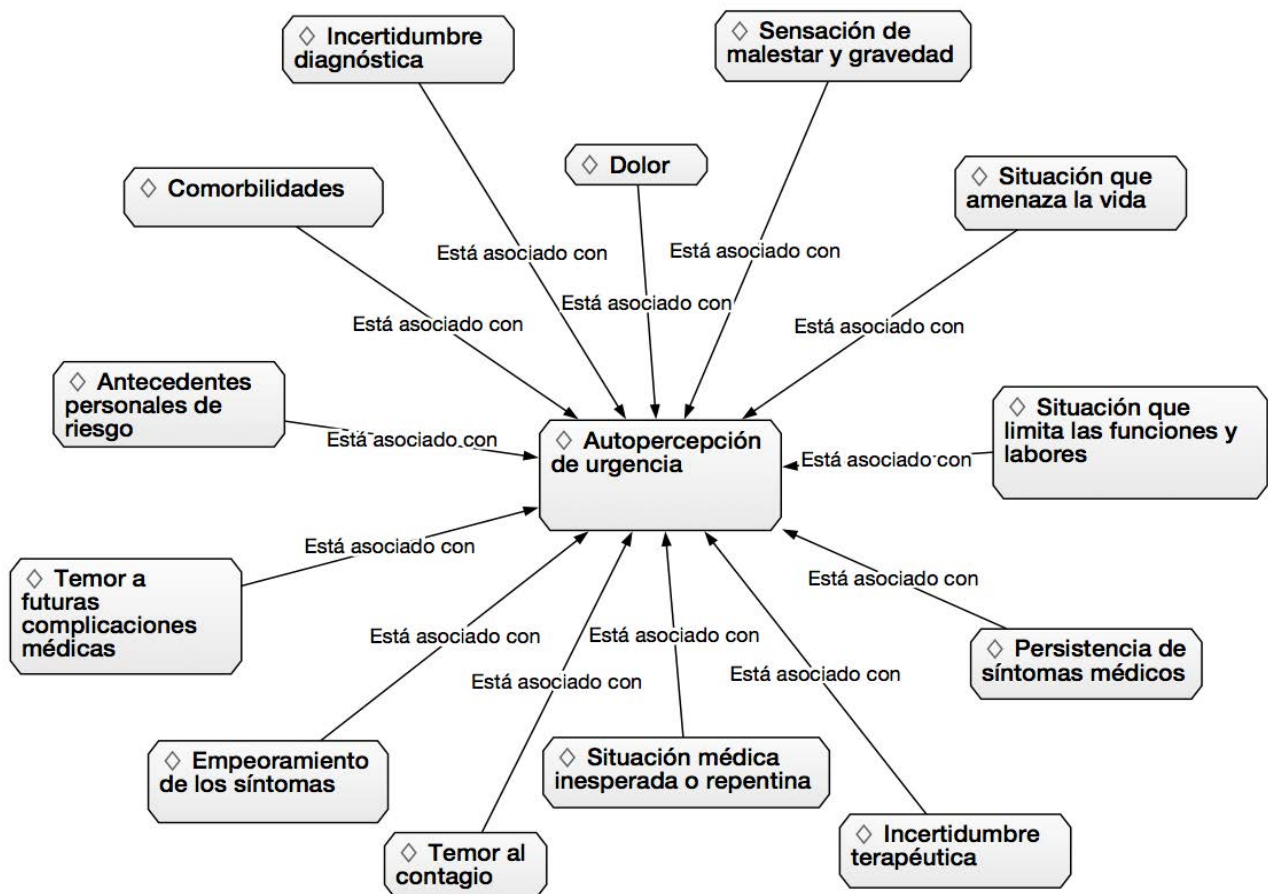


Figura 16. Códigos asociados a la autopercepción de urgencia en pacientes catalogados como no urgentes en el Servicio de Emergencias del C.A.I.S Dr. Marcial Fallas Díaz

La autopercepción de urgencia resulta indispensable para poder definir el concepto de urgencia dentro de la población consultante y poder a la vez contrastarlo con el concepto de no urgencia para así poder establecer el margen a partir del cual se establece la diferencia entre un concepto y el otro. Ante la pregunta “¿Cómo definiría usted una urgencia?”, los principales conceptos que surgieron en las entrevistas se pueden apreciar en el cuadro 2.

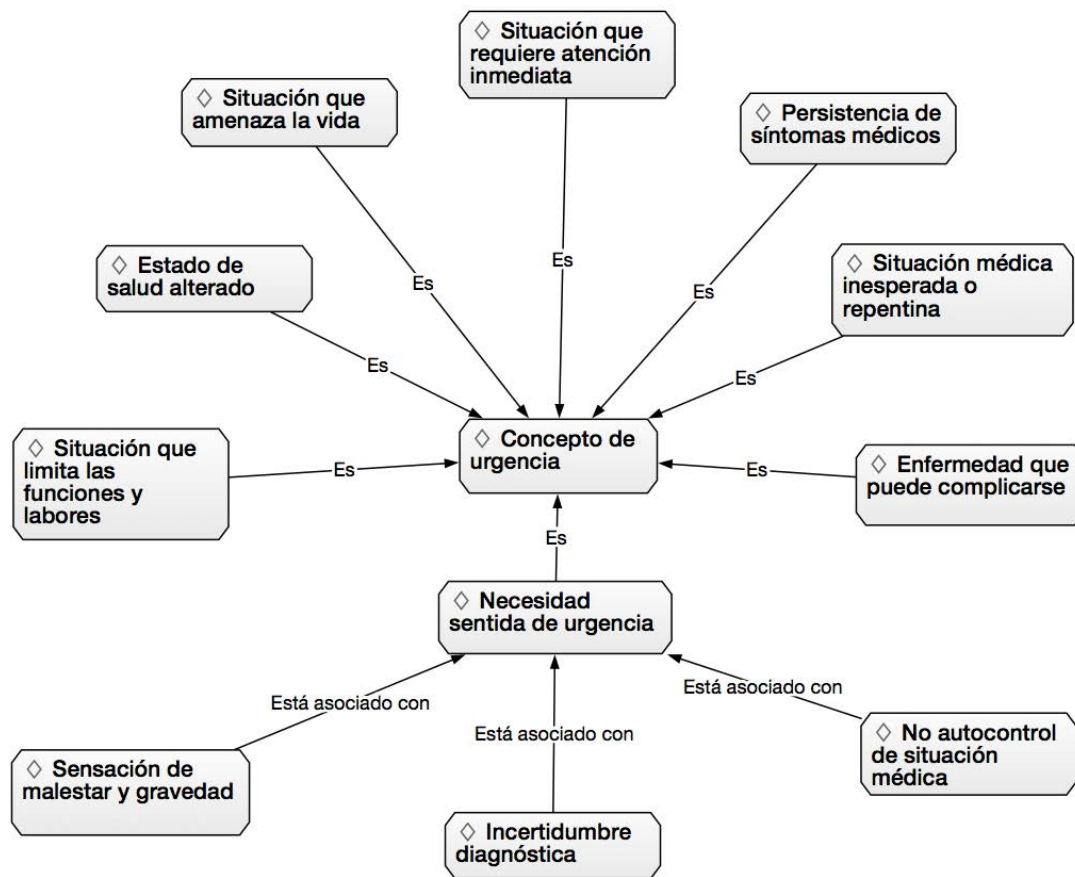


Figura 17. Códigos asociados al concepto de urgencia por la población catalogada como no urgente que consulta en el SEM del C.A.I.S Dr. Marcial Fallas Díaz.

Al contrastar este concepto de urgencia con el de no urgencia, inevitablemente este último está asociado a los motivos de consulta en el EBAIS. Existen diversos criterios que la población en general toman en cuenta al intentar dar una definición o establecer la diferencia entre una urgencia y una no urgencia, tal y como se aprecia en el cuadro 3.

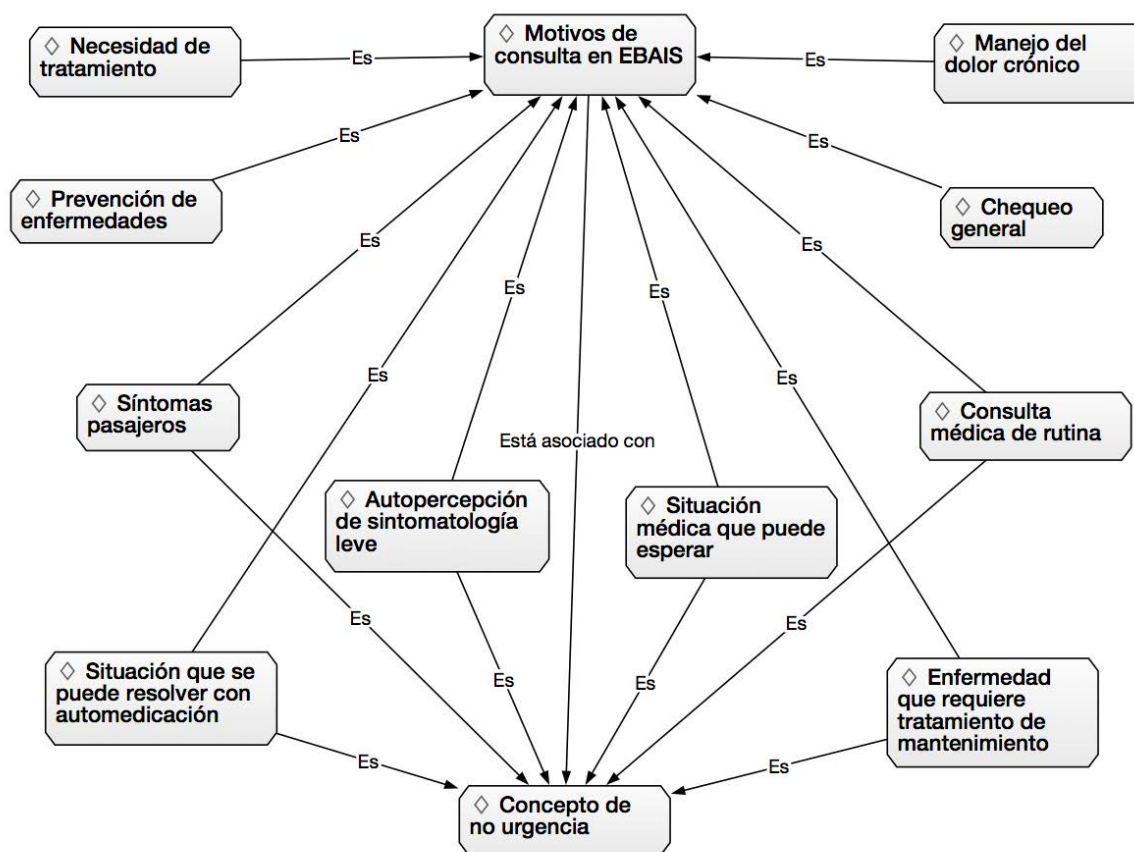


Figura 18. Códigos asociados al concepto de “No Urgencia” en la población catalogada como no urgente que consulta en el C.A.I.S Dr. Marcial Fallas Díaz.

El tercer objetivo de este estudio pretende conocer cuáles son los motivos o circunstancias que se asocian al hecho de consultar en el Servicio de Emergencias del C.A.I.S Dr. Marcial Fallas Díaz, por motivos no urgentes. Para ello se identificaron los principales códigos asociados a este fenómeno, que se describen en el cuadro 4 y que se agrupan en cuatro ramas principales: Factores del SEM, factores del EBAIS, factores propios del paciente y factores asociados a otras personas.

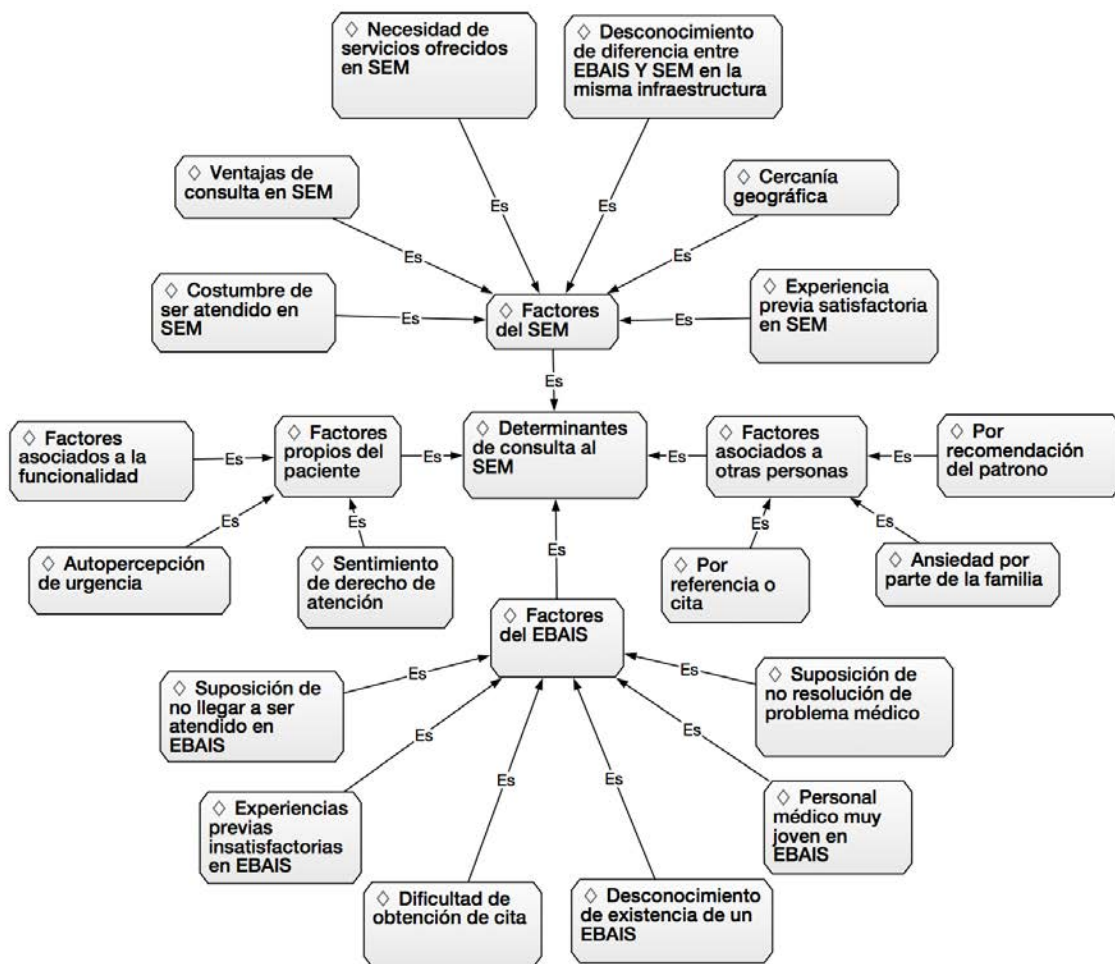


Figura 19. Determinantes de consulta en el SEM del C.A.I.S Dr. Marcial Fallas Díaz

Se logró identificar que muchos usuarios describen una serie de ventajas en la consulta en el SEM, que a su vez facilitan la decisión de los usuarios a acudir a este servicio. Estas ventajas se aprecian en el cuadro 5 y se agrupan básicamente en tres grandes grupos: accesibilidad, rapidez y atención de calidad.

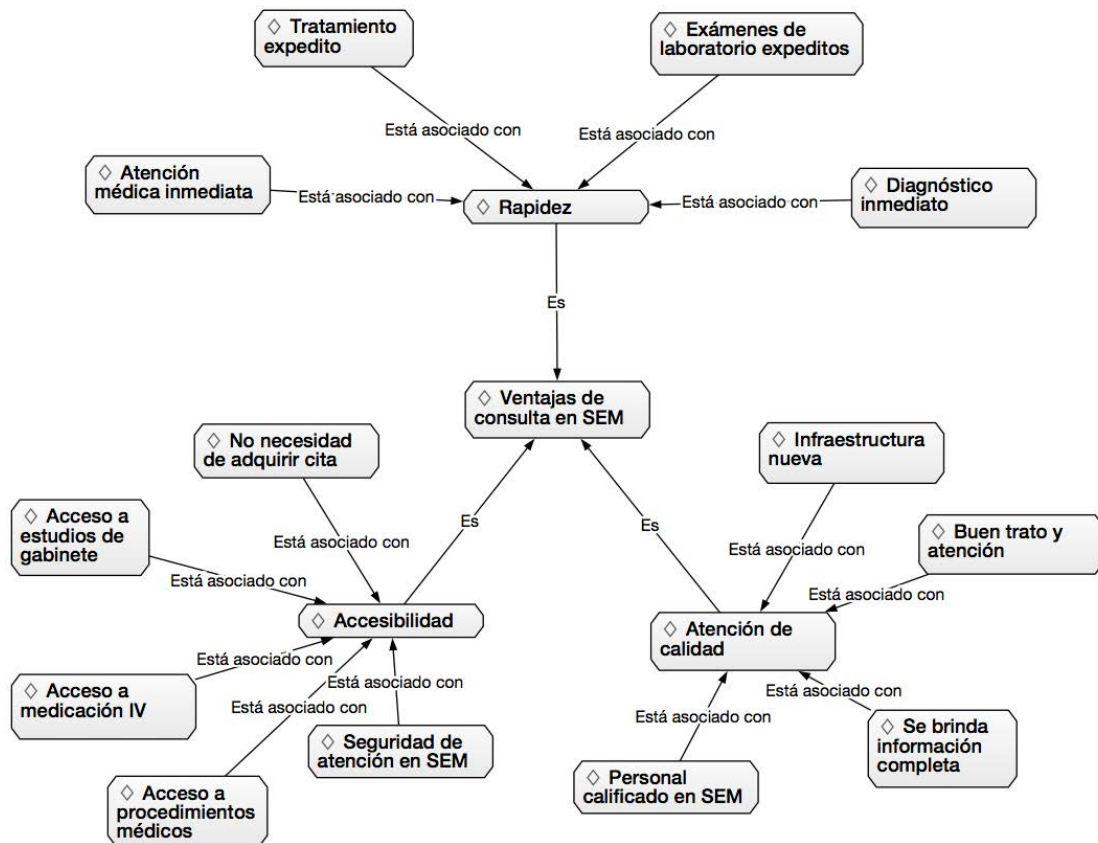


Figura 20. Ventajas de consulta en SEM del C.A.I.S. Dr. Marcial Fallas Díaz

10. Análisis

Si bien es cierto que los servicios de emergencias tienen un propósito claro de realizar un triaje adecuado y dar atención oportuna inmediata al paciente urgente, con el fin de preservar su vida y reducir la morbimortalidad, también es cierto que en muchos lugares estos servicios son sobreutilizados por la mayoría de población, y que en muchas ocasiones constituyen casos no urgentes que pudieran ser atendidos en los servicios de atención primaria. En Costa Rica, al igual que en muchos otros países, este fenómeno se repite en prácticamente todas las clínicas y hospitales del país, pero llama la atención que en el C.A.I.S Dr. Marcial Fallas Díaz, este fenómeno ha llegado a representar porcentajes muy altos de consultas en el servicio de emergencias. Mediante este estudio se ha intentado explorar esta realidad, al describir cuál es el perfil del paciente no urgente que consulta en el Servicio de Emergencias de este centro de salud y se han encontrado datos que nos permiten entender las características principales de este tipo de pacientes.

En primer lugar es interesante recalcar que el C.A.I.S Dr. Marcial Fallas Díaz continúa teniendo un importante porcentaje de consultas no urgentes, las cuales constituyen el 75% de las consultas totales en el servicio de emergencias, lo que significa en otras palabras que 3 de cada 4 usuarios en este servicio son no urgentes, de los cuales la gran mayoría son clasificados como verdes por el médico que realiza el triage, esto implica que la enorme mayoría de usuarios no urgentes terminan recibiendo atención en el servicio de emergencias y no son redireccionados a los servicios de atención primaria. Las diferencias por género, por grupo etario, por área de atracción, por estado civil y por calidad de asegurado así como por el horario de consulta no varían mucho entre usuarios urgentes y no urgentes, siendo principalmente mujeres solteras, de 18 a 45 años, vecinas de Desamparados y aseguradas las que más utilizan el servicio de emergencias, y sobre todo, en horario diurno. No obstante, llama la atención que al considerar los grupos etáreos, resalta el hecho que dentro de los usuarios no urgentes la relación entre los menores de 64 años y los mayores de 64 es de 12:1, mientras que en el de urgentes dicha relación es apenas de 3,7:1, lo cual nos habla que existe una mayor probabilidad de ser considerado urgente el paciente mayor de 64 años que llega al servicio de emergencias que los menores de esta edad. Por otro lado, la distribución en grupos etarios dentro de las consultas urgentes es muy similar, con excepción del grupo de 18 a 45 años, representando los otros grupos un quinto del total de cada uno en promedio, sin embargo en las consultas no urgentes no se sigue de manera paralela esta distribución, existiendo brechas importantes entre los grupos, con más de 10% de diferencia entre grupo y grupo, siendo el menor de los grupos el de usuarios mayores de 64 años, esto implica que la probabilidad de ser catalogado como urgente cuando se es mayor de 64 años es mayor que para cualquier otro grupo de edad. Existe evidencia internacional que este fenómeno en el que los usuarios más jóvenes son los que más utilizan los servicios de emergencias y que son catalogados como no urgentes es más común de lo que pensábamos (Usher-Pines, 2013). Este dato también fue confirmado por Moineddin en un estudio realizado en Ontario, Canadá. (2011). Asimismo se observa que en nuestro estudio la distribución etaria sigue el mismo patrón que se reporta en las consultas realizadas en todos los Estados Unidos, en el estudio realizado por Honigman (2013).

Con respecto al mayor número de consultas prevalecen en el horario diurno (de 6:00 am a 2:00 pm) tanto para consultas urgentes, como no urgentes. Aparentemente en muchas

partes, esta es la tendencia, que los pacientes visitan principalmente el servicio de emergencias en horario diurno, tal como lo describe Jung en un estudio llevado a cabo en Corea del Sur (2006).

Es importante recalcar que si únicamente se toma en cuenta el horario diurno, la distribución por edades de los usuarios no urgentes es prácticamente igual que si se consideran los tres horarios, por lo tanto podríamos decir que el horario de consultas no es una variable que determine diferencias entre grupo etareo en los usuarios ya que se sigue la misma distribución.

Un aspecto que resulta importante recalcar es la distribución por género de acuerdo a si se trata de consultas urgentes o no urgentes. Las estadísticas de este estudio nos demuestran que de cada diez personas que consultan en el servicio de emergencias y que son catalogados como urgentes la proporción entre hombres y mujeres es prácticamente igual, de diez personas, cinco serían hombres y cinco serían mujeres, pero estos datos cambian cuando se trata de consultas no urgentes, ya que de diez pacientes no urgentes, seis serían mujeres y cuatro serían hombres. Esto nos dice que la probabilidad de ser mujer y ser catalogada como no urgente es mayor que la probabilidad que tienen los hombres. Este dato ya había sido descrito por Carret, en un estudio en el que sugiere que el hecho que las mujeres sean las mayores consultantes tiene que ver con el hecho que ellas utilizan más los servicios de salud que los hombres (2009). También este predominio de mujeres en las consultas de los servicios de emergencias fue descrito en Barcelona por Torné-Vilagrasa (2003).

Cuando se analiza el estado civil, se observa que tanto para las consultas no urgentes como para las urgentes en mayores de 18 años, predomina el grupo de pacientes solteros, seguidos por el de pacientes casados en ambos grupos, hasta con un 10% de diferencia en promedio entre ser soltero y ser casado, seguidos por aquellos que están en unión libre y con un grupo pequeño de viudos y separados en ambos grupos. Si se agrupara a los casados y los que están en unión libre, prácticamente igualarían a los solteros, pero si a estos les añadimos los viudos y separados, aquellos que están sin pareja representan la mayoría de las consultas tanto urgentes como no urgentes.

En este estudio se evidencia que la mayoría de usuarios no urgentes en el SEM del CAIS Dr. Marcial Fallas Díaz pertenecen al área de salud de Desamparados 1, 2 y 3, lo cual pudiera sugerir que desde un primer nivel de atención aún existe cierta limitación en

cuanto a la resolución de este tipo de consultas en estos lugares, ya que un gran número de pacientes terminan yendo al SEM en busca de una solución a sus problemas.

Finalmente, en relación a la calidad de asegurado se observa que la gran mayoría de usuarios son asegurados, lo cual es concordante con la realidad de este país, en el cual la mayoría de la población se encuentra asegurada. Sin embargo, al comparar las consultas urgentes con las no urgentes, se observa que en las primeras hay un 4% más de no asegurados que en las no urgentes. Por lo tanto, se nota que por cada 7 personas no aseguradas que consulten y que son clasificados como no urgentes, habrá uno que sí será urgente, mientras que si se trata de personas aseguradas la relación es de 12 no urgentes por uno que sí es considerado urgente, entonces los no asegurados tienen una mayor probabilidad de tener una verdadera urgencia cuando consultan. Este hallazgo, ya había sido descrito por Usher-Pines en su revisión bibliográfica, en el que encontró una menor tasa de consultas no urgentes en pacientes no asegurados que en asegurados (2013).

En general la población usuaria del servicio de emergencias del C.A.I.S Dr. Marcial Fallas Díaz y que son catalogados ya sea como verdes o blancos por el médico encargado de hacer el triage, está conformada en su mayoría por mujeres de 18 a 45 años de edad, solteras o sin pareja, aseguradas y vecinas del cantón de Desamparados y que consultan principalmente en horario diurno. Estos datos concuerdan con lo encontrado en el año 2014 en otro estudio realizado en Sao Paulo, Brasil en el que se encontró, en la clínica donde se realizó el estudio con 477 participantes, que la mayoría de usuarios estaba conformada por pacientes mujeres, adultas jóvenes, pertenecientes al área de atracción. (García VM, 2014).

Dentro de los principales diagnósticos de consulta en el servicio de emergencias, los más importantes son los relacionados con infecciones respiratorias, amigdalitis, faringitis y asma, seguidos por lumbalgias y por infecciones urinarias, muy similar a lo encontrado en Sao Paulo, por la investigadora Gabriela Novelli en un servicio de emergencias (2011).

Una vez que se han conocido las características principales de la población de pacientes no urgentes que consultan en el Servicio de Emergencias del C.A.I.S Dr. Marcial Fallas Díaz, se elicitán las razones profundas que llevan a la gente en general a buscar este

servicio, desde su realidad, desde sus circunstancias de vida y mediante el análisis de sus expresiones y testimonios. Esto permite situarse en el lugar del paciente para poder comprender a profundidad no solamente su autopercepción de urgencia, sino cómo el concepto que se va formando sobre la definición de lo que es una urgencia y la diferencia con una no urgencia influyen en los determinantes que explican el fenómeno de la sobreutilización del Servicio de Emergencias por una gran mayoría de consultas no urgentes. La investigación cualitativa se constituye así, en una profunda herramienta, mediante el análisis de expresiones, frases y testimonios de los mismos participantes que se presentan como un espejo de su realidad. A partir de estos conceptos, en este trabajo se realizó de manera minuciosa la obtención de cada código que surge desde las mismas entrevistas con los participantes y que en conjunto forman las redes que dan una explicación completa a este fenómeno.

Inicialmente, se codifica la autopercepción del paciente de su sentido de urgencia, pues al entender su propia realidad, podemos echar un vistazo a la realidad de la población que consulta por circunstancias similares. Esta autopercepción de urgencia, desde una población no médica ni relacionada con servicios de salud, que se siente de una u otra manera vulnerable, muchas veces por temores sobredimensionados o por desconocimiento, constituye una primer aproximación al concepto de urgencia per se, puesto que la percepción sentida de urgencia interviene dentro del concepto mismo de este término por parte del vulgo. Una gran mayoría de participantes consideraron que sus motivos de urgencias deberían ser tomados como tales a pesar de no serlo desde el punto de vista de los médicos que realizan el triage.

En definitiva, el **dolor** representa un código de mucho peso para que una persona perciba su motivo de consulta como algo urgente que merece ser atendido a la brevedad, esta percepción varía de persona a persona, pero el tener que lidiar con esa sensación molesta, puede llegar a afectar la salud biopsicosocial en sus distintas esferas. El testimonio de un participante expresaba: *“...Porque el dolor que ahorita yo tengo en mi garganta no lo soporto, un poco fuerte, me duele mucho al tragar, e incluso al comer, entonces, mejor decidí venir.”* Otro participante al que se le preguntó si percibía su motivo de consulta como urgente respondió que *“...Sí porque es un dolor desesperante que ando desde la nuca hasta la espalda, siento que hasta la ropa me estorba.”* Esta sensación dolorosa, se convierte así en un motor que impulsa al paciente a buscar ayuda urgente por esa sensación incómoda que le afecta su bienestar y que le

hace percibir su situación particular como urgente. Este hallazgo presenta concordancia con lo descrito por Alyasin y Oliveira en sus respectivos estudios sobre las causas principales de consulta no urgente en los servicios de emergencias, en Arabia Saudita y en Brasil, respectivamente. (Alyasin, 2012 y Oliveira, 2014). Ya se ha descrito en otros estudios que el síntoma que más lleva a la gente a buscar los servicios de emergencias es el dolor. (Blank FS, 2005).

El dolor va muy de la mano con otro código que apareció en múltiples ocasiones y es la **sensación de malestar y gravedad**, que a pesar de ser algo meramente subjetivo, el hecho que el paciente perciba su condición como molesta o grave, interfiere con su percepción de urgencia. Un paciente manifestó *“Sí, yo creo que era como un virus, me dicen que es como un virus, por eso, me vine para acá ahorita porque en la mañana no saqué cita en el EBAIS y como fue desde el fin de semana que he estado así, pero he estado día y noche fatal.”* Aunque no podemos medir esa “fatalidad” de la que habla el paciente, como médicos se interpreta que la intensidad de su síntoma es percibida de manera muy alta por el paciente. Otro refería que *“Si, y ya no aguantaba el dolor y tenía que venir”*, justificando, de esta manera, su consulta en el servicio de emergencias. Esa sensación de malestar y o gravedad, fue descrita por Rassin, en un estudio realizado en un servicio de emergencias en Israel, que contó con la participación de 73 participantes, quienes autopercebían su sensación de malestar como urgente (2006).

En muchas ocasiones, el paciente percibió su patología o condición como una **situación que amenaza la vida**, siendo este otro código que apareció en repetidas ocasiones asociado a la autopercepción de urgencia. Esa percepción de riesgo inminente si no se actúa de manera inmediata, es uno de los principales determinantes que abarrotan el servicio de emergencias. Al percibir el paciente que su vida corre peligro o que como garante de su integridad se demora mucho en buscar atención, muchos consideran que las consecuencias pudiesen ser nefastas. Como lo dijo uno de los participantes *“Porque si me quedo en la casa me puedo hasta ahogar y hasta morirme.”* Algunos participantes asocian su necesidad de atención a dicha autopercepción de urgencia, al considerar el riesgo que pueden correr de no ser atendidos en el momento. *“...para que uno este así, obviamente para uno, es algo grave, porque...vea por ejemplo, si yo hubiera estado fatal, fatal requete fatal y si no me atienden? Qué pasa?...y si sigue y sigue la diarrea y si pasa la razón que se muere una persona por tanto defecar y se muere, ¿de quien es la culpa? No lo atienden.”* Existe un temor intrínseco a la muerte, al ser la situación

médica no manejable en el hogar, el paciente desea liberarse un poco de esa responsabilidad de autocuidado y de buscar atención en el servicio en donde pueda encontrar no solamente solución para su síntoma, sino, sobre todo la seguridad que algún profesional intervendrá y lo librerá de dicho riesgo. Este temor a la muerte o de enfrentarse a una situación que amenaza la vida, ya había sido descrito por Olsson y Halsagi, en un estudio realizado en el Huddinge University Hospital, en Suecia, en donde apareció como uno de los principales determinantes para la autopercepción de urgencia y para las visitas al servicio de emergencias por pacientes no urgentes (2001).

A veces dicho temor, no tiene que ver únicamente con situaciones que amenacen la vida en el plazo inmediato sino que se presenta también un **temor a futuras complicaciones médicas** como otro de los factores asociado a la autopercepción de urgencia. Decía un paciente *“Eh si, porque yo no puedo dar tiempo a que esto progrese. Tengo que estar alerta.”*, expresando de esa manera su propio temor a esas futuras complicaciones. Otro manifestaba que había decidido acudir al servicio de emergencias *“para poder tratar el problema de una vez, porque se puede hacer más serio más adelante”*. Pero a veces, esa autopercepción no está asociada únicamente a un temor de lo que pudiese ocurrir a futuro, sino que el paciente ha manejado su condición en el hogar sin obtener mejoría, en el momento que éste percibe un **empeoramiento de los síntomas**, considera que su cuadro clínico entra dentro del campo de una urgencia; al contarnos su historia, un paciente expresaba que *“casualmente ayer me sentí un poco molesto, con tos, en la tarde, noche, pero ya en la mañana al amanecer fue peor.”* El paciente da un plazo que él mismo propone de manera inconsciente en espera de un alivio de su sintomatología, pero al empeorar los mismos, lo hacen figurarse si amerita o no atención urgente, un participante decía: *“pienso que fue como jueves o viernes que estaba trabajando que sentí como un jalonazo en la espalda, lo que pasa es que no me había afectado tanto hasta el día de ayer en la noche y sí me empezó a molestar bastante.”* En otros casos la autopercepción de urgencia no está asociada necesariamente al empeoramiento de los síntomas, sino a la **persistencia de síntomas**. Cuando el paciente ve que pasa el tiempo y no se observa una franca mejoría de su condición, percibe entonces su situación como una urgencia, como lo dijo una de las pacientes *“...como te digo, no me gusta visitar la clínica, así esté muy mal no me gusta venir a la clínica, en este caso vine porque ya eran muchos días.”*

Para algunos pacientes una **situación médica inesperada o repentina** en sus vidas o en la de sus seres queridos, los hace plantearse la posibilidad de estar ante una urgencia. El razonamiento es: si antes que esta situación apareciera yo estaba bien, ahora que apareció estoy mal, por lo tanto es una urgencia. En uno de los testimonios recogidos, un paciente contaba que *“lo del nervio ciático me ha estado molestando de hace bastante pero que, hasta ayer fue que tuve la mayor molestia y lo de la contractura sí, amanecí hoy.”* Cuando aparecen nuevos síntomas o cuando aparece una condición inexistente anteriormente, muchos pacientes deciden consultar en los servicios de emergencias, tal y como también lo describió Backman en Suecia, donde encontró que parecía que las consultas no urgentes atendidas en el servicio de emergencias tenían una instauración más rápida que las consultas vistas en los servicios de atención primaria (Backman, 2008)

Uno de los aspectos más asociados a la autopercepción de urgencias es la **incertidumbre diagnóstica**. Al desconocer la persona la etiología de su padecimiento o al no tener un diagnóstico preciso, se enfrenta con sus propios temores y conflictos y decide buscar ayuda en este servicio para tener así un diagnóstico claro y seguro. El no saber de qué se trata la enfermedad que lo aqueja, su inconsciente lo interpreta como una urgencia. Decía uno de los participantes *“Bueno, lo primero es que decidí venir aquí a la Marcial Fallas para que me atendieran de una vez para ver qué es lo que tengo.”* Otro contaba su experiencia *“...uno nunca sabe lo que le puede...más que se me durmió ahora un poco la cara así, yo me asusté y mejor me vine, porque uno nunca sabe qué tiene...”* El enfrentarse ante lo desconocido genera temor y el temor se confunde con el concepto de urgencia en muchas personas, el no saber a ciencia cierta qué es lo que tengo, interpretan algunos como un motivo suficiente para ser atendido en este servicio. La ansiedad producida por la incertidumbre diagnóstica fue descrita por Pasarín, en un estudio llevado a cabo en Barcelona, asociada a la autopercepción de urgencia y como un determinante para la consulta en los servicios de emergencias (2006).

En otros casos no solamente es desconocer la naturaleza del propio padecimiento lo que hace percibir a la población su motivo de consulta como una urgencia, sino también el no saber el tratamiento que se debería utilizar. Esa **incertidumbre terapéutica** también aparece como un factor asociado a la autopercepción de urgencia, tal y como lo había descrito el autor Lega F, en un estudio realizado en España, en el que destacaba esta incertidumbre diagnóstica y terapéutica como uno de los factores más influyentes

que determinan la consulta en los servicios de emergencias (Lega F, 2008). En el caso de un paciente que había sufrido un trauma en su pierna, este expresaba que *...no sé si está quebrado, si voy a ocupar yeso o para que me hagan una placa.*”

Algunos pacientes ya han tenido **antecedentes personales de riesgo** que ameritaron ser atendidos en los servicios de emergencias, y el hecho de presentar una nueva condición, los hace plantearse si se estarán enfrentando ante una nueva emergencia. Se ha visto que estos pacientes que ya tuvieron experiencias como pacientes urgentes, fácilmente acuden al servicio de emergencias por otras condiciones que quizá no son urgentes. Al contar su experiencia, un participante expresó su testimonio *“...desde el 2006 empecé con unos síntomas muy parecidos, llegué a emergencias y era una apendicitis, entonces ¿cómo yo tengo el conocimiento para saber que eso no es una enfermedad?”*. En el caso de otra paciente embarazada, manifestó que *“ya había tenido una amenaza de aborto empezando el embarazo, entonces prefiero estar consultando, cuando...no es muy fuerte el sangrado, pero sí tengo un dolor muy fuerte del lado izquierdo y es un embarazo gemelar ...”* Cuando el paciente ha tenido este tipo de experiencias de riesgo, traumáticas en muchos casos, o que ameritaron atención urgente, no duda en buscar atención nuevamente ante otra condición que se presente. En otros casos, es la presencia de **comorbilidades** lo que influye en la autopercepción de urgencia. Aquel paciente que se encuentra en control por enfermedades crónicas de alguna manera siente que entre más padecimientos tenga, más se acerca a la definición de urgencia, de alguna manera percibe que el hecho de tener una serie de padecimientos que se suman al motivo actual de consulta lo colocan en una situación de urgencia en comparación con aquellos pacientes que quizá tengan el mismo padecimiento pero que carezcan de esos otros padecimientos adicionales. Un paciente justificaba su consulta en emergencias *“Porque soy una paciente hipertensa, soy una paciente también de cáncer, tuve una embolia pulmonar hace como 15 años y ahora, estoy con un cuadro de gripe, pero el problema es que estoy con mucha tos y muy congestionada, entonces prefiero pasar consulta aquí antes que se complique la cosa porque yo sé lo que es.”*

En ocasiones, cuando el padecimiento del consultante no urgente es de etiología infecciosa, el **temor al contagio** le da un carácter de urgente al padecimiento actual. Existe temor ya sea de reinfectarse o bien, de contagiar a otros y como tal, su lógica dice que debería entonces ser tratado como urgente. En el testimonio de un participante, él

expresaba que *“Si, es que la verdad ya llevo varios días así sintiéndome mal y como ya varios en la familia han estado con esto, con vómitos y lo demás, entonces vine...”*. Y otra paciente manifestaba su preocupación así *“Porque desde el viernes estoy así y bueno, por mi trabajo, soy docente y entonces está expuesto uno a muchos virus con los chiquillos.”* Ese temor a contagiarse o a contagiar influye en la percepción que se tenga en relación al carácter del padecimiento que aqueja al consultante.

Finalmente, cuando el padecimiento que presenta el paciente tiene que ver con **limitación funcional o en el ejercicio de sus labores**, la persona se autoconsidera como paciente urgente. El razonamiento del paciente es que si no puede laborar o funcionar con normalidad o con toda la capacidad que tenía, a causa de su padecimiento actual, entonces el mismo debe ser considerado como una urgencia. Una paciente nos contaba de la siguiente manera *“...me siento bastante mal, incluso ni siquiera pude presentarme a trabajar porque el dolor es fuerte, constante e inclusive hoy aparte del calor, estoy bañada en sudor, que no es por el calor sino por la molestia.”*. Esta limitación funcional, va de la mano con muchos de los otros factores asociados a la autopercepción de urgencia, como el hecho que se haya presentado de forma inmediata o a la percepción de dolor o gravedad. La pérdida de alguna función es interpretada casi de manera automática como una urgencia, sobre todo si esta aparece de manera repentina. En uno de los testimonios, un paciente manifestaba su historia *“No, no bueno ayer no me dolía mucho ni nada yo podía cerrar todos los dedos y... pero ya ahora no. Y ahora me duele lo que es esta parte y todo, no tengo la facilidad para lo normal, de mover mi mano entonces vine hoy a emergencias...”*. Queda claro que esa pérdida de la funcionalidad es interpretada por muchos como una situación urgente.

La definición del concepto de urgencia por parte de la población en general, mantiene algunas características en común. Como vimos, la autopercepción de la urgencia juega un papel vital a la hora de definir este término, sin embargo llama la atención la aparición de algunas definiciones que no necesariamente estaban asociadas directamente con el caso del individuo que consultaba. Podríamos decir que el concepto de urgencia está determinado en primer lugar por la **necesidad sentida de urgencia**. En otras palabras, el sentir que se tiene una urgencia, convierte la situación en urgencia. Esta necesidad sentida de urgencia está asociada a su vez a la sensación de malestar y gravedad, a la incertidumbre diagnóstica y al no autocontrol de la situación médica. Al sentir el paciente que su padecimiento es urgente, ya sea por el dolor que este produce o por la gravedad

percibida del mismo, o bien por el simple hecho de no saber a ciencia cierta cuál es el origen de sus malestares y querer contar con un diagnóstico rápido, hace que dicha necesidad sentida adquiera para el individuo un carácter urgente. A esto se suma el no poder controlar la situación desde su hogar, esa pérdida de control sobre la enfermedad o padecimiento, revelan el carácter vulnerable del paciente, el cual queda, de alguna manera desprotegido, o por lo menos lo interpreta así y esto hace que el paciente busque atención. Un paciente manifestaba esta situación al decir que “... *uno en la casa hay cosas que puede controlar y hay otras cosas como una diarrea o una cosa así, el caso de un accidente me parece que es una urgencia, cuando hay algo de verdad, que usted considera que es delicado o para que se haga un examen o se revise a un paciente, porque a veces uno del mismo susto no reacciona y después vienen las consecuencias.*”. La autora Usher-Pines, en una revisión bibliográfica en la que analizó varios estudios que evidenciaban esta problemática, resaltó que a muchos de ellos la necesidad sentida de urgencia era uno de los motivos principales por los que los usuarios decidían visitar el servicio de emergencias (2013).

Otra definición de urgencia, acotada por algunos participantes es el de una **situación que pone en riesgo la vida**. Cualquier padecimiento que se presente y que represente una amenaza para la vida o para la integridad se convierte así en una urgencia. El temor a perder lo máspreciado, como es la vida, le hace al paciente comenzar a identificar posibles amenazas o riesgos y con base en la cantidad o intensidad de los mismos, este etiqueta su situación como urgente o no. Un paciente decía que “*Una urgencia médica es algo que si no atienden a la persona se puede morir.*” Y cuando se le preguntó a otro para que diera su definición contestó: “*Diay para mi una urgencia médica es cuando ya uno tiene que venir al hospital, porque sino se puede morir si no lo atienden. Si usted no viene, el problema puede ser aún mayor.*” De manera muy clara y concisa, otro de los participantes expresó: “*¿una urgencia médica? bueno pues el concepto de la vida humana está en peligro...*”

Mientras algunos pacientes ponen su énfasis en el riesgo a la vida, hay otros que al intentar definir urgencia, colocan su énfasis en la solución. De ahí, que otro de los conceptos de urgencia que se identificó en este estudio es el de **situación que requiere atención inmediata**. Dentro de la lógica del paciente, se considera de forma bastante apropiada que si una situación requiere ser atendida de forma inmediata es por lo tanto una urgencia. Sin embargo, nos planteamos la pregunta ¿quién decide si dicho cuadro

debe ser atendido de forma inmediata?. A pesar que muchos pacientes consideran que su condición requiere atención inmediata, esto no es considerado así por los médicos tratantes, o por aquellos que realizan el triage, existiendo así una discrepancia de criterios para poder considerar una situación como urgente o no. En todo caso, el paciente percibe que si el médico considera que debe ser atendido inmediatamente, es por lo tanto una urgencia. Al preguntársele a un paciente, este expresó “¿Qué es una urgencia? No sé, como un motivo que tienen que atender inmediatamente.” Otro de los participantes dio su opinión al decir: “*Diay, siento que son esas necesidades médicas en las que usted no puede esperarlas, no puede tomarlas con antelación para consultarlas.*” Y finalmente otro agregó como concepto claro y preciso “*Algo que no tiene que esperar, algo que tiene que ser inmediato.*” Por lo tanto la sensación de inmediatez en la consulta está directamente asociado al concepto de urgencia.

Una **enfermedad que puede complicarse**, si bien representa un concepto amplio y vago que puede abarcar una infinidad de patologías que pudieran tener esta potencialidad de complicarse, para algunos pacientes representa un concepto de urgencia. Probablemente se considere la posible complicación en el lapso breve desde la aparición de la enfermedad y por lo tanto se considere como urgente, tal como lo expresa un paciente: “*Diay, yo pienso que cuando se presenta una condición X, ya sea de enfermedad o accidente, eh se debe recurrir a algún médico con urgencia para prever y evitar que las cosas se compliquen.*”

Algunos utilizaron la expresión **estado de salud alterado** para definir el concepto de urgencia. A pesar que esta definición también es bastante amplia ya que un estado de salud alterado prácticamente es producido por cualquier patología aunque sea leve, o como en el caso de las enfermedades crónicas, la percepción del paciente tiene que ver más bien con el cambio basal de la condición del consultante, del hecho de pasar de un estado sin enfermedad a otro estado en el cual ya existe la enfermedad. Es esa condición basal alterada, que pudiéramos identificar dentro de esa definición de urgencia por parte de la población en general. Uno de los participantes ejemplifica esta definición con su respuesta “*Para mi es cuando usted tiene un estado de la salud alterado... tal vez de momento yo estaba sano hasta el día de ayer y hoy amanecí mal, o sea, durante el tiempo de la madrugada hacia acá.*” Esta definición va muy de cerca con la de **situación médica inesperada o repentina** que se describió como uno de los componentes de la autopercepción de urgencia. Cuando un evento de salud aparece de forma espontánea,

sin dar aviso y altera el estado de base del paciente, este asocia dicho evento con el de una urgencia, de ahí que esta definición tenga que ver con la inmediatez de la aparición del cuadro clínico; como bien decía otro participante “*“Yo siento que ya venir aquí es por algo que te comenzó tal vez en la noche, en la madrugada...”*”, valga la pena enfatizar que no necesariamente cualquier evento de aparición inmediata sea una urgencia en el sentido estricto de la palabra, sino únicamente dentro de la concepción del público en general. Por otro lado, como se mencionó, mientras que para uno es la aparición de nuevos síntomas lo que define la urgencia, para otros es la **persistencia de los síntomas médicos**. Se espera que los problemas de salud, siguiendo su curso natural de la enfermedad resuelvan, lo esperable es que los síntomas mejoren, pero cuando estos persisten, se convierten en una urgencia, dentro del pensamiento de algunos sectores de la población. Los síntomas no deberían persistir, piensan muchos, por lo tanto si pasan los días y no se ve mejoría en la condición del paciente se entra dentro del ámbito de las urgencias. Un paciente decía, al intentar diferenciar una urgencia de una no urgencia que *“dependiendo del estado de salud, porque si los síntomas persisten y se complican, usted entonces ya está teniendo un problema...”*

Como se mencionó anteriormente, la definición de urgencia está también asociada al hecho que la convierte en una **situación que limita las funciones y labores**. Esta situación responde a la lógica que si no soy capaz de producir o de realizar mis funciones con la misma productividad y / o eficacia con las que la realizaba antes de la aparición del cuadro médico, estoy entonces ante una emergencia. La pérdida de la funcionalidad aunque sea parcial, para muchos se asocia con el concepto de urgencia. El tener que limitar o disminuir el dominio que tenía en ciertas funciones, nuevamente me coloca en un terreno de vulnerabilidad, en el que quedo a merced de la ayuda que otros me puedan ofrecer, en este caso el médico y el personal de salud, por lo tanto es una urgencia, dentro de la mentalidad popular. Una paciente describía esta situación al decir *“Díay yo lo veo en función de cómo yo trabajo, porque si yo estoy en mi casa y a mí me agarra un dolor en un fin de semana y yo considero que no tengo que venir, porque puedo descansar en mi casa, no vengo, me tomo algo o descanso, pero yo lo veo conforme a mi trabajo, en lo que me vaya a afectar, laboralmente.”* Y otro paciente daba su definición de urgencia en relación a este punto *“...cuando es muy inmediato, y que definitivamente lo compromete a uno en su función.”*

Al intentar agrupar todos estos conceptos en una sola definición de urgencia por la población en general pudiéramos decir entonces que es una “alteración del estado basal del paciente, de aparición repentina o por persistencia de síntomas, que amenaza la vida e interfiere en el ejercicio de las labores y que por lo tanto requiere ser atendida de forma inmediata por su potencial de complicarse”.

Es importante entender el concepto que tiene la población general sobre las “no urgencias”, en contraposición a las urgencias verdaderas, puesto que entender esta definición también nos permite introducirnos a la dinámica que conduce a los pacientes a consultar en los servicios de emergencias. Valga la pena recalcar que la definición de las no urgencias va de la mano con los motivos por los cuales las personas consultan en el EBAIS y muchos de estos motivos, llegan a ser a su vez parte de la definición de las consultas no urgentes.

En primer lugar, la población considera la consulta no urgente como aquella **situación médica que puede esperar**, no se establece un lapso de espera, ya que como se revisó en la definición de urgencia, la persistencia de los síntomas puede convertir una consulta en urgente, a los ojos de la gente. Existen ciertas patologías que la población considera que “pueden esperar”, en general situaciones leves, que puedan ser manejables muchas veces en el propio hogar. Al preguntarle a un paciente su definición de no urgencia, este respondió: *“Una no urgencia, tal vez, sea un caso que una persona podría sobrellevar algún tiempo”*, otro de los participantes añadió *“una urgencia pienso que es cuando se tiene que ver en el momento, ¿verdad? y cuando es una no urgencia hay que darle un poco de tiempo a ver cómo sigue de lo que está pasando uno.”*, y otro asociaba esta posibilidad de espera con el hecho de no necesitar atención inmediata, como es lo que se esperaría para una consulta urgente, y expresaba que *“tal vez, lo urgente podría ser que necesite que se atienda más rápido, ¿verdad?, y lo otro que podría esperar.”* Esta percepción de ser una situación que puede esperar, muchas veces está asociado a otro componente de la definición de no urgencia, y que tiene que ver con situaciones que presentan **síntomas pasajeros**, mientras que en la definición de urgencia resaltaba la persistencia o empeoramiento de los síntomas, para la población en general, los síntomas pasajeros forman parte de la definición de no urgencia, como lo manifestó uno de los participantes *“...eh algo que no, no es delicado, que es algo pasajero, algo rápido”*. Asimismo se considera la **autopercepción de sintomatología leve** como parte de esta definición, y como sinónimo de estos síntomas pasajeros. La gravedad de una

condición médica continúa siendo un aspecto subjetivo dentro de la población no relacionada con trabajos en la salud, ya que no existen criterios establecidos dentro del vulgo para poder delimitar o medir la gravedad, sino es únicamente por la percepción individual de los síntomas, ya que lo que para alguno puede ser leve para otro pudiera ser grave, por lo que al final lo que cuenta es la autopercepción del síntoma, el cómo lo siente el paciente, el cuánto le afecta su estado de bienestar, o cuánto se aleja su condición médica actual de su estado basal, si la persona considera que su cuadro es leve, de manera automática lo encasilla dentro del campo de las consultas no urgentes, como lo describía un paciente “Algo leve, alguna enfermedad leve...no?...que puedo ir...a consultarlo...”.

Otro aspecto asociado a la definición de no urgencia por parte de la población tiene que ver con el manejo terapéutico. Algunos consideran que una no urgencia es una **situación que se puede resolver con automedicación**. En muchos casos, la gente considera que algunos síntomas leves o pasajeros pueden ser manejados desde el hogar con medicamentos caseros o bien con medicamentos de venta libre que se pueden conseguir con facilidad en cualquier farmacia. Si estas situaciones resuelven por su historia natural, ya sea de manera espontánea o bien, por efecto de la terapéutica empleada en el hogar, la persona lo considera como una no urgencia. Un paciente daba su opinión de la siguiente manera “*Diay como resfríos, cosas que uno puede tratar en la casa e ir a sacar cita.*” En otras situaciones, también se consideran no urgencias aquellas **enfermedades que requieren tratamiento de mantenimiento**, como es el caso de las enfermedades crónicas, manejo del dolor crónico, etc. La gente considera que si son enfermedades que han permanecido estables, sin cambio en su patrón de presentación y que pueden ser mantenidas bajo control con su medicación de rutina, entonces pasan a ser consultas no urgentes. Alguien lo expresaba así “*...cuando empezás con moquillos, o con un cólico que uno puede manejar o para el tratamiento de mantenimiento de alguna enfermedad...*”

Finalmente la **consulta médica de rutina** se convierte en un sinónimo de consulta no urgente. Esta consulta médica de rutina está asociada a consultas programadas, que requieren sacar cita con antelación, y que se llevan a cabo por diferentes motivos. Al hablar de consulta de rutina, se están descartando aquellas situaciones de aparición inmediata o repentina, o aquellos cuadros inesperados que vienen a alterar nuestra calidad de vida y nuestro bienestar, se considera consulta médica de rutina, aquellas

condiciones que han coexistido con nosotros desde hace algún tiempo y con las cuales hemos aprendido a convivir y a manejar con la medicación adecuada. Un participante comentó su definición de no urgencia al expresar “*Por ejemplo, una consulta de rutina es cuando usted saca una cita para control para alguna situación...*” Estas consultas médicas de rutina, son atendidas en los servicios de atención primaria que en nuestro país están representadas por los EBAIS. Por lo tanto, los **motivos de consulta en EBAIS**, que abarcan también las consultas médicas de rutina, forman parte de la construcción de esa definición de no urgencia. Esos motivos pueden ser diversos y varían de persona a persona pero se engloban básicamente en cuatro categorías principales: a) **Necesidad de tratamiento**: las personas consultan en el EBAIS para adquirir el medicamento que les permite llevar el control de sus enfermedades crónicas o agudas de sintomatología leve o pasajera. Un paciente lo ejemplificó así “*...cuando, qué se yo, sería algo así como un tipo resfriado, cosas así que uno nada más ocupa medicamentos como para tratarlos, ¿verdad?, o calentura, cosas así...*”. b) **Chequeo general**: Muchos consideran la importancia de realizarse chequeos médicos de rutina, no necesariamente por la presencia de alguna enfermedad sino para conservar su bienestar o en todo caso para realizar detección oportuna de enfermedades asintomáticas. Algunos acostumbran cada cierto tiempo realizarse exámenes de rutina para llevar un buen monitoreo de su estado de salud y se considera el chequeo general como un motivo de consulta al EBAIS y por lo tanto una consulta no urgente, ya que puede ser programada con antelación y que no precisa de inmediatez en la atención. Una de los participantes lo expresó así “*...normalmente cuando tengo que hacerme Papanicolau, exámenes de rutina, que el azúcar una vez al año, más que todo por chequeo general.*” c) **Manejo del dolor crónico**: El dolor constituye el síntoma principal de consulta en los servicios de salud, sean estos servicios de atención primaria o servicios de emergencias, sin embargo lo que hace la diferencia entre donde consulta el paciente es justamente la percepción de la intensidad del dolor; cuando el dolor permanece estable sin mayor cambio en su patrón de presentación, puede ser considerado una no urgencia y por lo tanto, atendido en el EBAIS, según la percepción de muchos, como lo manifestó otro participante “*Diay, en el EBAIS algún dolor que ya me viene desde hace tiempos, que tal vez me tienen que hacer exámenes, bueno ya es algo más profundo*”. d) **Prevención de enfermedades**: Cada vez más se hace énfasis en la importancia de la prevención de enfermedades y en la promoción de la salud; uno de los motivos principales de consulta en los servicios de atención primaria es justamente éste, se considera la prevención de la enfermedad como una responsabilidad

conjunta, de los servicios de salud como oferentes y de la población consultante como receptora de este beneficio; el acudir al EBAIS por motivos de prevención constituye otra razón para considerar la consulta como no urgente. Alguien lo expresó así *“Cuando son cosas que no son tan graves, por ejemplo yo tiendo a ir ahí de manera preventiva, a los servicios de odontología, o para alguna otra enfermedad pero de manera preventiva.”*

Con base en todas estas percepciones, podemos entonces definir la no urgencia según es vista por la población en general como aquella “situación en la salud en un paciente sano, o en un paciente crónico estable o con síntomas leves o pasajeros que se logra autocontrolar en el hogar o que puede esperar a ser visto en los servicios de atención primaria ya sea para manejo del dolor crónico, por necesidad de medicamento de rutina, por chequeo médico o con fines preventivos”.

Al tener claro el concepto de urgencia y de no urgencia creado a partir de los testimonios de la población de pacientes no urgentes que han visitado el servicio de urgencias, entonces nos enfocamos en la identificación de todos aquellos códigos que determinan de una u otra manera este tipo de consultas en el servicio de emergencias, que en el caso particular de este estudio incluye a los pacientes del C.A.I.S Dr. Marcial Fallas Díaz. El conocimiento de estos determinantes de la consulta urgente por pacientes no calificados como urgentes, nos permite comprender desde la perspectiva del paciente sus motivos por los cuáles está buscando ayuda. Estos determinantes aparecieron en cada entrevista de diversas maneras y con diferente intensidad, pero básicamente pudieron agruparse en cuatro grandes grupos de factores asociados a la consulta no urgente en los servicios de emergencias y a su vez cada uno de estos grupos representa una concordancia con lo que se ha visto en otros países del orbe.

En primer lugar, dentro de los determinantes asociados a la consulta de urgencia se encuentran los **factores propios del paciente**, e incluye todas aquellas características propias del paciente que influyen en su decisión de consultar en el servicio de urgencias. El principal factor asociado, es justamente la **autopercepción de urgencia**, de la cual se ha detallado ampliamente en los apartados anteriores, y que se ha asociado asimismo con la construcción de la definición de urgencia. En el momento que el paciente percibe su padecimiento como urgente, no duda en buscar atención en el servicio de emergencias, ya sea por el dolor, por la sensación de malestar o gravedad, por la incertidumbre diagnóstica o terapéutica o por el temor a sufrir complicaciones,

entre otros aspectos; el hecho de autopercebir su condición como urgente se convierte en un determinante de gran peso a la hora de decidir buscar el servicio de emergencias.

Aunado a esta autopercepción de urgencia, otros códigos directamente relacionados con el concepto de urgencia pero que también constituyen en sí mismas un factor de peso para consultar en este servicio, son los **factores asociados a la funcionalidad**, y que como se mencionó previamente hacen que el paciente relacione su disminución en su capacidad funcional o bien en el ejercicio de sus labores como un motivo lo suficientemente importante para buscar atención médica inmediata en el servicio de emergencias, ya sea para que se le resuelva el problema, o bien para que se le otorgue la incapacidad laboral. Una paciente lo manifestaba así *“...bueno yo que trabajo, digamos a mi me afecta estar caminando así, sentirme mareada, porque yo atiendo clientes y a mi me puede pasar algo.”*

Dentro de los factores propios del paciente, uno que llamó mucho la atención es el **sentimiento de derecho de atención**, mediante el cual el paciente considera tener todo el derecho de ser atendido, sin mayor cuestionamiento por la simple razón que paga su seguro social. Uno de los participantes expresó que *“Yo no vengo aquí por un resfrío, doctor, yo sé que uno tiene derecho porque uno no viene de gratis aquí, uno cotiza para eso.”* y un segundo paciente al que se le cuestionaba su asistencia al servicio de emergencias respondía diciendo que *“...por ejemplo, yo pago mi seguro, pago todo, contribuyo con la Caja, ¿verdad?, con las obligaciones y tal vez de momento yo estaba sano hasta el día de ayer y hoy amanecí enfermo...”*. Es interesante que cuando se les cuestionó que la gente que consulta en el EBAIS también cotiza y paga su seguro, muchos de los entrevistados dudaron en su justificación. Se detecta un desconocimiento por parte de muchos usuarios que el hecho de estar asegurados, no les da ventaja adicional para ser atendidos en el servicio de emergencias, sobre otros usuarios que buscaron de manera apropiada los servicios de atención primaria, y que existen lineamientos debidamente establecidos, como en cualquier otro sistema de seguridad social a nivel internacional, para establecer con criterios claros y precisos qué es una urgencia. Por lo tanto, esa sensación de derecho, está implicada de manera directa en la búsqueda de atención urgente, a pesar que la condición médica del paciente no cumpla con los criterios para ser considerada como una urgencia verdadera.

Un segundo grupo de factores que determinan la consulta en el servicio de emergencias son los **factores asociados a otras personas**; el paciente consulta en este servicio, ya sea por responder a las pretensiones de terceras personas, por simple recomendación o sugerencia o bien, cumpliendo una indicación de alguien con cierta autoridad. Destaca en primer lugar, la **ansiedad por parte de la familia**, que constituye un código importante al decidir buscar la ayuda del servicio de emergencias; esta ansiedad puede ser lo suficientemente fuerte como para que el paciente perciba su situación como urgente, o aunque éste no lo perciba así, es lo suficientemente importante para querer aliviarles un poco esta ansiedad al acudir a este servicio. Un participante contaba a este respecto, su experiencia *“...mis hijas, bueno, se asustaron y entonces le consultamos al doctor que nos ve a nosotros en la casa y andaba de gira, ¿y entonces qué hicimos? diay!, pagar un doctor por fuera para que nos explicara a ver qué era el asunto, ¿verdad?...lo mío...”*.

En otras circunstancias, los pacientes justifican su consulta en el servicio de emergencias, **por recomendación del patrono**. Algunas personas mencionan que fueron a trabajar, pero dada su condición es el mismo jefe o superior quien decide enviarlos, ya sea para que reciban atención inmediata o para que se les otorgue la incapacidad requerida en su trabajo. Un participante lo expresaba así *““Eh bueno, no pude ir al EBAIS porque por la zona me mandan a la Clínica, especialmente aquí, este, eso por una parte, la segunda es que, como te digo, por el dolor abdominal como me mandaron del trabajo que vieron que yo estaba, este, mal, me he puesto pálida, entonces por eso es que vine aquí.”*. La necesidad de contar con el documento de incapacidad y la suposición que dicho documento difícilmente lo obtendrán en el EBAIS, hace que el servicio de emergencias sea buscado como primera opción. Un paciente manifestaba con respecto a este hecho que *“...sabe uno que el único respaldo para poder justificar que uno esta mal, es en emergencias.”*

Ocurre un fenómeno importante dentro de los factores asociados a otras personas, que consultan en el servicio de emergencias **por referencia o cita** de otros médicos, y se presentan dos escenarios principales, primero que el médico del EBAIS refiere a un paciente que fue debidamente a consultar en el servicio de atención primaria pero que considera pertinente enviar ya sea por exámenes de gabinete o laboratorio al servicio de emergencias o simplemente porque considera que requiere mayor apoyo en el manejo de este paciente y en un segundo caso puede ocurrir que el paciente haya sido visto

previamente en un servicio de emergencia y que el paciente haya recibido la indicación de regresar algunos días después con el fin de dar seguimiento a su cuadro por el cual consultó o para resultados de exámenes que no se podían obtener de forma inmediata, como por ejemplo un urocultivo que requiere de varios días hasta la obtención de resultados. Alguien comentaba que *“...de hecho hoy vine a emergencias porque vengo referido, ya que estaba en Aserrí y ahí me tomaron los datos y me agarró el dolor muy fuerte y me refirieron para acá para una placa.”*. Igualmente, cuando se le cuestionó a un familiar el acudir al SEM con su padre que tenía colocada una sonda Foley fija, para el cambio de la misma nos respondió: *“Díay es mandado por el médico, que mes a mes hay que venir aquí a cambiarle la sonda y entonces por eso hay que traerlo.”*. De hecho, la realización de algunos procedimientos que requieren un poco más de tiempo y que difícilmente pueden ser llevados a cabo en el EBAIS representa un motivo por el cual los médicos refieren a estos pacientes a los servicios de emergencias. Un participante comentaba: *“...En lo personal, di, igual , la vez pasada me habían operado, tenía un seroma en la espalda, tenía que ir al EBAIS a curaciones, la doctora me mandó para acá, tenía que esperar a que ella me diera una referencia o me mandaba para el San Juan, igual para mi...”*. En todos estos casos, los pacientes adjudican la responsabilidad de su consulta en el servicio de emergencias al médico tratante que los envió y para lo cual ellos están cumpliendo con la indicación que se les dio.

Los **factores del EBAIS** representan el tercer grupo de determinantes de consulta en los servicios de emergencias. La mayoría de estos factores están relacionados con una percepción negativa de los servicios de atención primaria, lo cual influye en la decisión de acudir al SEM. Si el paciente no se siente conforme con el servicio del EBAIS, evitará acudir al mismo y preferirá consultar en el SEM, por todas las ventajas que este representa en comparación con el EBAIS. Al hablar de estos factores, existen ciertos aspectos de peso que añaden una connotación negativa por lo que el usuario evitará la consulta ahí y procurará resolver su problema en el SEM. En primer lugar destaca la **dificultad de obtención de cita**; este punto en particular es crítico, porque los pacientes describen una serie de aspectos relacionados con esta dificultad para obtener cita en los servicios de atención primaria, dentro de esos aspectos resaltan:

- Falta de citas disponibles, ya que apenas se dispone de un limitado número de ellas al día para poblaciones que por lo general son de miles de habitantes.
- Esperas prolongadas para la obtención de la cita.

- Saturación en el EBAIS
- Necesidad de madrugar para lograr conseguir una cita
- Red de internet saturada
- Líneas telefónicas saturadas

El sistema de asignación de citas, según perciben los pacientes, pareciera colapsar la mayoría del tiempo y el ingeniarse para conseguir una cita en muchos casos parece una labor prácticamente imposible que únicamente un número muy limitado de personas tienen la suerte de conseguir. El hecho de no poder obtener atención médica en el EBAIS fácilmente produce en la mayoría de la población sentimientos de frustración y enojo, pues se sienten desprotegidos de una u otra manera por el sistema y por lo tanto los pacientes acuden al servicio de emergencias como una alternativa segura de que ahí recibirán la atención que no pudieron obtener en el EBAIS por la enorme dificultad en obtener la cita que buscaban. Numerosos ejemplos de pacientes demuestran su frustración. Una paciente daba su testimonio y expresaba que *“Ay la verdad que no sé, hoy yo llamé 108 veces! A las 12 de la noche llamé por internet porque hay que esperar a las 12 de la noche para que uno pueda entrar y no, no se puede...usted llama y llama y llama y no, no es una barbaridad, hasta que cuando merece entrar, que ya son las 5:00 o 6:30, pasadas 6:30 que hay gente, logramos que entre la llamada, ya ni campo ni para hoy ni para mañana...aquí no sé, donde está la emergencia? Por eso tiene uno que correr aquí.”*. De la misma manera otro explicaba el hecho de acudir al servicio de emergencias en vez de ir al EBAIS *“...porque a veces uno llega y ya no hay citas, yo me he levantado a las 4:00, 4:30 am y ya tal vez ya no topé con cita.”* Otro paciente justificaba su consulta en emergencias *“...ya que para sacar cita tengo que levantarme muy temprano para tomar una ficha, entonces por eso vengo a la parte de emergencias...”*. Muchos pacientes son conscientes que deben acudir a los servicios del EBAIS como primera instancia, sin embargo esta dificultad en conseguir atención médica es un factor muy fuerte para terminar consultando en los servicios de emergencias, tal como lo manifestó otro participante *“Bueno, primero yo busco en el EBAIS donde estoy asignado, el EBAIS que me corresponde pero , diay, si no me quieren atender entonces busco emergencias.”* El autor francés De Vries, describe una situación muy similar en una clínica en los Alpes franceses, donde se evidenció que la principal razón por la que los usuarios no urgentes acudían al servicio de emergencias era justamente por la imposibilidad para obtener citas en los servicios de atención primaria (DeVries, 2013).

Esta realidad descrita en el párrafo anterior, está asociada a la **suposición de no ser atendidos en el EBAIS**. En el primer caso, el paciente acude pero no consigue la cita, existe por lo menos un intento de obtención de cita, pero en este segundo escenario, muchos pacientes, probablemente frustrados con experiencias anteriores de imposibilidad para obtener su cita, prefieren ni siquiera intentarlo porque consideran que no vale la pena hacer el esfuerzo y dan por un hecho que no serán atendidos. Este factor mueve a muchos usuarios a ir directamente al servicio de emergencias sin siquiera hacer el intento de consultar en el EBAIS. Así lo expresó un paciente: *“...porque, diay, me presenté al trabajo y sinceramente yo sé que yo voy a ir al EBAIS y en el EBAIS no me van a atender.”*. Otro participante daba su ejemplo: *“...yo fui a trabajar, del trabajo me enviaron hacia acá, pero si yo voy al EBAIS me van a decir que posiblemente no porque ya los campos están agotados.”*

Dentro de los factores asociados al EBAIS que explican o determinan de alguna manera la consulta en el servicio de emergencias, destacan también las **experiencias previas insatisfactorias en el EBAIS**. Estas experiencias insatisfactorias básicamente abarcan cuatro aspectos: mala atención por el personal de salud, trato médico poco afectuoso o poco cordial, discrepancias diagnósticas y manejo médico inadecuado. Con respecto a la mala atención del personal de salud, los participantes esperan que se los trate con respeto y dignidad, muchos desean una exploración médica adecuada y que se tome el tiempo necesario para realizar una atención de calidad, lamentablemente la realidad nos dice que por causa que los tiempos de atención en los servicios de atención primaria están muy limitados, los médicos están obligados a cumplir un número mínimo de citas por hora, lo que lleva a los profesionales a limitar la atención, muchas veces dirigida al problema principal; en otros casos esta insatisfacción va dirigida hacia otros trabajadores del EBAIS como las secretarías, o el servicio de enfermería; como ejemplo, un paciente expresaba que: *“...el EBAIS es más como siéntese firme papeles, siéntese llene papeles, es como muy mecánico el asunto verdad, yo otras veces que consulté en emergencias, siento que le ponen a uno un poquito más de atención”*. En relación al trato médico poco afectuoso, se considera que el personal médico, al estar muy presionado por sus tiempos de consulta, no puede entablar correctamente una comunicación con el paciente que resulte adecuada o satisfactoria, en otros casos, las características de personalidad de algunos profesionales pueden ser percibidas negativamente por algunos pacientes. Un usuario describía la relación con su médico

tratante en términos negativos “..y es un doctor que no, la verdad que no, no, si lo examina a uno lo examina desde... él está aquí y uno está allá, como que le tiene asco.” Esta relación médico-paciente alterada, definitivamente mueve al usuario a querer buscar otro tipo de atención y dentro de las posibilidades que tiene disponibles, surge el servicio de emergencias como la mejor alternativa. En relación a las discrepancias diagnósticas, algunos pacientes han tenido malas experiencias que en algunos casos se trataba de problemas médicos no resueltos, o situaciones que empeoraron y terminaron en el servicio de emergencias. Por ejemplo, alguien comentaba su historia: “...es que tengo más de un año con un dolor en la pierna, voy a la Clínica porque a mi me ven en la clínica y me dice la doctora que es una infección en los riñones, entonces me mandó para los riñones, me mandó tratamiento por 7 días, no se me quita. Volví a venir a los quince días y me dijo lo mismo, volvió a darme el mismo tratamiento, entonces no volví más. Vengo acá a Emergencias desde hace como tres meses y me dicen que no es emergencia, que vaya a la clínica, voy a la clínica y siempre me dicen lo mismo. O sea, ya tengo un año, no puedo bajar ni subir el bus. Se me duerme la pierna y siento que se me desgarran por dentro todo. Me siento como...esta parte de acá, como que no me puedo apoyar en esta pierna.” Finalmente algunos consideran que estas discrepancias médicas pueden ir asociadas también con un manejo médico inadecuado, no únicamente como una percepción de un usuario que probablemente carezca de los conocimientos médicos necesarios como para hacer una suposición de este calibre, sino más bien por los resultados de ciertas decisiones diagnósticas o terapéuticas, como por ejemplo se nos manifestó por parte de una usuaria al describir su experiencia: “...pues muy traumática, porque la vez pasada llevé a mi hijo que tenía, este, se rompió en una bicicleta, todo el muslo y estuve en el EBAIS todo el día hasta que la doctora decidiera qué hacer, si me mandaba aquí, igual perdí como tres horas, y mejor me hubiera venido directo, porque siempre, tuve que, a fuerza, tuve que esperar a que ella me hiciera la referencia, y todo eso, estaba en hora de almuerzo...”

Debido, muchas veces, a estas experiencias previas insatisfactorias, ya sea a nivel personal o en terceras personas que también sufrieron alguna mala experiencia, se ha creado un prejuicio importante contra los servicios de atención primaria que lleva a la **suposición de no resolución del problema médico**. El usuario simplemente no consulta en el EBAIS porque presupone que no le van a resolver su motivo de consulta, ya de manera anticipada él o ella tienen animadversión hacia la consulta en el servicio de atención primaria porque han perdido la confianza en este sistema. Dentro de los

testimonios recabados, un participante manifestaba su opinión de lo que sería ideal para él en ese servicio “...díay no, que usted llegue y le digan a usted: Venga! Y lo pasen de una vez o sea, que le digan qué es lo que tiene, no que lo pongan a usted a esperar tres horas para que le digan: No tiene nada! O nada mas simplemente le dan pastillas y váyase. O sea, no, no, siento que no lo hacen así...”

Llama la atención que un aspecto que produce desconfianza en algunos pacientes, tiene que ver con **personal médico muy joven en el EBAIS**. Primeramente existe prejuicio contra los médicos “muy jóvenes”, como sinónimo de poca experiencia, ingenuidad, inseguridad, etc. Algunos consideran las canas y las arrugas como símbolo de experiencia y conocimiento, o de un buen dominio médico, sin embargo esta percepción no pasa de ser un prejuicio existente en algunos participantes y que prefieren la consulta de emergencias por tratarse de personal aparentemente con mayor experiencia clínica. Lo interesante es que no existe gran diferencia en cuanto a rango de edad entre el personal que trabaja en EBAIS y el que atiende en el servicio de emergencias, e inclusive notamos que algunas veces ocurre que el personal trabajador en emergencias tiende a ser menor que el que labora en un EBAIS. Un paciente manifestaba que “...en mi EBAIS, había unas doctoras, señoras ya, no muy mayores, de unos treinta o veinticinco años, y ahora las que hay, son muy jóvenes, y lo que hacen es que me mandan a que me pongan la bomba, la otra vez casi me mandan al otro lado, por orden de allá, me mandaron y me pusieron 9 bombas...”

Un hecho que resultó muy interesante es que algunos usuarios manifestaron desconocer si en su comunidad contaban o no con un EBAIS. Este **desconocimiento de la existencia de un EBAIS**, determina que algunas personas acudan al servicio de emergencias ya que es lo que conocen. Nos preguntamos qué tan cierto es este hecho, o si más bien tiene que ver con un hábito de recibir atención en el servicio de emergencias, sin embargo, se debe tomar en cuenta, para tomar acciones necesarias que permitan difundir adecuadamente la participación del EBAIS en la vida de la comunidad. Un paciente comentaba lo siguiente: “...desconozco si en el área mía existe un EBAIS o si yo debería ir al EBAIS”. Por otro lado, un fenómeno que se detectó en el C.A.I.S Dr. Marcial Fallas Díaz, y que se repite también en otras clínicas del país es el hecho de tener algunos EBAIS dentro de la misma infraestructura que el servicio de emergencias. Notamos que cuando el usuario tiene su EBAIS dentro de la clínica, considera que esto le da derecho a consultar en emergencias ya que “ese es su EBAIS”.

Existe un **desconocimiento de diferencia entre SEM y EBAIS en la misma infraestructura**, pareciera que muchas veces el usuario desconoce cuál es uno y otro, o cuál es el objetivo de la existencia de un EBAIS en el que se requiere llegar temprano, sacar cita, esperar durante varias horas para ser atendido cuando puede recibir una atención similar y más expedita del lado del servicio de emergencias. En algunos casos, recordaban haber consultado en el EBAIS ya sea por exámenes o procedimientos, pero para consultas de situaciones agudas van al SEM. Cuando se le preguntó a un paciente porqué consultaba del lado de emergencias y no en el EBAIS, éste respondió *“Bueno yo no sé, porque este es el EBAIS mío, porque a mi me toca aquí.”*

El último grupo de factores que determinan la consulta en el servicio de emergencias es justamente el de los propios **factores del SEM**. El servicio de emergencias, como tal, presenta una serie de aspectos positivos y de ventajas que son percibidas por muchos, por lo cual se prefiere la atención de este servicio en comparación con la recibida en los servicios de atención primaria. Para muchos este servicio es visto con muy buenos ojos y en su gran mayoría, la gente destaca las cualidades y pluses que tiene el consultar en el SEM. Generalmente, cuando ya se ha tenido una **experiencia previa satisfactoria en el SEM**, el usuario tiene una mayor probabilidad de volver a consultar en este servicio por la suposición que recibirá los beneficios y ventajas que ya había recibido previamente. Se ha visto que se anteponen estas experiencias positivas en el SEM con las experiencias negativas sufridas en el EBAIS y la brecha que se establece entre ambas, tienden a maximizarse aún más en la mente del paciente, que en la propia realidad. Si su autopercepción de urgencia recibió la tranquilidad que el paciente buscaba mediante una atención expedita y de calidad, es casi seguro que el paciente volverá a buscar esta atención ante una nueva situación que él considere de vulnerabilidad o de riesgo. Uno de los usuarios opinaba al respecto: *“...otras veces que consulté en emergencias, siento que le ponen a uno un poquito más de atención, quizá por lo mismo porque no es todo el tiempo que uno viene, o porque tienen otro tipo de protocolo, no sé en realidad como trabajarán, pero sí siento que el médico como que le pone un poquito más de atención.”* Otro participante añadía su punto de vista *“Bueno, muy poco he venido aquí, sinceramente, pero cuando he venido sí, he tenido eficacia y me han ayudado con lo que tengo.”* Estas experiencias previas satisfactorias y el hecho que en la gran mayoría de casos los pacientes reciben atención en ese servicio, hace que algunos usuarios tengan la **costumbre de ser atendidos en el SEM**, lo cual se convierte en un factor independiente que determina este tipo de consultas, que a pesar

de ser no urgentes en la mayoría de los casos, terminan recibiendo algún tipo de atención. Cuando el usuario compara las ventajas de ir al servicio de emergencias con las de ir al EBAIS y recibe de manera satisfactoria la ayuda y atención que buscaba y esta situación se repite en varias ocasiones, llega el momento que dicha conducta se convierte en una costumbre y el usuario simplemente decide dejar de asistir a los servicios de atención primaria. Como ejemplo, un paciente expresaba su caso: *“Eh, bueno **siempre** que he venido aquí a la Marcial Fallas, la atención es súper buena, para mi, yo **siempre** le he comentado a la gente que es como ir a la Clínica Bíblica, este edificio nuevo es totalmente diferente y **siempre** cuando he venido con alguna emergencia o algún problema **siempre** me han atendido bien.”* Se enfatiza la palabra “siempre” en este testimonio como un adverbio que denota un hábito, una costumbre, algo que se hace repetidamente.

La **necesidad de los servicios ofrecidos en el SEM**, y que en contraposición no se consiguen o se consiguen con dificultad en el EBAIS constituyen otro factor importante que representa un determinante de consulta en el SEM. La persona sabe que mientras una radiografía, que mediante cita de rutina puede significar varios meses de espera, es muy probable que en el servicio de emergencias se reciba de forma inmediata. Lo mismo sucede con los exámenes de laboratorio, que mientras el paciente tiene que levantarse temprano, hacer fila para obtener la cita correspondiente, acudir el día en que se lo cita al laboratorio y volver a hacer todo el trámite para obtener cita en el EBAIS para que se le informe sobre los resultados de los exámenes, los usuarios saben que en el servicio de emergencias se ahorrarán todos estos trámites y procedimientos y recibirán lo mismo, muchas veces, en cuestión de pocas horas y sin mayor dificultad. Esta realidad se ejemplifica muy bien con el siguiente testimonio: *“...un día vine muy mal con unos dolores aquí abajo, también donde respiraba, me sentía muy mal y me pasaron, me hicieron muchos exámenes, hasta electros y todo me hicieron. Yo a veces pienso que cuando uno viene aquí, en veces le hacen más exámenes que cuando uno va a la medicina general que, bueno ahí nada más escriben y ya, en cambio yo vengo aquí y me han hecho exámenes de los que nunca me han hecho casi en dos años y así...”* Guttman N, describió en su estudio realizado en el noreste de los Estados Unidos que la accesibilidad a los servicios ofrecidos por el servicio de emergencias en contraposición con el servicio de atención primaria, es un factor muy influyentes en la búsqueda de atención en los servicios de emergencias (Guttman, 2003).

Existen otros factores, quizá de menor peso, pero que resultan importantes para algunos usuarios y que explican de alguna manera el porqué consultar en el servicio de emergencias. Uno de ellos es el de la **cercanía geográfica**, que algunos mencionaron como uno de los motivos por los cuales prefieren o deciden buscar la atención médica en este servicio. Uno de los participantes dijo al respecto: *“Qué ventaja o no ventaja es la cercanía de mi casa, y segundo el servicio es mejor”*. Cuando el paciente compara la distancia para asistir al EBAIS con la de asistir al servicio de emergencias, y nota que es diferente, prefiere asistir al SEM, sobre todo en aquellos casos en los que el EBAIS está ubicado fuera de la clínica. Este fenómeno ocurre sobre todo en relación al lugar de trabajo, ya que si dicho lugar queda ubicado más cerca de la clínica, influye en el hecho de buscar este servicio antes que el del EBAIS. Ya este factor había sido descrito por Pines, donde destacaba que la accesibilidad geográfica puede constituir un factor ventajoso a la hora de consultar en los servicios de emergencias (Pines, 2011).

Probablemente el factor determinante de aquellos directamente asociados con el SEM y que explica las consultas no urgentes en dicho servicio en el C.A.I.S. Dr. Marcial Fallas Díaz tiene que ver con todas las **ventajas de consulta en el SEM**, percibidas por los usuarios. Existe un consenso entre prácticamente la mayoría abrumadora de entrevistados que la consulta en el SEM resulta ventajosa en comparación con los servicios de atención primaria. Al preguntar a los pacientes que listaran esas ventajas que ellos han percibido en su experiencia, pudiéramos agruparlas en tres grupos básicos de ventajas: **rapidez, accesibilidad y atención de calidad**. En relación a la rapidez, los participantes identificaron que esta ventaja tiene que ver con la **atención médica inmediata**, en primer lugar la gente considera que una de las grandes ventajas en el servicio de emergencias es que se evitan tener que hacer las largas filas que hacen en el EBAIS para obtener atención y la misma se obtiene de manera rápida y eficaz. Esa atención inmediata resulta sumamente atractiva para la mayoría de usuarios que buscan una solución pronta para los problemas de salud que los aquejan. En relación a la atención médica inmediata un usuario expresaba su punto de vista *“bueno, la ventaja de venir a Emergencias es como, tal vez, digo yo, es que lo atienden de inmediato...”* Otro participante hacía la comparación entre consultar en el EBAIS con el servicio de emergencias y lo presentaba así *“...por ejemplo hoy dije yo, me siento mal, si falta algo hay dos opciones: irme a emergencias para que me atiendan rápido o ir al EBAIS y me tengo que esperar a que pase tanta gente y no más...Que hago? Irme para emergencias, ni modo...”* Muchas de estas ventajas, también fueron investigadas por la

Dra. Anne Claire Durand en un estudio realizado en Francia, en el que logró identificar que una de las principales razones por las que los usuarios no urgentes visitan los servicios de emergencias es justamente por todas las ventajas que estos presentan (Durand AC, 2012).

Uno de los mayores temores de los usuarios y que está directamente relacionado con la autopercepción de urgencia y con el concepto de urgencia que tiene la población en general, tiene que ver, como se explicó anteriormente, con la incertidumbre diagnóstica. Debido a este temor, una de las mayores ventajas que los usuarios identifican en relación al servicio de emergencias, es la posibilidad de obtener un **diagnóstico inmediato**, que al final es lo que pretende el usuario no solamente para aliviar su propia ansiedad, sino la de sus familiares. El tener un diagnóstico inmediato, le permite al usuario tener la certeza que las acciones médicas inmediatas estarán dirigidas al control de la situación médica que el paciente percibe como urgente, a pesar de no serlo, según el criterio médico estricto, y de esa manera disminuir el riesgo de las complicaciones futuras, incluida, claramente la muerte misma. Un participante nos daba su opinión en relación al porqué el diagnóstico inmediato es considerado una de las mayores ventajas del servicio de emergencias: *“...¡día porque si tuviera algo creo que lo pueden tratar con más rapidez, si tuviera algún problema, ¡día!, pueden revisarlo a uno, como uno no sabe lo que tiene...”*. Un grupo de investigadores franceses, liderados por la Dra. Stéphanie Gentile, evidenció que en su población investigada, hasta una tercera parte de los pacientes consultaban por la necesidad de tener un diagnóstico inmediato y así aclarar su duda diagnóstica (Gentile, 2010).

Esa percepción de llegar a tener un diagnóstico inmediato, está asociada a la idea que en emergencias la posibilidad de obtener **exámenes de laboratorio expeditos** es mucho mayor, y que esto permitirá concomitantemente llegar a obtener ese diagnóstico inmediato y recibir el tratamiento correspondiente, tal y como lo expresaba un paciente *“...¡día! porque uno siente que inmediatamente le dan a uno las medicinas que ocupa, no le mandan a hacer exámenes mientras tanto, o sí se los mandan pero le dan el resultado inmediatamente...”*. Esta sensación de rapidez, que implica una atención médica inmediata y la seguridad que se llegará a un diagnóstico certero de manera veloz va también de la mano con la percepción que se dará **tratamiento expedito**; un usuario nos expresaba su opinión al comparar en este sentido el servicio del EBAIS con el de emergencias: *“A diferencia del EBAIS, yo siento que en emergencias le ponen*

rápidamente atención directa al problema, en cambio cuando usted va al EBAIS..., digamos, ahorita voy al EBAIS por esto y me dejan ahí, venga aquí, venga allá y que me hacen una cosa y que me mandan a hacer exámenes, por cosas que tal vez no..., yo ocupo en el momento que me ayuden con lo que estoy, con lo que requiero ahorita, que es esto; entonces , siempre que vengo a emergencias, por una u otra cosa, inmediatamente me dicen: directo al grano, ¿verdad?, ¿hace cuanto que te pasó esto? ¡De una vez!... Ya varias...bueno, he venido como dos veces, una porque me quebré el pie y otra que fue cuando empecé el embarazo, que tenía sangrados, entonces, siempre que he venido, de una vez, o que vengo con mi hija, de una vez, inmediatamente, no me dan mucha vuelta, igual uno tiene que esperar y todo, pero ya uno sabe que, tal vez esa seguridad que yo tengo, que apenas vengo me van a tratar directamente el problema.”. La rapidez en el diagnóstico y en la posibilidad de conseguir el tratamiento fueron descritas recientemente en un estudio llevado a cabo en España. (Lega F, 2008).

La **accesibilidad** representa el segundo grupo de ventajas de consulta en el SEM, percibido por los usuarios. La accesibilidad tiene que ver con las facilidades existentes para obtener los beneficios que se buscan del servicio de emergencias. Uno de estos beneficios tiene que ver con la **no necesidad de obtener cita**, que en el EBAIS es un proceso que para muchos puede resultar tedioso y que requiere un mayor esfuerzo, ya que hay que levantarse temprano, muchas veces desde horas de la madrugada y esperar varias horas hasta ser atendido. En cambio, en el servicio de emergencias la atención prácticamente se obtiene sin necesidad de cita y los tiempos de espera pueden ser menores, como lo comparaba una participante “*en un EBAIS mientras vas y sacás cita, que hay que madrugar, que si sacás la cita, o sea, uno igual, y normalmente es una enfermedad aguda... uno se empieza a sentir peor en el transcurso, entonces ya uno se angustia más, ¿verdad?...*”. También la accesibilidad tiene que ver con la **seguridad de atención en el SEM**, ya que mientras muchos usuarios suponen que no recibirán atención si van al EBAIS y por eso ni siquiera hacen el intento, en el caso del servicio de emergencias ocurre totalmente lo contrario, la mayoría tiene la seguridad de recibir atención y por eso no duda mucho en acercarse a la clínica a buscar este servicio; así opinaba un usuario “*...porque aquí lo chequean a uno, lo revisan y todo y le dicen lo que tiene y todo, no le dicen así que tienen que ir al EBAIS y después regresar a la clínica, viene uno directamente aquí, a la clínica.*” A pesar que exista una política de remitir de vuelta al EBAIS a los usuarios catalogados como blancos, no se ha visto que esto

disminuya la cantidad de consultas en el servicio de emergencias, por el hecho que la gente continúa aferrada a su seguridad de atención.

Dentro de los servicios que se consideran “accesibles” en el servicio de emergencia se pueden considerar tres servicios principales: **acceso a medicación IV, acceso a estudios de gabinete y acceso a procedimientos médicos**. En el primer caso, a pesar que algunos EBAIS proveen este servicio en sus instalaciones, muchos usuarios lo desconocen y piensan que únicamente en la clínica podrán tener acceso a este tipo de medicación, que de por sí, es creencia popular, que resulta de mayor calidad y eficacia que la medicación por vía oral. Una paciente contaba su testimonio “...de que es rápido, de que uno viene y rápido lo atienden, si el dolor es terrible, digamos como ahorita que yo tengo un dolor de estómago y de cabeza terrible, ¡día!, considero que tal vez a mí me vayan a inyectar y tal vez ya me pueda ir tranquila para la casa y mañana trabajar tranquila.”. En el caso de los estudios de gabinete, efectivamente este tipo de servicio se provee en la clínica y muy difícilmente existirá en algún EBAIS, y en ese caso si el médico considera necesario, enviará al paciente al servicio de emergencias para conseguir que se realice el estudio de gabinete de forma expedita y poder contar con esa herramienta de manera rápida. Un paciente lo ejemplificaba con su propia historia “no no, de hecho hoy vine a emergencias porque hoy vengo referido, ya que estaba en Aserrí y ahí me tomaron los datos y me agarro el dolor muy fuerte y me refirieron para acá para una placa.” Fieldston, había descrito en un estudio realizado en un servicio de emergencias pediátricas, que la accesibilidad a herramientas diagnósticas inmediatas, movía de forma importante a los usuarios a buscar la atención médica en el servicio de emergencias (2012). De la misma manera, existen procedimientos médicos que no pueden realizarse en el EBAIS, ya sea por falta de experiencia del médico tratante o simplemente porque no se cuenta con instrumental a la mano o la infraestructura adecuada para llevar a cabo dicho procedimiento, como fue el caso de un usuario que nos contó su experiencia “Como primera opción? Cuando son urgencias como por ejemplo, que llevo una semana con asma, alguna gripe, alguna tos, me pueden poner unas mascarillas o inyección.”

En cuanto a la **atención de calidad**, esta representa el tercer grupo de grandes ventajas del servicio de emergencias. Se considera que el servicio que se brinda en el C.A.I.S. Dr. Marcial Fallas Díaz es de muy buena calidad, lo cual es percibido de manera generalizada por los usuarios. Dentro de los factores asociados a la calidad, destaca el

buen trato y atención tanto por parte del médico como por el personal de enfermería. Ese buen trato es una cualidad muy apreciada por los usuarios, que en su situación de vulnerabilidad ante el padecimiento que los está aquejando y que les está robando su tranquilidad, es lo mínimo que esperan por parte del personal que los atiende. Un paciente lo expresaba de la siguiente manera, calificando a los médicos del servicio de emergencias en comparación con los médicos de atención primaria: *“Porque son mejores, son mejores médicos y lo ven a uno muy bien, ellos lo tratan muy bien a uno, ellos no lo...no lo, no sé, ellos son muy, muy afectivos para atenderlo a uno, son muy buenos médicos.”* Y otro paciente, añadía su percepción respecto a este punto: *“... qué le digo, las veces que he venido aquí, no me quejo, más bien para mí es un excelente trato.”* Otros consideran que los profesionales que trabajan en este servicio, además de su buen trato son catalogados como **personal calificado en SEM**. La gente considera, en general, que los médicos que trabajan en el SEM hacen bien su trabajo, conocen los procedimientos, realizan diagnósticos acertados y consideran su manejo como bueno, todo esto se convierte en una ventaja en consultar en el SEM ya que inspira confianza en el usuario que quien vaya a estar a cargo de su salud sea un profesional debidamente preparado. A este respecto alguien expresaba: *“... entonces uno viene, donde uno siente que hay gente más capacitada, y así es, en esta clínica.”*, y otro usuario calificó al personal en general *“Todo el personal es totalmente calificado...”*. Esta asociación entre percibir a los médicos de los servicios de emergencias como personal altamente calificados y el consultar en dicho servicio, ya había sido descrito por Alyasin, en su estudio realizado en Arabia Saudita (Alyasin, 2014).

Otro aspecto, rescatado por los usuarios, y que tiene que ver con la atención de calidad como una de las principales ventajas del SEM, es el hecho que **se brinda información completa**, justamente los pacientes desean tener claridad en cuanto a su diagnóstico y en cuanto al tratamiento, ellos esperan que se les brinde con paciencia las instrucciones necesarias para el manejo adecuado de su condición y de sus patologías, lo cual por la rapidez en la consulta muchas veces pareciera no realizarse de acuerdo a lo esperado por ellos, en los servicios del EBAIS. Con relación a este aspecto, alguien decía que *“...lo atienden a uno mejor, rápido, le explican a usted más, los procedimientos, muchas cosas que ahí (en el EBAIS) no lo hacen.”* Finalmente un aspecto asociado a la atención de calidad tiene que ver con la **infraestructura nueva**, que resulta atractiva para algunos usuarios y que les da sensación de confort y comodidad, y por lo tanto influye en su deseo de consultar en el SEM. Alguien describía este aspecto *“Eh, porque aquí,*

bueno, siempre que he venido aquí a la Marcial Fallas, la atención es súper buena, para mi, yo siempre le he comentado a la gente que es como ir a la Clínica Bíblica, este edificio nuevo es totalmente diferente...”

11. LIMITANTES

Los estudios cualitativos constituyen un método reciente para acceder a información que los estudios cuantitativos no permiten profundizar. Sin embargo en los estudios cualitativos, entra un componente muy importante como es la percepción subjetiva del investigador, que interpreta los códigos, lo cual pudiera llevar a un sesgo. Sin embargo, para evitar el sesgo de respuesta, se aclararon las dudas a los participantes, que se podían presentar a lo largo de la entrevista y se les permitió extenderse en sus respuestas hasta obtener una comprensión clara de cada pregunta.

Con los estudios cualitativos, una ventaja es que el número de participantes puede ser bastante menor que el de un estudio cuantitativo, en el cual se utilizan fórmulas específicas para el cálculo de la muestra, mientras que en los cualitativos el muestreo se obtiene mediante la saturación teórica, que es cuando se repiten las respuestas una y otra vez, hasta que no se obtengan nuevos códigos. En nuestro caso, dicho muestreo se alcanzó desde la entrevista número 25, pero decidimos continuar hasta completar 40 entrevistas con el propósito de consolidar la información recabada hasta el momento y efectivamente no aparecieron nuevos códigos.

Se sabe que las diferencias entre pacientes adultos y pacientes pediátricos son muy importantes y que los motivos por lo cuales un niño es traído al servicio de emergencias por sus padres puede ser muy diferente al motivo por el cual un adulto consulta, por lo cual en este estudio se decidió dejar a la población pediátrica fuera del alcance de los objetivos del mismo para enfocarnos específicamente en la población adulta. Sin embargo, la población pediátrica constituiría un grupo importante para tomar en cuenta en futuros estudios ya sea de carácter cuantitativo o cualitativo.

Se demostró que la mayoría de pacientes que consultan en el Servicio de Emergencias, lo hacen en el horario diurno, por lo cual las entrevistas se realizaron con este grupo de pacientes y a pesar que se evidenció que la distribución etaria en este grupo no difiere prácticamente en nada del total de pacientes, sería interesante realizar un estudio que

se enfoque en aquellos pacientes que consultan en horario nocturno o tercer turno, con tal de encontrar algunas características que los identifiquen.

Una limitante que se encontró en este estudio corresponde al hecho que las entrevistas se realizaron únicamente los días lunes, por lo que se desconoce si esto pudiera producir un sesgo de selección, ya que no se sabe si las respuestas de los participantes a las preguntas de la entrevista variarían dependiendo del día de la semana en que se realizaron, sin embargo, dada la naturaleza de las respuestas y lo rico de las mismas, no consideramos que esto pudiera sesgar de manera importante los resultados, ya que la información provista en cuanto a definición de urgencia y en cuanto a los determinantes de las consultas no urgentes en el servicio de emergencias, no parecieran depender para nada del día de la semana.

12. RECOMENDACIONES

Tomando como punto de partida el concepto y autopercepción de urgencia del usuario y toda esa serie de circunstancias anteriormente descritas que llevan a saturar el servicio de emergencias, podríamos proponer las siguientes recomendaciones.

- Establecer un sistema de red integrado entre los diferentes EBAIS del área de salud con el CAIS, que de opción al usuario de recibir atención en un primer nivel, mediante el otorgamiento de una cita en dicho EBAIS, esto para aquellos que sean catalogados como no urgentes y su condición de no urgencia pueda ser resuelto en el marco de una consulta de un EBAIS.
- Facilitar al personal médico de urgencias ubicado en el triaje, flujogramas para la derivación de casos no urgentes ya sea a un primer nivel o a una consulta especializada, unificando criterios y buscando universalizar la misma práctica en todo los funcionarios.
- Brindar educación escrita y audiovisual en las salas de espera de los EBAIS y servicios de emergencias, sobre cuidado y manejo de las principales patologías no urgentes, con el fin de dar herramientas a los usuarios para hacerle frente a estas condiciones que pueden ser controladas y supervisadas en casa. Ejemplo cuadros gripales, patología musculoesquelética, asma, fiebre, etc.

- Dado que la internet y las redes sociales son una importante vía de comunicación, el C.A.I.S Dr. Marcial Fallas Díaz podría contar con un sitio Web que brinde información acerca de lo que son urgencias en salud y que tenga acceso a material educativo imprimible o duplicable, de las patologías mas comunes que pueden manejarse en casa, así como tener acceso a información de las actividades de promoción de salud (horarios de talleres, actividad física y recreativa, etc) prevención de enfermedades (vacunación, tamizajes por edad, prevención de cáncer, etc).
- Entrenar al personal médico de urgencias sobre conocimiento y utilización del triaje, y que sea como requisito indispensable obtener certificación del mismo.
- Establecer un ente regulador de la dinámica de las consultas no urgentes en los servicios de emergencias, con conocimiento en medicina integral y atención primaria e investigación, el cual puede estar formado por un médico especialista en medicina familiar, un médico general del servicio de emergencias, enfermería, farmacia y personal de registros médicos, que realicen reportes semestrales o anuales, con propuestas de mejora.
- Se deben realizar otros estudios, como por ejemplo una intervención de campo y evaluar el proceso, los resultados y el impacto que dicha intervención puede ejercer. Un ejemplo de intervención que pudiera ayudar a solventar el problema de la saturación del servicio de emergencias por consultas no urgentes es la implementación de un servicio de atención médica telefónica que pudiera ayudar a resolver este problema.
- Buscar estrategias para estimular la relación médico-paciente en el primer nivel de atención, aumentando así la satisfacción del usuario con estos servicios.

13. CONCLUSIÓN

Los servicios de emergencias, en muchos lugares están saturados, en su mayoría por consultas no urgentes. Esta realidad en Costa Rica pareciera la norma, y en el C.A.I.S Dr. Marcial Fallas Díaz, se ha convertido en un fenómeno que lo coloca en la clínica con mayor cantidad de consultas no urgentes en un servicio de emergencias en el país, lo que hace de esta situación un motivo importante de estudio.

Se identificaron las principales características de los usuarios del servicio de emergencias y no se encontraron diferencias significativas entre usuarios urgentes y no urgentes. Se encontró que la mayoría de usuarios consultan en el horario diurno y son catalogados como verdes por el médico de puerta, estando la mayoría en un rango de edad entre 18 a 45 años y siendo en su mayoría mujeres, lo cual sí resulta significativo entre no urgentes. Asimismo, la gran mayoría de usuarios son pacientes pertenecientes al área de atracción y que se encuentran asegurados. Los principales hallazgo encontrados entre pacientes no urgentes y urgentes, es que los de mayor edad, o sea los mayores de 64 años, tienen una mayor posibilidad de ser considerados urgentes y que en el caso de los hombres, estos tienden a consultar menos que las mujeres cuando no son urgentes.

El estudio del concepto de urgencias y no urgencias desde la perspectiva del paciente, es un estudio complejo que nos plantea el reto de colocarnos en el lugar del usuario, que movido por un sentimiento de vulnerabilidad muy grande, lo lleva a consultar en el servicio de emergencias. Esta vulnerabilidad, asociada a su autopercepción de urgencias, ya sea por un temor a las complicaciones o inclusive a la misma muerte representa un motivo de vital importancia para que el paciente considere su condición como urgente. Existe un desconocimiento importante por parte del vulgo, en lo que se refiere a los criterios para los cuales considerar determinado caso como urgente, los pacientes titubean al intentar buscar una definición clara y precisa de lo que para ellos es una urgencia, sin embargo existe común acuerdo en que algo que puede poner en riesgo la vida es indudablemente una urgencia. No obstante, esta percepción de riesgo puede variar de manera importante desde el punto de vista del profesional y del paciente, ya que la experiencia clínica, el conocimiento científico, la objetividad que caracterizan al profesional, desaparecen en el caso del usuario, quien determina su necesidad de atención inmediata, basado principalmente en esa percepción subjetiva de

lo que para él o ella constituye una urgencia. Esta percepción está determinada por su sensación de malestar y gravedad, por sus temores asociados a experiencias previas que en algunos casos resultaron en verdaderas urgencias que requirieron atención inmediata para salvar su vida y que se traducen en situaciones traumáticas que a toda costa, el paciente evita repetir. El médico conoce, el paciente siente. El médico tiene criterios establecidos en los libros y en guías muy bien definidas para etiquetar un determinado caso como urgente, el paciente se basa exclusivamente en lo que siente, en sus temores, en la ansiedad individual o de terceros y es en el servicio de emergencias donde unos y otros se encuentran, muchas veces con diferencia de criterios. El paciente busca soluciones inmediatas, requiere tener un diagnóstico claro y preciso para ahuyentar sus temores y para asegurar su bienestar y esas soluciones las encuentra en los servicios de emergencias.

Este estudio evidencia que el concepto de urgencias por la población general está definido no solamente por la autopercepción de urgencias, que depende de la sensación de malestar o gravedad, del dolor percibido y del hecho de ignorar cuál es el origen de esa sintomatología que presenta o del desconocimiento de cómo tratarlo, sino también por una asociación con la limitación funcional o para el ejercicio de sus labores. En el momento que el paciente siente que pierde control sobre su enfermedad, ya sea porque no sabe como manejarlo o porque sus síntomas persisten y empeoran, poniéndolo así en una situación que él percibe como riesgosa, convierte automáticamente su experiencia en una urgencia, según él mismo lo considera. Ese cambio en su estado basal, en el que el usuario se siente diferente o más limitado en relación a su funcionalidad, o en el que ha perdido su bienestar, le hace considerar que su padecimiento requiere atención inmediata y por lo tanto debe ser visto, según su percepción como una situación urgente.

Ante el concepto de urgencia, se antepone el concepto de no urgencias, como una realidad dual, ligada inevitablemente a la percepción del estado de salud del paciente. No se trata de extremos opuestos, en el que tenemos una situación de vida o muerte por un lado y un estado de completo bienestar biopsicosocial, según el concepto de salud de la Organización Mundial de la Salud. Se trata más bien de un campo nublado, en el que establecer una clara frontera entre lo que es urgente y no lo es, se convierte en una labor difícil de establecer para el usuario. Sin embargo, en este estudio se han evidenciado algunos conceptos o criterios que el usuario utiliza para aclarar esta

diferencia. Mientras que por un lado, la vulnerabilidad caracteriza la percepción de urgencia, por otro lado el autocontrol define la no urgencia. En este último caso, el paciente coexiste con sus síntomas, los cuales conoce, los cuales maneja y para los cuales no requiere mayor intervención, que la que de por sí recibe de forma rutinaria, mediante sus citas de control. Al considerar una situación como no urgente, el paciente siente que puede esperar, que no habrá mayor problema para alargar el momento en que será atendido, porque de todas maneras no habrá mayor cambio. En una no urgencia el paciente carece de la percepción de riesgo, no siente una amenaza hacia su integridad física o psicológica, ya que sus síntomas son autopercibidos como leves o pasajeros. Esta situación de no urgencia, puede ser atendida en los servicios de atención primaria, según la percepción del usuario, para lo cual utiliza este servicio además de usarlo para los chequeos médicos de rutina o por razones preventivas y no necesariamente por una alteración en su estado de salud.

Finalmente, se han logrado identificar los principales determinantes que mueven al usuario a buscar atención en el servicio de emergencias, a pesar de no ser considerados como tal por el médico encargado de realizar el triage. Estos determinantes abarcan una serie de factores que se han agrupado en cuatro grupos principales: aquellos asociados al servicio de emergencias como tal, los asociados al EBAIS, a las características propias del paciente y por influencia de terceros. Básicamente existe una percepción negativa hacia los servicios de atención primaria, principalmente por la dificultad para obtener una cita y por experiencias previas insatisfactorias, en contraposición al servicio de emergencias, en el que resalta la atención inmediata y la accesibilidad a estudios y a tratamientos inmediatos.

Los pacientes han logrado describir una serie de ventajas en relación al servicio de emergencias, en las que se destacan la rapidez, la accesibilidad y la calidad en la atención.

Este estudio nos plantea el reto de implementar estrategias que permitan al paciente obtener la atención que requiere sin llegar a saturar el servicio de emergencias, a establecer mecanismos claros para mejorar la calidad del servicio tanto en los servicios de atención primaria como en el mismo servicio de emergencias y en educar a la población con respecto a la definición de urgencia como tal y a los criterios de atención establecidos para la consulta.

14. Bibliografía

1. Alyasin A. (2014) Reasons for non-urgent presentations to the emergency department in Saudi Arabia. *Int Emerg Nurs.* Oct;22(4):220-5.
2. Backman AS (2008) Characteristics of non-urgent patients. Cross-sectional study of emergency department and primary care patients. *Scand J Prim Health Care* 26(3):181-7.
3. Beebe, J (2001) Rapid Assesment Process: An Introduction. Estados Unidos: Altamira Press
4. Bicki A(2013) A nurse-run walk-in clinic: cost-effective alternative to non-urgent emergency department use by the uninsured. *J Community Health* Dec;38(6):1042-9.
5. Blank FS, Li H, Henneman PL, et al. (2005) A descriptive study of heavy emergency department reveals heavy ED users have better access to care than average users. *J Emerg Nurs.* 31:139-44
6. Bullard M.J (2014) Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) Guidelines. *CJEM.* 2014 Nov;16(6):485-9.
7. Carret ML (2009) Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Saude Publica.* Jan;25(1):7-28.
8. Carret ML (2007) Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Serv Res.* Aug 18;7:131.
9. Catón VL (1998) Papel del médico de familia en las urgencias hospitalarias. *Atención Primaria.* May; 21 (8).
10. Cordero-Torres JA (2011) Especialistas en medicina de familia de urgencias. *Atención Primaria.* May;43 (05): 217-219
11. DeVries (2013) Strategies to reduce nonurgent emergency department use: experience of a Northern Virginia Employer Group. *Med Care.* Mar;51(3):224-30

12. Durand AC (2012) Nonurgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. *BMC Res Notes* Sep 25;5:525.
13. Durand AC. (2011) ED patients: how nonurgent are they? *J Emerg Med*, 29(3):333-45.
14. Eroglu S. (2012) Evaluation of non-urgent visits to a busy urban emergency department. *Saudi Med J*. Sep;33(9):967-72.
15. Fieldston ES (2012) A qualitative assessment of reasons for nonurgent visits to the emergency department: parent and health professional opinions. *Pediatric Emerg Care* Mar;28(3):220-5.
16. García VM, Reis RK (2014) Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Mar-Apr;67(2):261-7.
17. Gentile SI (2010) Nonurgent patients in the emergency department? A French formula to prevent misuse. *BMC Health Serv Res*. Mar 15;10:66.
18. Gómez-Jiménez, J (2003) Clasificación de pacientes en los servicios de emergencias y urgencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias* 15:165-174
19. Guttman N (2003) The many faces of access: reasons for medically nonurgent emergency department visits. *J Health Polit Policy Law*. Dec;28(6):1089-120.
20. Honigman LS. (2013) National Study of Non-urgent Emergency Department Visits and Associated Resource Utilization. *West J Emerg* Nov;14(6):609-16.
21. Hossain M (2011) The influence of rurality on the volume of non-urgent emergency department visits. *Spat Spatiotemporal Epidemiology*. Dec;2(4):311-9.
22. Jung H (2014) The impact of an emergency fee increase on the composition of patients visiting emergency departments. *J Prev Med Public Health*. Nov;47(6):309-16.

23. Khangura JK (2012) Primary care professionals providing non-urgent care in hospital emergency departments. *Cochrane Database Syst Rev*. Nov 14;111.
24. Lega F (2008). Why non-urgent patients choose emergency over primary care services? Empirical evidence and managerial implications. *Health Policy* Dec;88(2-3):326-38.
25. Malone RE (1998) Overutilization and the role of the emergency department. *J Health Polit Policy Law*. 23:795-832
26. Moineddin R (2011) Modeling factors influencing the demand for emergency department services in Ontario: a comparison of methods. *BMC Emerg Med*. Aug 19;11:13.
27. Novelli G. (2011) Perfil de la población atendida en una Unidad de Emergencia de Referencia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. mayo-jun 19(3). www.eerp.usp.br/rlae
28. Olsson M, Hansagi H. (2001) Repeated use of the emergency department: qualitative study of the patient's perspective. *Emerg Med J* 2001;18:430-434
29. Pasarín MI, et al. Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. La población opina. *Gac Sanit*. 2006; 20(2):91-100
30. Pereira S et al. (2001) Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese University Hospital. *Acad Emerg Med* 8:1030-6.
31. Pidgeon, N. y Henwood, K. (1997). Grounded theory: practical implementation, en J.T.E. Richardson (ed.). *Handbook of qualitative research methods for psychology and the Social Sciences*, Leicester: BPS Books : 88
32. Pines JM (2011) Frequent users of emergency department services: gaps in knowledge and a proposed research agenda. *Academy Emergency Med* Jun;18(6).
33. Pines U (2013) Emergency department visits for nonurgent conditions: systematic literature review. *Am J Manag Care*. 2013 Jan;19(1):47-59.

34. Rassin M (2006) The characteristics of self-referrals to ER for non-urgent conditions and comparison of urgency evaluation between patients and nurses. *Accid Emerg Nurs*. 2006 Jan;14(1):20-6.
35. Richter CJ (2004) Analysis of costs, length of stay, and utilization of emergency department services by frequent users: implications for health policy. *Acad Emerg Med*. Dec;11(12):1311-7.
36. Sempere T. (1999) Validez del protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias. *Revista Española de Salud Pública*. 73(4), 461-475.
37. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (2000) Actitud integral en urgencias” Disponible en URL: http://www.semes.org/web_institucional/la_semes/semes_institucional.htm.
38. Soler W. (2015) El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *Anales Sis San Navarra*; 33 (Supl. 1): 55-68
39. Stoever J (2006) New policy, dual residency programs support FPS who provide emergency care. *Ann Fam Med* 2006;4:375-376
40. Torné-Vilagrasa E, et al. Análisis de la demanda en los servicios de urgencias en Barcelona. *I Aten Primaria* 2003;32(7):423-9 | 423
41. Usher-Pines L (2013) Deciding to Visit the Emergency Department for Non-Urgent Conditions: A Systematic Review of the Literature. Departments of Emergency Medicine and Health Policy, George Washington University. *Am J Manag Care*. January 2013 ; 19(1): 47–59.
42. Vedovetto A. (2014) The burden of inappropriate emergency department pediatric visits: why Italy needs an urgent reform. *Health Serv Res*. Aug;49(4):1290-305.
43. Wajnberg A (2012) Characteristics of frequent geriatric users of an urban emergency department. *J Emerg Med*. Aug;43(2):376-81.

44.Zurro M (2014) Principios, organización y métodos en Medicina de Familia. *Atención Primaria Tomo1* cap 3 páginas 30-46.

ANEXO 1.

Instrumento Guía: “Preguntas Generadoras”

- 1 . Cuéntenos ¿que lo trajo hoy al servicio de emergencia?
2. ¿Considera usted que el motivo de consulta era urgente? ¿Porqué?
3. ¿Cómo define usted una “urgencia médica”?
4. ¿Cuáles son los motivos principales por los que usted decidió consultar en el servicio de emergencias en vez de acudir al EBAIS?
5. ¿En qué circunstancias usted decide buscar el servicio de emergencias antes que la consulta en el EBAIS?
6. ¿Que ventajas tiene usted al consultar en el servicio de emergencias?

Anexo 2 - CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO: “ Análisis De Las Consultas No Urgentes En El Horario Matutino Del Servicio De Emergencias Del CAIS Dr. Marcial Fallas Díaz En El Año 2015 ”

Investigadores: Dr.Oscar Murillo Picado y Dra. Elnida Acevedo Castellón

Centro Asistencial y Servicio: Clínica Marcial Fallas Díaz Servicio De Urgencias

Teléfono Disponible 24 Horas Y Correo Electrónico: 88663577 - 88754156
elnidamaria@gmail.com, ommp@yahoo.com.

1. EXPLICACIÓN GENERAL AL PARTICIPANTE

El Consentimiento Informado es un documento legal en el que se requiere de su autorización o permiso, para que usted participe de un estudio de investigación. En este caso, el estudio en el que se le está invitando a participar trata de identificar cuales son las circunstancias o situaciones, que llevan a las personas a consultar a los servicios de emergencia por motivo no clasificado como una emergencia en salud.

Este estudio de Investigación incluye realizarle una entrevista individual, en presencia de dos investigadores, la entrevista será grabada por audio y tomará un tiempo aproximado de 10 a 15 minutos por persona. Esta información será totalmente confidencial, no se lo identificará ni por nombre ni por número de cédula, siendo así su participación totalmente anónima. Una vez finalizada la investigación estas grabaciones quedarán guardadas por un periodo de 10 años y no podrán ser utilizadas para otros estudios o investigaciones futuras. Solamente los investigadores en este estudio tendrá acceso a estas grabaciones y si así lo requiriera, también el Comité de Bioética de la Clínica Marcial Fallas Díaz.

Usted no recibirá ningún pago o compensación por participar en esta investigación. La información que se obtenga a partir de este estudio brindará información sumamente valiosa que permitirá mejorar la atención médica a muchas personas y a tomar medidas para optimizar el uso adecuado de los servicios de emergencias, si bien no traerá un beneficio inmediato a su persona de manera directa por participar.

Su participación en este estudio es voluntaria. Su decisión de participar o no, no afectará sus derechos como asegurado de la Caja. Si usted decide participar en este estudio, es libre de cambiar de opinión o retirarse en el momento que usted así lo quiera.

Yo he leído (o alguien ha leído para mí) la información que se detalló anteriormente. Se me ha dado la oportunidad de preguntar. Todas mis preguntas fueron respondidas satisfactoriamente. He decidido, voluntariamente, firmar este documento para poder participar en este estudio de investigación.

_____ a.m. / p.m.
Nombre del participante Cédula Firma Fecha Hora

_____ a.m. / p.m.
Nombre del testigo Cédula Firma Fecha Hora

_____ a.m. / p.m.
Nombre del Representante Cédula Firma Fecha Hora
Legal

Yo he explicado personalmente el estudio de investigación al participante y a su representante legal y he respondido a todas sus preguntas. Creo que él (ella) entiende la información descrita en este documento de consentimiento informado y consiente libremente en participar en esta investigación.

_____ a.m. / p.m.
Nombre del investigador/ Cédula Firma Fecha Hora
Persona que obtiene el consentimiento