

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD**

ESCUELA DE MEDICINA Y CIRUGÍA



Análisis de las causas de la saturación de consulta externa del Hospital Nacional de Niños y sus efectos sobre la calidad de atención brindada a pacientes atendidos en el segundo semestre del 2022 para la generación de un modelo de acción que agilice el servicio

Nombre del /los sustentante(s):

**Noemy Siles Alvarado
Andrea Soto Rojas**

**Tutor(a):
Dr. Orlando González Quirós**

Año 2023

Modalidad de tesis para optar por el grado de Licenciatura en Medicina y Cirugía

Resumen:

La presente investigación pretende evidenciar las causas que ocasionaron la saturación de la atención brindada en consulta externa del Hospital Nacional de Niños (HNN) durante el último semestre del año 2022 y los efectos sobre la calidad del servicio ofrecido a los usuarios que acudieron a este hospital. Dentro de los criterios de elección para escoger el HNN, tenemos: el volumen de pacientes, siendo este un hospital especializado, la cantidad de datos eran manejables, por otra parte encontramos importante el significado histórico, ya que fue el primer hospital especializado en el país y por último, la población infantil. El objetivo de la investigación es analizar las causas de la saturación de consulta externa del Hospital Nacional de Niños y sus efectos sobre la calidad de atención brindada a pacientes atendidos en el segundo semestre del 2022 para la generación de una propuesta de un modelo de acción que agilice el servicio.

El tipo de investigación es básica con un enfoque cualitativo y entrevistas, debido a que ofrece la posibilidad de generar hipótesis antes, durante o después del desarrollo de la investigación, de esta manera se obtiene la posibilidad de tener primero las preguntas de investigación de mayor interés y conforme se va avanzando en la recolección y análisis de los datos poder perfeccionarlas. Como es sabido, todo proceso de investigación académica tiene como uno de sus fines la generación de nuevo conocimiento; por lo tanto, en una fase inicial se realizó una búsqueda de publicaciones académicas en las que se estudia el fenómeno de la consulta externa en el contexto de la atención de pacientes pediátricos. Después de todo, la ciencia se nutre de los aportes de otros investigadores. Con este fin se procedió, empleando los metabuscadores pertinentes, a buscar las divulgaciones relevantes a nivel de todo el continente americano y como resultado se observó que para el periodo establecido como marco temporal del presente estudio (2018-2023) solo se encontraron nueve publicaciones en las que se menciona la consulta externa hospitalaria.

En esta tesis se presenta el análisis de la información recolectada por medio de una entrevista que se aplicó al personal médico y administrativo del HNN. Por medio de este instrumento las autoras pudieron acceder a las experiencias y, por ende, a la interpretación de los hechos de los actores institucionales, que participan del servicio hospitalario que se ha estudiado.

En cuanto a las causas de la saturación de la CE el personal de secretaría considera que las dos principales causas son: 1) el exceso de pacientes (67%) y 2) el mal manejo de los protocolos de atención (67%). Llama la atención que las secretarias perciben la falta de personal médico como una causa de la saturación del servicio, aunque solo un 33 % hizo esta afirmación. Con esta información se construyeron los gráficos respectivos de modo que el lector pueda visualizar los resultados. En estos, se presenta las cinco causas que explican la saturación. Un aspecto crucial de la investigación es la comparación de la información recolectada del personal médico y administrativo. Al comparar sus respuestas se detectó coincidencia en dos causas: 1) exceso de pacientes y 2) mal manejo del protocolo de atención. Un 54% de los médicos opinó que estas eran causas significativas para generar saturación en CE. Por otro lado el personal administrativo reporta exceso de pacientes y mal manejo de protocolos por parte del segundo y tercer nivel de atención. El 62% del cuerpo médico entrevistado manifiesta que la falta de resolución del primer y segundo nivel de atención es la causa más relevante, seguida por el mal manejo de los protocolos en estos niveles de atención y el exceso de pacientes, ambos ítems con un 54%. Estos datos sugieren una tendencia en la dinámica de saturación del servicio de CE y permite considerar que la saturación no se explica por los factores internos del HNN; por el contrario, se puede explicar como resultado de un manejo inadecuado de los niveles más bajos de atención. En cuanto al efecto que se percibe sobre la calidad de la atención al paciente, los tres efectos directos, según el personal administrativo, son: un aumento en los errores en la atención (33%), un aumento en los tiempos de espera (67%) y un deterioro en la calidad de atención, ya que por la reducción del tiempo con el paciente la cita se vuelve impersonal (67%). En los gráficos 12 y 13 se puede comparar ambas opiniones. El 69% del personal médico y el 69% de los administrativos consideran que los pacientes están recibiendo una atención menos personalizada y más rápida al contar con poco tiempo disponible para consulta. Debe tenerse presente la tensión que se generó por la iniciativa de rebajar el tiempo del acto médico de 15 minutos a 12 minutos por consulta. Está claro para las autoras que la administración hospitalaria es un tema complejo que incluye elementos internos, como los que se consideran en esta tesis, con aspectos de política nacional y circunstancias internacionales.

Como aporte de la investigación desarrollada en el servicio de consulta externa del HHN se propone el siguiente lineamiento teórico para implementar un modelo integral de trabajo hospitalario que procure aumentar la calidad de la atención al paciente. Con esto no pretendemos decir algo nuevo, de hecho, existen muchos elaborados dentro de la ciencia de la administración hospitalaria. Lo que sí proponemos es desarrollar un enfoque integrador que estimule el factor sinergia, integrando los descubrimientos directos e indirectos de la tesis. Desde la antigüedad los pensadores, aun de diferentes tendencias de pensamiento, reconocieron el valor del apoyo mutuo como un factor importante para la construcción de grupos humanos consolidados. La matriz básica de nuestro modelo de atención en CE concede un lugar de relevancia a las opiniones de los médicos, las secretarías y de la gerencia médica. De manera que con un adecuado estímulo al personal médico y administrativo; y por medio de una dialogo permanente y responsable las directrices de la gerencia puedan ser recibidas y ejecutadas de forma expedita permitiendo alcanzar un nivel óptimo de desempeño. Es sabido que un personal satisfecho y motivado será más productivo que aquellos trabajadores que se sienten incómodos en su ambiente laboral.

Se determina que en el continente americano no hay publicaciones recientes en las que se trate el tema de la sobresaturación de la consulta externa. A partir del 2010, la consulta externa no parece ser un tema de interés para los investigadores de la salud, que las causas más significativas de la saturación del servicio de consulta externa del HHN son: falta de resolución del primer y segundo nivel de atención, mal manejo de protocolos de atención dentro del sistema de salud periférico y exceso de pacientes, por otra parte se insta a mantener una mejor calidad de atención en la consulta externa del HHN y que al no existir una adecuada referencia de pacientes al tercer nivel de atención por parte de la red periférica de la CCSS, se alteran las listas de espera, por lo que también influye en la calidad de atención por lo que se recomienda fortalecer las capacitaciones de los médicos generales de los centros periféricos.

Agradecimientos

Primeramente darle gracias a Dios por brindarnos salud, sabiduría, soporte y guía espiritual que nos ha permitido lograr y disfrutar cada uno de los objetivos propuestos

Agradecemos a nuestras familias por acompañarnos durante todo este camino, a Don Antonio Siles por sus consejos y motivación durante todo el proceso de trabajo de esta tesis, al personal del Hospital Nacional de Niños por apoyarnos con información relevante en la investigación, a mi compañera de tesis por ser un gran equipo de trabajo y gracias al esfuerzo compartido ya estamos más cerca de la meta y a cada persona que estuvo involucrada en los últimos meses brindándonos guía y apoyo, especialmente a nuestro tutor de tesis, el Dr. González. ¡gracias!

Dedicatoria

Quiero dedicar esta tesis a mi mamá y a mis hermanas por ser un pilar en mi vida y por nunca dejar de creer en mí, este paso en mi carrera profesional es por y para ellas, también le dedico este logro a Andrey que dio una milla extra de esfuerzo para que hoy esto sea una realidad. Sin ellos nada de esto hubiera sido posible.

Dedico esta tesis primeramente a Dios por permitirme llegar hasta donde estoy, por su fidelidad y amor para conmigo, a mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, muchos logros se los debo a ustedes, me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos y siempre confiaron en mi capacidad, a mi hermano y su esposa por estar presentes en todo momento dándome palabra de aliento para seguir adelante, a mi sobrino que me inspira a ser mejor persona y querer llegar muy lejos para ser un ejemplo en su vida y por ultimo quiero dedicar esta tesis a mi familia extendida que me apoyaron en todo momento, creyeron en mi capacidad y gracias a eso he logrado concluir con éxito un proyecto más en mi vida.

Tabla de contenidos

CAPÍTULO I- INTRODUCCIÓN

1.1	INTRODUCCIÓN	1
1.2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.3	OBJETIVOS	4
1.3.1	<i>Objetivo General</i>	4
1.3.2	<i>Objetivos Específicos</i>	4
1.4	JUSTIFICACIÓN	5
1.5	ANTECEDENTES	9
1.5.1	<i>Antecedentes Históricos</i>	9
1.5.2	<i>Antecedentes internacionales</i>	11
1.5.3	<i>Antecedentes nacionales</i>	12

CAPÍTULO II- MARCO TEÓRICO

2.1	CONCEPTO DE SALUD	15
2.1.1	<i>Salud pública</i>	17
2.1.1.1	Niveles de prevención en salud pública.....	19
2.1.1.1.1	Prevención primaria	19
2.1.1.1.2	Prevención secundaria.....	20
2.1.1.1.3	Prevención terciaria	20
2.1.1.2	Promoción de la salud.....	21
2.1.2	<i>Atención en salud</i>	21
2.1.3	<i>Sistemas de asistencia sanitaria</i>	24
2.1.3.1	Modelo impuesto (Beveridge)	25
2.1.3.2	Modelo Bismarck.....	25
2.1.3.3	Sistema de Salud Nacional	26
2.1.3.4	Modelo Liberal	26
2.1.4	<i>Calidad de atención médica</i>	26
2.1.5	<i>Consulta Médica</i>	29
2.1.5.1	Turno médico	30
2.1.5.2	Tiempo de espera.....	31
2.1.5.3	Tiempo de atención en consulta	32
2.1.5.4	Referencia médica	33
2.1.5.5	Contrareferencia	34
2.1.5.6	Interconsulta médica	35
2.1.5.7	Lista de espera	36
2.1.6	<i>Marco legal de la calidad en la atención médica</i>	36
2.2	PEDIATRÍA.....	38
2.2.1	<i>Pediatría especializada</i>	39
2.2.1.1	Neurodesarrollo	40
2.2.1.2	Inmunología Pediátrica	40
2.2.1.3	Infectología pediátrica	41
2.2.1.4	Gastroenterología pediátrica	43
2.2.1.5	Neumología pediátrica	44
2.2.1.6	Cardiología pediátrica.....	45
2.2.1.7	Hematología pediátrica	46
2.2.1.8	Urología pediátrica	47
2.2.1.9	Endocrinología pediátrica.....	48
2.2.1.10	Genética	48
2.2.1.11	Ortopedia pediátrica.....	49
2.2.1.12	Oftalmología pediátrica	50

2.2.1.13	Alergología pediátrica	50
2.2.1.14	Neurología pediátrica.....	51
2.2.1.15	Cirugía pediátrica.....	52
2.2.1.16	Cirugía reconstructiva.....	52
2.2.1.17	Cirugía maxilofacial	53
2.2.1.18	Cirugía de tórax	54
2.3	SISTEMA NACIONAL DE SALUD.....	55
2.3.1	<i>Gerencia médica costarricense</i>	56
2.3.2	<i>Niveles de atención</i>	57
2.3.2.1	Primer nivel de atención	57
2.3.2.2	Segundo nivel de atención	57
2.3.2.3	Tercer nivel de atención.....	58
2.3.3	<i>Servicios hospitalarios</i>	58
2.3.3.1	UCI	58
2.3.3.2	Emergencias.....	59
2.3.3.3	Consulta externa	60
2.3.4	<i>Saturación de los servicios hospitalarios</i>	64
2.3.4.1	Causas internas a los centros hospitalarios	66
2.3.4.1.1	Desproporción entre la oferta y la demanda.....	66
2.3.4.1.2	Ineficiencia de los servicios sanitarios	67
2.3.4.1.3	Lentitud en la realización de exámenes complementarios	67
2.3.4.1.4	Labores burocráticas.....	69
2.3.4.2	Causas externas a los centros hospitalarios	69
2.3.4.2.1	Incidencia estacional y epidemias	70
2.3.4.2.1.1	Infecciones respiratorias	70
2.3.4.2.1.2	Infecciones gastrointestinales	74
2.3.4.2.2	Hiperfrecuentadores	77
2.3.4.2.3	Complejidad creciente y comorbilidades de la población.....	77
2.4	HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS (HNN)	77
2.4.1	<i>Historia</i>	77
2.4.2	<i>Administración del Hospital Nacional de Niños</i>	79
2.4.3	<i>Servicios brindados por el Hospital Nacional de Niños</i>	79
2.5	MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD	80

CAPÍTULO III- MARCO METODOLÓGICO

3.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN	85
3.2	FUENTES DE INFORMACIÓN.....	85
3.3	CRITERIOS DE BÚSQUEDA	87
3.4	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN E INCLUSIÓN	88
3.5	CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN SEGÚN NIVELES DE EVIDENCIA.....	89
4.1	RESULTADOS PRIMER OBJETIVO ESPECÍFICO	91
4.2	RESULTADOS SEGUNDO OBJETIVO ESPECÍFICO.....	93
4.3	RESULTADOS TERCER OBJETIVO ESPECÍFICO.....	105

CAPÍTULO V- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1	CONCLUSIONES	112
5.2	RECOMENDACIONES	113

CAPÍTULO VI- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAPÍTULO VII- ANEXOS

Lista de tablas

TABLA 1. LISTA DE ESPERA DE CONSULTA EXTERNA SEGÚN ESPECIALIDAD, HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS “DR. CARLOS SÁENZ HERRERA”**86**

TABLA 2. CRITERIOS DE BÚSQUEDA UTILIZADOS, SEGÚN OBJETIVO**87**

TABLA 3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN E INCLUSIÓN PARA LA SELECCIÓN DE ARTÍCULOS**89**

Lista de figuras

FIGURA 1. ATENCIONES DE URGENCIAS Y CONSULTAS (MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y OTROS PROFESIONALES EN SALUD) Y EGRESO HOSPITALARIO SEGÚN RED DE SERVICIOS, CCSS, AÑO 20216

FIGURA 2. ESQUEMA DE DISTRIBUCIÓN DE ENTREVISTAS APLICADAS EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HNN.109

Lista de gráficos

GRÁFICO 1. DISTRIBUCIÓN DE ARTÍCULOS ACADÉMICOS ACERCA DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN EL PERIODO DEL 2018 AL 2020.**91**

GRÁFICO 2. ANTIGÜEDAD LABORAL DE LOS FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HNN, 2023.**94**

GRÁFICO 3. ANTIGÜEDAD LABORAL DEL PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HNN, 2023.**95**

GRÁFICO 4. HORAS LABORALES POR SEMANA DE LOS FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HNN, 2023.**96**

GRÁFICO 5. HORAS LABORALES POR SEMANA DEL PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HNN, 2023.**96**

GRÁFICO 6. CAUSAS DE SATURACIÓN REPORTADAS POR LOS FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HNN, 2023.**98**

GRÁFICO 7. CAUSAS DE SATURACIÓN REPORTADAS POR EL PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HNN, 2023.**98**

GRÁFICO 8. AUMENTO DE LA CANTIDAD DE CONSULTAS DEBIDO A LOS CAMBIOS ESTACIONALES SEGÚN EL CRITERIO DE LOS FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HNN, 2023.**99**

GRÁFICO 9. AUMENTO DE LA CANTIDAD DE CONSULTAS DEBIDO A LOS CAMBIOS ESTACIONALES SEGÚN EL CRITERIO DEL PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HNN, 2023.**100**

GRÁFICO 10. AUMENTO DE LA CANTIDAD DE CONSULTAS POR TEMPORALIDAD SEGÚN EL CRITERIO DE LOS FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HNN, 2023.**100**

GRÁFICO 11. AUMENTO DE LA CANTIDAD DE CONSULTAS POR TEMPORALIDAD SEGÚN EL CRITERIO DEL PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HNN, 2023.**101**

GRÁFICO 12. IMPACTO EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBEN LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HNN SEGÚN LOS FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS 2023.**102**

GRÁFICO 13. IMPACTO EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBEN LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HNN SEGÚN EL PERSONAL MÉDICO, 2023.**103**

GRÁFICO 14. MEDIDAS IMPLEMENTADAS PARA AGILIZAR LAS LISTAS DE ESPERA EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HNN SEGÚN EL

CRITERIO DE LOS FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS, 2023.104

GRÁFICO 15. MEDIDAS IMPLEMENTADAS PARA AGILIZAR LAS LISTAS DE ESPERA EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HNN SEGÚN EL CRITERIO DEL PERSONAL MÉDICO, 2023.104

CAPÍTULO I- INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción

La presente investigación pretende evidenciar las causas que ocasionaron la saturación de la atención brindada en consulta externa del Hospital Nacional de Niños (HNN) durante el último semestre del año 2022 y los efectos sobre la calidad del servicio ofrecido a los usuarios que acudieron a este hospital.

Los criterios de elección del HNN para el estudio de la CE son: 1. El volumen de pacientes, debido a la cantidad de datos que fuesen manejables. Por lo tanto, se pensó en un hospital especializado. 2. Significado histórico, ya que este fue el primer hospital especializado del país. 3. La población infantil. Las palabras del Dr. Carlos Sáenz Herrera, fundador de este centro médico, nos dieron la inspiración para querer investigar la dinámica de la CE.

En el estudio se hace un revisión de la literatura pertinente en la que se hace referencia de las causas que han detectado estudios previos en servicios hospitalarios semejantes en otros países a nivel de América. Lo anterior permitirá efectuar una comparación con la problemática específica del Hospital Nacional de Niños, de esta manera se busca establecer si los descubrimientos de investigadores en el resto del continente americano aplica a la situación costarricense o si existen causas significativas particulares dentro del escenario nacional.

El propósito de las sustentantes es proponer recomendaciones para un modelo de atención de salud en pediatría que sea aplicable a la realidad nacional y que sirva de apoyo para resolver la sobresaturación. Con los resultados obtenidos a través de la investigación se evidenciarán las causas que están comprometiendo la atención que se brinda en la consulta externa del Hospital Nacional de Niños, de esta forma se espera sugerir formas concretas de abordar las mismas de modo que se pueda responder a las actuales consecuencias que enfrenta la institución bajo estudio.

Esta problemática no es objeto de investigación reciente a nivel nacional, por lo que se carece del conocimiento suficiente de la situación actual que permita el planteamiento de soluciones que sean viables y sostenibles a largo plazo.

1.2 Planteamiento del problema

El 57.3% de los recursos del HNN son destinados a la consulta de pediatría general, situación que no obedece a una correcta aplicación de las políticas de uso racional que buscan una adecuada referencia de los pacientes que requieren atención pediátrica especializada y el abordaje oportuno a nivel de las clínicas periféricas con diagnósticos y tratamientos precisos que resuelvan la mayoría de las patologías por las que los pacientes acuden a consulta médica.¹ Bajo esta misma línea la Sala Constitucional indicó mediante el voto número 7532 que la eficiencia es un principio que debe orientar a la organización y el funcionamiento administrativo como pioneros en la garantía del cumplimiento de los objetivos planteados por el ordenamiento jurídico, por lo que la planificación y la rendición de cuentas no podrían ser desligados del proceso administrativo. Además, la eficiencia también implica obtener los mejores resultados mediante el máximo ahorro de costos o, en su defecto, con el uso racional de los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros.²

El análisis de la composición de las consultas brindadas en el servicio de consulta externa evidencia una inadecuada derivación de pacientes, dentro de los cuales el 60% fueron de pediatría general y el 40% restante correspondió a la consulta de pediatría especializada. De todos los pacientes que visitaron el hospital, solamente el 5% se presentó al centro de salud de su localidad antes de visitar al HNN, y el 95% restante de los pacientes solicitaron atención directa, sin referencia alguna o antecedentes clínicos previos durante el horario hábil de la consulta de pediatría general de las clínicas periféricas, pues ocupaban un servicio especializado para la resolución de patologías de fácil manejo. Lo anterior se debe a que los principales padecimientos abordados son en un 70% problemas de las vías respiratorias superiores e inferiores como la otitis, amigdalitis y asma.¹

Muchos padecimientos generalmente no requieren la valoración de subespecialistas para el diagnóstico, lo que demuestra que pueden ser abordados adecuadamente por el servicio de pediatría general de cada localidad. De allí que más del 50% de los casos sean referidos nuevamente a las clínicas de procedencia con protocolos de manejo; solo un 16,8% requirió un control por parte del HNN, debido a la complejidad de su padecimiento.³

Para el año 2021 se atendieron mensualmente 10,377 pacientes en consulta externa del HNN, lo que significó un volumen diario de 346 pacientes.⁴ En agosto del año del 2021 los médicos reportaron una saturación debido al aumento de los casos positivos por COVID-19, virus sincitial respiratorio y otros virus respiratorios, lo que repercute directamente en la cantidad de pacientes que requieren del servicio de consulta externa; esto provocó que los médicos se vieran en la necesidad de doblar turnos para enfrentar la problemática.⁵

Se ha documentado afectación del sistema de salud de otros países. Un estudio diagnóstico realizado en hospitales de Barranquilla identificó las causas más críticas de diferentes servicios, notándose una debilidad del 100% en la consulta externa, esto debido a los atrasos en la atención y una limitación en el personal;⁶ por ejemplo, en Oaxaca México se llegó a registrar 24 hospitales al 100% de su capacidad, lo que agrava la situación de saturación de nosocomios a un 74.3%.⁷ Un análisis realizado en el hospital Rebagliati, Perú, señala que existió un incremento en la cantidad de pacientes que acudieron al servicio de emergencias antes de asistir a la atención primaria, en promedio se atienden al día aproximadamente 51,294 pacientes, lo que evidencia que el 83.5% no se clasificaba como una emergencia.⁸

A la luz de lo anterior y ante la situación conocida para el periodo de julio a diciembre del año 2022 se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las causas de la saturación del servicio de consulta externa del Hospital Nacional de Niños y cuáles son sus efectos sobre la calidad de atención brindada a pacientes atendidos en el segundo semestre del 2022?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

- Analizar las causas de la saturación de consulta externa del Hospital Nacional de Niños y sus efectos sobre la calidad de atención brindada a pacientes atendidos en el segundo semestre del 2022 para la generación de una propuesta de un modelo de acción que agilice el servicio.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Determinar si se le ha dado un tratamiento académico al tema de la sobrecarga de la consulta externa en la literatura pertinente en el continente Americano.
- Identificar las posibles causas de la saturación de los servicios de consulta externa del Hospital Nacional de Niños en el segundo semestre del 2022.
- Generar recomendaciones para la creación de un modelo de atención en salud pediátrica que reduzca la saturación del servicio de consulta externa del Hospital Nacional de Niños.

1.4 Justificación

La saturación de servicios hospitalarios es una realidad conocida desde hace mucho en nuestro país. Diferentes administraciones de gobierno no han logrado de manera sustantiva resolver este problema que es de alcance a nivel nacional. Y aun cuando esto sea una verdad de Perogrullo, se debe afirmar que en el diario vivir del paciente que asiste a consulta externa dentro de nuestro actual sistema de salud los tiempos de espera, las largas filas y los cambios para reprogramar un procedimiento se levantan como una carga más sobre su vida.

Para el tiempo de la crisis por la pandemia del COVID-19 la saturación hospitalaria alcanzó nuevos niveles. Y hoy, después de que la pandemia entrara en una meseta en cuanto al número de casos, algunas voces se levantan afirmando que la saturación persiste.⁹ Incluso, una saturación por COVID-19.¹⁰

Es importante destacar que el acceso a la salud que incluye la posibilidad de recibir consulta médica en cualquier nivel de atención es un derecho de todos los habitantes de Costa Rica, tal como se cita en el artículo 9 de la Ley General de la Salud N°5395.¹¹ Sin embargo, en los últimos años, este acceso se ha visto comprometido por un aumento en la demanda en los requerimientos de atención médica. Esta situación se acentuó aún más durante la pandemia por COVID-19, como se mencionó en el párrafo anterior, en cuya coyuntura se experimentó un nivel mayor de la saturación de todos los servicios hospitalarios a nivel nacional, incluyendo al Hospital Nacional de Niños.

Fue así como todas las instituciones médicas de nuestro sistema de salud pública se vieron en la necesidad de responder a la emergencia sanitaria que, para entonces, atravesaba el país, por lo que implementaron medidas tales como la suspensión parcial de citas en el servicio de consulta externa. Este curso de acción generó un aumento en la cantidad de pacientes que requerían una cita, lo que hizo que se agravara la saturación que se venía dando desde mucho antes de que el COVID-19 hiciera su aparición en nuestro territorio.¹² En este escenario es claro que estaba en riesgo la atención, diagnóstico y calidad de los tratamientos que reciben los pacientes pediátricos.

En la figura 1 se puede observar un extracto de las estadísticas en Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social, en el cual se detalla la cantidad de consultas atendidas durante el año 2021 en el HNN

Figura 1. Atenciones de urgencias y consultas (Médicas, odontológicas y otros profesionales en salud) y egreso hospitalario según red de servicios, CCSS, año 2021

Red de Servicios	Atenciones de Urgencias	Consultas				Egresos Hosp.
		Total	Médica	Odontología	Otros Profesionales en Salud	
Total	4.965.311	12.855.260	10.936.727	839.182	1.079.351	296.196
Hospitales y Centros Especializados	1.642.491	3.116.491	2.546.841	133.596	436.054	290.218
Clinica	14.805	9.716.566	8.371.751	701.518	643.297	-
Áreas de Salud	3.308.015	22.203	18.135	4.068	-	5.978
Hospitales Nacionales y Centros especializados	452.165	1.575.137	1.288.409	72.767	213.961	139.734
H. Rafael A. Calderón Guardia	84.845	295.702	242.462	23.821	29.419	30.284
H. San Juan de Dios	94.957	289.676	247.719	11.815	30.142	26.213
H. Dr. Carlos Sáenz Herrera (Niños)	68.640	163.035	124.524	11.275	27.236	10.537
H. México	65.581	347.649	299.952	7.877	39.820	25.044
H. De Las Mujeres (Adolfo Carit)	20.470	101.244	74.560	-	26.684	8.784
H. Raúl Blanco Cervantes	21.960	68.730	41.366	16.431	10.933	3.473
Centro Nacional de Rehabilitación (CEACO)	75.455	42.512	34.555	580	7.377	2.565
H. Psiquiátrico (Dr. Manuel Chapuí)	20.257	43.466	25.147	968	17.351	6.448
H. Max Peralta Jiménez	-	169.238	156.331	-	12.907	18.405
Centro Nacional del Dolor y Cuidados Paliativos	-	26.610	18.123	-	8.487	-
Clinica Oftalmológica	-	27.275	23.670	-	3.605	7.305
H. Psiquiátrico Roberto Chacón Paut	-	-	-	-	-	676

Fuente: Estadísticas en Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, Anuario estadístico 2021.⁴

En el informe se reporta un volumen anual total de 124,524 consultas. Esto significa que por día acuden al servicio de consulta externa un promedio de 346 niños que requieren atención médica. Es claro que el volumen de atención requerida es alto, sobre todo si se considera que la cantidad total de niños atendidos no contempla a aquellos que se encuentran en listas de espera.

Un servicio de consulta externa saturado se caracteriza por: largas listas de espera, tiempos prolongados para ser atendidos y poco tiempo durante la consulta. Además, algunos pacientes pueden asistir con síntomas o no encontrar alivio para su padecimiento, es por esto último que dichos niños deben ser llevados por sus padres al centro hospitalario en repetidas ocasiones en procura de un tratamiento que traiga alivio a su padecimiento.

En algunos casos, la dinámica de asistencia de los pacientes consiste en repetidos ciclos de nueva consulta por no haber recibido información adecuada en cuanto al diagnóstico o el tratamiento prescrito. Todo lo anterior tiende a incrementar la cantidad

de consultas y, por ende, el volumen total de pacientes que se deben de atender por día, y esto incide en la disminución del tiempo de atención con el médico tratante.

Este estudio es relevante para determinar las causas de fondo del fenómeno de saturación del servicio de consulta externa del HNN en el periodo bajo investigación. De esta forma, se espera obtener una visión más clara de lo que ocurrió en este tiempo, así como una mejor comprensión del desempeño del servicio con posterioridad a la reanudación de la “normalidad” en la atención de los pacientes.

La determinación de las principales causas del fenómeno de la saturación del servicio resulta fundamental para una mejor comprensión de su dinámica durante el segundo semestre del 2022, así que permita ofrecer una guía de acción que contribuya a la implementación de medidas sostenibles y efectivas para el apoyo en la resolución de esta problemática. Este instrumento podría funcionar como una herramienta aplicable a otros centros de salud, al permitir mantener una adecuada organización del día a día, con la intención de mejorar la calidad de atención tanto administrativa como médica y, por ende, evitar largas filas de espera.

Con la divulgación de los resultados de esta investigación se procura dar un aporte social positivo sobre la población infantil que requiere atención médica especializada. Esto se logrará si se garantiza el acceso a la salud de forma oportuna y adecuada para tratar de evitar la toma de medidas que demostraron ser ineficaces a mediano plazo. Reiterando, la creación de listas de espera como último recurso para dar abasto frente a creciente cantidad de pacientes que acuden diariamente al HNN se enfrenta con la realidad de un número limitado de profesionales de la salud.

Si bien sabemos que el Hospital Nacional de Niños es un centro especializado que con gran esfuerzo se inauguró en 1964 con el objetivo de brindar acceso a una salud más especializada a los niños, esta institución recibe mucho apoyo económico externo por medio de diferentes donaciones de múltiples entidades para mejorar la atención que reciben todos sus pacientes y la infraestructura donde son atendidos.

Administrar todos los recursos económicos que recibe el hospital de forma adecuada es clave para conseguir modernizar el equipo y calidad en atención, sin embargo, la saturación de citas de consulta externa podría obligar a incurrir en gastos

administrativos no planificados e impactar seriamente los presupuestos anuales al tener que contar con más equipo médico y recurso humano como respuesta a la alta demanda. Por lo anterior, tener una visión clara de lo que está sucediendo y abordar las causantes de la problemática permitirá pensar en ofrecer una posibilidad de evitar gastos extraordinarios.

Al obtener los resultados finales, el campo de investigación quedará disponible para todo aquel que se interese en la misma problemática y tenga la posibilidad de aplicar un estudio más detallado en el campo hospitalario de alguno de los resultados que se obtuvieron. Asimismo, crear nuevas hipótesis a partir de estos para expandir los conocimientos y fortalecer las recomendaciones, ya sea con el mismo enfoque a nivel de consulta externa o aplicarlo en otras áreas del mismo HNN, como lo es el servicio de urgencias, también se puede aplicar en otros hospitales y servicios de salud del país que reporten la misma situación.

1.5 Antecedentes

1.5.1 Antecedentes Históricos

Desde años atrás se viene estudiando la sobrepoblación en los hospitales, problemática que afecta todo el mundo, con el objetivo de encontrar nuevas rutas para llegar a solucionar de manera oportuna dicho problema y obtener una respuesta positiva en la disminución de los tiempos de espera en cada servicio. Timm et al¹³ realizaron un estudio de tipo descriptivo retrospectivo en el servicio de emergencias del hospital de Niños de Cincinnati (CCHMC), con el fin de estudiar el hacinamiento en el departamento de emergencias. Se utilizó en su investigación la base de datos del servicio, se empleó la cantidad de pacientes que llegaba a emergencias durante un periodo de 24 horas, buscando los predictores de mayor interés (hora de llegada, tiempo de espera para ser atendido por el personal médico, el tiempo que duraba asignar una cama en caso de ingreso y la hora de egreso, ya sea previo a la atención o posterior), el periodo de estudio fue de 1.461 días en emergencias, y se obtuvo como resultado que por cada aumento de 50 pacientes en un grupo registrado de 100 a 250 el tiempo de espera aumentaba un 9.1%; es decir, 11.4 minutos.

Si el grupo era de 250 a 400 y tenía un aumento de 50 pacientes, el tiempo era de 14.8 minutos y cada 24 horas de espera para el manejo por parte de un médico, lo que provoca un aumento en los tiempos de estancia en un 4.4%, y cada vez que se le sumaban 50 pacientes, el tiempo de espera a ser valorado aumentaba en un 27.2%. El estudio demuestra que el aumento de pacientes y los tiempos de espera en el departamento de emergencias está muy relacionado con la deficiencia en el tiempo de clasificación y evaluación médica, lo que respalda la necesidad de un programa de mejora para agilizar la admisión y evaluación de los pacientes.

Por otro lado, en Canadá surgió la misma idea, la importancia de estudiar cuáles eran los marcadores más relevantes en la saturación de un servicio. Stang et al¹⁴ realizaron una encuesta transversal de todos los directores de PED y de los programas de becas de EM pediátrica para la obtención de dichos marcadores específicos, donde se obtuvieron datos recopilados de 2190 turnos seguidos y 130.361 visitas de pacientes del mes de abril en el 2005 y marzo del 2007, con un análisis de factor común para determinar cuál representaba la principal causa de dicha saturación: como el volumen de pacientes con un

25%, el proceso de admisión por parte del servicio con un 55% y un retraso en la transferencia de pacientes a diferentes pisos del hospital con tan solo un 13%.

En la revisión de reportes estadísticos emitidos por el Sistema de Información Médico Operativo llevada a cabo por Arias et al¹⁵ para evaluar los indicadores de eficacia en la consulta externa de un hospital pediátrico de tercer nivel, extrajeron los datos del total de consultas en general y por cada uno de los servicios desglosando por el detalle de consultas por primera vez y consultas de seguimiento. La cantidad de altas concedidas durante el periodo en estudio refleja la eficacia del servicio de consulta externa. Sin embargo, los investigadores construyeron un índice llamado índice de altas/primera vez, el cual se correlaciona con la posibilidad de contar con espacios para brindar citas de primera vez, y que presentó una tendencia a disminuir debido a la fluctuación de la contrarreferencia de los pacientes a su clínica de origen.

Dicho índice sufrió modificaciones importantes debido a la alta demanda de citas por primera vez que se observó durante todo el periodo del estudio. Dentro de las medidas de mejora sugeridas se menciona la necesidad de una comunicación más efectiva con el segundo nivel de atención y el apoyo a este con guías de diagnóstico y tratamiento que facilite la atención en las unidades, además de hacer énfasis en normas de criterios de seguimiento, alerta y referencia de pacientes al tercer nivel, con el objetivo de disminuir la saturación de la consulta para evitar incremento de costos y sobrecarga de trabajo; otra estrategia sugerida fue educar a los padres para recurrir a los centros de atención periféricos para los tratamientos e informarles cuándo se debe acudir a un centro de atención de tercer nivel.

1.5.2 Antecedentes internacionales

La saturación en los hospitales es un fenómeno que se ha visto a través de los años, y complica la atención de los pacientes, problema que trasciende el mundo entero. Por fortuna, se cuenta con estudios realizados con la intención de dar a conocer marcadores específicos que podrían ayudar con dicha problemática.

En Lima, Perú, Taype et al¹⁶ con la ayuda de otros investigadores de la Facultad de Medicina Humana realizaron un estudio observacional en el hospital Rebagliati durante el periodo del primer trimestre del 2019, donde se evaluaron variables sociodemográficas, de tiempo y también indicadores de emergencias adquiridos por parte del sistema estadístico institucional. Se atendieron 51294 pacientes de 14 a 102 años (con una mediana de 60), y con una porcentaje de participación femenina de 56.7; de todos, el 18% registraba múltiples visitas en el trimestre, el 83,5% de los atendidos eran de prioridad III y IV, en otras palabras, por problemas médicos,. Hubo alivio de dolor en un 63%, de predominio en adultos mayores y solo el 13% de las consultas fueron admitidas con una estancia de 4,4 y 7,0 días, lo que dio como resultado que las visitas al departamento son principalmente por problemas médicos y no una emergencia como tal, saturando el servicio y aumentando la demanda por parte del personal.

Doan et al¹⁷ menciona que para el año 2019, en el centro de investigación del departamento de emergencias pediátricas se realizó un estudio con el objetivo de evaluar la asociación que podía haber entre la saturación del servicio y sus posibles efectos adversos sobre la salud del paciente pediátrico, basado en un estudio de cohorte. Aquí analizaron a todos los niños que asistieron a 8 centros de salud en Canadá durante el periodo del 2010 y 2014, de un total de 1931465 visitas se observó que no hubo aumentos significativos en los pacientes que regresaban a los 7 días de la valoración, con un índice de 1.5% ni aumentos en la mortalidad después de 14 días (10 por cada 100000 visitas), por lo que se descartó un criterio de sobresaturación del servicio, pero sí se pudo determinar en el estudio que había gran cantidad de visitas al servicio por parte de pacientes que no presentaban una emergencia, manteniendo tiempos de espera prolongados.

Los investigadoras Type et al¹⁸ realizaron un estudio observacional en el departamento de emergencias de hospitales terciarios, los participantes fueron mayores

de 14 años, se midió el tiempo de espera para la atención y el tiempo de estancia total en el servicio, valorándose 36 mil pacientes con un predominio de visitas durante el día lunes desde las 7 am y 11 am, la media de espera fue de 35 minutos, mientras la mediana del tiempo total en la visita fue de 2.9 horas, aumentando a 5 horas cuando se debía hacer una interconsulta en un 52% de los casos. Del total completo, el 90% permanecieron en emergencias un total de 5 horas aproximadamente, se notó una variación en el tiempo de espera mayor los días miércoles y viernes, este resultado dirigió al sistema de salud a la implementación de medidas de mejora tomando en cuenta que estaba muy cerca del tiempo recomendado a nivel mundial; los beneficios son muchos, ya que la buena atención en emergencias es un pilar fundamental para tener un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Por su parte, Llanos et al¹⁹ cuentan con un estudio transversal descriptivo del periodo prolongado de estancia en dos hospitales de Lima, en el que evalúan el hacinamiento del departamento de emergencias en pacientes con infección nosocomial, y describen las características adecuadas que el servicio debe de presentar ante dicha infección, tomando en cuenta la distancia de las camas y una adecuada ventilación. En el hospital HNCH la estadía de estos pacientes fue de aproximadamente 7 días; y de 12 pacientes, 8 se encontraban en áreas no ventiladas y los pacientes del hospital HNAL permanecieron por 5 días, notándose una diferencia significativa, estudio que deja en evidencia la realidad que se vive en los departamentos de emergencias, alta demanda del servicio, sin contar con una adecuada ventilación. Además, se observó un dato importante y este era que ningún hospital cumplía con la distancia entre las camas establecidas en la norma técnica de Perú.

1.5.3 Antecedentes nacionales

Calzada et al¹ en su estudio descriptivo transversal evaluaron la epidemiología de la Consulta Externa del Hospital Nacional de Niños con una muestra de 905 casos que se distribuyó proporcionalmente entre el total de pacientes que se esperaba atender en cada consulta en la semana en la que se aplicó el estudio seleccionando, 1 de cada 5 pacientes atendidos en el consultorio. El procedimiento fue distinto para el consultorio 1 y 4 debido a que estos no contaban con un registro previo de los pacientes que debían ser atendidos, por lo que se repartieron entre ellos fichas del 1 al 100, se marcó 1 de cada 5 para identificar a los pacientes a los que se les aplicó la encuesta.

Los niños mayores de 4 años representaron el 48% de las atenciones en Consulta Externa, lo cual puede explicar la alta demanda por la definición heterogénea de la edad pediátrica como criterio de atención. Sumándose a esto un 95.5% de los niños se presentaron sin referencia del centro de atención al que se encontraban adscritos para consultar por patologías que podían resolverse de forma eficiente en estos centros periféricos, por lo que se sugirió apoyar a estas clínicas con protocolos de manejo para brindar resolución a los patologías de pediatría general que no requieren valoración especializada, además de ofrecer atención de emergencias quirúrgicas menores en horarios más amplios para disminuir la demanda a nivel del HNN.

En el estudio retrospectivo de descriptivo de Jiménez et al³ analizaron los casos atendidos en el centro de diagnóstico del HNN, utilizaron la base de datos de la jefatura de consulta externa tomando como referencia a 697 pacientes. Se tomó la decisión de referirlos nuevamente a sus clínicas periféricas a más de la mitad de los pacientes con los protocolos de manejo y solo una pequeña cantidad necesitaron un control posterior en pediatría por parte del HNN, debido a que su patología requería vigilancia antes de continuar el seguimiento en los centros de adscripción. Lo anterior demuestra que una mejor clasificación por parte de la jefatura de consulta externa logra que la mayor parte de los niños sean atendidos en las clínicas periféricas; asimismo, el servicio de pediatría general del hospital brindó un diagnóstico adecuado a la mayoría de los casos que se presentaron sin la necesidad de recurrir a valoraciones de subespecialistas, lo que evidencia que muchos niños pueden recibir la atención que necesitan en los servicios de pediatría local sin la necesidad de presentarse al hospital.

Es importante mencionar que a nivel nacional no se realizan actualizaciones de estudios del comportamiento del servicio de consulta externa desde hace mucho tiempo, por lo que existe un vacío de información importante para tomar acciones en este campo.

CAPÍTULO II- MARCO TEÓRICO

2.1 Concepto de Salud

La Real Academia Española define el vocablo salud, derivado del latín *salus*, como el estado en el que “el ser orgánico ejerce normalmente sus funciones”.²⁰ Por su parte, la OMS en su constitución establece lo que dicha organización entiende por salud: el “estado de bienestar general que engloba cada una de las esferas física, psicológica y social que compone al ser humano y que no debe de ser tomado como un concepto único de ausencia de enfermedad pues el máximo bienestar del que puede gozar una persona trasciende más allá del campo biológico”. La OMS es clara al afirmar que la salud es “un derecho fundamental, básico e inalienable de cada integrante de la sociedad sin importar la raza, sexo, religión, ideología política o su condición socioeconómica”.²¹

No obstante, esta definición no se ha visto libre de críticas por parte de algunos investigadores, ya que consideran que es un concepto subjetivo y, por ende, carece de objetividad o de las métricas que permitan demostrar cuán sana es una persona tomando en cuenta todas las variables que pueden influir en esto. En este sentido, no se trata de ver la salud solo en términos de “un estado general de bienestar”, ya que esto último no siempre es equiparable con la condición de estar sano. Debe considerarse que muchos hábitos generadores de sensaciones de bienestar en los individuos no siempre van a asegurar la salud de la persona; por esta razón, han surgido múltiples definiciones de la salud que procuran enmarcar este concepto. De hecho, un antiguo director de la OMS añadió a la definición de salud antes citada la posibilidad de “desarrollar una vida social y económicamente productiva”.²²

Tomando en cuenta que la salud es el estado de desarrollo óptimo que puede alcanzar un ser humano en todos los campos de su existencia para que se pueda desempeñar de la mejor manera posible en un ambiente determinado, es necesario tener presente que se requiere de la colaboración de todos los actores sociales (individuos, familias, asociaciones vecinales y comunales, entidades gubernamentales, etc.), de modo que se pueda alcanzar el grado de satisfacción requerido y esperado respecto de la salud de la población local, regional y nacional.¹

¹ Desde luego, la búsqueda de la salud trasciende las fronteras nacionales y se convierte en una responsabilidad a nivel planeta. Esta es una de las conclusiones obligadas de la experiencia con el COVID 19. No se trata solo de países desarrollados y ricos por un lado y naciones en desarrollo y pobres por otro. La realidad es que, a nivel global, todos los pueblos de la tierra tenemos algo que aportar en procura de

Por lo anterior, debe hacerse hincapié en la necesidad de fomentar “una opinión pública informada” en cuanto a temas de prevención y participación acertada en los diferentes sistemas de salud del mundo, esto junto con una cooperación activa para que se puedan implementar todas las iniciativas y programas que se hallen en un pueblo sano. Sin duda, el estado debe velar por el fomento y la protección de la salud de la ciudadanía en general, con el fin de evitar, en la medida de lo posible, situaciones de desigualdad o de discriminación en el acceso a los servicios de salud a disposición de la población. De esta manera, lo anterior constituye indicadores clave para el mejoramiento continuo de las condiciones de salud.²¹

En cuanto a la salud del niño, el sector salud tiene un papel protagónico en cuanto al desarrollo apropiado de la niñez al ser el responsable de garantizar un estado máximo de salud con el acceso oportuno a los servicios de salud. La OPS destaca la importancia de potencializar las intervenciones en salud que protegen a los niños, con el objetivo de que puedan crecer integralmente de forma saludable, de este modo alcanzarán el desarrollo cognitivo apropiado y la madurez emocional que les permita proseguir su camino al éxito educativo. De este modo se espera que lleguen a ser adultos equilibrados, capaces de emplear múltiples herramientas y capacidades que le abra las puertas a un empleo productivo y, según sea el caso, lograr la movilidad social en la reducción de la desigualdad a largo plazo.

Sin duda, cada vez más, los gobiernos de la región de las Américas son conscientes de los beneficios económicos, éticos, y sociales que se obtienen al invertir en salud desde las primeras etapas de la vida, ya que el buen desarrollo de los niños es uno de los agentes más poderosos para lograr una sociedad próspera y sostenible. La salud de la niñez de hoy repercutirá en el bienestar de los adultos del mañana. De ahí la importancia de atender las necesidades que se van presentando conforme crecen para garantizar que estas sean cubiertas de la manera más apropiada y satisfactoria posible.²³

mejores condiciones sanitarias en la lucha por la supervivencia.

2.1.1 Salud pública

Se entiende por salud pública el conjunto de acciones que pretenden aplicar diversas medidas y costumbres para proteger la salud, promover estilos de vida saludables y lograr mejores indicadores sanitarios, de modo que se potencialice el bienestar colectivo. Esta es la razón de ser de la creación e implementación de programas que permitan la promoción y protección de la salud y la prevención de las enfermedades. Consecuentemente, la salud pública puede ser vista también como una disciplina que se dedica a estudiar a lo largo del tiempo la presencia, desarrollo e impacto de las diferentes patologías, tomando en consideración las características propias de cada región y población para entender más a fondo los procesos de salud y enfermedad que se presentan en su propia geografía², brindar información adecuada, educación para el desarrollo de las destrezas necesarias, mejorar la efectividad y prestación de servicios médicos para cumplir con uno de sus propósitos fundamentales que, es lograr los más altos niveles de bienestar físico, mental y social de acuerdo con la realidad en la que se aplique.²⁴

Esta disciplina pretende enfocar el tema de salud en un contexto que abarque a todos los individuos y sus comunidades para lograr aportes positivos en la prevención de enfermedades, esto mediante la aplicación de diversas intervenciones. Esta visión de colectividad de la salud pública proviene del entendimiento de que cada persona surge y pertenece a un eje vital que es continuo, dentro del cual se producen interacciones individuales del propio ser con el medio ambiente en el que se desarrolla, así como de relaciones colectivas mucho más complejas sustentadas a partir de múltiples interacciones sociales que se desarrollan dentro de la comunidad, diferenciándola de la medicina clínica, que generalmente se centra en el individuo para operar. Adquirir una visión colectiva basada en grupos humanos o poblaciones dan pie a las aplicaciones de la salud pública tanto en el campo del conocimiento como en el ámbito de la acción.²²

Para un adecuado desarrollo y aplicación de la salud pública se requiere la participación activa y continua de diversas disciplinas, como lo son las ciencias básicas, médicas, ciencias sociales, economía, administración, demografía, bioestadística y las médico biólogos, que incluyen particularmente a la epidemiología teniendo como

² La geografía médica es la especialidad de la geografía que se dedica al estudio de la enfermedad en su dimensión espacial. Como tal, va de la mano con la epidemiología. Para un acercamiento a este tema se puede consultar: Souris, Marc (2019). *Epidemiology and Geography*. London: ISTE. Ltd. También Jones, Kelvin; Moon, Graham. (2022)

objeto de investigación los procesos de salud-enfermedad, sus determinantes y la respuesta social que se desarrolla a las distintas condiciones de salud.²²

Dentro de las acciones vitales que caracterizan a la salud pública destacan la vigilancia del estado de salud de la sociedad y la identificación de sus necesidades, elegir y potencializar las mejores políticas de salud y garantizar una adecuada prestación de servicios sanitarios, todo ello se fundamenta en el respeto y acatamiento de los derechos humanos y también pretende obtener una verdadera justicia social que garantice el mejor bienestar de las comunidades. Las características de su desarrollo son las siguientes:²²

- El énfasis en la responsabilidad colectiva en temas de salud y el papel central que ejerce el estado en promover y proteger la salud.
- La integración de múltiples disciplinas y metodologías.
- El compromiso que se tiene con la población a la que sirve e involucrarla para trabajar conjuntamente.
- El enfoque colectivo y el fortalecimiento de la prevención de las enfermedades.

Como se ha mencionado, la colectividad es el objeto principal de acción, por lo que la salud pública orienta cada una de sus funciones en prevenir, conocer y resolver problemas que surjan en ese ámbito comunitario, sin importar el nivel de la sociedad al que lleguen las acciones implementadas. Las funciones principales de la salud pública se mencionan a continuación:²²

- Mejorar la información disponible para pacientes, familiares, profesionales y responsables políticos.
- Presión política y movilización que favorezcan el accionar sobre una problemática en específico.
- Promoción de medidas efectivas para la resolución de problemas que impacten a la salud pública.
- Disminuir las diferencias en el acceso a los servicios preventivos y clínicos de calidad.
- Lograr una mayor atención a las poblaciones que presentan problemas de salud o aquellas que son más vulnerables.

- Evaluar la actuación de los servicios, políticas y la calidad en torno a la salud.
- Vigilancia efectiva y continua en problemas que afecten la salud pública comunitaria.
- Delimitar epidemiológicamente los problemas que surjan para evaluar la magnitud real, causas y características principales.
- Identificar las políticas efectivas que mejoren la salud de las poblaciones.

La salud pública busca aplicar de manera efectiva la prevención en materia de salud, como se ha descrito anteriormente estableciendo distintos niveles.

2.1.1.1 Niveles de prevención en salud pública

2.1.1.1.1 Prevención primaria

El objetivo principal de la prevención primaria es intervenir antes de que la enfermedad se desarrolle en el paciente, además de esto también pretende proteger a las comunidades vulnerables de los factores que pueden originar enfermedades.²²

Dentro de las estrategias de la prevención primaria descritas por la OMS se incluye el restringir o minimizar lo más posible la exposición a factores nocivos hasta alcanzar niveles que no sean perjudiciales para la salud de los individuos; es decir, son medidas destinadas a evitar el desarrollo de una patología o problema de salud mediante el control de los factores de riesgo y los factores predisponentes.²⁵

Una de las principales metas dentro de este nivel de prevención es disminuir la incidencia de las enfermedades. Por ejemplo: incentivando el uso de protección de barrera durante las relaciones sexuales para prevenir el contagio de enfermedades de transmisión sexual (ETS), concientización acerca del uso compartido de agujas u objetos punzocortantes para la prevención del contagio de VIH y hepatitis, educación a las comunidades sobre la transmisión de la enfermedad del dengue para que la población tenga la capacidad de evitar contagios, y prohibición mediante leyes de la venta de alcohol a las personas menores de edad.²⁵

2.1.1.1.2 Prevención secundaria

Su principal actuación es durante la presentación temprana de la enfermedad, también conocida como fase presintomática, para tener la posibilidad de detener el avance de la misma.²²

Este objetivo se puede lograr aplicando exámenes médicos periódicos y búsqueda activa de caso, lo que se conoce como “pruebas de screening”, ya que la captación oportuna, el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado son claves para lograr un buen control de la enfermedad y con esto evitar el desarrollo de complicaciones a largo plazo. Lo más óptimo es lograr aplicar medidas en esta fase preclínica de la enfermedad cuando aún el daño a la salud no es tan significativo y, por ende, los síntomas no son evidentes, sobre todo en aquellas enfermedades que no tienen cura, llamadas también enfermedades crónicas; y con todas las intervenciones lograr una reducción en la prevalencia de la enfermedad.²⁵

Algunos ejemplos de este tipo de prevención son el tratamiento óptimo de la hipertensión arterial en su presentación temprana con un control adecuado del paciente a lo largo del tiempo, y que permita detectar el desarrollo de posibles secuelas de la enfermedad.²⁵

2.1.1.1.3 Prevención terciaria

Su campo de aplicación es en las personas que ya desarrollaron la enfermedad, con el objetivo de curar, rehabilitar y reducir las complicaciones para que pueda ser reintegrado a su función activa.²²

Hace referencia a todas las intervenciones para lograr una recuperación íntegra tras la enfermedad, las cuales se realizan mediante diagnósticos y tratamientos acertados de la mano de la rehabilitación física, psicológica y social en los casos en los que se presenten discapacidades o secuelas, y así disminuir su impacto negativo en la vida del individuo. El seguimiento y control del paciente es la clave para lograr el objetivo principal de la prevención terciaria: aplicar todas estas medidas de manera oportuna.²⁵

Disminuir el sufrimiento causado por el proceso de la enfermedad, acompañar al paciente en el proceso de adaptación a una enfermedad incurable y evitar lo máximo posible las secuelas de la enfermedad es lo que se busca conseguir en este nivel de

prevención, un ejemplo de ello es brindar fisioterapia a los pacientes que tuvieron que ser enyesados luego de una fractura importante.²⁵

Del mismo modo que la salud pública pretende aplicar los niveles de prevención en salud para el control adecuado de la enfermedad, con la misma importancia hace hincapié en la correcta promoción de la salud.

2.1.1.2 Promoción de la salud

En Ottawa, en el año 1986, se establece una estrategia de promoción de la salud que se define como el proceso que le brinda a las personas y comunidades los medios necesarios para que estos puedan tener control sobre su propia salud y la posibilidad de poder mejorarla.²⁵

Las principales propuestas para lograr una promoción de salud efectiva es brindar a la población ambientes saludables y seguros, incentivar la participación social en la construcción de estilos de vida saludables para que posean un papel protagónico en el establecimiento de las políticas en salud. La promoción de la salud está íntimamente ligada al bienestar y a la vida cotidiana incluyendo la vida personal, familiar, laboral y comunitaria de todas las personas.²⁵

Para abordar la promoción de la salud se debe de tomar en cuenta que hay que lograr la colaboración de las personas primero al identificar cuáles son las necesidades que se deben cubrir para el desarrollo de las capacidades y fortalezas que permitan el empoderamiento y la participación de las comunidades.²⁶

Dado todo lo anterior, se puede reconocer que la principal función de la promoción de la salud es centrarse precisamente en la salud de las personas teniendo como base los determinantes de la salud y los determinantes sociales de la salud, mientras que la prevención tiene su campo de acción en la enfermedad, y presta atención a los factores de riesgo para el desarrollo de la misma y las poblaciones que presentan mayor probabilidad de desarrollar determinada patología.²⁵

2.1.2 Atención en salud

La atención o asistencia en salud es un conjunto de acciones que pretenden concretar la prestación de servicios en cuidado de la salud a un individuo, un grupo familiar, una comunidad o una población determinada. El objetivo de la asistencia

sanitaria es contribuir a la salud pública garantizando a la población el acceso a los servicios de salud que permita:²⁷

- Conservar la salud de las personas.
- Evitar el deterioro de la salud de las personas en cuanto el conocimiento médico y los recursos disponibles lo permitan.
- Recuperar la salud de las personas que han enfermado.
- Detectar la enfermedad lo más pronto posible y evitar su agravamiento, en especial las enfermedades crónicas.
- Proporcionar alivio del dolor y minimizar lo más posible el sufrimiento de los pacientes que presentan enfermedades graves que no pueden ser curadas.

Según la Organización Mundial de la Salud, la atención en salud contempla a todos los servicios que promuevan la salud, incluidos en estos las intervenciones paliativas, curativas y preventivas. Tanto los países desarrollados como los que se encuentran actualmente en vías de desarrollo deben proporcionar atención sanitaria y hacer promoción de este como un servicio que se encuentra al alcance de toda la población.²⁸

En cuanto a la financiación de la atención en salud, se puede clasificar en dos grandes entes: atención médica pública y atención médica privada. Ambos tipos de atención cumplen un papel vital en el proceso de garantía de calidad de vida a toda la población en general.²⁸

La atención sanitaria pública se conoce también como atención en salud universal, es un tipo de atención médica que brinda atención a toda la población sin hacer distinción en las características de los individuos como los ingresos económicos, edad, sexo y raza.²⁸

El garantizar el acceso a los servicios médicos a toda la población de un país es la principal ventaja que ofrece este tipo de atención, ya que todos los individuos tienen la misma oportunidad de recibir atención médica, promoviendo a su vez la igualdad y equidad en las comunidades. Gracias a esto, cada individuo tiene la posibilidad de acudir a consulta médica gratuita, medicamentos y tratamientos accesibles según lo requieran.²⁸

Por otra parte, la atención médica privada consiste en el que el individuo interesado en adquirir los servicios médicos efectúe un contrato de servicios con alguna de las empresas que se encargan de la prestación de servicios de asistencia para obtener el beneficio de una póliza de salud. El proceso depende de las coberturas elegidas por el paciente y de la edad del mismo para que se le establezca un monto a pagar mensualmente y hacer efectivo el acceso a la atención médica privada.²⁸

La atención sanitaria tanto pública como privada son vitales en las sociedades debido a que en estas recaen la responsabilidad de mantener la salud de las comunidades, los servicios de cuidados paliativos a los enfermos que no tienen opción de cura para sus patologías y la aplicación de cuidado en temas de salud mental. Sin la opción de una atención en salud accesible para todos los habitantes de un país se generaría inevitablemente un impacto negativo en la calidad de vida de las personas en todos los ámbitos, es por esto que tanto los gobiernos y sistemas administrativos deben procurar garantizar a las comunidades un servicio tan vital como este.²⁸

La organización de la atención sanitaria en el mundo se establece de diversas maneras hasta llegar a servicios médicos concretados exclusivamente por el estado de cada nación. En algunos países se auxilia a la población solo en casos muy extremos de necesidad y otros países cuentan con un sistema seguro de salud, por lo que lo más ideal en el campo es ofrecer asistencia médica actualizada, respetando los derechos tanto del paciente como del médico tratante. La Asamblea Médica Mundial (AMM) tiene el deber de amparar los principios básicos que abarcan la actividad médica.²⁹

Dentro de los principios que rigen la asistencia sanitaria se pueden mencionar la universalidad, gratuidad, financiación pública, calidad y sostenibilidad.³⁰

- Universalización de la atención sanitaria pública: la asistencia sanitaria se concibe en la Unión Europea como un derecho fundamental con un papel esencial de la dignidad humana, por lo que la universalización de este derecho es actualmente una exigencia indeclinable.
- Gratuidad de la asistencia sanitaria y su financiación pública: Ligado a la universalización se encuentra la participación directa o indirecta de los pacientes usuarios al financiamiento de los servicios médicos, bajo este punto de vista ningún servicio público es gratuito, ya que se debe contar con la participación de

la ciudadanía mediante cotizaciones o impuestos, o bien, de una forma mixta con aportaciones del estado; sin embargo, se tiende a clasificar como servicio público gratuito aquellos que su financiación se sostiene mediante impuestos.

- Calidad de la asistencia sanitaria: En el pasado la atención en salud se centraba en indicadores cuantitativos, actualmente es de gran importancia considerar no solo el carácter cuantitativo de la atención médica, sino también prestar atención a lo cualitativo.
- Sustentabilidad financiera: Ha surgido la necesidad del surgimiento de decisiones políticas estratégicas en torno a la sostenibilidad financiera de la atención médica, debido a que los sistemas públicos sanitarios presentan falta de adecuación entre la oferta y demanda de los servicios, debido al envejecimiento de la población, por lo que se debe de buscar periódicamente un equilibrio y consenso entre los políticos, gestores, profesionales, sectores económicos y ciudadanos para adoptar una corresponsabilidad administración-ciudadanos que garantice la sostenibilidad a lo largo del tiempo.

Es importante realizar la distinción entre atención en salud y sistemas de salud debido a que estos conceptos suelen utilizarse de forma indiscriminada cuando en realidad no son sinónimos, se debe contemplar que un sistema de salud es el que específicamente adopta la responsabilidad de mantener o mejorar la salud de las poblaciones, mientras que la atención en salud, como se ha descrito en los párrafos anteriores, es un conjunto de acciones que buscan promover, estimular y defender el desarrollo físico, mental y social de los individuos, por lo que pueden participar múltiples entes como instituciones benéficas, organismos no gubernamentales, ministerios, instituciones privadas, entre otros.³¹

Es conveniente englobar conceptos básicos acerca de los sistemas de atención en salud, que de acuerdo con las intervenciones gubernamentales en la atención médica se pueden describir varias clasificaciones según el origen del financiamiento y la estructura de organización básica que considera las distinciones de cada país, como se describe a continuación.

2.1.3 Sistemas de asistencia sanitaria

Un sistema de salud engloba actividades y servicios destinados a la protección de la salud, respecto al tema la OMS ha definido que un sistema de salud que funciona de

manera adecuada es aquel que responde de manera satisfactoria a los requerimientos y expectativas de las personas usuarias con los objetivos de:³²

- Mejorar la salud de las personas, sus familias y comunidades
- Ser un protector de la salud de las poblaciones cuando esta se vea amenazada
- Brindar amparo económico respecto a los gastos de la enfermedad
- Promover la igualdad respecto al acceso a los servicios de salud
- Brindarle a los individuos un papel protagónico respecto al cuidado de su salud y lo que respecta al sistema sanitario

Para establecer la estructura de los sistemas sanitarios se deben tomar en cuenta muchos factores que influyen en su organización, sin embargo, se pueden definir cuatro tipos básicos de modelos de sistemas de salud.

2.1.3.1 Modelo impuesto (Beveridge)

El gobierno es el encargado de proporcionar el presupuesto para brindar atención en salud, dicho dinero proviene de los impuestos de todos los ciudadanos, por lo que la red hospitalaria pertenece al sector público, así como todos los funcionarios en salud que son empleados del gobierno, incluidos los médicos que ofrecen sus servicios de forma privada cobran al gobierno. Un país que pone en práctica este modelo de sistema de salud es el Reino Unido.³³

2.1.3.2 Modelo Bismarck

Se garantiza el servicio de atención médica por medio de cuotas de carácter obligatorio que están destinadas a proveer el sustento económico, bajo un modelo de seguro obligatorio que incluye a aquellas personas que no tienen la posibilidad de cotizar, es decir, las personas trabajadoras sostienen el sistema de salud para todos los ciudadanos. Sin embargo, los hospitales funcionan bajo una figura privada, la salud pública es responsabilidad del estado y cada institución de salud percibe un presupuesto global, además, los fondos económicos generalmente son regulados de forma estricta para asegurar a la población la universalidad de la atención médica y tomar un rol parecido a un seguro de seguro público en salud. Este modelo es el utilizado en países como Alemania, Francia, Bélgica, Japón o Suiza.³³

2.1.3.3 Sistema de Salud Nacional

Este modelo es una combinación de los dos modelos descritos anteriormente, funciona por medio de proveedores privados que reciben el pago por parte del gobierno a través de un sistema de seguro obligatorio impuesto a los ciudadanos.

Se caracteriza por ser un sistema centralizado, regionalizado y jerarquizado que obtiene su sustento económico a través de presupuestos estatales o regionales, y se enfoca en el derecho al acceso a la salud como algo inalienable a las personas, por lo que se ofrece de forma universal, y no requiere de un proceso de afiliación previa y gratuita, exceptuando algunos procedimientos que requieren copagos.³³

2.1.3.4 Modelo Liberal

Muchas regiones en el mundo no poseen un modelo como los descritos anteriormente, sino que los temas de salud se basan en términos de rentabilidad y no de salud pública. Puesto que muchas personas no tienen la posibilidad de acudir a consulta médica, utilizan remedios preparados en casa o intentan recaudar fondos por su propia cuenta para poder acceder a un servicio en salud.³³

2.1.4 Calidad de atención médica

El contexto en el que quiera aplicarse el término de calidad de la atención médica influye en su definición, dado que actualmente existen múltiples puntos de vista en torno al tema.³⁴

Diversos autores han coincidido en que definir este concepto resulta un tanto difícil, empezando porque el término de calidad ha sido establecido de forma confusa, ya que existen muchas percepciones que giran en torno a este, y conlleva a que surjan varias definiciones teóricas que en ocasiones son difíciles de aplicar en la práctica. Avedis Donabedian propuso que se debe comenzar con lo más básico: “La calidad es una propiedad que la atención médica puede poseer en grados variables” , lo anterior obliga a tomar en cuenta con mucha importancia la variabilidad cuando se pretende medir o examinar la calidad, porque el principio de la excelencia debe estar presente en la calidad y su adecuado control.³⁴

Para algunas opiniones la excelencia es sinónimo de calidad, sin embargo, es imprescindible establecer requisitos para englobar las diversas interpretaciones que existen acerca de la calidad, pues es un objetivo difícil de cumplir cuando se aplica a la

realidad. Hay definiciones que señalan que la calidad es un concepto determinante para la salud, incorporando distintos aspectos como:³⁴

- Alto nivel de excelencia profesional
- Eficiencia en la utilización de los recursos
- Minimizar los riesgos para los pacientes
- Alto grado de satisfacción por parte de los usuarios
- El impacto final que se consigue respecto a la salud del paciente

En el campo de la economía la calidad se ve desde la perspectiva de que un producto, o bien, un servicio, gracias a sus propiedades tiene la capacidad de ser útil para cubrir y satisfacer las necesidades de las personas que lo utilizan. Para otros investigadores la calidad es igual al cumplimiento de las normas, sin embargo, esta definición no toma en cuenta el resultado final, sino que más bien solo contempla el proceso de la atención.³⁴

Antiguamente se consideraba que la calidad la imponía el dueño del producto o del servicio, pero hoy en día se considera que esta es definida indiscutiblemente por el usuario, quien tiene una posición vital en el proceso, por lo tanto se ha reforzado que los principales objetivos que giran en torno a la calidad deben de estar dirigidos a satisfacer las necesidades de las personas usuarias. Si se toma en cuenta lo anterior, el concepto de calidad cambia y toma un significado de ser sinónimo a cumplir con las perspectivas de los clientes, por lo que obliga a ajustar los estándares de calidad de forma periódica debido que los estándares de algunas personas tienen a incrementar con el tiempo y esto conlleva a una revisión de normas, procedimientos y reglamentos cada cierto tiempo, si se pretende aplicarlo de la forma más adecuada.³⁴

A lo largo del tiempo han surgido muchas definiciones en torno a la calidad. Ante ello, gran cantidad de autores han manifestado que estas definiciones no contemplan todo lo necesario para poder establecer un entendimiento adecuado, lo que lleva a que aún no se alcance una claridad adecuada, tomando en cuenta también que las definiciones son sujetas a cambios con el pasar de los años, por lo que todo parece indicar que actualmente no existe un concepto que sea aceptado universalmente. Lo anterior provoca que surja la necesidad de contar con alguna guía que sea útil en el estudio de la calidad, que abra la posibilidad de considerar alguna de las expuestas anteriormente; no obstante, en el campo

de la salud no se debe de dejar de lado algunas particularidades que son de suma importancia y establecen una diferencia entre la calidad en un entorno de producción material e incluso de otros servicios también.³⁴

Un punto a relucir es que el resultado final de la atención de salud no recae en un producto, sino que más bien está intrínsecamente ligado a los pacientes que reciben el servicio y es por esto que las personas usuarias de la mano con el personal médico deben desarrollar una participación activa durante el proceso de la atención y resolución de los problemas de salud, lo cual es bien conocido en el campo de la ética médica como la autonomía e integridad de la atención y esto definitivamente no es aplicable en la producción de bienes. No se puede dejar de lado la existencia de normas, procedimientos e indicadores de calidad que generalmente no son percibidos por los usuarios de los servicios de salud, puesto que son aspectos técnicos o científicos y por lo tanto no influyen en la percepción de la calidad del servicio que están recibiendo, de allí que la responsabilidad de velar por el cumplimiento de las normas, la vigilancia a las faltas y al seguimiento de los resultados para la identificación de anomalías administrativas recae en los profesionales y trabajadores que fungen como proveedores del servicio de atención médica. Algunos ejemplos de anomalías en torno al cumplimiento de reglamentos que impactan en la calidad de atención brindada a los pacientes que deben ser detectadas son:³⁴

- El no acatamiento a las normas de asepsia puede producir infecciones institucionales con graves resultados en las personas e impactando de forma negativa el sistema.
- El error en la práctica médica puede resultar en complicaciones graves en la salud de las personas o bien amenazar la vida.
- Aplicar procedimientos médicos de forma injustificada puede significar un peligro a la salud además de incomodidad e impacto emocional negativo en el paciente.

Basado en todo lo anterior es importante establecer una definición que sea aplicable a las particularidades de la calidad en atención en salud, por lo tanto, tomando en cuenta las definiciones mencionadas se ha propuesto que se establezca de la siguiente forma: hay calidad en la atención de la salud cuando los resultados cumplen con los

requerimientos de los pacientes y además de esto se cumple de forma satisfactoria con las normas institucionales y del sistema de salud.³⁴

Una calidad adecuada en atención en salud conlleva un beneficio no solo a los pacientes, sino también a los trabajadores debido a que esto creará una imagen favorable de los servicios que brindan las instituciones. Lo anterior permite que los pacientes tengan una mejor percepción del servicio que reciben y un impacto económico positivo al abrir la posibilidad de recaudar mayor cantidad de ingresos para invertir en instalaciones o en tecnología, y mejorar aún más la atención que se brinda.³⁴

2.1.5 Consulta Médica

La consulta médica debe verse como un acto complejo debido a que contempla múltiples dimensiones donde el eje central es la relación médico-paciente que se establece durante su ejecución, sumando a esto es un pilar que permite proporcionar el acompañamiento y ayuda necesaria respecto a las necesidades de las personas en sus procesos de salud-enfermedad, sufrimiento e incertidumbre que se desarrollan por consecuencia de la pérdida o amenaza de su integridad física, humana y psicológica. La consulta es y ha sido a lo largo del tiempo la máxima expresión del acto médico que está presente desde el corpus hippocraticum.³⁵

La consulta puede desarrollarse de forma individual o colectiva en un entorno urbano o rural, en el domicilio de la persona solicitante o en el centro médico en el servicio de consulta externa u hospitalaria, actualmente también se encuentra disponible por medios digitales y de comunicación telefónica, lo que se conoce como telemedicina. Esta puede clasificarse tomando en cuenta la proporción del daño que presenta el sujeto como una emergencia o urgencia, o bien, se puede brindar consulta debido a un caso extraordinario que requiere atención médica o con el propósito de brindar seguimiento y control a las enfermedades crónicas de los pacientes.³⁵

En términos generales, la consulta cuenta con un procedimiento a seguir, el cual consiste en que el profesional en salud explora de forma subjetiva y objetiva la necesidad del paciente, esto puede incluir una preocupación, malestar, dolor, sufrimiento o daño poniendo en práctica sus conocimientos, experiencia, intuición y conciencia que permitan proporcionar un diagnóstico y brindar un plan de tratamiento para abordar el problema de salud. Por mucho tiempo ha existido una serie de pasos que presiden la consulta:

anamnesis, exploración física, diagnóstico, pronóstico y tratamiento, los cuales no siempre pueden llevarse a cabo, sin embargo, sirven como guía para estandarizar y agilizar la meta principal de la consulta médica: atender a la salud-enfermedad.³⁵

Actualmente la consulta médica se ha enfrentado a cambios debido a la mayor participación activa del paciente, el desarrollo e introducción de la tecnología y de la información, variantes que condicionan charlas muy amplias que pueden llegar a ser en ocasiones controvertidas, por lo que la consulta ya no se trata de un monólogo efectuada por un solo actor, sino más bien es un diálogo e intercambio de opiniones que generalmente es diferente entre cada paciente y normalmente se desarrolla de forma activa y proactiva. Además, es un proceso debidamente reglamentado que debe seguir normas dispuestas por la institución, ya que es legalmente enjuiciable, por lo que también tiene elementos que son de carácter legal como lo son el expediente o la nota médica.³⁵

2.1.5.1 Turno médico

No existe una definición global del trabajo por turnos sin embargo, desde un punto de vista general se entiende como la jornada laboral que se desempeña en un horario fuera del tradicional de las 9:00 am a las 5:00 pm aproximadamente, incluyendo los horarios vespertinos, nocturnos, rotativos, divididos, de llamada u ocasionales, los de 24 horas, irregulares y cualquier horario que se considere no diurno. Se ha recalado que el cumplimiento de estos horarios puede influenciar en la salud de las personas trabajadoras y no por el horario en sí, sino más bien por su interferencia en el reloj biológico, lo cual delimita una definición muy importante en torno al tema, que es el impacto que provoca el trabajo en turnos al organismo conocido como la cronodisrupción, que no es más que el desajuste entre la fase de los sistemas fisiológicos intrínsecos relativo al medio externo.³⁶

Actualmente la sociedad funciona las 24 horas obligando a las instituciones, y por ende a sus trabajadores a cumplir con jornadas laborales que no son amigables con el ritmo natural de la vida. Debido a esto el trabajo por turnos se ha convertido en un tema laboral que ha causado diferencias y problemas en las empresas que brindan el servicio, la situación que se ha generado ha provocado consecuencias desfavorables que impactan distintas áreas como lo son la productividad, atención al paciente, incremento de los niveles de ausentismo y, como se mencionó anteriormente, efectos sobre la salud de los trabajadores.³⁷

2.1.5.2 Tiempo de espera

El tiempo de espera de uno de los determinantes de la satisfacción de los pacientes respecto al servicio que reciben e impacta directamente en las expectativas que tienen las personas acerca del personal de salud y de la institución como tal, por otra parte, también puede llegar a ser un impedimento para el acceso a los servicios, algunos autores respaldan esto al destacar que el tiempo de espera es un condicionante de no acceso a los servicios de salud cuando este es muy elevado.³⁸

Los establecimientos de salud definen el tiempo de espera como aquel que acontece desde el momento en el que la cita se programó o de la solicitud del servicio de salud por parte del paciente hasta que se proporciona la atención por parte del médico, generalmente la atención en el segundo y tercer nivel es mediante cita, y el tiempo de espera debería de ser mínimo y acercarse al estándar de 10 minutos, así como cualquier servicio de salud que se rige bajo un programa de citas.³⁸

Como se destacó en el párrafo anterior la impresión respecto al tiempo de espera es uno de los pilares fundamentales de la satisfacción de los pacientes respecto a cualquier servicio de salud. Welch determinó que la percepción del tiempo de espera y no el tiempo real que la persona tuvo que esperar para recibir atención es el determinante más importante, y un tiempo que se percibe como corto tiene una relación positiva en torno a la satisfacción del usuario; por otra parte, Boudreaux y O’Hea señalaron que lo que delimita la satisfacción en relación al tiempo de espera es la experiencia subjetiva de cada persona. Muchos otros autores han promulgado que la percepción del tiempo de espera es uno de los factores a intervenir para mejorar la satisfacción de los pacientes.³⁹

Al realizar una comparación entre los tiempos de espera reales con la escala de satisfacción se ha determinado que un tiempo menor de espera para recibir atención médica está relacionado claramente con una mayor satisfacción. Siguiendo la misma línea, Damghi et. al destacaron que los usuarios que esperaban menos de 15 minutos para recibir el servicio tuvieron mayores grados de satisfacción que aquellos que tuvieron que esperar más tiempo.³⁹

2.1.5.3 Tiempo de atención en consulta

Bajo un punto de vista óptimo el contacto médico-paciente en cada consulta es el mejor momento para implementar las prácticas más idóneas destinadas al mantenimiento o restauración de la salud psíquica y física de las personas, así como para aplicar todas las herramientas que permitan un buen desarrollo de la promoción de la salud y que brinden la oportunidad de modificar los estilos de vida. Para conseguir lo anterior se deben de vencer distintas barreras, tales como: problemas de comunicación y la dinámica de la toma de decisiones compartida, actividades que involucran procesos cognitivos, conductuales, de promoción y de educación que requieren de un lapso adecuado para su desarrollo. Un tiempo de consulta largo mejora la comunicación y brinda la opción de conocer más a fondo los problemas psicosociales de cada persona, lo que a su vez permite la promoción de la salud al disminuir la tensión entre el médico y el paciente.³⁵

Los determinantes de la duración de la consulta médica son establecidos generalmente por aspectos técnico administrativos:³⁵

- Variación entre médicos: Diferentes investigaciones han determinado que los profesionales de más edad y las de sexo femenino suelen requerir un tiempo de consulta más prolongado así como los profesionales con determinada orientación social, de práctica general y los que brindan consulta de salud mental.
- Variaciones entre pacientes: Las consultas de primera vez o de algún problema en salud no conocido con anterioridad requieren de más tiempo de consulta que aquellas que son destinadas a situaciones ya conocidas, por lo que la edad del paciente surge como un determinante importante, un ejemplo de ello es el adulto mayor debido a que a más edad se requiere de más control y surgimiento de nuevos problemas de salud.

Determinar cuánto es el tiempo ideal en el que el profesional estará cara a cara con el paciente es un proceso de suma importancia que no solo repercute en la programación de una agenda de turnos, sino que también impacta directamente en la percepción que desarrolla el paciente acerca de la calidad de la atención médica que se le ofrece.³⁵

La duración de la consulta médica ha sido delimitada como el tiempo que transcurre entre el saludo y la despedida de un paciente en el consultorio médico, sin embargo, esta interacción persona a persona puede ser obstaculizada por distintas

interacciones ajenas a la consulta, debido a que la consulta se encuentra dentro de un flujo de trabajo, que se basa en secuencias de actividades. Por lo tanto, la secuencia de las tareas se puede investigar en función del objetivo o el resultado que se persigue.³⁵

- El tipo de trabajo del médico
- El papel que cumple el personal de apoyo
- La duración de la consulta
- Las políticas del establecimiento
- El diseño de la sala
- La tecnología disponible
- El estatus social
- La estructuración de las relaciones entre los miembros

Todas estas actividades evidencian que el tiempo de consulta no está influenciado únicamente por la agenda. Han surgido pronunciamientos acerca de la duración de las consultas médicas como la del Conselho Regional de Medicina do Estado de Sao Paulo (CREMESP), el cual enfatiza que al no existir un marco legal acerca de la duración de la consulta médica el profesional en medicina debe de ampararse al cumplimiento de los principios éticos, bajo el máximo celo y proporcionando su mejor capacidad.³⁵

2.1.5.4 Referencia médica

Se entiende como referencia médica al procedimiento en el que un médico deriva a un paciente para que:⁴⁰

- Sea atendido en otro nivel de atención
- Sea atendido en el mismo nivel de atención por otro profesional médico
- Sea atendido en otro establecimiento que cuente con los recursos que requiere el paciente para su adecuado diagnóstico y tratamiento

Según sea la patología, el médico receptor, generalmente un especialista, asumirá la atención del paciente en todo el transcurso de su enfermedad o solo parte de ella mientras requiera la atención especializada para que posteriormente sea enviado o devuelto al referente.

2.1.5.5 Contrareferencia

La contrareferencia es la respuesta del especialista al médico de la clínica de origen del paciente respecto a la interconsulta solicitada por este último, por lo tanto es un procedimiento mediante el cual el paciente vuelve a su institución de origen asegurar el control, seguimiento, y su problema de salud. Una vez que se haya cumplido satisfactoriamente su necesidad de atención especializada, debe incluir la respuesta del médico especialista respecto a la interconsulta solicitada, por lo que se contemplan dos momentos:⁴¹

- Respuesta inicial o retorno: Es el momento en el que el paciente recibe su primera consulta especializada y posteriormente se le notifica a su institución de origen que el mismo ya fue evaluado, si se confirma o descarta la sospecha por la que fue derivado y el plan de tratamiento a seguir.
- El momento del alta: cuando se deriva al paciente de la institución de mayor complejidad al establecimiento de origen por la resolución de su patología o debido a que fue estabilizado y requiere continuidad de atención con un plan de tratamiento definido.

Existen pacientes que figuran como casos especiales que no siguen estos dos momentos:⁴¹

- Cuando el origen de la referencia sea el servicio de urgencias la contrareferencia se remitirá al centro de atención primaria que le corresponde al paciente.
- Los casos en los que la solicitud sea una consulta o procedimiento con naturaleza de tamizaje que requiere de una respuesta posterior con el resultado al profesional referente.
- En el caso de los pacientes con patologías crónicas que necesitan un control compartido entre la atención primaria y el segundo o tercer nivel de atención, en estos casos es imprescindible que exista una adecuada comunicación entre los establecimientos que asegure un buen control de cada caso.

2.1.5.6 Interconsulta médica

La interconsulta es la interacción entre dos profesionales en salud que cuentan con experiencia en diferentes áreas, el principal objetivo es brindar una atención adecuada al problema del paciente y además también sirve como una oportunidad para que el médico que la realiza aumente su experiencia y conocimiento. Generalmente el médico de atención primaria requiere asesoría acerca del manejo de la patología de un paciente y para que esto suceda de la forma más adecuada debe existir una correcta comunicación entre los dos profesionales, con el objetivo de que la información fluya de la mejor manera posible y se pueda obtener la decisión más efectiva según el caso que se está estudiando.⁴²

El interconsultante puede ser un médico de cualquier especialidad o cualquier profesional del área de la salud y previamente se deben de haber llevado a cabo los procedimientos y estudios pertinentes antes de solicitar la interconsulta, además de haber desarrollado un diagnóstico hipotético para que posteriormente se le pueda exponer de forma clara al interconsultante la razón por la cual se requiere de su opinión. A la vez, se le debe explicar al paciente las razones que motivan la interconsulta de su caso, dejando en claro que el objetivo es brindarle una atención integral y no de una falta de competencias por parte del médico tratante o lo que puede ser peor, que el paciente rechace esta opción.⁴²

Posteriormente de que se efectúa la interconsulta, el médico tratante continuará siendo el responsable de brindar atención y seguimiento al paciente, o bien, hacerlo de forma compartida junto con el médico especialista en aquellos casos que así lo ameriten, sin embargo, no se debe de perder el contacto con el paciente.⁴²

Las principales razones de la interconsulta son:⁴²

- Requerimiento de un diagnóstico o tratamiento de mayor complejidad
- Necesidad de orientación acerca de programas de salud
- Es imprescindible un enfoque multidisciplinario
- Por solicitud del paciente o de sus familiares
- Mala evolución de la patología del paciente
- Enfermedades que se presentan con mal pronóstico o que suelen tener un curso fatal
- Para tranquilidad del médico

2.1.5.7 Lista de espera

Se entiende por lista de espera a aquellos pacientes nuevos en la especialidad que deben de esperar desde el día uno, que es el momento en el que se da el registro, hasta que recibe la atención por parte del médico después de la programación de una cita a cupo.⁴³

A nivel del HNN se considera que existe lista de espera en aquellos servicios en los que la agenda médica o plazos de espera para que el paciente pueda optar por atención supera los 90 días.⁴³

2.1.6 Marco legal de la calidad en la atención médica

En el área de la salud brindar una respuesta óptima a las problemáticas que puedan presentar las personas o las incidencias sanitarias de una comunidad y sus integrantes es imprescindible dentro del marco de la calidad para lograr una satisfacción de los usuarios de los servicios médicos. La sociedad actual exige que las distintas organizaciones cuenten con la capacidad de brindar evidencia objetiva de calidad, lo cual se vuelve un tema fundamental al dar respuesta a los objetivos dictados por la OMS.⁴⁴

- Obtener una elevada satisfacción
- Excelencia profesional
- Eficiencia en la utilización de los recursos
- Brindar una atención que minimice los riesgos para el paciente que incluya la medición del impacto final en cuanto a las intervenciones destinadas a la ganancia de salud

La OMS y la OPS ponen a disposición desde la década de los 80 una recopilación de documentos en el conocido Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios, por lo que la Asociación Americana para la Calidad ha propuesto más recientemente la constitución de un taller que generó el Primer Acuerdo de Trabajo Internacional (IWA 1), en el cual se describen las directivas destinadas a la mejora del desempeño de las organizaciones sanitarias, con el propósito de cooperar a la satisfacción de todos los interesados.⁴⁴

En el año 2002, la OMS en su Asamblea mundial número 55 emitió un decreto que busca garantizar la seguridad del paciente (WHA55.18) y en el 2004 promulgó la

iniciativa que se conoce como Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, con el fin de incentivar la cooperación internacional que permita desarrollar acciones que impacten positivamente la calidad de atención y la seguridad de los pacientes, con especial connotación en la reducción de los eventos adversos de la atención, minimizar el sufrimiento innecesario y las muertes que son evitables. Esta alianza pretende fortalecer el compromiso de los países que forman parte de la OMS para aumentar la seguridad de la atención de la salud por medio del mejoramiento de las instituciones y de las prácticas implementadas junto con el establecimiento de políticas de seguridad del paciente. Costa Rica y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) han sido parte de forma activa de esta iniciativa mundial y por esto se le ha reconocido como un país piloto para varios proyectos.⁴⁵

En octubre del año 2007 la OPS y la OMS originaron pautas relacionadas a la calidad, la OPS ha trabajado en diferentes intervenciones con el propósito de mejorar la calidad de atención sanitaria en los países que forman parte.⁴⁴

Potencializar una buena calidad en los servicios de atención médica es primordial en el aseguramiento de la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud que impacta directamente en el bienestar de las personas y en su satisfacción en torno a los servicios que reciben. Para garantizar que esto suceda, las instituciones deben organizarse de forma óptima para asegurar el manejo adecuado de los recursos humanos y materiales disponibles, eso al establecer normas o disposiciones que incluyan guías de práctica clínica, procedimientos y protocolos de diagnóstico y terapéuticos, según sea requerido, además de aplicar controles con instrumentos, métricas y tecnología biomédica que se sustenten en el cumplimiento de las legislaciones vigentes.⁴⁴

A nivel de la CCSS existe un amplio marco legal encargado de regular todo lo relacionado con la calidad de atención a los pacientes, que está compuesto principalmente por:⁴⁵

- Constitución Política de Costa Rica
- Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social
- Ley General de Salud
- Ley de Desconcentración de Clínicas y Hospitales y su reglamento

2.2 Pediatría

La pediatría es la única especialidad dedicada a todos los aspectos tanto del cuidado y de la salud en bebés, niños y adolescentes, incluyendo el desarrollo físico, mental, social y psicológico y su capacidad para alcanzar su máximo potencial cuando lleguen a su etapa adulta. Los médicos pediatras deben prestar atención no solo a los sistemas más específicos como la genética y los procesos biológicos, sino también a las influencias ambientales, psicosociales, culturales y políticas. Todo esto es de suma importancia, ya que puede tener un impacto significativo en la salud y el bienestar general del bebé y su familia.⁴⁶

Los niños son completamente incapaces de protegerse a sí mismos. Como profesionales dedicados a dicho bienestar, los pediatras deben proteger los intereses de cada niño independientemente de su cultura, religión, raza o etnia, de las fronteras geográficas, regiones o países. A medida que se agrava la situación económica, política y social, la niñez es más vulnerable, en cualquier escenario geográfico que se le considere y por lo tanto no se debe escatimar esfuerzos para proteger a sus hijos. Los jóvenes se encuentran entre los grupos más vulnerables de la sociedad y, por lo tanto, se debe prestar especial atención a sus necesidades.⁴⁶

La especialización en salud pediátrica se establece hace más de un siglo en respuesta al creciente reconocimiento de que los problemas de salud de los niños difieren de los adultos, y que las respuestas de los niños a la enfermedad y al estrés varían según sus necesidades, dependiendo de su edad y etapa de desarrollo. Durante el año 1959, las Naciones Unidas adoptaron la Declaración de los Derechos del Niño, asumiendo que todos los niños del mundo tienen necesidades y derechos básicos. Actualmente, la expresión de estos derechos y los programas para satisfacer estas necesidades son más importantes que nunca.⁴⁶

A pesar de las relaciones en todo el mundo, algunos factores de dependencia mutua cambian drásticamente entre los niños y los jóvenes, algunos que se podrían mencionar son los siguientes: el estado económico, los aspectos educativos, sociales y culturales, la infraestructura de los servicios médicos, las características climáticas y geográficas, los recursos naturales y práctica agrícola para recursos nutricionales, el nivel de industrialización y urbanización, la frecuencia genética de discapacidad específica,

también los factores infecciosos, la estabilidad social y dirección. Si bien la genética, la biología y el acceso a una atención médica accesible y de calidad son importantes, se ha demostrado que los factores sociales determinan la salud, desempeñando un papel de gran valor en los resultados finales de vitalidad.⁴⁶

Durante el siglo XX, hubo cambios importantes en la vida de los niños en los países desarrollados con la introducción de medicamentos y programas para combatir las enfermedades infecciosas, aunado a una comprensión profunda del papel que tiene la nutrición en la prevención de múltiples enfermedades y el cuidado de la salud. En los Estados Unidos, Canadá y ciertas partes de Europa se han observado los nuevos desarrollos en estas áreas que han llevado a la creación de sistemas de cuidado infantil para familias de bajos ingresos, ya que no cuentan con un sistema de salud social, por lo que el estado debe de garantizar una atención pediátrica adecuada.⁴⁶

A fines del siglo, la medicina pediátrica en el mundo desarrollado allanó el camino para el progreso, gracias a un mejor control de las enfermedades infecciosas por medio de una prevención y un tratamiento más efectivo (por ejemplo, la erradicación de la poliomielitis en las áreas del occidente), enfermedades crónicas que podrían ser trastornos que amenazan la vida o causan una discapacidad temporal o permanente. Además, hubo avances en el diagnóstico, atención y tratamiento de la leucemia, otros tumores, fibrosis quística, enfermedad de las células falciformes, enfermedad neonatal, cardiopatía congénita, anomalías genéticas, artritis reumatoide, enfermedad renal, trastornos metabólicos y endocrinos, resultados que fueron fabulosos para la atención médica en pediatría, demostrando la importancia de esta rama en la medicina.⁴⁶

Hasta la fecha se sigue trabajando para la mejoría de este campo, tomando en cuenta la importancia de una buena educación a los trabajadores del área de salud pediátrica, ya que este médico puede ser una conexión importante durante la consulta en las personas que cursan la etapa de posparto, y donde se generan muchas dudas por parte de la madre, tanto de su salud propia como de su recién nacido.⁴⁷

2.2.1 Pediatría especializada

La pediatría engloba todas las especialidades médicas, pero en sí se refiere al campo de la medicina pediátrica. Las condiciones científico- técnicas y socioeconómicas que justifican el desarrollo de las especialidades pediátricas son indiscutibles.

El término especialista en pediatría es visto a nivel global como una amplia gama de médicos y quirúrgicos que atienden a niños y adolescentes, principalmente en el tratamiento de las enfermedades crónicas junto con las más complejas y además a esos niños que tienen necesidades especiales.

Las especialidades pediátricas se pueden dividir por órganos, aparatos y sistemas, donde se puede estudiar el proceso natural de la vida (edad), pero también se incluyen los procedimientos técnicos como la radiología o cirugías, se valora la atención primaria y ambulatoria, la gravedad de las enfermedades usualmente en las unidades de cuidados intensivos y en la unidad de emergencias, así como los aspectos sociales y psiquiátricos.⁴⁶

2.2.1.1 Neurodesarrollo.

Proceso cerebral indispensable para el aprendizaje y todo lo que conlleva a la productividad del infante. Se debe de destacar un término importante que se usa para describir los procesos neurocognitivos involucrados en la regulación, en el monitoreo y en la organización de los pensamientos para llegar a una meta específica, cuyo nombre es la función ejecutiva.⁴⁶

Cuando se habla de los procesos considerados “ejecutivos” por naturaleza incluyen inhibición/control de los impulsos, emociones, iniciación de habilidades, planificación, todo lo que respecta a la memoria y al autocontrol. Cuando existe un trastorno se puede ver reflejado cualquier tipo de deterioro de estos procesos, que puede estar asociado a un trastorno tanto neurológico como psiquiátrico, sumamente importante tomar en cuenta que todos los individuos presentan diferencias y cuyas variaciones se pueden expresar con el tiempo y no necesariamente indican alguna anomalía en el neurodesarrollo.⁴⁶

2.2.1.2 Inmunología Pediátrica

Se debe de mantener un alto índice de sospecha para identificar defectos del sistema inmunológico con la suficiente antelación, con el fin de establecer un tratamiento adecuado y prevenir la aparición de lesiones permanentes. Dado que en su mayoría los pacientes no muestran síntomas físicos inusuales, el diagnóstico puede terminar siendo un gran desafío para los inmunólogos.⁴⁶

Las infecciones son típicas en los niños, pero cuando ocurren con más frecuencia de lo esperado e involucran varios focos puede ser un signo de inmunodeficiencia. Existen más de 300 inmunodeficiencias primarias diferentes, por lo que se considera de gran utilidad dividir las en cinco categorías para definir el diagnóstico y solicitar las pruebas adecuadas, estas son:⁴⁶

- Trastornos de células T
- Trastornos de células B y anticuerpos
- Trastornos del complemento
- Trastornos fagocíticos
- Trastornos de células asesinas naturales

Durante la evaluación inicial el alergólogo debe de obtener una historia clínica completa, contemplando todos los antecedentes tanto del paciente pediátrico como de los familiares, y sin olvidar realizar un adecuado examen físico. Se debe prestar especial atención a los síntomas físicos de las enfermedades autoinmunes junto a los daños en los órganos afectados en consecuencia de las infecciones repetidas.⁴⁶

Para obtener un historial completo de un paciente alérgico, se deben describir todos los síntomas junto con el momento de aparición, la duración, la exposición a los tipos de alérgenos comunes y sus reacciones a tratamientos previos. Dado a que los pacientes tienen más de una enfermedad alérgica, es necesario buscarlas, como por ejemplo la rinoconjuntivitis alérgica, asma, las alergias a ciertos alimentos, esofagitis eosinofílica y dermatitis atópica. De ahí que los antecedentes familiares son de mucha importancia, ya que estos son factores que predisponen a los niños a este tipo de enfermedad; cuando uno de los padres padece de una alergia, la posibilidad que su hijo la tenga es de hasta el 50% y cuando son ambos padres el porcentaje aumenta al 66%, pero hay que hacer hincapié que la historia de alergia materna tiene más impacto que la paterna.⁴⁶

2.2.1.3 Infectología pediátrica

Desde el momento del nacimiento, el neonato se encuentra expuesto a una variedad de patógenos que están presentes tanto en la madre como en el medio que la rodea, estas forman rápidamente depósitos en todas las partes expuestas del cuerpo, incluyendo la piel

y el tracto intestinal. El conjunto de microbios se denomina microbiota y tienen efectos profundos en la fisiología a corto y largo plazo, incluidos el desarrollo y funcionamiento del sistema inmunitario y el metabólico. Se tiene una estimación en la relación de las células bacterianas y la cantidad de células del cuerpo, donde en las bacterianas es 10 veces mayor.⁴⁶

Todos los microbios, los genes y sus interacciones con el medio ambiente forma lo que conocemos como el microbioma y la evidencia actual sugiere que esta cambia a lo largo de la vida impactando la salud y la enfermedad. Los pediatras han reconocido durante mucho tiempo los riesgos de las enfermedades infecciosas relacionadas con la edad preescolar, por ejemplo, la infección neumocócica, que causa con mayor frecuencia la otitis media, los brotes de virus respiratorios; y como factor de riesgo de gran importancia para la infección por MRSA es el contacto estrecho con los parientes. Por otro lado, las investigaciones también demuestran que es posible una transmisión de la microbiota humana con las mascotas de la casa como perros y gatos; durante las citas, el médico tratante deberá obtener todos estos datos para poder guiarse y tener un mejor diagnóstico. Los especialistas en este campo sugieren que una medida preventiva más eficaz y de gran beneficio para los pacientes pediátricos son las vacunas, además de ser seguras y de un costo bajo, lo que permite la prevención de enfermedades en las edades tempranas de la vida y una disminución de estas en más del 99%, si se compara con los datos anuales durante el siglo XX.⁴⁶

Durante los últimos años, se habla que las vacunas nuevas no tienen tanta eficacia, sin embargo, las investigaciones sí afirman que su evaluación es óptima en función de la prevención de la clínica que presentan las enfermedades. Al tener claro el mecanismo de acción de las vacunas, se puede comprender mejor el porqué de su importancia, cuando un paciente está siendo vacunado, en ese instante se está activando el proceso de inmunidad contra enfermedades específicas, y puede ser lograda de manera pasiva o activa. Ahora bien, por medio de anticuerpos logramos la inmunidad pasiva, y la activa es a través de una vacuna o toxoide que envía señales para que el sistema inmunológico responda mediante una producción ya sea celular o humoral.⁴⁶

Los programas de prevención y control de infecciones juegan un papel importante en el manejo de los pacientes pediátricos, para que este sea efectivo, se requiere de un sistema apto que permita la cooperación del sistema de salud pública. Por medio de esta

ayuda se pueden realizar vacunaciones masivas y el uso de métodos apropiados para prevenir la transmisión en grandes poblaciones dentro de las instituciones privadas y públicas, por esta y muchas razones más vemos la importancia de dicha rama de la pediatría. En nuestros medios la población infantil se ve afectada con mayor prevalencia por las infecciones respiratorias y las gastroenteritis, situaciones que son muy bien controladas gracias al sistema de vacunación con el que cuenta el país, resultando en un gran beneficio la población pediátrica.⁴⁶

2.2.1.4 Gastroenterología pediátrica

La función gastrointestinal es dependiente de la madurez, los fenómenos fisiológicos de los recién nacidos y de los lactantes podrían llegar a ser un síntoma de alguna patología que se presente tiempo después. Durante la gestación el feto tiene la capacidad para ingerir líquido amniótico en la semana 12, pero para los fines nutritivos del neonato este se desarrolla en la semana 34 de gestación.⁴⁶

El éxito de una buena consulta es realizar con detalle una adecuada historia clínica y el examen físico completo, esto guiará al médico a encontrar cualquier tipo de problema o trastorno en el tracto digestivo. Esta especialidad estudia las anomalías congénitas, las alteraciones motoras primarias y secundarias, disfunciones por infiltrados, enfermedades infecciosas, perforaciones, cuerpos extraños, divertículos, hernias, trastornos de la motilidad, enfermedad ulcerosa, tumores entre otras afectaciones, el objetivo del gastroenterólogo es llegar al diagnóstico, pero también mejorar la calidad de vida del paciente y tranquilizar a los padres de familia.⁴⁶

La presencia de síntomas en lactantes es muy alarmante, especialmente cuando el paciente se encuentra irritado. Durante el motivo de consulta el médico debe de explicar con detalle que existen múltiples síntomas que son fisiológicos y que mejoran con el tiempo, debido a que el lactante debe de adaptarse a la vida extrauterina; el sistema digestivo sigue madurando con los días, otro aspecto a tener claro es la edad gestacional en el momento del parto, los prematuros tienden a durar más tiempo en adaptarse, ya que es el proceso natural de la vida, cuando los encargados cuentan con esta información, se mantienen más tranquilos.⁴⁶

En caso de la presencia de síntomas patológicos o anormalidades durante la exploración del paciente, se debe de prestar gran atención a todos los síntomas presentes

para solicitar los exámenes necesarios. En esta rama, muchas de las enfermedades requieren estudios de imagen para confirmar el diagnóstico, por lo que el médico especializado con su experiencia puede enfocar más la consulta y enviar con mayor precisión las pruebas complementarias.⁴⁶

2.2.1.5 Neumología pediátrica

Para la quinta semana de gestación, la formación del sistema respiratorio inicia, por lo que se puede presenciar una malformación congénita en estas semanas de desarrollo que puede producir alteraciones en la funcionalidad normal. Durante el parto, cuando el neonato tiene contacto con el medio ambiente la respiración espontánea debe de aparecer, dando inicio al intercambio de gases, y la función primordial de este sistema es la eliminación del dióxido de carbono de la sangre venosa y al mismo tiempo añadir oxígeno para que lleguen a todos los tejidos del cuerpo.⁴⁶

Durante la evaluación inicial, es importante realizar una valoración anatómica para confirmar que todas las estructuras tienen su tamaño, y localización debida, el testimonio de los padres es de gran ayuda, ya que en su mayoría manejan la información debida para guiarnos con el diagnóstico.⁴⁶

Los síntomas respiratorios más prevalentes durante la visita al médico son: la tos, sibilancias y estridor, también pueden presentar infiltrados pulmonares que dependiendo la infección estos se mantienen por tiempos muy prolongados, pero en estos casos se ocupan estudios más específicos para su diagnóstico. Una de las claves para agilizar el proceso es tranquilizar a los padres o encargados del infante, ya que pueden generar presión y afectar el tiempo de evaluación y manejo del paciente, otro paso importante es la valoración de la gravedad, para evitar situaciones que pongan en peligro la vida del niño.⁴⁶

Los lactantes a menudo tienen cambios que pueden ser agudos y reversibles en el patrón respiratorio, el tono, el estado mental y en la coloración de la piel. En general, estos episodios de síntomas son normales de inmadurez del desarrollo, sin embargo, a los padres les puede generar preocupación que la vida de su hijo esté en peligro o que presente una enfermedad que no haya sido diagnosticada aún y, por ende, que busquen la asistencia médica con rapidez. La mayoría de los casos, después de obtener una historia completa y un buen examen físico el médico puede determinar si el curso fue benigno o normal para

el periodo en que se encuentre el paciente; por ejemplo, la enfermedad por reflujo gastroesofágico o la respiración periódica del recién nacido que ponen en alerta a los padres, pues el deber del médico es confirmar que se trata de una situación transitoria y benigna que no produzca ninguna repercusión negativa en el infante y dar una adecuada explicación a los cuidadores.⁴⁶

2.2.1.6 Cardiología pediátrica

Al nacer, la circulación fetal debe adaptarse fácilmente al ambiente externo cuando el gas se desplaza de la placenta a los pulmones, los cambios que se dan pueden ocurrir inmediatamente con la primera respiración y otros suceden a las horas o semanas después.⁴⁶

Esta es una de las ramas más importantes en la pediatría, ya que si durante la evaluación obstétrica del control prenatal se encuentra una anomalía a nivel cardiaca, el cardiólogo pediátrico juega un papel importante en la intervención del feto. Se deben de realizar estudios más precisos, como la revisión seriada de ultrasonidos, para establecer el problema; lo más común hoy en día son las cardiopatías congénitas, y hay que tomar en cuenta que la edad gestacional también forma parte de este proceso, en otras palabras el conducto arterioso de los nacidos prematuros parecer tener menos afinidad al oxígeno independientemente de que su musculatura esté completamente desarrollada.⁴⁶

Como se ha venido mencionado, no se puede realizar un buen diagnóstico sin tener una historia clínica completa y un examen físico adecuado. En caso de que durante el periodo de gestación no se encontrara con ningún problema cardíaco, las visitas al cardiólogo en niños pequeños son los soplos, independientemente del motivo de consulta, y es preferible que la evaluación inicial sea por un experto en el tema, esto puede ser explicado por las siguientes razones:⁴⁶

1. Durante la exploración el médico puede ser dirigido al estudio ecocardiográfico para así confirmar o descartar diagnósticos pensados .
2. En la etapa pediátrica los soplos que aparecen en su mayoría son de tipo funcional, al ser evaluado por un cardiólogo se puede evitar realizar pruebas que no son necesarias y que son de alto costo.
3. La experiencia de estos especialistas es de gran ayuda, sobre todo cuando se trata de la toma de decisiones y durante el momento de transmitir la información a los

padres, pues el conocimiento genera tranquilidad y evita las restricciones innecesarias de ejercicios físicos que por otra parte son saludables.

4. Un cardiólogo pediátrico tiene la capacidad para distinguir un soplo de una cardiopatía congénita grave, con solo una buena exploración y con la recolección de la información adecuada.

La seriedad de las cardiopatías congénitas varía con cada paciente, la literatura habla que de cada 1000 recién nacidos hay 2-3 que presentan una cardiopatía sintomática dentro del primer año de vida. Durante la primera semana de vida el cardiólogo establece el diagnóstico en un 40-50% y en un 60% al mes de vida, gracias a muchos avances en este campo, muchos pacientes llegan a la edad adulta. Por otro lado, a pesar de esos buenos resultados, las cardiopatías congénitas siguen siendo la causa principal de muerte en niños con malformaciones congénitas.⁴⁶

2.2.1.7 Hematología pediátrica

El estudio que se realiza dentro de esta rama involucra muchos aspectos que se deben de conocer con claridad, uno de ellos es el desarrollo del sistema hematopoyético que ocurre en tres periodos, iniciando el día 10 de gestación. Otro aspecto de importancia es el tipo de hemoglobina durante el embarazo, para reconocer las alteraciones asociadas a diferentes enfermedades, durante el periodo embrionario cuenta con dos tipos, la Gower-1 y la Gower-2 que permanecen hasta la semana 6, donde se acaba el periodo embrionario e inicia el periodo fetal, y se identifica con el nombre de hemoglobina fetal; posterior a este periodo, aparece la hemoglobina del adulto y alcanza su concentraciones totales a los 6 y 12 meses.⁴⁶

En presencia de una enfermedad hematológica el cuerpo se podría exponer a ciertas adaptaciones fisiológicas, por ejemplo, un caso de anemia que si bien sabemos es la reducción de hemoglobina o del volumen de los eritrocitos, se puede observar un aumento del gasto cardiaco, aumento de diferencia de oxígeno arteriovenosa y otras más, lo que permite una adaptación del organismo ante la situación.⁴⁶

Son muchos los trastornos asociados a la hematología y para confirmar cualquier diagnóstico la evaluación debe de iniciarse con un buen examen físico, tener claro las manifestaciones clínicas del paciente y de manera indispensable se debe de solicitar estudios de laboratorio para clasificar la enfermedad. Es muy común que las

enfermedades de la sangre se acompañen con otros síndromes, por lo que es necesario descartar la presencia de alguno; durante todo este proceso de valoración, el médico tiene el deber de explicarle a los padres del menor los posibles diagnósticos, cuáles son las etiologías más probables y abordar los pasos del manejo más adecuado según sus necesidades para que permanezcan con tranquilidad y avanzar de manera oportuna y evitar alguna repercusión a futuro.⁴⁶

2.2.1.8 Urología pediátrica

La evaluación urológica da inicio desde que se da el desarrollo intrauterino, el riñón inicia su formación desde la semana 5 de gestación, para la semana 20 ocurre la aparición de las nefronas hasta finalizar en la semana 36, en este periodo los riñones empiezan su ascenso hacia su posición final a nivel lumbar, por debajo de las glándulas suprarrenales. Para nuestro beneficio existen al menos 16 tipos de señales que ayudan a la regulación del desarrollo renal, pues algún daño en cualquiera de estas señales podría resultar en la agenesia renal, en otras palabras, que el riñón no se forme; el médico a cargo podrá solicitar la ayuda de este especialista para que posterior al nacimiento le dé un seguimiento completo, para valorar la función adecuada de todo el sistema urinario confirmar o descartar alguna otra enfermedad.⁴⁶

Para obtener un buen resultado diagnóstico, el especialista debe de tener toda la información necesaria, los padres de familia pueden ofrecer datos de gran utilidad, especialmente de aspectos hereditarios y también sintomatología que pone al infante molesto durante el día y noche, toda consulta tiene que tener un buen examen físico, donde se podrá descartar cualquier anomalía durante la palpación, el siguiente paso a seguir son exámenes específicos que el especialista considere necesario, en muchos casos los estudios de imagen son importantes ante la sospecha de anomalías congénitas no detectados durante el periodo de gestación, el urólogo tiene el deber de explicar cada procedimiento para que los encargados conserven la calma.⁴⁶

En muchos casos las visitas de pacientes pediátricos a la consulta de urología son debido a las infecciones del tracto urinario a repetición. Muchas investigaciones hacen mención de la importancia de una buena educación a los padres, para que comprendan con mayor claridad las causas principales de estas infecciones, por un lado, tenemos las bacterias que provienen de la flora fecal que se colonizan en el perineo y penetran la

vejiga por medio de la uretra tanto en hombres como en mujeres y, por otro lado, los niños no circuncidados se infectan por las bacterias de la flora que se encuentra por debajo del prepucio, algunas veces los niños tratan de retener la orina provocando mayor riesgo de bacteriuria, y de aquí parte la idea de informar bien a los padres de las medidas de prevención para evitar infecciones y el alto consumo de medicamentos.⁴⁶

2.2.1.9 Endocrinología pediátrica

Durante el periodo neonatal las emergencias endocrinas no son muy comunes, pero es importante tomar en cuenta que se puede realizar un diagnóstico que sí afecte la vida en un futuro, por lo que es importante realizar todos los estudios necesarios en caso de alguna sospecha para disminuir el riesgo de la morbilidad y mortalidad.⁴⁶

Dentro de las enfermedades más frecuentes del sistema endocrino están las siguientes:⁴⁶

- Enanismo hipofisario
- Hipotiroidismo congénito
- Hipotiroxinemia transitoria
- Hipertiroidismo transitorio
- Hipoparatiroidismo transitorio
- Trastornos asociados a las glándulas suprarrenales
- Trastornos del desarrollo sexual
- Diabetes mellitus neonatal transitoria

2.2.1.10 Genética

Las pruebas genéticas son de gran utilidad en la edad pediátrica, ya que son el análisis del material genético y permiten recopilar toda la información sobre la salud del paciente por medio del análisis citogenético o en base al ADN.⁴⁶

Uno de los objetivos importantes de la consulta es suministrar información a la familia de la mejor manera que explique la situación del infante. Dicha información va a depender de la urgencia del caso y esta influye mucho en la necesidad de tomar decisiones y también realizar los estudios avanzados. Existen cuatro situaciones en las que el asesoramiento genético es importante:⁴⁶

1. La primera es un diagnóstico prenatal de un defecto de nacimiento o de alguna enfermedad genética durante el embarazo, en este caso la información brindada por parte de los familiares es de carácter urgente, ya

que se deben de tomar decisiones delicadas específicamente las opciones de manejo.

2. La segunda situación ocurre cuando el paciente pediátrico nace con algún tipo de defecto congénito que pueda amenazar su vida o la presencia de sospecha de una enfermedad genética.
3. En tercer lugar, ocurre cuando existe una duda o preocupación por una enfermedad genética que puede afectar al paciente en el futuro, como en el caso de un adolescente o un adulto joven que presenta antecedentes familiares de una enfermedad y que están pensando en procrearse, y deben de recibir consejo genético para la toma de decisiones.
4. La cuarta situación es el momento del asesoramiento previo a la secuenciación, donde el especialista informa a los familiares los resultados y su interpretación, y permite que ellos puedan comprender mejor el panorama.

Otro dato de gran importancia es que algunas enfermedades necesitan ser tratadas por varios especialistas, donde se puedan reunir y decidir cuál es el mejor camino para seguir, tomando en cuenta que alguna de ellas tienen guías para diagnóstico y el manejo, ya que en muchos casos son pacientes complejos. Lo anterior porque el objetivo principal es la prevención de complicaciones.⁴⁶

2.2.1.11 Ortopedia pediátrica

Cuando llega un niño con un trastorno ortopédico es importante realizar una buena historia clínica, un adecuado examen físico completo, y tomar en cuenta la información proveniente de la familia, ya que son una fuente importante de información, especialmente cuando son pacientes pequeños en edad. En caso de ser necesario se deben de realizar estudios complementarios para confirmar ciertos diagnósticos.⁴⁶

En la exploración física el sistema musculoesquelético es el principal a estudiar con mucho detalle, sin olvidar ninguna sección. Otro sistema importante es el neurológico, ya que trabajan juntos, y permite descartar alguna alteración muscular o neurológica. Durante el estudio hay que enfocarse en lo siguiente:⁴⁶

- Marcha
- Brazos

- Piernas
- Columna

2.2.1.12 Oftalmología pediátrica

La evaluación oftalmológica en el paciente pediátrico es indispensable, es indicado de manera rutinaria en todas las consultas de un niño sano, con el fin de descartar alguna patología y evitar progresiones, para esto el médico en la atención primaria juega un papel importante, ya que es el primero en tener contacto con el paciente. En caso de alguna sospecha se debe de referir con un especialista en oftalmología para que sea valorado de manera correcta y se le puedan hacer los estudios necesarios.⁴⁶

Al momento de la exploración ocular, ya sea por un pediatra o un especialista en el campo, se debe obtener la agudeza visual, estudiar las pupilas, la motilidad y explorar que a nivel ocular se encuentre un alineamiento adecuado, no se puede dejar por fuera un examen físico, pues puede dar pistas para realizar un buen diagnóstico. Conforme pasan los meses los ojos de los niños van experimentando cambios, por lo que una adecuada revisión desde la primera cita es de gran importancia.⁴⁶

2.2.1.13 Alergología pediátrica

El término alergia hace referencia a la manifestación clínica de cualquier enfermedad alérgica mediada por la inmunoglobulina E, y se da una hiperreacción en los órganos diana y que presentan una predisposición familiar. El objetivo principal de este médico especialista es realizar un diagnóstico certero, disminuir la sintomatología y que el paciente pediátrico pueda realizar todas las actividades cotidianas de la mejor manera.⁴⁶

Durante la consulta el médico tratante debe de obtener una buena historia clínica sin olvidar los antecedentes familiares, ya que recordemos que las alergias mediadas por IgE presentan predisposición familiar. Posteriormente, se debe de hacer un buen examen físico para la obtención de alguna anomalía que se pueda correlacionar con la alergia o que permita descartarla, y analizar cada síntoma presente; los niños a menudo presentan clínica muy sugestiva a la alergia, ejemplo de ello son el prurito y rinorrea, en caso de que haya sospecha de alguna alergia más severa el especialista deberá de realizar estudios complementarios para confirmar o descartar un diagnóstico. Para esto el alergólogo juega

un papel muy importante durante la revisión, mantendrá claro que exámenes se deben de solicitar y también cuál sería el manejo más oportuno para el paciente.⁴⁶

2.2.1.14 Neurología pediátrica

Es una rama indispensable en la medicina pediátrica que permite confirmar un proceso adecuado durante todos los periodos naturales del desarrollo del sistema nervioso. Durante la evaluación, cada detalle importa, cuando el niño es mayor de 4 años se le debe de permitir contribuir con la historia clínica, así se tendrá mayor claridad de cómo se siente el paciente, el motivo de consulta debe de tener una descripción adecuada de los síntomas y los tiempos de evolución para ofrecer un diagnóstico más preciso. Esto porque las anomalías del sistema nervioso central se pueden manifestar con síntomas sistémicos no específicos; después de completar la historia del paciente, no se puede dejar por fuera los antecedentes del embarazo y los familiares, que puede ser de mucha utilidad en caso de sospecha de alguna anomalía cromosómica o de trastornos neuromusculares.⁴⁶

El neurólogo inicia la valoración desde que ingresan al consultorio, y se tiene que tomar en cuenta el aspecto, la coordinación de movimientos y la manera de comportarse; en caso de que el paciente sea un lactante, de igual manera se inicia observando el aspecto, la tonicidad, y la succión durante la alimentación, pues alguna alteración en cualquiera de estos aspectos podría indicar un defecto neurológico., dado que se tiene como objetivo llegar a un diagnóstico claro. Para eso el neurólogo no debe de omitir ninguno de los siguientes pasos en la evaluación y también incluir si fuese necesario estudios por imagen:⁴⁶

1. Estado mental (alerta) que incluye el patrón de vigilia-sueño y la función cognitiva.
2. Perímetro craneal que se debe de medir en cada visita en todos los menores de 3 años. Si el cerebro no crece adecuadamente, el cráneo tampoco lo hará, lo que tiene como nombre microcefalia; si fuera lo contrario, se llama macrocefalia.
3. Nervios craneales.
4. Exploración motora que valora la masa muscular, el tono y la fuerza.
5. Exploración de la sensibilidad.
6. Reflejos, especialmente la presión palmar, de búsqueda, moro, tónico cervical y paracaídas.

7. Marcha y postura.
8. Coordinación para descartar la presencia de ataxia.

2.2.1.15 Cirugía pediátrica

La cirugía pediátrica nace de la mano con el desarrollo de la cirugía en adultos, la información de la cirugía generalmente se basa en las observaciones de malformaciones que son obvias, algunos ejemplos son el labio y paladar hendido, las alteraciones esqueléticas y el ano imperforado. Al inicio del siglo II al XIX, la única ciencia básica que existía era la anatomía y se podría decir que los principales autores fueron los cirujanos. Lamentablemente, en ese momento los niños que se veían afectados con algún tipo de defecto su resultado iba a depender mucho de la cultura en esa época, por lo que en su mayoría no vivían por mucho tiempo. Durante este periodo se pudieron identificar muchas malformaciones congénitas como resultados de autopsias realizadas en muchos infantes, beneficio con el que hoy en día contamos en el servicio de cirugía pediátrica.⁴⁸

Gracias a los estudios y avances en la cirugía, muchos pacientes pediátricos pueden ser sometidos a procedimientos que en muchos casos tienen un éxito del 100%. Por otro lado, en ciertos casos se obtiene un logro parcial con la intención de mejorar la calidad de vida y evitar repercusiones severas.⁴⁸

Una buena evaluación de un paciente pediátrico debe incluir información detallada de los antecedentes generales y familiares para tener un mejor panorama, pues en caso de que se encuentre una malformación congénita específica durante el control prenatal, el médico encargado debe de referir el caso a cirugía pediátrica para que se estudie y se pueda resolver de la mejor manera; inclusive, inmediatamente al nacimiento, si fuese necesario se programa la fecha según sea la urgencia. Se espera que para los próximos años se puedan realizar operaciones con mayor éxito y resolver situaciones que hasta el momento no se han logrado, lo que sí queda muy claro es la importancia de un diagnóstico temprano para tener los mejores resultados.⁴⁸

2.2.1.16 Cirugía reconstructiva

Existen muchas situaciones en donde el paciente pediátrico se ve en la necesidad de pasar por una cirugía reconstructiva, puede ser desde una anomalía en el nacimiento o por un trauma que el paciente haya sufrido. Este especialista se encarga de analizar cada

caso y llegar a una solución oportuna, que le permita al infante tener una vida normal en cuanto al aspecto físico y la funcionalidad.⁴⁸

Cada caso tiene su nivel de complejidad, por ejemplo cuando el cirujano debe de analizar con detalle cual es la mejor técnica para el objetivo que tiene. En esa línea, dentro de la consulta el especialista debe de explicar paso a paso a los encargados del paciente para que puedan comprender mejor y traer una solución apropiada.⁴⁸

Dentro de los procedimientos que se observan en la cirugía reconstructiva se pueden mencionar los siguientes:⁴⁸

- Tratar la ausencia de tejido normal en la piel
- Arreglar estructuras que no se encuentran en la posición correcta
- Anomalías congénitas de los sistemas reproductores
- Reconstrucciones de áreas dañadas después de un trauma
- Reconstrucción posterior a un evento de abuso físico y sexual

2.2.1.17 Cirugía maxilofacial

El Dr. Paul Tessier es el padre de la cirugía craneofacial, quien en su momento desarrolló el sistema que hasta la fecha ha sido más utilizado para clasificar las hendiduras craneofaciales, es por eso por lo que la cirugía maxilofacial forma parte de la sección craneofacial. El sistema de clasificación es basado en los trastornos anatómicos que forman parte de las líneas embrionarias de fusión en la cara, va desde el 0 hasta el 14, y se divide de 0-7, que son las hendiduras faciales, y las que van de la 8-14 son las de la bóveda craneal. El objetivo que tiene el cirujano durante una evaluación es buscar de manera minuciosa a lo largo del meridiano de la hendidura los detalles que sirvan para traer claridad y saber a qué se está enfrentando el paciente y el cirujano.⁴⁸

Otra situación que hay que hacer énfasis en la cirugía maxilofacial es el niño que nace con hendidura orofacial, que pueden ser unilaterales o bilaterales y va a depender de la descendencia del paciente, pero se observa con mayor prevalencia en el sexo masculino y con un 30% de posibilidad que esté asociado a un síndrome. El momento más oportuno para hacer el procedimiento de reparación del labio hendido es entre el mes 3 o el mes 6,

y dependiendo de la gravedad se deberá de usar procedimientos ortopédicos previos para preparar al niño y obtener una resolución más completa.

La meta es alinear los segmentos alveolar y disminuir el tamaño de la hendidura del tejido blando, y mejorar la simetría de la nariz. Como se ha mencionado previamente, los procesos quirúrgicos en muchos casos ocupan procedimientos previos o estudios complementarios para asegurarse que todo se encuentre bien, por lo que la buena comunicación por parte del especialista tratante y los encargados del menor es de gran importancia, para que mantengan la calma y la confianza.⁴⁸

2.2.1.18 Cirugía de tórax

Esta especialidad lo que busca es ofrecer una solución a muchas enfermedades tanto congénitas como no congénitas que pueden estar presentes en cualquier momento de la vida de un paciente pediátrico. Algunos casos son de carácter urgente y otros no tanto, por lo que un buen control prenatal es de gran ayuda al evaluar el paciente, ya que permite al cirujano tener conocimiento de lo que se puede presentar durante el nacimiento o posteriormente. En estas situaciones el especialista podrá definir si el caso se debe de manejar de manera urgente o si se le puede programar una cita para que sea evaluado en todos los aspectos necesarios. Durante la cita el cirujano podrá obtener más información solicitando estudios complementarios para indicar el procedimiento más oportuno y en el mejor momento.⁴⁸

En la cirugía de tórax se pueden observar las siguientes categorías:⁴⁸

- Pectus excavatum
- Síndrome de Poland
- Defectos del esternón
- Displasias o deformidades torácicas observados en los trastornos esqueléticos difusos

El cirujano tratante deberá de explicar con detalle el procedimiento que se le realizará al paciente pediátrico junto con las posibles complicaciones, también tiene que dar una serie de recomendaciones que deben de seguir previo a la cirugía y durante la recuperación para disminuir cualquier riesgo de infecciones. Además, durante las citas de evaluación también tendrá que aclarar todas las dudas que los encargados del infante tengan.⁴⁸

2.3 Sistema Nacional de salud.

En Costa Rica los servicios de salud personal están presentes en sectores tanto público, privado y mixtos. A nivel público se puede afirmar que está dominado por la Caja Costarricense del Seguro Social, es el proveedor principal y líder de los servicios de salud para las personas; por otro lado, también existe el Ministerio de Salud que es el ente rector del sistema y organismos afines como el Centro de Educación y Nutrición, el Centro de Alimentación y Nutrición Infantil, El Instituto de Abuso de Alcohol y Sustancias, desnutrición o enfermedad mental, que atiende a la población que se encuentra con problemas de adicción a sustancias activas.⁴⁹

El área de salud privada incluye múltiples servicios de atención que cuentan con cinco compañías de seguros como cooperativas, municipios, clínicas y hospitales privados. El Instituto Nacional de Seguros forma parte del sector privado y público, se encuentra encargado de cubrir todos los riesgos laborales y de tránsito, colabora con los servicios hospitalarios y en las terapias de rehabilitación.⁴⁹

El Sistema de salud de nuestro país insiste en la importancia de velar por la salud de cada costarricense, por lo que se cuenta con una Ley General de Salud donde se establece que la salud de la población tiene que ser de interés público y que debe de ser velado por el estado para garantizar el derecho de obtener dicho servicio. Para lograr este objetivo la CCSS recibe su financiamiento de cotizaciones tripartitas, es decir, de los empleadores, trabajadores y del estado, lo que permite generar el capital necesario para dar abasto con todas las necesidades del sector salud: el patrón debe de aportar un 14.16%, el trabajador un 8.25% y el estado un 0.50%.⁴⁹

La participación del Ministerio de Salud es indispensable para fortalecer la función del sector salud, esta entidad se especializa en la vigilancia de la salud de nuestra población, y tiene el objetivo de crear estrategia para hacer conciencia de adoptar medidas de prevención. El Ministerio de Salud se organiza en cuatro áreas específicas:⁴⁹

1. Los aspectos relacionados con la dirección y conducción.
2. Regulación de todos los desarrollos de la salud.
3. Todo lo que tenga que ver con la vigilancia de la salud.
4. Investigaciones con el fin de mejorar e incentivar el desarrollo tecnológico.

2.3.1 Gerencia médica costarricense.

La gerencia médica forma parte de la Gerencia General de la CCSS siendo ésta la máxima autoridad dentro de la administración, cuyo objetivo primordial es el de planificar y ejecutar todas las funciones de la Caja.⁴⁹

Como función principal, la gerencia médica trabaja con el objetivo de resolver todas las situaciones relacionadas con el servicio de salud, enfocados en el bienestar de la población que consulta y en el equipo de trabajo de todas las áreas de salud, considerando temas importantes como:⁴⁹

1. La discapacidad, con el fin de tener lugares aptos para pacientes en condición de abandono y que cuentan con alguna discapacidad,
2. Migrantes: proporcionando una buena coordinación para incorporar la población migrante al sistema de salud y así poder disminuir riesgos de brotes dentro del territorio nacional.
3. Población adulta mayor: actualizaciones de todas las guías de atención para que tengan una consulta apropiada y justa, trabajando en conjunto con otras instituciones con el objetivo de mejorar.
4. Trabajo social: participación importante en la protección social, se fomenta el seguimiento de los casos críticos para llegar a una solución, especialmente casos de abandono en los centros de salud.
5. Formulación y programación de metas con su debido proceso de seguimiento para cumplirlas.
6. Procesos de modificación para evaluar los resultados y darle seguimiento a cualquier modificación que en su momento se consideró necesario, con el fin de mejorar.

La gerencia médica tuvo un papel muy importante durante la crisis vivida por COVID-19, periodo de muchas incertidumbres, donde se tuvieron que tomar decisiones basadas en estudios epidemiológicos del mundo y de lo que se vivía en el país. Para ese entonces se llegaron a definir prioridades específicas para adoptar lineamientos generales y luchar contra la pandemia que enfrentábamos en ese momento; por otra parte, se coordinaron estrategias para que los servicios de salud funcionaran de manera adecuada, sin olvidar las necesidades que se enfrentan día a día desde el escenario COVID y no

COVID. Ante esto, cada año se cuenta con encuestas realizadas por la población general, con el objetivo de tener claro la satisfacción del cliente y, en caso de ser necesario, crear un plan para mejorar el servicio dado.⁴⁹

2.3.2 Niveles de atención.

La CCSS se organiza en tres diferentes niveles de atención con distintos grados de dificultad, esto porque debe satisfacer todas las necesidades que presenta la población a nivel de salud y también mejorar la capacidad de las instituciones.⁵⁰

Estos niveles de complejidad van a depender de las funciones de los servicios de salud. El primer nivel se encarga de las tareas más básicas del sistema, el segundo y tercer nivel se encargan de elementos con mayor complejidad; en otras palabras, la diferencia que existe entre ellos son la capacidades tecnológicas y la dotación de recurso humano para resolver problemas que se presentan, para comprender mejor la organización se debe de describir cada nivel con detalle:⁵⁰

2.3.2.1 Primer nivel de atención

La función de este nivel se basa en las actividades primarias de toda consulta en las áreas de salud, donde se procura promover la salud, y prevenir enfermedades tanto agudas como crónicas. Dentro de este nivel se realizan curaciones y rehabilitaciones simples, estos centros son los que conocemos como los EBAIS, que comprenden consulta externa, medicina general, participan apoyando la comunidad con consultorios comunales, atención a domicilio, escuelas y centros de trabajo.⁵¹

2.3.2.2 Segundo nivel de atención

Se enfoca en apoyar el primer nivel, por medio de intervenciones que son más complejas, de tipo ambulatoria y hospitalarias por ciertas especialidades como:⁵¹

- Medicina Interna
- Pediatría
- Psiquiatría
- Cirugía General

Y también se encuentran las siguientes sub especialidades básicas:⁵¹

- Neonatología

- Otorrinolaringología
- Ortopedia
- Dermatología
- Oftalmología

2.3.2.3 Tercer nivel de atención

Son los que tienen la capacidad para proveer todos los servicios (hospitales regionales, hospitales nacionales generales y los hospitales especializados), tanto ambulatorios como hospitalizaciones más complejas donde participan todas las especialidades y subespecialidades existentes; además, están en la obligación de realizar un adecuado diagnóstico y un apropiado manejo terapéutico. A la lista anterior se le suman las siguientes subespecialidades:⁵¹

- Alergología
- Urología
- Vascular periférico
- Hematología
- Nefrología
- Infectología
- Neurología
- Fisiatría

2.3.3 Servicios hospitalarios

2.3.3.1 UCI

Dentro de los objetivos principales de este departamento tanto a nivel mundial como en Costa Rica es el de disminuir el porcentaje de la mortalidad y morbilidad en los pacientes con enfermedades graves y en estado crítico. En el centro de cuidados intensivos participan un grupo de especialistas con todos los conocimientos necesarios para controlar las patologías e intentar por todos los medios prevenir las consecuencias o secuelas que pueden aparecer durante la estadía en esta unidad, ya que lamentablemente entre más días permanezcan el riesgo de morbi-mortalidad aumenta. En el país contamos con 21 unidades de cuidados intensivos que pertenecen a los hospitales nacionales, a los regionales y hospitales de atención privada.⁵²

Parte del trabajo dentro de esta unidad es el de proporcionar todos los servicios que requiera el paciente internado, esto porque sabemos que estos se encuentran en estado crítico la mayor parte del tiempo necesitando de terapias de rehabilitación de manera simultánea, por lo que el centro funciona de manera integral. Hay muchas alteraciones funcionales que se pueden observar en los pacientes que se encuentran en las unidades de cuidados intensivos, y que pueden ser consecuencia de tiempos prolongados en la unidad, de los medicamentos utilizados, de una sedación de varios días y hasta de la patología per se, los más comunes son los siguientes:⁵²

- Encamamiento prolongado, que se puede definir como estancia de largo periodo en una cama, con escasa actividad que como consecuencia se puede observar una pérdida de la masa muscular que va del 2-5% al día de encamamiento.
- Deterioro cognitivo como consecuencia de las estancias prolongadas dentro de la UCI con un 78% inmediatamente al egreso, y que pueden durar hasta seis años o más en un 25% de los pacientes.
- Delirium que cursa de manera súbita y que es de carácter fluctuante con alteraciones a nivel de la conciencia y en las funciones cognitivas, en las que se ve una variación de las esferas del paciente; más específicas, el lenguaje, la percepción, el pensamiento, la memoria y la orientación. Aquí influye mucho la edad, el tipo de patología y el estado del paciente, si el paciente se encuentra en fase terminal, se debe de esperar en un 80% el deterioro cognitivo

2.3.3.2 Emergencias

Durante la Revolución Francesa la atención médica tuvo alta demanda debido a todos los accidentes producidos por la guerra, heridos en todo momento, por lo que para el año 1973 el Dr. Diego Arria se ve en la necesidad de crear un servicio de atención rápida, de ahí surge la idea de un servicio de ambulancias para atender de manera más eficiente las emergencias en varios sitios de la ciudad, delegando la organización al Cuerpo de Bomberos. Como resultado de la necesidad de crear el servicio de atención rápida, se logró desarrollar un programa en pro de capacitar al personal, y para el año 1974 los participantes alcanzaron el certificado de Técnicos en medicina de Emergencias.⁵³

El departamento de Emergencias es un recurso vital en todo el mundo, donde la educación apropiada juega un papel muy importante en estos especialistas, y se procura evolucionar lo más que se pueda, con el objetivo de mejorar los modelos de atención con respecto a las necesidades del centro de salud. Durante los últimos años se ha visto un notable incremento en las visitas a los Servicios de Emergencias Médicas (SEM) a nivel mundial, por lo que la creación de estrategias para mejorar el servicio es necesario para que sean más especializados y proveer una mejor asistencia a los usuarios.⁵⁴

El SEM permanece abierto las 24 horas, y ofrece el soporte médico para cada necesidad. Se debe de clasificar el paciente cuando ingresa para tener un mejor control del servicio, a lo que tiene por nombre ‘triage’, y entender como una unidad inmediatamente en la entrada del consultorio de urgencias. Dicha entrada tiene que estar bien rotulada, de un tamaño prudente para que sea cómodo tanto para el ingresante como para el personal de salud, que se pueda mantener la privacidad, la seguridad y un ambiente agradable.⁵⁴

La función principal es la de garantizar la categorizaciones de los usuarios dependiendo del nivel de la urgencia que se presenta, el médico debe de basarse en los síntomas y los signos del paciente para clasificarlo y, en debido caso, priorizar su atención para que obtenga la atención requerida en el tiempo debido.⁵⁴

Con el aumento de las visitas a los servicios de emergencias en los últimos años se reconoce que esta herramienta es muy útil para el servicio, pues se pueden evitar los tiempos de espera prolongados en pacientes que se encuentran en condiciones más críticas. El triage funciona como un lenguaje para el médico, permitiéndole saber a qué se podría enfrentar según la clasificación dada; hasta el momento se pretende seguir mejorando esta herramienta para proporcionar una mejor atención en el SEM.⁵⁵

2.3.3.3 Consulta externa

Se refiere a la atención médica ambulatoria brindada a un paciente para establecer un diagnóstico o controlar una patología ya existente, esta puede ser general o especializada sin involucrar la atención de una urgencia. Dentro del punto de vista administrativo, esta unidad es estrictamente controlada por el hospital, se nombra un jefe para que trabaje de la mano con la jefatura de los Servicios Médicos, y así organizar y

definir la oferta de consultas, analizar la demanda que existe y sin dejar por fuera la capacidad real del hospital. Se manejan tres puntos importantes:⁴³

- El análisis de las posibilidades de una mejora en la unidad de consulta externa.
- Administración de la demanda.
- Definir el plazo promedio de espera.

Todo proceso tiene un equipo responsable que se encarga de velar por el cumplimiento de todas las funciones en torno a la consulta externa. Los encargados de dicho proceso son los siguientes:⁴³

- Responsables del proceso:
 - Dirección Médica y Dirección Administrativa Financiero Contable.
 - Jefatura de Consulta Externa
 - Grupo Gestor de listas de Consulta Externa
 - Jefatura de Servicios o departamento
 - Jefatura de Registros Médicos
 - Dirección de Enfermería
- Jefaturas que brindan la atención a los usuarios:
 - Jefatura de Servicios Médicos
 - Jefaturas de Servicios no Médicos
- Jefaturas de Apoyo al proceso:
 - Jefatura de Servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento
 - Servicios generales
 - Lavandería
 - Centros de Equipos
 - Proveduría
 - Mantenimiento
 - Contraloría de Servicios
 - Bienes y servicios
 - Recursos Humanos
 - Informática

- Jefatura de Consulta Externa de otros establecimientos de la red de servicios

Existen conceptos importantes que se deben de conocer para tener más claro cómo funciona la consulta externa y que es súper relevante en esta investigación, ya permite mostrarnos un panorama más amplio de lo que sucede dentro de los centros de salud. El Catálogo de Definiciones de actividades de atención en los servicios de salud de la CCSS describe lo siguiente:⁵⁶

1. Toda agenda de citas debe de ser aprobada por la jefatura.
2. Cupo se define como la cantidad máxima de espacios que se encuentran disponibles en el centro de salud para la programación de citas, dentro del horario estimado en la consulta externa, se habla que el total de cupos es la división del tiempo programado entre el tiempo ya establecido por la institución (ver imagen)
3. Ausente se refiere a una persona que contaba con una cita previamente programada en la consulta externa y que no se presenta dentro de la hora límite indicada en el comprobante de cita, dependiendo la causa de su ausencia, el personal de REDES se encargará de sustituirla.
4. Los recargos por día se explica de la siguiente manera: la atención de personas en la consulta externa que son adicionales a las que completan el cupo en el horario ya programado. El recargo es cuando hay una asistencia total o que sobrepasa el cupo, en caso de ausencias no se podrá reportar como recargo.
5. Citas sustituidas son las que se otorgan a una o dos personas en espera en el mismo día de la cita en la consulta externa, para que esto suceda debe de haber una cita perdida.
6. Horario:
 - Horas programadas: son las establecidas por la institución donde se indica el horario de atención en la consulta externa en el momento de la contratación del profesional en salud, estipulado por la Jefatura de Consulta Externa o por la Dirección Médica, y se debe de comunicar al encargado de la coordinación de citas para agendar. Esto porque se debe de restar el tiempo programado para la alimentación del profesional.⁵⁶
 - Horas utilizadas en consulta externa: es el tiempo que realmente se utilizó durante el horario de consulta externa, basándose en la agenda ya previamente establecida

y este se obtiene utilizando la hora de inicio con la hora de finalización, se restan ambas y se documenta, sin olvidar los tiempos de alimentación, ese dato permite determinar el tiempo real promedio utilizado por cada paciente durante la consulta.⁵⁶

A pesar de que la Consulta Externa funciona por medio de las jefaturas de cada hospital, se han realizado diferentes auditorías internas con el objetivo de crear un régimen adecuado que funcione de manera equitativa en todos los centros médicos del país. En el 2018 se realizó un estudio para evaluar la gestión de la Gerencia Médica y qué papel cumplía dentro de la unidad de la consulta externa. Si bien se sabe que es una herramienta muy valiosa, no forma parte en la planificación de la Gerencia, por esta razón no se cuenta con objetivos ni metas en pro de mejorar o apoyar la atención médica.

El Sistema de Salud se enfrenta con una gran necesidad de mejorar el servicio de la Consulta Externa, se han emitido varias normas, pero estas no han sido de manera continua, por lo que se genera un deterioro en su evolución. Además, las normas no cuentan con protocolos en la atención de la medicina especializada, de ahí que la ausencia de un adecuada planificación dificulta controlar el servicio.⁵⁷

Según el Reglamento General de Hospitales Nacionales, todo hospital debe de contar con el servicio de Consulta Externa por parte de todas las especialidades del centro médico. Hay dos vías de acceso al servicio, la primera es de manera directa como primera cita en Medicina General y la segunda por medio de una referencia que puede provenir de cualquier servicio de especialización del hospital, con el fin de dar seguimiento adecuado.⁵⁷

Hasta la fecha, se sigue incentivando a la Gerencia Médica que es de suma importancia contar con metas, objetivos, protocolos para el buen funcionamiento de la consulta externa de todos los hospitales. La última auditoría interna que habla sobre la consulta externa fue el 22 de noviembre del 2022, donde vuelven a repetir la importancia de reforzar el servicio, pidiéndole ayuda a la Gerencia Médica, pero en este caso no solo en el aspecto médico, sino también en el campo de la enfermería. Lo anterior porque se deja en evidencia la urgencia de resolver los problemas que se viven ante la ausencia de un protocolo que regule la funcionalidad de la consulta externa en todas las instituciones del país, con el fin de regular el servicio y evitar las altas demandas.⁵⁸

2.3.4 Saturación de los servicios hospitalarios.

El concepto de saturación se describe como una inestabilidad que por lo general es temporal entre la demanda de atención en los servicios hospitalarios por parte de los pacientes y los recursos, ya sean materiales o humanos, que están disponibles en el momento para responder a esa demanda; sin embargo, no existe un acuerdo único respecto a esta definición.⁵⁹

Tratar de definir el término de saturación de un servicio de salud en específico podría ser debatible debido a que podría sugerir que el problema se centra únicamente a ese servicio como tal, sin embargo, diversos estudios demuestran que se trata de una manifestación local de una situación sistemática que incluye al hospital en su totalidad, por lo que se transforma en un reto organizativo y un problema global que se ha tratado de abordar a lo largo del tiempo, pero no responde a las múltiples intervenciones debido a que los incidentes respecto a la saturación se siguen presentando año tras año y conforme pasa el tiempo se presentan más bien con mayor intensidad.⁵⁹

La saturación de los establecimientos hospitalarios se ha vinculado con consecuencias negativas que impactan directamente a la atención que recibe el paciente, entre las cuales se pueden describir algunas:⁵⁹

- Incremento del riesgo de cometer errores comprometiendo la seguridad del paciente
- Menor calidad de atención
- Aumento de la frecuencia de efectos adversos
- Incremento de la mortalidad siendo esto independiente de la edad, estación, diagnóstico o urgencia
- Aumento del tiempo de estancia
- Aumento de la cantidad de pacientes que no logran obtener atención médica en el momento en el que lo requiere
- Incremento de los costos del establecimiento
- Mayor propensión a reclamos y demandas por parte de los usuarios

- desgaste e insatisfacción de los profesionales de salud

Debido a todo lo anterior, la saturación es un tema bastante complejo que debe ser de interés institucional y no solo de los departamentos que se enfrentan cara a cara con la situación.⁵⁹

No existen soluciones que sean fáciles, rápidas o sin coste, una opción viable es abordar la problemática desde una visión multidisciplinar para que sea posible obtener un avance, por este motivo analizar las causas de la saturación es vital e imprescindible para posibilitar la opción de ofrecer soluciones al problema.⁵⁹

Respecto a las causas de la saturación de un servicio de salud estas, pueden responder a diversas razones y se pueden clasificar en causas externas o internas dependiendo de qué situación las está provocando, si se dan por razones ajenas al servicio en sí o si suceden por características propias o limitaciones del mismo. En múltiples estudios se propone clasificar las causas de forma más específica:⁵⁹

- Causas de entrada
- Causas de caudal o flujo
- Causas de salida

Esta opción ofrece la posibilidad de planificar soluciones al problema de saturación, partiendo desde diferentes opciones.⁶⁰

Las posibles soluciones vinculadas con la entrada pretenden hacer una intervención desde el punto de vista de la demanda y que podrían parecer virtualmente imposibles. Para disminuir o contener la demanda de un servicio hospitalario se debe buscar hacer una intervención de los procesos previos, ya que las políticas de ingreso propias de cada servicio también impactan y si se modifican, de una u otra forma podría dar lugar a discriminación y negar acceso a cierta parte de la población, por lo que no contribuye de manera eficiente a una solución adecuada de la saturación.⁶⁰

Las soluciones en cuanto al flujo son las que se obtienen dentro del servicio y responden a planificaciones de gestión de procesos que se centralizan en el tiempo de estancia y pretenden optimizar la eficiencia del servicio, por lo que intervienen todos los procedimientos que se aplican al servicio y son inherentes al mismo. Por su parte, las

estrategias de salida están destinadas a favorecer que los pacientes tengan la opción de recibir seguimiento de forma programada dentro del sistema de salud.⁶⁰

Las causas que pueden saturar un servicio de salud son múltiples y también tienen a obedecer factores propios de la población a la que la institución de salud le brinda los servicios; por ende, pueden recibir numerosas clasificaciones, como la mencionada anteriormente. A continuación se describen algunas de las causas descritas y reconocidas de saturación.

2.3.4.1 Causas internas a los centros hospitalarios

Existen causas que dependen directamente de la administración interna del establecimiento de salud o de los entes reguladores y, por lo tanto, no involucran situaciones que provengan directamente de los pacientes, es por esto que su abordaje se traduce en el requerimiento de la participación del estado y de las autoridades a las que les compete.

2.3.4.1.1 Desproporción entre la oferta y la demanda

A nivel de Latinoamérica, existe un desajuste entre la oferta y demanda de los servicios de salud, motivo importante de preocupación, pues la desproporción se puede traducir en una evidente saturación de los servicios, por lo que la eficiencia adopta un papel clave debido a que los recursos disponibles para la atención a los pacientes son escasos.⁶¹

- Espacio y estructura

Forma parte de los recursos que se tienen disponibles para suplir las necesidades de la población y es un importante elemento que contribuye a la saturación. A menudo muchos servicios hospitalarios poseen una capacidad de adaptación bastante limitada o, en su defecto, una capacidad de ampliación nula en momentos de sobredemanda.⁵⁹

- Falta de personal

También forma parte de los recursos que se tienen disponibles para cubrir las necesidades de los pacientes. La necesidad de personal enfermero y médico significa un atraso en la atención, ya que impacta de manera negativa los tiempos de estancia en el

servicio, y en la saturación. El desequilibrio de la dotación de recurso humano frente a una amplia demanda favorece la disfunción de la unidad.⁵⁹

2.3.4.1.2 Ineficiencia de los servicios sanitarios

La OMS recalca que existen tres causas fundamentales de la ineficiencia en los servicios sanitarios que comprometen directamente la atención hospitalaria que reciben los pacientes:⁶²

- Las admisiones hospitalarias
- Duración de la estancia hospitalaria inadecuada
- Subutilización de los recursos disponibles

Los sistemas sanitarios latinoamericanos enfrentan grandes desafíos en cuanto a equidad, eficiencia y por ende al acceso que tienen las personas a los servicios asistenciales.⁶²

2.3.4.1.3 Lentitud en la realización de exámenes complementarios

El progreso en cuanto a la tecnología y en ocasiones la mayor tendencia a realizar una mayor cantidad de exploraciones al paciente provoca que la demora en la realización o en el resultado de las pruebas diagnósticas se traduzca en retrasos significativos.⁵⁹

Si bien sabemos que todos los centros médicos intentan cumplir con todas las necesidades de los usuarios, tarea que requiere de mucha logística y de un buen apoyo tanto de empleados como tecnológico con el fin de agilizar todos los procedimientos y diligencias, nuestro país cuenta con un Servicio de Seguro Social que ha sido de gran beneficio para todos los costarricenses y que incluso a nivel mundial sigue siendo de mucha admiración, a pesar de todo esto, nuestro Servicio de salud ha tenido que pasar por muchos periodos de prueba para llegar a lo que tenemos hoy en día y que aún se sigue trabajando en pro de mejoras. La CCSS cuenta con una plataforma digital llamada EDUS, herramienta que permite un trabajo más ordenado, sin embargo, la evolución de nuestro Sistema ha sido lento y con muchas dificultades en el camino, por lo que surgió el proyecto de automatización e integración para agilizar y satisfacer todas las necesidades de los pacientes, idea que comenzó hace más de 40 años y que para los noventa se le nombró Sistema de Información y Salud en Primer Nivel (SIS) con la intención de

agendar citas de una manera más rápida y ordenada. Después nació el Proyecto de Automatización de los Servicios de Salud (PASS), permitiendo generar aplicaciones que sirvieran como herramientas durante las gestiones tanto médicas como administrativas, durante este periodo se implementaron las siguientes ideas:⁶³

- Creación de un sistema de información con todas las prestaciones de los servicios de salud.
- Equipo adecuado para cumplir todas las necesidades de los centros de salud.
- Sistema que permita la intercomunicación tanto dentro y fuera de todos los centros de salud existentes.
- Todas las capacitaciones necesarias para los empleados de los centros médicos, ya sea a nivel tecnológico o médico.
- Habilitación del expediente digital.
- Ofrecer todo el mantenimiento requerido para garantizar un buen servicio de todas las unidades.

A pesar de las buenas intenciones por parte de la CCSS para la automatización de ciertas gestiones, la creación de ambos proyectos creó una ruptura a nivel del sistema y esto fue debido a que por falta de organización se duplicó la información, lo que provocó que los empleados del área de la administración tuvieran que trabajar más para resolver el problema que desafortunadamente generó más gastos. Con el paso del tiempo se plantearon varias ideas con el objetivo de encontrar una solución realista para ponerle fin a todos los atrasos y dificultades. Lo anterior desembocó una gran desesperación al Gobierno, porque un principio de la CCSS es el de “satisfacer una necesidad general, de manera continua y con obligatoriedad” y que lamentablemente no se estaba cumpliendo ya que la idea inicial era automatizar y tras varios intentos no se lograba la meta.⁶³

Para el año 2008 se planteó la nueva propuesta, uniendo las ideas de los proyectos anteriores más la implementación del expediente digital, denominado Expediente Digital Único en Salud (EDUS). Se hicieron varias pruebas para ponerlo a funcionar, pero fue hasta el Gobierno del partido Liberación Nacional donde se captó la atención de Laura Chinchilla en el 2010, en su plan estaba implementar la tecnología avanzada para realizar todas las gestiones con mayor facilidad, parte de esto era fortalecer la CCSS, permitiendo la incorporación de todo el equipo tecnológico necesario, pero de una manera gradual. Se

estudiaron muchos casos, se analizaron las mejores rutas a tomar, donde se consideró de gran necesidad dar inicio con el expediente digital, para evitar extravíos de información que como consecuencia podía llevar a la pérdida de una cita programada con mucha anticipación.⁶³

Aproximadamente fueron seis años de espera para hacerlo oficial, en julio del 2013 la Asamblea Legislativa dio aprobación a la Ley del EDUS, y abrió los horizontes en todos los centros de salud con la meta de implementarlo en todos los niveles de atención en no más de cinco años.⁶³

Hoy es una realidad para nuestro país contar con un sistema tan especializado que permite cumplir con múltiples funciones, ya que genera mucha satisfacción sobre nuestro Sistema de Salud. Es de gran beneficio contar con los servicios ofrecidos dentro de las instituciones como también a todos los usuarios, tener acceso a su expediente, a todos los resultados de pruebas realizadas, a las citas programadas, pues todas estas funciones dan confianza a los pacientes, y disminuyen el caos que en su tiempo se vivió por falta de esta gran herramienta.⁶³

Hasta la fecha se sigue trabajando para seguir evolucionando a nivel tecnológico al implementar actualizaciones que ayuden a mejorar este sistema digital. Hemos tenido que enfrentar periodos difíciles, donde la paciencia y el trabajo duro de los ingenieros juegan un papel muy importante en la resolución de los problemas, la meta final es afinar más detalles para obtener el mejor servicio, porque estos problemas aún siguen afectando el tiempo promedio de atención en los centros de salud, retrasando y aumentando las listas; se espera que para los años próximos se pueda vencer con estos obstáculos.⁶³

2.3.4.1.4 Labores burocráticas

El aumento significativo en las exigencias de documentación provoca que los médicos y el personal de salud en general deban invertir una cantidad de tiempo importante en cumplir con los requerimientos administrativos de su labor.⁵⁹

2.3.4.2 Causas externas a los centros hospitalarios

El requerimiento de atención médica en la sociedad actual ha sufrido un incremento sustancial y no necesariamente ha ocurrido de la mano con un incremento paralelo de los recursos. Como se describió en los párrafos anteriores, la afluencia de los

pacientes es inevitablemente de forma no continua, con importantes variaciones en festivos, vacaciones, epidemias o cualquier situación extraordinaria.

2.3.4.2.1 Incidencia estacional y epidemias

Durante los periodos de epidemias como es el caso de los servicios de pediatría con las infecciones provocadas por virus respiratorios superiores, gripes y gastrointestinales provocan que se agudice la falta de recursos para la atención a toda la población.⁵⁹

En Costa Rica contamos con un centro especializado de la investigación en Nutrición y Salud, llamado INCIENSA, donde realizan muchos estudios epidemiológicos describiendo los patógenos y su clínica, con el fin de mantener el país al tanto de los cuidados que se deben de seguir para controlar la exposición y disminuir los riesgos de contagio masivo. La institución trabaja por medio de informes de vigilancia realizados cada año, y se basa en la información brindada de los Centros Nacionales, así como referencias a nivel mundial, para consolidar todos los datos, crear un reporte con los puntos más importantes a vigilar y brindarle a los centros de salud los pasos a seguir.⁶⁴

2.3.4.2.1.1 Infecciones respiratorias

Cada año se realizan informes de vigilancia epidemiológica, en muchos casos se deben de hacer de manera semestral, esto va a depender mucho de la cantidad de infecciones presentes en los centros médicos del país, también se toma en cuenta el tiempo de evolución y el periodo presente en los diferentes pacientes.⁶⁴

Gracias a la INCIENSA podemos contar con un protocolo para actuar ante los brotes y dar un mejor manejo a la población enferma; se debe de tomar en cuenta que los virus respiratorios pueden generar saturación de los servicios hospitalarios, independientemente de la gravedad de los casos, situación que se da por muchos motivos, miedo principalmente. Nuestro país cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica muy especializada que trabaja mucho para presentar informes con recomendaciones, pero dicho sistema también ocupa una buena respuesta por parte del personal de salud, es decir, dar una buena descripción de la infección, y llenar las boletas de clasificación con los códigos adecuados, esto permite que se mantenga el orden, se definan bien los casos y así manejar estadísticas más específicas de los diferentes brotes.

Para el año 2018 se detectó un aumento en las infecciones respiratorias, sobre todo del Adenovirus con un 55,7%; en segundo lugar, el virus Parainfluenza tuvo un porcentaje de 25.3; en tercer lugar, el virus Influenza A estuvo presente en un 11.3%; en cuarto lugar, la Influenza B con un 4,1% y por último el Virus Sincicial Respiratorio con un 3,6%. Los dos virus de la influenza se observaron en pacientes con un rango de edad desde los 15 a 64 años, en el caso de la Parainfluenza fue más visto en infantes menores de 1 año y el Adenovirus se mantuvo en pacientes pediátricos desde el año de edad a los 14 años. Esta información permitió dar recomendaciones a la población costarricense para el cuidado de los portadores de una infección, así como los cuidados necesarios en los centros médicos, con el objetivo de disminuir contagios, la morbi-mortalidad y evitar sobrecargas de los centros médicos.⁶⁴

- COVID-19

Si bien es cierto para el 2020 tuvimos que enfrentarnos a una pandemia, situación que en su momento llenaba de miedo al mundo entero, la falta de información generaba muchas dudas por parte de la población nacional, pero también por los trabajadores del sector salud. Sin saber a qué se enfrentaba el país, los que estaban a cargo se reunían para generar las medidas necesarias para evitar un golpe fuerte, ya que estaban conscientes de que el país no contaba con la capacidad para atender grupos masivos de pacientes infectados por COVID-19; largas jornadas pasaron para reunir toda la información posible, ya que se venía una nueva adaptación necesaria para el país, proceso que nadie esperaba.⁶⁵

La presentación clínica del virus generaba mucha incertidumbre, porque a inicios se consideraba que solo afectaba el sistema respiratorio, pero fueron tan solo unas semanas que los síntomas se volvieron poco específicos, por ejemplo, algunos presentaban diarrea, náuseas, brotes en piel, dolores intensos de cabeza, entre otros, lo que demostró que eran varios sistemas del organismo que estaban siendo atacados por este virus. En esta época el país estaba apagado en la espera de una explicación alentadora, los días pasaron y solo se podía contabilizar los casos positivos, tiempo después se le agregaba a la lista las muertes asociadas, y para el 27 de agosto del 2020 se registraron más de 380 muertes, cantidad que preocupó a toda la población, pero en especial a la CCSS.

Se trabajó muchas horas para tomar decisiones importantes. Debido a la falta de capacidad, se estimaban que los niveles de contagio subieran con gran velocidad y por ende las muertes, problema que podía llevar al colapso de nuestro sistema de salud, por lo que se cerraron fronteras en el país y se tomó como medida una cuarentena obligatoria para disminuir la saturación de los centros médicos. Para el beneficio del país fue una resolución muy positiva, los protocolos fueron creados por parte del Ministerio de Salud para guiar al país de manera gradual, para volver a eso que una vez fue “normal”; gracias a las medidas y a las vacunas creadas se pudo conseguir esa libertad que tanto queríamos. Hasta la fecha se realizan reportes asociados con el COVID-19, conteo de casos positivos y de los recuperados, con el fin de seguir controlando el patrón del virus.⁶⁵

- Infecciones respiratorias agudas infantiles

El Ministerio de Salud se toma muy en serio la salud de la población en general, pero poniendo suma atención a los que presentan mayores factores de riesgo, como los pacientes pediátricos. El 13 de agosto del 2022 se crea una alerta sanitaria por infecciones agudas leves y graves provenientes de los virus respiratorios en la población pediátrica, con el objetivo de disminuir la propagación y así evitar los riesgos de saturación de los servicios médicos de todo el territorio nacional.⁶⁶

Se sabe que la aparición de estos virus aumenta en la época lluviosa, que por motivos de pandemia no se observó ese patrón en el 2020 y que para el 2021, los casos no fueron muchos y se presentaban de manera más leve, situación que cambio mucho en el 2022, presentándose un aumento significativos en tan solo pocas semanas, llevando a un total de casi 300-350 pacientes al día por motivos de infecciones respiratorias, generando mucha preocupación por parte del Hospital Nacional de Niños, ya que para esa fecha la Unidad de Cuidados Intensivos estaba casi al 100% de su capacidad, situación que fue crítica en ese momento.⁶⁶

La alerta por parte del Ministerio de Salud se dirige a todos ciudadanos, haciendo un llamado a seguir con las recomendaciones dadas, continuando con las medidas de protección, higiene de manos, cubrirse al estornudar o toser, alentando a los padres de familia evitar enviar a los niños infectados a los centros educativos o guarderías, medidas que pueden ayudar a disminuir los casos y las hospitalizaciones sin olvidar la importancia de mantener con el esquema de vacunación completo, asistiendo a las campañas que se

realizan por región con el fin de abarcar la gran cantidad de personas.⁶⁶

- Influenza

Durante al enfrentamiento prolongado por el COVID-19, los centros médicos dejaron de un lado todos los posibles virus que podían afectar las vías respiratorias y que podían ser más mortales que el COVID-19, llamada de atención que se tuvo que hacer tiempo después de encontrar el balance en el manejo de la pandemia.⁶⁷

En el caso de la influenza no es un secreto que siempre ha estado presente en nuestro ambiente, virus estacional que puede generar una infección peligrosa e inclusive puede ser mortal. La influenza aviar de alta patogenicidad en humanos se encuentra bajo vigilancia por parte del Ministerio de Salud, ya que es una enfermedad muy contagiosa, virus que viene de la familia Orthomyxoviridae, que afecta con mayor frecuencia a las aves, lamentablemente tiene la capacidad de infectar a los humanos, causando síntomas que pueden ser leves o llegar al síndrome de distrés respiratorio agudo y lo más preocupante, la muerte.⁶⁶

Como respuesta a la gravedad de lo que puede generar el virus, se establecieron pautas que permitan identificar de manera oportuna y temprana los casos positivos, por lo que se recomienda la investigación de todo caso sospechoso para evitar el aumento de los contagios en todo el país, pues se cuenta con reportes de que el virus influenza está causando brotes en Asia, Europa y América.⁶⁷

Las medidas que se establecen por parte del Ministerio de Salud para evitar la infección son las siguientes:⁶⁷

1. No tener contacto con animales silvestres, es decir de vida libre.
2. Contactar a las autoridades en caso de tener aves enfermas.
3. Evitar cualquier tipo de contacto con cualquier material que haya estado cerca de animales enfermos.
4. Lavarse siempre las manos con agua y jabón.

5. Uso adecuado de todos los componentes de protección en caso de manipular animales enfermos o con sospecha.

Lineamiento que fue expuesto el pasado 17 de febrero del 2023, teniendo como objetivo establecer un adecuado abordaje de todos los casos sospechosos y los confirmados con el virus de la influenza aviar en humanos.⁶⁷

2.3.4.2.1.2 Infecciones gastrointestinales

Las infecciones gastrointestinales son una de las patologías más incidentes y afecta en mayor proporción a los niños, en este último caso, el personal de salud que se encuentra vinculado a los cuidados pediátricos se debe de entrenar para controlar el contagio de enfermedades a través de microorganismos y bacterias.⁶⁸

Los agentes responsables más comunes y ampliamente distribuidos en el mundo son los virus, especialmente los rotavirus, que causan entre el 70% al 80% de las infecciones diarreicas en los países desarrollados, las bacterias ocupan entre el 10% al 20% de los casos y los parásitos, como la giardia, son los responsables del 10%.⁶⁸

La distribución de los patógenos es afectada por distintos factores como los cambios en el clima y las estaciones del año, por ejemplo, la incidencia de las infecciones por el rotavirus aumenta significativamente durante el invierno. Otros factores que aumentan el riesgo de enfermedad diarreica aguda incluyen:⁶⁸

- Las condiciones de los centros de salud
- Las condiciones higiénico-sanitarias desfavorables
- Bajo peso al nacer
- Enfermedades subyacentes como el hipertiroidismo, diverticulosis, colon irritable y enfermedades inmunosupresoras

Ningún cuidado en cuanto a la salud gastrointestinal de los pacientes es en vano, y más teniendo en cuenta que cualquier síntoma diarreico deteriora súbitamente la salud de la población infantil. Las infecciones gastrointestinales representan una de las primeras causas de consulta médica y también una de las principales causas de mortalidad en el mundo, es por esto que se consideran un problema de salud pública a nivel mundial que

puede afectar a personas de cualquier edad y condición social, sin embargo, la población más vulnerable es la pediátrica y la geriátrica.⁶⁸

A continuación, se van a describir de forma resumida algunos agentes etiológicos más comunes de infección gastrointestinal que incrementan la demanda de atención de los servicios médicos en épocas en las que aumenta la incidencia de infecciones.⁶⁸

- Escherichia Coli

Las bacterias E. Coli normalmente se encuentra en la microbiota intestinal de los animales, las personas y en el medio ambiente, las cepas responsables de causar diarrea pueden infectar mediante el agua contaminada o los alimentos y del contacto con animales o personas infectadas. En cuanto a la población que es más vulnerable de sufrir una enfermedad más agresiva por E. Coli, se hallan son los adultos mayores, niños menores de 5 años, personas con el sistema inmune debilitado, y las personas que viajan a ciertos países endémicos.⁶⁹

Las personas infectadas con E. Coli presentan un cuadro agudo de diarrea que puede presentarse con sangre, cólicos estomacales fuertes, vómitos y fiebre alta.⁶⁹

- Salmonella

Es una bacteria que se puede encontrar en distintos alimentos como: el pollo, res, cerdo, huevos, frutas, vegetales y alimentos procesados; por lo general los alimentos contaminados tienen una apariencia y sabor normales, por lo que la higiene al cocinar resulta muy importante al momento de prevenir la infección. El cuadro clínico causado por la salmonella puede resultar muy grave, pues incluye diarrea con sangre, fiebre y cólicos abdominales, sin embargo, las personas con diarrea grave pueden requerir hospitalización y antibióticos.⁷⁰

- Shigella

La infección puede ocurrir al entrar en contacto directo con las heces de una persona infectada o bien, con algún objeto, alimento, agua contaminados con heces infectadas. La enfermedad causada por la bacteria Shigella generalmente es un cuadro agudo de diarrea que puede presentarse con sangre, fiebre, cólicos abdominales y

tenesmo. Los brotes por *Shigella* suelen originarse en entornos de cuidado infantil como las guarderías y se propaga rápidamente por la comunidad, por lo que los brotes suelen ser comunes debido a su fácil contagio persona a persona.⁷¹

- *Yersinia*

Es una bacteria que se puede contraer por el consumo o la manipulación de alimentos contaminados, generalmente la carne de cerdo contaminada y mal cocida, la leche o sus derivados mal pasteurizados o el agua contaminada, también puede contraerse al estar en contacto con un animal infectado y suele aumentar la incidencia de la infección durante el invierno. El cuadro clínico que desencadena incluye fiebre, diarrea, enterocolitis necrotizante en el caso de los niños.⁷²

- Rotavirus

Se adquiere por vía fecal-oral por medio del contacto directo con una persona enferma también se puede adquirir por medio de alimentos, agua, superficies y objetos contaminados, la incidencia suele ser más alta entre los bebés y los niños pequeños con un patrón estacional predominantemente en invierno. La sintomatología causada por el rotavirus suele involucrar vómitos, diarrea líquida, fiebre y cólicos abdominales generalmente con una duración de aproximadamente una semana, usualmente se presenta deshidratación, los niños pueden infectarse más de una vez debido a que ni la vacuna ni las infecciones previas proporcionan inmunidad total.⁷³

- *Giardia lamblia*

Este parásito tiene usualmente una distribución acentuada en las zonas tropicales y subtropicales, suele afectar predominantemente a niños preescolares provocando afectación en el crecimiento, desarrollo y aprendizaje. La enfermedad destruye la mucosa del intestino delgado provocando síndromes de malabsorción,⁷⁴ también puede ocasionar una enfermedad diarreica que incluye flatulencias, heces malolientes, dolor abdominal, náuseas y deshidratación.⁷⁵

2.3.4.2.2 Hiperfrecuentadores

Los pacientes de baja complejidad pueden representar hasta la mitad de las consultas, los cuales se presentan en múltiples ocasiones a los establecimientos de salud en busca de atención. No se ha demostrado aún que la reducción de este tipo de casos mejore la atención de los pacientes que tienen un nivel de complejidad mayor.⁵⁹

2.3.4.2.3 Complejidad creciente y comorbilidades de la población

La mayor complejidad de los casos de algunos pacientes aumenta la probabilidad de que requieran múltiples visitas justificadas a los centros hospitalarios, mayor cantidad de ingresos o mayor estancia hospitalaria.⁵⁹

Las causas que saturan un establecimiento de salud pueden ser múltiples y se pueden clasificar de diversas maneras, como ya se ha mencionado, lo que se debe tener claro es que estas responden a la situación de cada país, localidad e institución, por lo que existe la posibilidad de que dos establecimientos de salud de un mismo país manifiesten distintas causas de saturación, puesto que cada hospital está destinado a una población en específico.

A nivel del Sistema Nacional de Salud de Costa Rica, el establecimiento destinado a la atención especializada de los niños es el Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Luis Saenz Herrera.

2.4 Hospital Nacional de Niños (HNN)

2.4.1 Historia

En el año 1954 los planes para la construcción del hospital dio inicio, se estudiaron con detalle los costos y los pasos a seguir para proseguir con los planos que debían de ser analizados por el Departamento de Arquitectura de la Dirección General de Asistencia Médico Social del Ministerio. Después del análisis, se llegó a la conclusión que dicho proyecto era complejo, por lo que se solicitó la colaboración de una firma en Washington DC para iniciar la construcción. Para el año 1957 se obtienen los planos finales y definitivos.⁷⁶

El siguiente paso fue la recolección de dinero para empezar la construcción y los equipos del hospital, que en ese momento representaba una tarea difícil. El deseo por

parte de la población costarricense de poder contar con esta atención médica especializada fue tan grande que se da inicio a la marcha de los dieces con el objetivo de recolectar todo el dinero posible, como no fue suficiente, al tiempo se vino la Feria de las Flores, que fue un medio muy efectivo pero no alcanzaba aún para iniciar, por lo que se necesitó solicitar un préstamo con el Gobierno de los Estados Unidos, que para beneficio del país fue aprobado. Sin embargo, aún faltaba el equipo para ponerlo a funcionar en su totalidad, para sorpresa nuestra, el presidente John F. Kennedy realizó una visita a Costa Rica y debido a su agenda tan limitada no pudo visitar la construcción, pero fue quien donó el dinero para equiparlo.⁷⁶

En 1962 se dio por terminada la obra, fecha que con mucha emoción se encendieron las luces del nuevo hospital, donde el Dr. Carlos Saenz Herrera dijo con gran entusiasmo “Muchos josefinos fuimos gratamente sorprendidos por el brillante espectáculo que en esta noche ofrecía el Hospital Nacional de Niños profusamente iluminado, comparable, por su similitud, a un gran trasatlántico anclado que conmemora alguna gloriosa efeméride”.⁷⁶

El proceso de organización del hospital trajo muchos desafíos, especialmente por parte del personal, ya que venían de un ambiente de trabajo con limitaciones en el espacio y con poca experiencia en el ámbito pediátrico. Tuvieron que planificar por mucho tiempo la organización administrativa del hospital, algunos tuvieron la oportunidad de visitar a los Estados Unidos para ser capacitados tanto en el área administrativa como en la atención médica. Mucho esfuerzo y trabajo permitieron que con los años se volviera una institución reconocida, nombrada como de las mejores de Latinoamérica.⁷⁶

La inauguración del Hospital Nacional de Niños fue en el año 1964, para este periodo la demanda del servicio fue muy alta y como consecuencia se saturó el sistema., dándose a conocer la etapa local. Para el año de 1976 se realiza el traspaso a la CCSS, donde se ve la influencia del hospital en todo el país, nombrando etapa nacional, durante estas dos etapas se hizo todo lo posible para solucionar los problemas con los que la niñez costarricense se enfrentaban. Tras la resolución de la problemática se entra a la tercera etapa, la internacionalización del Hospital, en 1980 se llega a reconocer como un centro de alta capacidad en la atención pediátrica en América Latina. Durante las tres etapas vividas, se enfrentaron a las enfermedades carenciales en la primera etapa, a las

enfermedades infecciosas durante la segunda etapa, seguida de prevención y control de las enfermedades crónicas en la tercera etapa.⁷⁷

2.4.2 Administración del Hospital Nacional de Niños

La ubicación Hospital Nacional de Niños dentro de la red de servicios que brinda la CCSS figura como parte de la red de servicios del área de atracción de la Región Central, que incluye toda la región metropolitana y se encuentra dentro de la categoría de hospital nacional especializado. En ese sentido, pertenece al tercer nivel de atención, y es la única institución en el país especializada en la atención de la niñez costarricense.⁷⁸

La organización médico administrativa de la institución va de la mano con programas y lineamientos que se implementan en centros médicos internacionales que cuentan con más experiencia y tecnología. El hospital se encuentra dividido para efectos tanto administrativo como de control de servicios, en cinco ramas que son:⁷⁹

- Medicina
- Cirugía
- Consulta Externa y emergencias
- Financiero
- Dirección de enfermería

Además de esto se puede contar con un laboratorio experimental, servicio central de esterilización, y con las secciones docentes y de investigación.⁷⁹

2.4.3 Servicios brindados por el Hospital Nacional de Niños

Los servicios que brinda el HNN abarcan tanto las ramas de la medicina como de la medicina quirúrgica:⁷⁹

- Pediatría General
- Cardiología
- Hematología
- Nefrología
- Endocrinología
- Neonatología

- Infectología
- Genética
- Dermatología
- Alergología
- Nutrición
- Neumatología
- Enfermedades metabólicas

Por otra parte, se encuentran las disciplinas quirúrgicas que incluyen:⁷⁹

- Cirugía General
- Cirugía Cardiorácica
- Ortopedia
- Neurocirugía
- Otorrinolaringología
- Oncología
- Oftalmología
- Labio Leporino y Paladar Hendido
- Cirugía Plástica
- Urología
- Odontología

En el hospital también se llevan a cabo servicios técnicos generales en laboratorio, farmacia, radiología, fisioterapia, terapia del lenguaje, electrocardiografía, patología, electroencefalografía, neurología y trabajo social; también dentro del establecimiento funciona un centro educativo que aplica los programas oficiales del Ministerio de Educación Pública, con el propósito de ofrecer a los niños que se encuentran en largos periodos de internamiento la opción de recibir educación primaria o preescolar continua y evitar interrumpir sus estudios durante su estadía hospitalaria.⁷⁹

2.5 Modelo de Atención en Salud

Un modelo de atención establece y define la manera más adecuada de organizar las acciones sanitarias con el propósito de cumplir con los requerimientos de la comunidad, y se enfoca en la vinculación de los pacientes con los servicios de salud. Lo

anterior requiere la articulación de un modelo complejo, que incorpore y relacione políticas, recursos y estructuras coordinadas para conseguir y asegurar las responsabilidades adquiridas en materia de salud y la manera de alinear los recursos y decisiones en una dirección apropiada.⁸⁰

Con frecuencia, para hacer referencia a los procesos de atención en salud se utiliza el concepto de “modelo prestador”, sin embargo, si se hace un correcto uso de la teoría sanitaria o de la teoría de la Salud Pública, la definición correcta a utilizar para referirse a toda la gestión destinada a la organización de la atención sanitaria es “modelo de atención” o bien “modelo asistencial”.⁸¹

Se ha delimitado al modelo de atención como el producto final de la combinación de tecnologías que son empleadas para apoyar la asistencia a la salud en una determinada comunidad.⁸¹

Al plantear la problemática del modelo de atención se incluyen los conceptos de los criterios que se establecen dentro de este, así como la organización y la división del trabajo médico. Dentro de las categorías que se incluyen son aquellas que están fuertemente vinculadas con:⁸¹

- ¿Qué cubrir?

Incluye el tipo de acciones a aplicar, las prestaciones o servicios que se deben de brindar a la población para asegurar la salud.

- ¿A quién cubrir?

Aplicación de distintos criterios de inclusión o elegibilidad al sistema de salud.

- ¿Cómo prestar?

Elegir qué tipo de prestadores van a brindar los servicios requeridos y bajo qué criterios o lineamientos se van a desempeñar.

- ¿Dónde prestar?

Este punto incluye el lugar en el que se prestarán los servicios de atención médica y de qué manera se va a distribuir la oferta.

- ¿Cómo gestionar las necesidades de los pacientes?

Incluye establecer los criterios de referencia y contrarreferencia más adecuados que se deben de aplicar en la atención de los pacientes

La diferencia que separa este tipo de modelo con los otros dos existentes respecto a la toma decisiones, servicios y sistemas de salud es que la problemática central de los modelos de atención son estrictamente médico-sanitaria, en otras palabras, toma en cuenta la cara técnica más específica del sector salud.⁸¹

Con la actualidad, surgen nuevos retos en cuanto a la prestación de servicios en salud y al cuidado continuo e integral que priorice la demanda y la atención de las necesidades que surgen en las comunidades, por lo que los servicios de salud deben tener una visión que se reoriente o se adapte a nuevos modelos de organización. Asimismo, que sean capaces de responder a los problemas que se generan debido a la fragmentación en los sistemas y puedan dan origen a modelos de atención centrados en los pacientes, que tengan como pilar la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades con programas de Atención Primaria en Salud y en apoyo a la equidad. Las inclinaciones que definen a los modelos buscan conseguir el balance entre los servicios personales y colectivos y entre lo curativo y lo preventivo.⁸²

Estos nuevos modelos deberán responsabilizar a las redes de servicios de salud por velar por el cuidado de cada una de las personas de una comunidad asignada, y proveer una atención integral del cuidado de los pacientes en el lugar más apropiado, con los objetivos de:⁸²

- Descentralizar la prestación de los servicios que brinda la institución
- Integrar los servicios de salud en redes compuestas por equipos multidisciplinarios
- Gestionar adecuadamente la garantía de la calidad
- Mejoramiento continuo de los establecimientos
- Garantizar la participación de las comunidades

- Gestionar el autocuidado en un entorno que cree responsabilidad compartida con otros sectores de la economía

En este tipo de visión, los modelos de atención de salud deben basarse en sistemas eficientes de atención primaria, que sean orientados a la familia y a la comunidad, tomar en cuenta el enfoque de ciclo de vida, las consideraciones de género y las particularidades culturales; es decir, que no deben dejar por fuera las especificaciones individuales importantes de la población a la que brinda los servicios la institución que va a aplicar el modelo de atención y, a su vez, debe de estimular el establecimiento de redes de atención de salud y la organización social que asegura la continuidad de la atención.⁸²

CAPÍTULO III- MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación

La investigación que se desarrollará en los próximos apartados es de tipo básica con un enfoque cualitativo y entrevistas, debido a que ofrece la posibilidad de generar hipótesis antes, durante o después del desarrollo de la investigación. Se realiza así para tener la posibilidad de obtener primero las preguntas de investigación que se consideren de mayor interés y conforme se va avanzando en la recolección y análisis de los datos poder perfeccionarlas, contestarlas y generar nuevas interrogantes durante la interpretación de los datos.⁸³

3.2 Fuentes de información

Para sustentar la investigación se utilizarán artículos científicos que cumplan con los niveles de evidencia clínica, según Sackett, quien jerarquiza la evidencia disponible. El nivel 1 será la mejor evidencia que se puede utilizar y el nivel 5 la menos confiable, en general, las clasificaciones se basan en los diseños que se aplicaron al desarrollar los diferentes estudios que se utilizan como evidencia, aunque unos tienen más sesgos que otros.⁸⁴

Se utilizará esta jerarquización acatando los reglamentos internos que dispone la Universidad Internacional de las Américas (UIA) para llevar a cabo el desarrollo de trabajos finales de graduación en la facultad de Medicina y Cirugía, dentro de los cuales se indica que para el sustento de las investigaciones se debe utilizar los 5 niveles de evidencia establecidos por Sackett.⁸⁵

Además, se aplicará en la búsqueda de evidencia operadores booleanos tales como AND, OR, NOR y NEAR, los cuales se deben de escribir junto con las palabras clave en inglés y con mayúscula, para aplicar un procedimiento de búsqueda de información formal que pretende ordenar y sistematizar la información científica, obtener una mayor cantidad de bibliografía, brindar herramientas para una correcta discriminación de información y clasificarla mejor según al nivel de evidencia al que corresponde.⁸⁶

Para la recolección de información correspondiente al HNN se aplicará una entrevista que consta de 7 preguntas dirigidas al personal médico y administrativo que labora en el servicio de consulta externa, se realizará por medio de un google forms a 13

médicos que se desempeñan en las especialidades que reportan mayor lista de espera (ver tabla 1), 3 secretarías y al jefe del departamento de redes.

Tabla 1. Lista de Espera de Consulta Externa según especialidad, Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera”

Especialidad	Promedio Plazo de Espera
Genética	324
Cirugía reconstructiva	270
Cirugía torácica	149
Cirugía maxilofacial	144
Endocrinología	143
Ortopedia	127
Nutrición	116
Neurocirugía	115
Oftalmología	113
Urología	112
Nefrología	108
Oncología quirúrgica	99
Formación y educación de pacientes	94
Cirugía general infantil	93
Dermatología	85
Alergología	85
Gastroenterología	84
Medicina del dolor	75
Cardiología	73
Psiquiatría	72
Radioterapia	69
Medicina general	65
Neurología	60
Hematología	57
Psicología clínica	56
Neumología	49
Trabajo social	46
Otorrinolaringología	39
Inmunología	34
Infectología	33
Oncología médica	5

Fuente: Elaboración propia, 2023 ⁸⁷

3.3 Criterios de búsqueda

Con base en los objetivos de esta investigación, se determina que se cuenta con solo uno de tipo teórico, del cual se pudo sustraer seis descriptores. Obsérvese con detalle en la siguiente tabla

Tabla 2. Criterios de búsqueda utilizados, según objetivo

Objetivo	Descriptores	Motores de búsqueda	Período de estudio	Idioma
Señalar las causas más frecuentes en torno a la saturación de servicios de consulta externa en América y sus efectos sobre la atención médica brindada.	Sobresaturación de las consultas en pediatría	Google Académico PubMed Elsevier JAMA pediatrics Scielo The Journal of Pediatrics CENDEISS	2018-2022	Español/ Inglés
	Altas demandas en la consulta externa de pediatría	Google Académico PubMed Elsevier JAMA pediatrics Scielo The Journal of Pediatrics CENDEISS	2018-2022	Español/ Inglés
	Estudios epidemiológicos de las enfermedades más frecuentes en pediatría	Google Académico PubMed Elsevier JAMA pediatrics Scielo The Journal of Pediatrics CENDEISS	2018-2022	Español/ Inglés
	Escasa información por parte de los padres	Google Académico PubMed Elsevier JAMA	2018-2022	Español/ Inglés

		pediatrics Scielo The Journal of Pediatrics CENDEISSS		
	Problemas administrativos en los hospitales pediátricos	Google Académico PubMed Elsevier JAMA pediatrics Scielo The Journal of Pediatrics CENDEISSS	2018-2022	Español/ Inglés
	Poca organización por parte del Sistema de Seguro Social	Google Académico PubMed Elsevier JAMA pediatrics Scielo The Journal of Pediatrics CENDEISSS	2018-2022	Español/ Inglés

Fuente: Elaboración propia, 2023

3.4 Criterios de exclusión e inclusión

Para el siguiente apartado, la información requerida se obtuvo de los múltiples motores de búsqueda, basándose en los descriptores del objetivo de estudio. Durante dicha investigación fueron muchos los resultados obtenidos, de los cuales se dividieron en artículos de inclusión y los de exclusión:

Tabla 3. Criterios de exclusión e inclusión para la selección de artículos

Criterios de Inclusión	Criterios de exclusión
Artículos de la sobresaturación en la consulta externa pediátrica	Artículos de la sobresaturación de los servicios de Emergencias
Artículos sobre las causas de alta demanda en la consulta externa pediátrica	Artículos sobre el hacinamiento en Emergencias pediátricas
Artículos sobre la organización de los servicios de consulta externa en pediatría	Artículos sobre la alta demanda en los servicios de consulta externa en adultos
Artículos sobre las enfermedades más frecuentes de consulta en pediatría	Artículos sobre las infecciones de vías respiratorias en adultos

Fuente: Elaboración propia, 2023

3.5 Clasificación de la información según niveles de evidencia

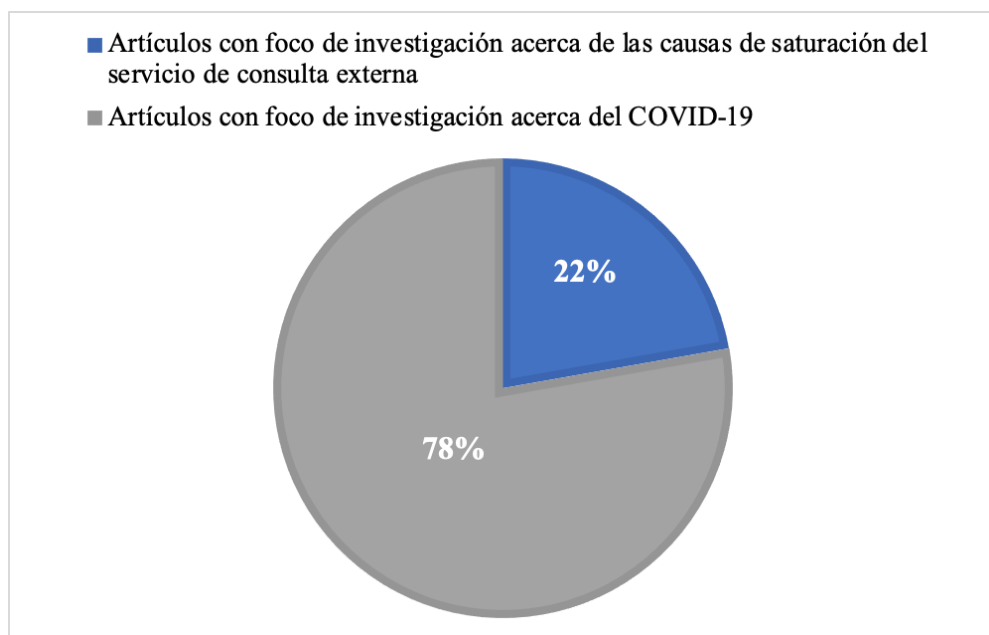
En el apartado de anexos se puede observar el detalle de la clasificación de los artículos seleccionados según los niveles de evidencia

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados primer objetivo específico

Como es sabido, todo proceso de investigación académica tiene como uno de sus fines la generación de nuevo conocimiento; por lo tanto, en una fase inicial se realizó una búsqueda de publicaciones académicas en las que se estudiará el fenómeno de la consulta externa en el contexto de la atención de pacientes pediátricos. Después de todo, la ciencia se nutre de los aportes de otros investigadores. Con este fin se procedió, empleando los metabuscadores pertinentes, a buscar las divulgaciones relevantes a nivel de todo el continente americano.

Gráfico 1. Distribución de artículos académicos acerca del servicio de consulta externa en el periodo del 2018 al 2020.



Fuente: Elaboración propia a partir de la búsqueda de artículos académicos según los criterios de inclusión planteados, 2023. ⁸⁸⁻⁹⁶

Es significativo que, de toda la producción literaria, a nivel continental que aborda temas de ciencias de la salud, para el periodo establecido como marco temporal del presente estudio (2018-2023) solo se encontraron nueve publicaciones en las que se menciona la consulta externa hospitalaria. De estos informes, el 78% se enfoca en el COVID-19 y solo un 22% aborda la consulta externa considerando otros factores. Los investigadores proceden de México, Brasil, Colombia y Ecuador. Además, solo una

publicación tiene que ver con pediatría^[1]. Llama la atención que las investigaciones realizadas en Brasil entre el 2021 y el 2022 no se enfocan en el impacto de la pandemia sobre la consulta externa y concluyen que factores como largas listas de espera, fallos de comunicación, olvido por parte de los pacientes y las barreras socioculturales y económicas son los determinantes de la problemática de la consulta externa en los hospitales que ellos investigaron. En este sentido, no hay un tratamiento académico publicado que se refiera al tema de la presente tesis ^[2].

[1] Esta se efectuó en Colombia en el año 2020.

[2] De hecho, en el ámbito nacional, la escuela de medicina de la UCR aceptó entre el 2006 y el 2019 156 tesis de grado en las que se aborda algún aspecto del Hospital Nacional de Niños. De todas estas solo una tesis, en el 2019, se enfoca en la consulta externa, pero concentrada en un caso particular de patología y no en el desempeño general del servicio de CE.

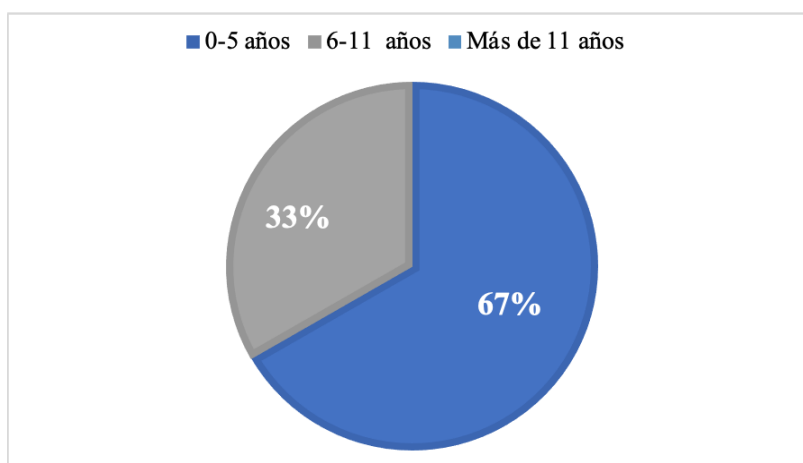
4.2 Resultados segundo objetivo específico

A continuación, se presenta el análisis de la información recolectada por medio de una entrevista aplicada al personal médico y administrativo del HNN. La aplicación de este instrumento permitió a las autoras acceder a las experiencias y, por ende, a la interpretación de los hechos de los actores institucionales, que participan del servicio hospitalario que se ha estudiado. Las respuestas que cada grupo ha aportado permiten extraer las causas de la saturación del servicio de consulta externa vistas desde adentro, así como estimar el impacto que se genera en la calidad de la atención que reciben los usuarios. Ciertamente, la experiencia que nos permitió la UIA en los diferentes campos clínicos a lo largo de los años de estudio nos ha permitido un conocimiento directo del día a día en los diferentes servicios de un hospital. De esta manera, aun cuando en el proceso de elaboración de esta tesis no se pudo realizar una observación participativa dada el contexto de los efectos residuales de la pandemia y a la restricción de no trabajar con los pacientes, la validez del testimonio de los funcionarios aunado con la experiencia ya indicada de las autoras en tanto estudiantes de medicina genera una combinación metodológica que podríamos denominar acercamiento de una “observación breve informada” en relación con el servicio de consulta externa (CE).³

Los siguientes dos gráficos permiten visualizar el elemento tiempo de trabajo. Este aspecto resulta fundamental en el peso que se le asigna a la información recabada. Véase a continuación:

³ Una de las bondades de la investigación cualitativa es la flexibilidad en cuanto a la metodología para la recolección de la información, dado que cada objeto de estudio demanda su propio método para acercarse y analizar los hallazgos. En este sentido la investigación no solo llevó a las sustentantes a la comprensión del problema propuesto, sino también a la reflexión en cuanto a las metodologías requeridas, especialmente en un enfoque mayormente cualitativa con elementos cuantitativo de investigación.

Gráfico 2. Antigüedad laboral de los funcionarios administrativos del servicio de consulta externa del HNN, 2023.

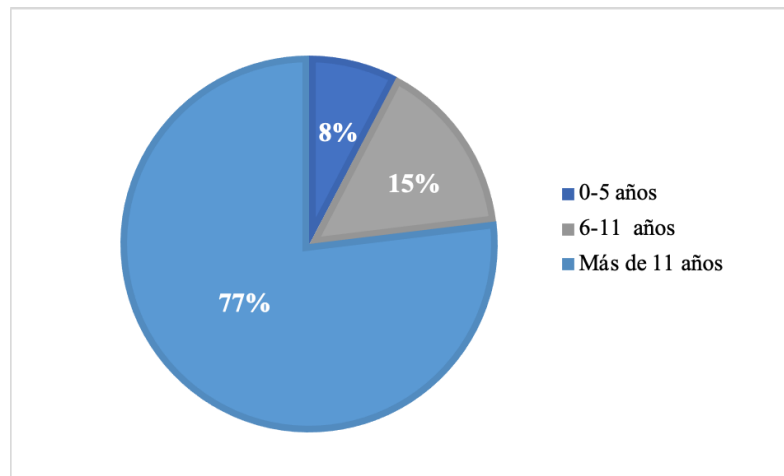


Fuente: Elaboración propia a partir de datos generados de la entrevista aplicada al personal administrativo del servicio de consulta externa del HNN, 2023.

Es relevante el tiempo de trabajo o la antigüedad de los funcionarios del área administrativa, que para los fines de esta tesis se refiere a las secretarías. El rango de años laborados va desde los seis a más de once años de participación en el servicio de CE. Por lo general, cuando se trata de la vida hospitalaria y especialmente cuando los medios cubren una noticia relacionada, las entrevistas tienden a recaer sobre el personal médico o el personal de la gerencia médica de cada institución. Sin embargo, es el personal que labora en las tareas secretariales los que conocen a profundidad los procesos de trabajo en los diferentes servicios.

En el área de CE del HNN, las secretarías que han estado laborando por más de once años, un 67% del personal, tiene una voz que debe ser oída y tomada en cuenta si se quiere mejorar significativamente la calidad de atención del paciente que recurre a esta institución.

Gráfico 3. Antigüedad laboral del personal médico del servicio de consulta externa del HNN, 2023.



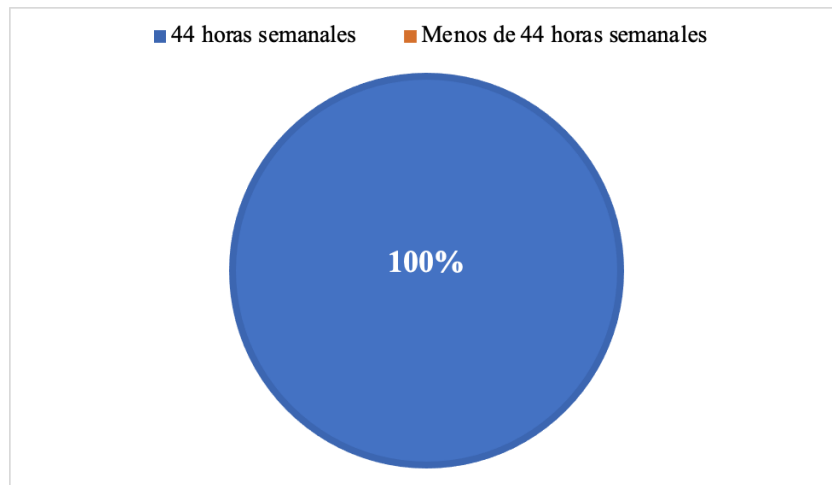
Fuente: Elaboración propia a partir de datos generados de la entrevista aplicada al personal médico del servicio de consulta externa del HNN, 2023.

En el gráfico 3 se puede observar que la mayoría de los médicos tienen más de 11 años de trabajar en la institución, se trata de un 77% de los médicos del servicio de CE. Por lo tanto, las consideraciones hechas en relación con el grado de confianza de las respuestas del personal del secretariado aplican al personal médico en cuestión. El dato reflejado en el gráfico 3 sugiere un amplio conocimiento de la dinámica interna de la institución y, específicamente, del fenómeno de la saturación de las citas en el servicio de consulta externa.

De lo anterior se desprende que la percepción e interpretación de la realidad del servicio de CE expresada por ambos grupos de entrevistados no es ni superficial ni ocasional; el aspecto de tiempo laborado resulta altamente significativo y da un peso importante a la información que ellos aportan. Misma que se discute en el apartado correspondiente.

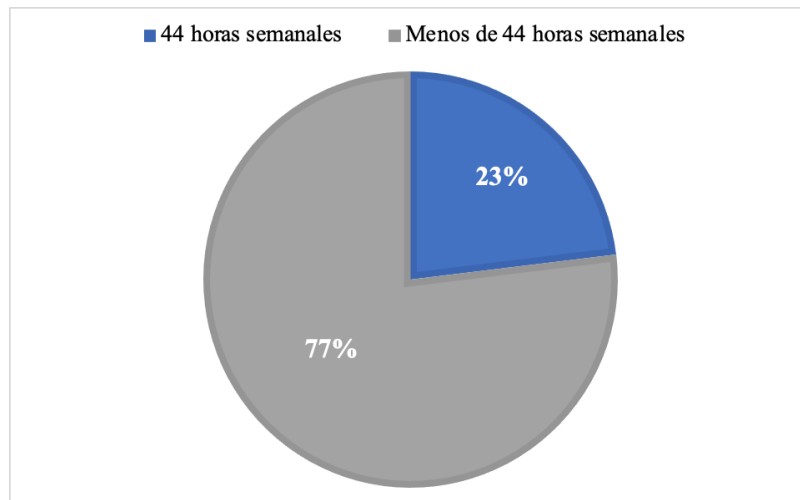
A continuación, en el gráfico 4 se visualiza la cantidad de horas semanales de trabajo correspondientes entre médicos y secretarías. Como se ve la totalidad de secretarías cumplen con una carga de 44 horas de trabajo; por su parte, el personal médico reporta que solo un 23 % labora las 44 horas y que el 77 % labora menos que esto.

Gráfico 4. Horas laborales por semana de los funcionarios administrativos del servicio de consulta externa del HNN, 2023.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos generados de la entrevista aplicada al personal administrativo del servicio de consulta externa del HNN, 2023.

Gráfico 5. Horas laborales por semana del personal médico del servicio de consulta externa del HNN, 2023.

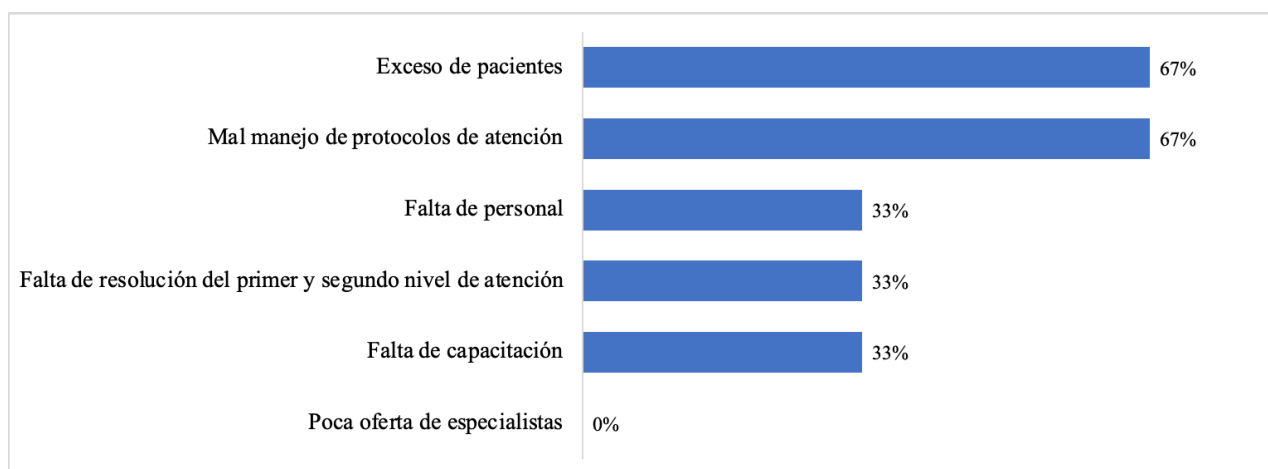


Fuente: Elaboración propia a partir de datos generados de la entrevista aplicada al personal médico del servicio de consulta externa del HNN, 2023.

La situación apuntada se explica porque la mayoría de los especialistas laboran solo algunos días a la semana, lo que limita el tiempo disponible para programar pacientes. Se deduce que existe la necesidad de contratar más horas especialista con miras a aumentar la capacidad de atención en la CE.

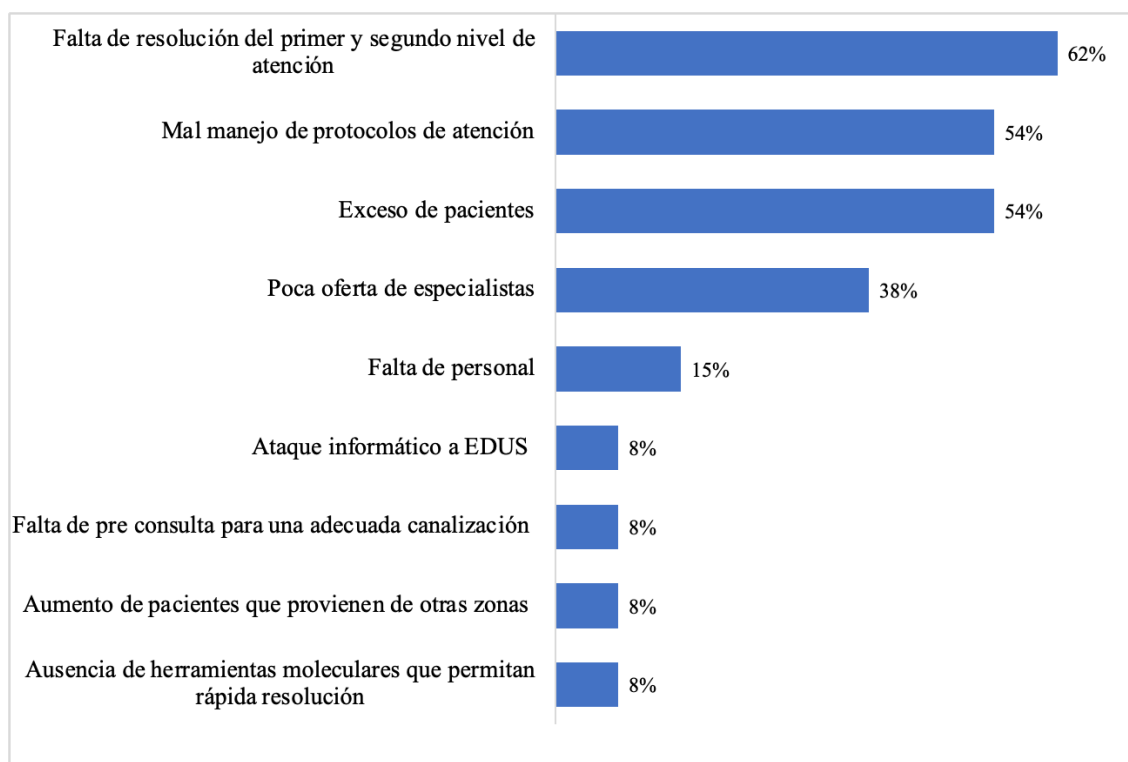
En cuanto a las causas de la saturación de la CE el personal de secretaría considera que las dos principales causas son: 1) el exceso de pacientes (67%) y 2) el mal manejo de los protocolos de atención (67%). Llama la atención que las secretarias perciben la falta de personal médico como una causa de la saturación del servicio, aunque solo un 33 % hizo esta afirmación. Esto se ilustra en el gráfico 6, que presenta las cinco causas que explican la saturación. Por su parte, el gráfico 7 permite visualizar las respuestas del personal médico. Al comparar sus respuestas vemos coincidencia en dos causas: 1) exceso de pacientes y 2) mal manejo del protocolo de atención. Un 54% de los médicos opinó que estas eran causas significativas para generar saturación en CE.

Gráfico 6. Causas de saturación reportadas por los funcionarios administrativos del servicio de consulta externa del HNN, 2023.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos generados de la entrevista aplicada al personal administrativo del servicio de consulta externa del HNN, 2023.

Gráfico 7. Causas de saturación reportadas por el personal médico del servicio de consulta externa del HNN, 2023.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos generados de la entrevista aplicada al personal médico del servicio de consulta externa del HNN, 2023.

En cuanto a las causas de la saturación del servicio de consulta externa, el 67% del personal administrativo reporta exceso de pacientes y mal manejo de protocolos por parte del segundo y tercer nivel de atención. El 62% del cuerpo médico entrevistado manifiesta que la falta de resolución del primer y segundo nivel de atención es la causa más relevante, seguida por el mal manejo de los protocolos en estos niveles de atención y el exceso de pacientes, ambos ítems con un 54%. Estos datos sugieren una tendencia en la dinámica de saturación del servicio de CE y permite considerar que la saturación no se explica por los factores internos del HNN; por el contrario, se puede explicar como resultado de un manejo inadecuado de los niveles más bajos de atención.

El 100% de las secretarías del servicio señaló los cambios estacionales como factor de incidencia en el aumento de pacientes de CE, esto se puede ver en el gráfico 8.

Gráfico 8. Aumento de la cantidad de consultas debido a los cambios estacionales según el criterio de los funcionarios administrativos del servicio de consulta externa del HNN, 2023.

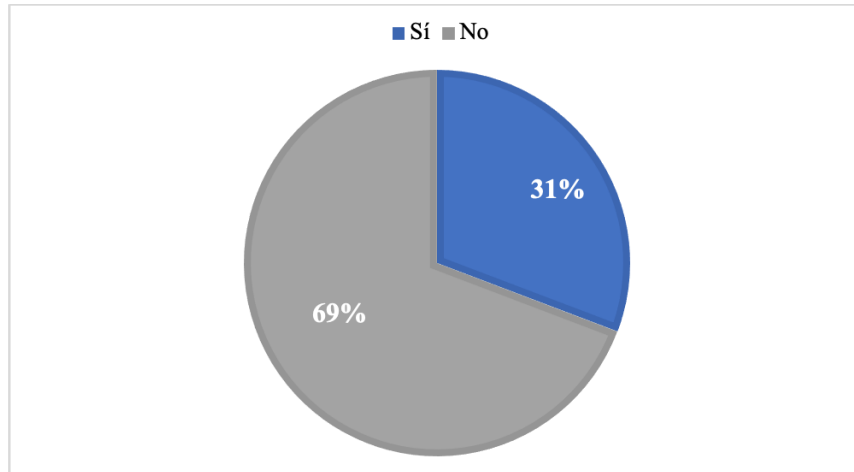


Fuente: Elaboración propia a partir de datos generados de la entrevista aplicada al personal administrativo del servicio de consulta externa del HNN, 2023.

Respecto a la estacionalidad como factor determinante en la cantidad de pacientes que se reciben en el servicio de consulta externa, el 69% de los médicos manifiestan que no es una variante importante para tomar en cuenta, debido a que esto no afecta la cantidad de referencias que se reciben en el servicio. No obstante, como ya se indicó, la totalidad del personal administrativo sí la percibe como factor que incide en el aumento de la

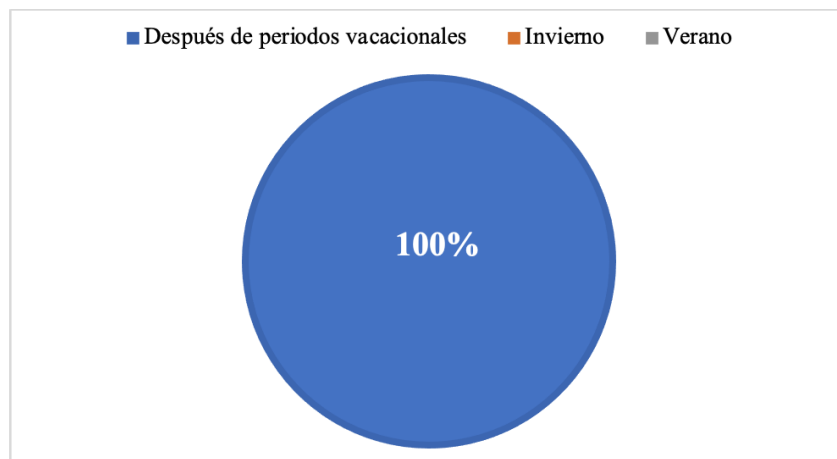
cantidad de pacientes en el ciclo normal del año. Esto es lo que se observa en el gráfico 9.

Gráfico 9. Aumento de la cantidad de consultas debido a los cambios estacionales según el criterio del personal médico del servicio de consulta externa del HNN, 2023.



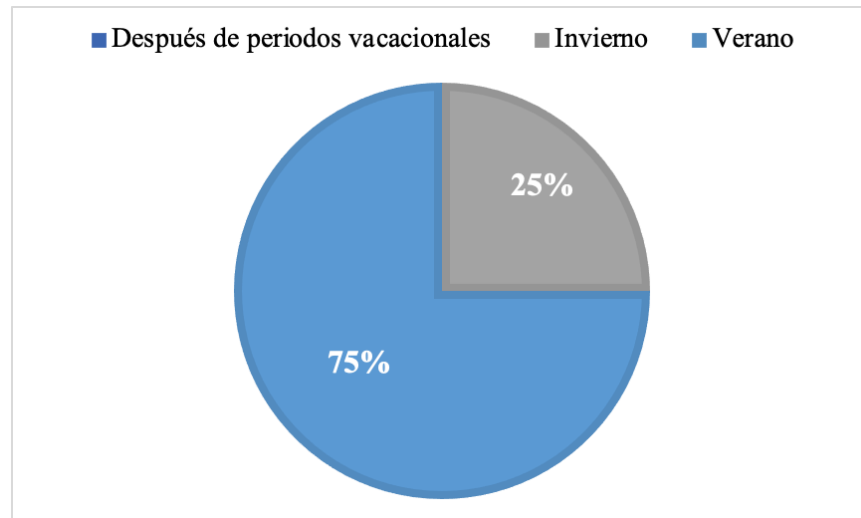
Fuente: Elaboración propia a partir de datos generados de la entrevista aplicada al personal médico del servicio de consulta externa del HNN, 2023.

Gráfico 10. Aumento de la cantidad de consultas por temporalidad según el criterio de los funcionarios administrativos del servicio de consulta externa del HNN, 2023.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos generados de la entrevista aplicada al personal administrativo del servicio de consulta externa del HNN, 2023.

Gráfico 11. Aumento de la cantidad de consultas por temporalidad según el criterio del personal médico del servicio de consulta externa del HNN, 2023.



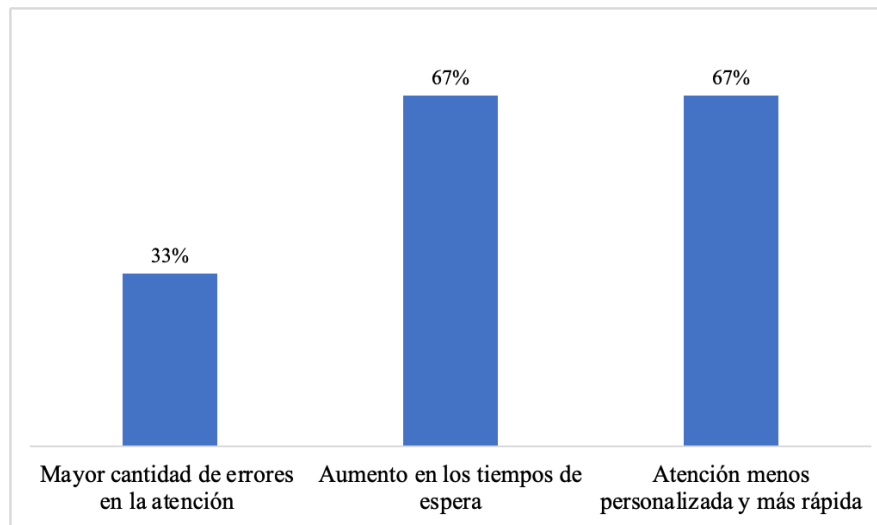
Fuente: Elaboración propia a partir de datos generados de la entrevista aplicada al personal médico del servicio de consulta externa del HNN, 2023.

En opinión de los médicos sí se percibe una mayor cantidad de pacientes en momentos específicos del año: el 25% reporta el invierno como la época con más afectación, que es el periodo comprendido entre mayo a noviembre. Resulta notorio que, de acuerdo con las declaraciones de la especialidad de genética, en septiembre recibe una mayor demanda de atención por un aumento en la tasa de nacimientos en este mes. Por su parte, es después del verano, que abarca el periodo de diciembre a abril, que el personal administrativo considera que se experimenta la mayor demanda por parte de pacientes. En este sentido, el aumento de pacientes se da, para los administrativos, después de los periodos vacacionales.

Si se observan los datos reflejados en el gráfico 10, personal administrativo y médico coincide en un posible patrón de aumento de consulta en el periodo posterior a las vacaciones. Este aumento, que puede o no coincidir con los cambios estacionales, sin duda está modificado por factores geográficos (vive en la costa o en tierras altas de montaña), factores sociológicos (ambiente de crianza de los hijos, familia integrada funcional o disfuncional, etc.) y económicos. También los factores históricos se deben considerar a la hora de explicar esta percepción.⁴

⁴ Nos referimos a realidades como la inmigración, entre otros.

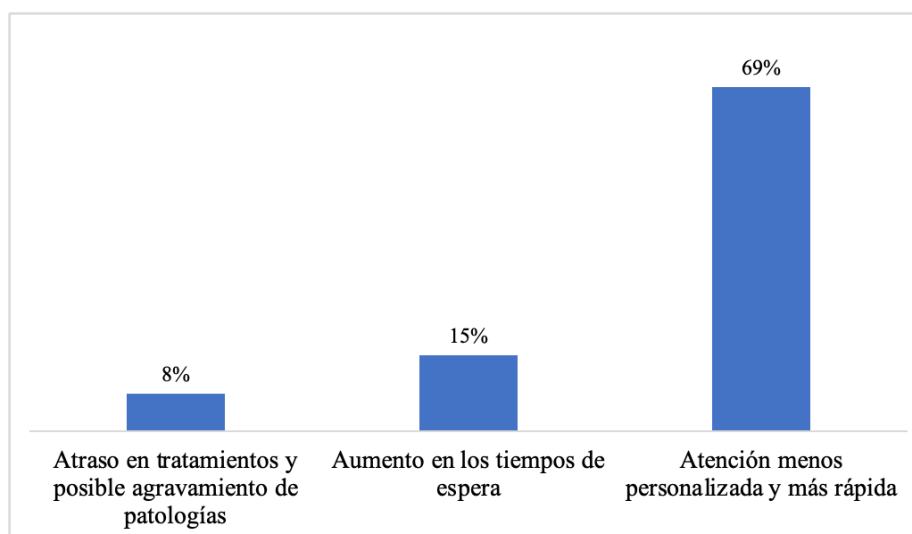
Gráfico 12. Impacto en la calidad de atención que reciben los usuarios del servicio de consulta externa del HNN según los funcionarios administrativos 2023.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos generados de la entrevista aplicada al personal administrativo del servicio de consulta externa del HNN, 2023.

En cuanto al efecto que se percibe sobre la calidad de la atención al paciente, los tres efectos directos, según el personal administrativo, son: un aumento en los errores en la atención (33%), un aumento en los tiempos de espera (67%) y un deterioro en la calidad de atención, ya que por la reducción del tiempo con el paciente la cita se vuelve impersonal (67%). En los gráficos 12 y 13 se puede comparar ambas opiniones.

Gráfico 13. Impacto en la calidad de atención que reciben los usuarios del servicio de consulta externa del HNN según el personal médico, 2023.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos generados de la entrevista aplicada al personal médico del servicio de consulta externa del HNN, 2023.

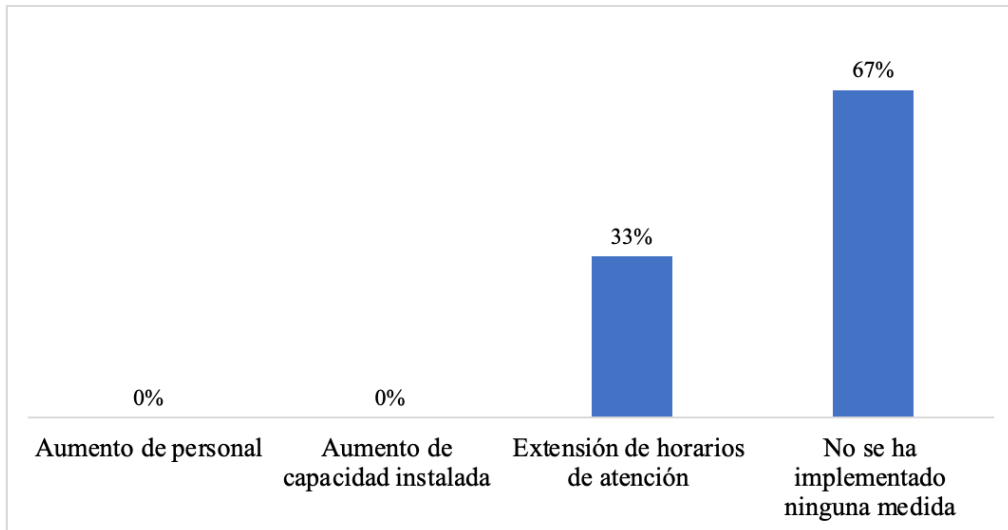
Los resultados de la investigación sugieren que la principal debilidad percibida de la calidad de la CE es la atención rápida y despersonalizada que, dicho sea de paso, no solo sucede en el HNN, ya que esto también se evidencia en el resto de los hospitales de nuestro sistema de seguridad social. Como se ve en el gráfico 13, el 69% del personal médico y el 69% de los administrativos consideran que los pacientes están recibiendo una atención menos personalizada y más rápida al contar con poco tiempo disponible para consulta. Debe tenerse presente la tensión que se generó por la iniciativa de rebajar el tiempo del acto médico de 15 minutos a 12 minutos por consulta. Hoy en día tanto las autoridades del Ministerio de Salud como las de la CCSS mantienen el patrón de cuatro pacientes por hora de labor, y en el caso de las especialidades se ha fijado en 20 minutos por consulta⁵. No obstante, los recargos por el exceso de pacientes inciden en una cita apresurada aun en un hospital especializado.

Está claro para las autoras que la administración hospitalaria es un tema complejo que incluye elementos internos, como los que se consideran en esta tesis, con aspectos de política nacional y circunstancias internacionales, por no mencionar los

⁵ Esto se ha tratado ya en esta tesis.

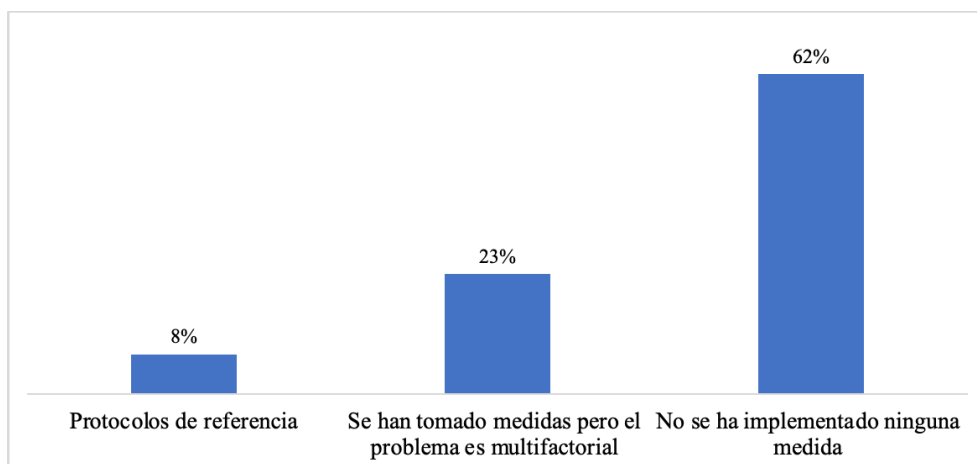
intereses de los diferentes grupos de poder de la sociedad costarricense. Es en este contexto de interrelaciones múltiples, la información que se ilustra en los siguientes dos gráficos se debe interpretar.

Gráfico 14. Medidas implementadas para agilizar las listas de espera en el servicio de consulta externa del HNN según el criterio de los funcionarios administrativos, 2023.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos generados de la entrevista aplicada al personal administrativo del servicio de consulta externa del HNN, 2023.

Gráfico 15. Medidas implementadas para agilizar las listas de espera en el servicio de consulta externa del HNN según el criterio del personal médico, 2023.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos generados de la entrevista aplicada al personal médico del servicio de consulta externa del HNN, 2023.

La mayoría del personal administrativo del HNN que labora en el servicio de consulta externa considera que la institución no ha implementado ninguna medida para solventar las largas listas de espera que enfrentan en algunas especialidades, opinión que concuerda con lo manifestado por los médicos, ya que un 62% manifiesta que efectivamente no se han implementado medidas para enfrentar la problemática de saturación. Esta misma opinión es expresada por el 67% del personal administrativo que se entrevistó.

4.3 Resultados tercer objetivo específico

Como aporte de la investigación desarrollada en el servicio de consulta externa del HNN se propone el siguiente lineamiento teórico para implementar un modelo integral de trabajo hospitalario que procure aumentar la calidad de la atención al paciente. Con esto no pretendemos decir algo nuevo, de hecho, existen muchos elaborados dentro de la ciencia de la administración hospitalaria. Lo que sí proponemos es desarrollar un enfoque integrador que estimule el factor sinergia, integrando los descubrimientos directos e indirectos de la tesis. Desde la antigüedad los pensadores, aun de diferentes tendencias de pensamiento, reconocieron el valor del apoyo mutuo como un factor importante para la construcción de grupos humanos consolidados. Por lo general, los escritos parten de una consideración cuidadosa del potencial de las demás personas para proceder a la emisión de un mensaje de estímulo que se traduzca en obras concretas. Esta es la esencia del concepto sinergia.

Esta palabra se da a conocer por la divulgación por parte de los administradores de empresas y los especialistas en la motivación y del ahora popular servicio de coaching. En su sentido básico, sinergia denota la unión de los esfuerzos de dos o más personas con el fin de aumentar sus posibilidades para alcanzar sus objetivos. En su origen la palabra proviene del verbo griego *synergeoo* que significa colaborar.⁶ Una simple expresión matemática nos permite visualizar el efecto de la sinergia en términos del trabajo en equipo:

⁶ Cf. Balz, Host y Schneider, Gerhard. (2002). Diccionario exegético del N.T., vol. II. Salamanca: Ediciones Sígueme, pp. 1548, 1585. Es significativo que la preposición griega *syn* tiene el significado de “con” y conlleva la idea de lo que hay en común al ser o al actuar.

$$2 \times 2 \times 2 \times 2 = 16$$

En esta operación matemática cada factor añade un efecto multiplicador que incide en el resultado final. Supongamos que uno de los factores se reduce a la mitad, el resultado sería el siguiente:

$$2 \times 1 \times 2 \times 2 = 8$$

Ahora bien, si uno de los factores es cero entonces el resultado sería: $2 \times 2 \times 2 \times 0 = 0$

Esto es una simple ilustración del efecto que tiene la colaboración en el trabajo de equipo, y como un hospital es un gran equipo de trabajo, la sinergia es un factor fundamental para el buen desempeño. La colaboración que requiere todo equipo supone el aporte de las mejores cualidades de los diferentes miembros, así como de su mejor disposición para crear un clima laboral que garantice el óptimo desempeño con el que se espera alcanzar las metas propuestas. En el caso de un centro médico sería una atención de calidad a los pacientes y a sus familias. Y no se puede hablar de sinergia si un grupo no comparte una misma visión y una misma identidad institucional.

La evidencia reunida por la investigación a lo interno del HNN indica que los elementos que interactúan en su dinámica de trabajo, lo mismo que en cualquier otro hospital, son los siguientes:

- El personal médico
- El personal administrativo
- La gerencia médica
- Los pacientes.

Por una directriz de la UIA no se autorizó a las autoras el acceso al trabajo con los pacientes, razón por la cual la recopilación de la información se obtuvo de los médicos, de las secretarías y de la gerencia médica del hospital. Es así como en la constitución del ambiente de trabajo intrahospitalario el aporte de cada uno de los elementos indicados tiene el efecto de multiplicar la efectividad de los otros, dinámica que se puede expresar como: $M \times Se \times GM = AC$. En donde M se refiere a los médicos, Se indica a las secretarías, GM es la gerencia médica y AC indica la atención de calidad.

El aporte teórico de esta tesis para la elaboración de un modelo de mejora de la gestión del servicio de CE, que aumente la AC al paciente, consiste en considerar cada elemento

mencionado y generar un espacio de diálogo que permita la retroalimentación continua y responsable, y estimular el buen desempeño de cada uno de ellos en el desarrollo de los diferentes procesos que existen en la vida de un hospital. Mucho del trabajo se ha realizado de forma “desconectada” y por lo tanto no ha existido una adecuada perspectiva de tarea integral. Esto no es de sorprender en tanto que es un triste reflejo de lo que ocurre a nivel país⁷.

La formulación $M \times Se \times GM = AC$ indica la relación multiplicadora de la colaboración laboral
--

Para las autoras de esta tesis es crucial que la opinión del cuerpo de secretarias se escuche y se le dé seguimiento, ya que ellas son las que ven a diario cuáles son las deficiencias que no se han resuelto y que obstaculizan el buen funcionamiento del servicio de consulta externa (CE). Asimismo, el personal médico tiene una opinión muy importante en cuanto a qué se debe hacer para que los pacientes puedan ser atendidos con calidad. Si no existe un diálogo permanente y responsable entre los actores de trabajo de un hospital, se pierde el respeto y la motivación y las tareas se ejecutan por inercia. La GM del HNN ha desarrollado un buen trabajo, pero se puede mejorar mucho más y para esto proponemos el fortalecimiento, tal como ya se indicó, de un diálogo permanente y responsable que escuche, aunque lo no le guste, y dé seguimiento pronto y cumplido a las mejoras solicitadas según los recursos propios del hospital y de la CCSS.

En el caso de los pacientes su participación es la de percepción de lo que sucede en el servicio de CE, ya sea que comprenda o no la dinámica en cuestión, la percibe y la interpreta. También el paciente experimenta de forma directa la situación de este servicio, ya sea por los tiempos de espera por una cita o por el tiempo que debe permanecer en el hospital el día de su cita. Sin embargo, el paciente, y en el caso del HNN, el familiar del paciente pediátrico, también divulga su opinión; especialmente cuando los ánimos están caldeados y se habla más con las emociones al tope que con la razón.

El establecimiento de un puente de comunicación con la familia del paciente se presenta como un factor relevante para favorecer el bienestar del paciente que recibe la atención del especialista tratante. Una manera práctica de proveer personal para realizar esta tarea sin aumentar el presupuesto general del hospital es el recurso de los TCU. El

⁷ Piénsese en las quejas ciudadanas de trabajos que varias instituciones o ministerios de este país ejecutan en un mismo espacio, y destruyen el trabajo recién realizado por otra entidad al dejar el lugar en peores condiciones de como estaba.

HNN puede coordinar con las diferentes escuelas de medicina que operan en la GAM para organizar los grupos de trabajo de los estudiantes y poner a trabajar una unidad semejante a un servicio de *call center* específico que contribuya a superar las dificultades de una plataforma como el EDUS no siempre funciona como debiera. Con la creación de este nuevo servicio se puede obtener información valiosa en tiempo real para el debido procesamiento por parte de las autoridades del hospital. Además, los familiares de los pacientes podrán alzar su voz de forma constructiva por medio de un canal que puede ser más eficiente y funcional que el tradicional buzón de sugerencias.

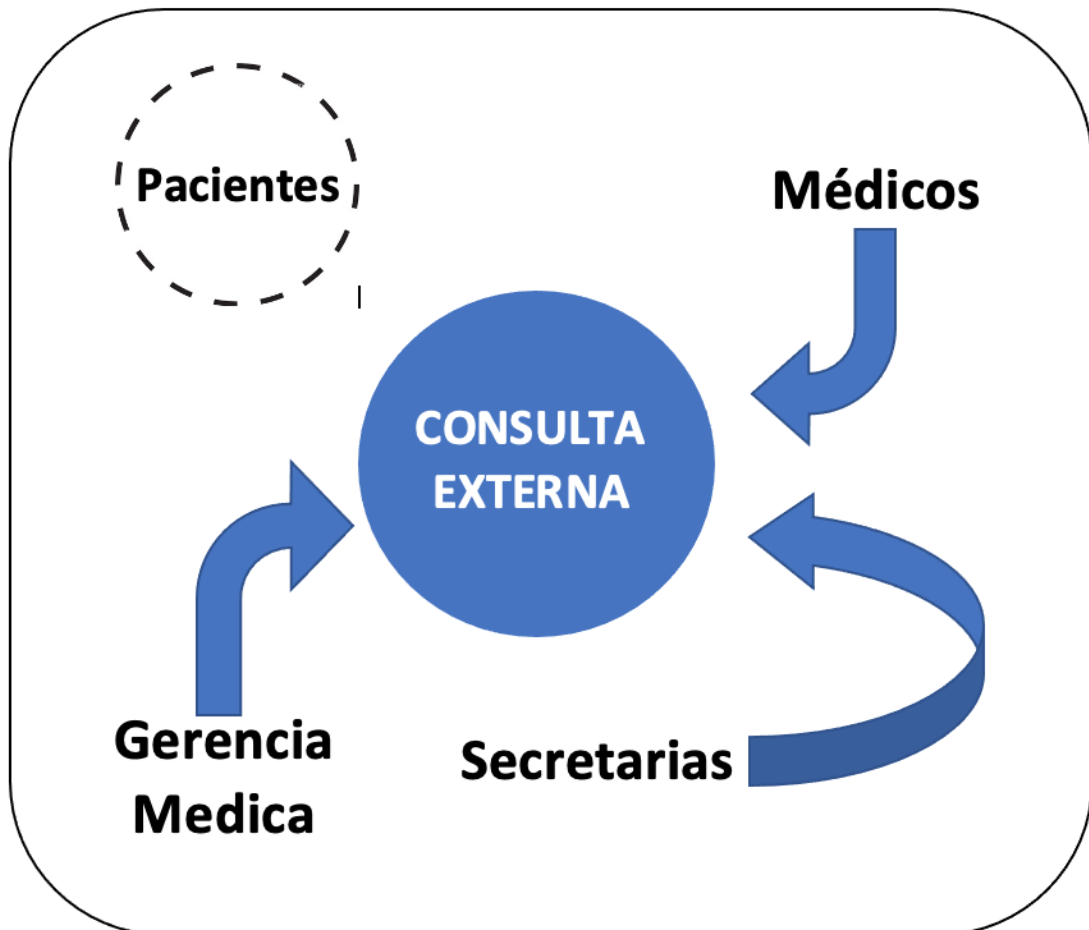
Además de lo ya dicho se debe tener presente que el HNN, así como cualquier otro centro médico, existe en un determinado contexto geográfico en el que permean fuerzas sociales, económicas y políticas que interactúan al imprimir un matiz particular a la existencia de este. En el caso del centro médico en estudio, dado que es un hospital especializado, el servicio de CE recibe los pacientes referidos por los niveles previos de atención médica. Esta relación se puede ilustrar con círculos concéntricos. Así desde el primer círculo (la red de EBAIS), pasando por los hospitales periféricos y los hospitales de clase A, se genera una fuerza de empuje del volumen de pacientes que se aproximan en busca de una cita y que una vez conseguida serán atendidos regularmente en CE por lo que dure su tratamiento y según evolucione la patología que los llevó a esta institución de salud. Es en este proceso de avance que se debe fortalecer a los médicos generales de los niveles primarios para que sus habilidades de referencia sean mejoradas, de modo que se envíen al HNN los casos que efectivamente requieran un especialista.

La matriz básica de nuestro modelo de atención en CE concede un lugar de relevancia a las opiniones de los médicos, las secretarías y de la gerencia médica. De manera que con un adecuado estímulo al personal médico y administrativo; y por medio de una diálogo permanente y responsable las directrices de la gerencia puedan ser recibidas y ejecutadas de forma expedita permitiendo alcanzar un nivel óptimo de desempeño. Es sabido que un personal satisfecho y motivado será más productivo que aquellos trabajadores que se sienten incómodos en su ambiente laboral.

La siguiente figura corresponde a la conceptualización de la relación que existe entre los elementos fundamentales de la dinámica del servicio de CE del HHN. Nuestro trabajo resalta el papel del personal administrativo, que como ya se ha afirmado, las

secretarias del servicio son testigos directas de lo que acontece en el día a día de la consulta externa. Su voz debe ser escuchada y valorada por los mandos médicos y de la gerencia médica de la institución.

Figura 2. Esquema de distribución de entrevistas aplicadas en el servicio de consulta externa del HNN.



Fuente: Elaboración propia.

Desde la perspectiva de la Gerencia Médica, los resultados que se han obtenido de la gestión del servicio de CE son positivos. Los pacientes deben esperar 90 días máximo para ser atendidos y, por lo tanto, en su opinión, no se puede decir que el servicio esté sobresaturado. Es posible que esta una de las causas por las que no se haya prestado mayor atención a este tema dentro de la comunidad científica costarricense.

Ahora bien, aun cuando la opinión de la Gerencia Médica pueda discrepar en algunos aspectos de la expresada por el personal del servicio, esto no quiere decir que se deba minimizar su importancia dentro del tejido laboral de CE.

CAPÍTULO V- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- En el continente americano no hay publicaciones recientes en las que se trate el tema de la sobresaturación de la consulta externa. A partir del 2010, la consulta externa no parece ser un tema de interés para los investigadores de la salud. Durante la pandemia por COVID-19, el foco de investigación se centró en la emergencia mundial.
- Las causas más significativas de la saturación del servicio de consulta externa del HNN son: falta de resolución del primer y segundo nivel de atención, mal manejo de protocolos de atención dentro del sistema de salud periférico y exceso de pacientes.
- La calidad de atención en la consulta externa del HNN está afectada por una atención rápida y despersonalizada, así como por largas listas de espera para poder acceder a citas en menos de 90 días.
- La jefatura del servicio de consulta externa del HNN no ha implementado una medida efectiva para enfrentar el fenómeno de largas listas de espera que se está reportando.
- No existe una adecuada referencia de pacientes al tercer nivel de atención por parte de la red periférica de la CCSS.

5.2 Recomendaciones

- La formación del personal médico, al igual que toda otra disciplina científica, debe estar en continuo proceso de actualización. A la luz de los hallazgos de la presente tesis, se recomienda el fortalecimiento de la Biblioteca del HNN por medio de la creación de una unidad de investigación adscrita a la misma y que aproveche las tecnologías de la comunicación para mantener un diálogo con los principales hospitales de Hispanoamérica y de la América Anglosajona.
- Es necesario fortalecer la atención pediátrica y que sea monitoreada por medio del equipo administrativo encargado del uso adecuado de los protocolos institucionales en el primer y segundo nivel de atención de la CCSS, con el propósito de disminuir la cantidad de pacientes que acuden al centro especializado.
- Considerar la posibilidad de implementar un horario vespertino con el fin de disminuir las listas de espera y prolongar el tiempo de consulta para que el médico tratante tenga el espacio suficiente para abordar y educar adecuadamente a los pacientes y los encargados.
- Incentivar a la Jefatura del servicio de consulta externa del HNN para que gestione la creación de un modelo de atención integral que sea contextual con la realidad y los recursos del hospital. Dicho modelo de gestión debe tomar en cuenta la opinión de los médicos especialistas, ya que ellos son los que están en el día a día con los pacientes. Una comunicación ágil y transparente unida a decisiones prontas y oportunas dirigidas a resolver las necesidades del personal médico y administrativo que se puede traducir en una mejora substancial en la atención a los pacientes. La implementación de una pre consulta puede disminuir la presión en la demanda de la consulta externa al valorar el caso antes de asignar una cita con un especialista.
- Se recomienda fortalecer las capacitaciones de los médicos generales de los centros periféricos.

CAPÍTULO VI- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calzada A, Chaves S, Kittzing W. Estudio epidemiológico de la consulta externa del Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera”. Acta pediátr. costirric [Internet]. 1997 [citado el 27 de Enero 2023]; 11(02):113-117. Disponible en <https://www.binasss.sa.cr/revistas/apc/v11n3/art5.pdf>
2. La defensoría de los habitantes [Internet]. San José, Costa Rica: La defensoría de los habitantes; 2012 [Consultado el 27 de Enero del 2023]. Informe especial Caja Costarricense de Seguro Social [3 pantallas aprox]. Disponible en <https://www.dhr.go.cr/index.php/transparencia/informes-anuales>
3. Jiménez C, Calzada, A. Análisis del centro de diagnóstico del Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera”. Acta pediátr. costirric [Internet]. 2001 [citado el 27 de Enero 2023]; 15(01):29-33. Disponible en https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00902001000100005
4. Caja Costarricense de Seguro Social [Internet]. San José, Costa Rica: CCSS; [Consultado el 30 de Enero 2023]. Estadísticas en Salud; [2 pantallas aprox]. Disponible en <https://www.ccss.sa.cr/estadisticas-salud>
5. Cordero Parra M. Hospital Nacional de Niños se encuentra “bastante saturado” por internamientos de COVID-19 y virus sincitial respiratorio. Semanario Universidad. 18 de Agosto del 2021: 1.
6. Ortiz M, Felizzola H. Diagnóstico de problemáticas asistenciales en clínicas y hospitales de Barranquilla. Rev. salud pública [Internet]. 2015 [citado el 27 de Enero 2023]; 18(4):592-604. Disponible en <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v18n4.43521>
7. Gobierno del Estado de Oaxaca [Internet]. Oaxaca de Juárez, México: Gobierno del Estado de Oaxaca; [Consultado el 29 de Enero 2023]. Sigue en ascenso la saturación de hospitales y casos activos en Oaxaca por COVIS-19; [1 pantalla aprox]. Disponible en <https://www.oaxaca.gob.mx/comunicacion/sigue-en-ascenso-saturacion-de-hospitales-y-casos-activos-en-oaxaca-por-covid-19-sso/>
8. Taype W, De la Cruz L, Amado J. Impacto del triaje estructurado en el haciamiento del servicio de emergencia de un hospital terciario. Rev. Cuerpo Med. HNAAA [Internet]. 2021 [citado el 27 de Enero 2023]; 14(4):491-495.

Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2227-47312021000500011&script=sci_arttext

9. Comisión Nacional de Emergencias [Internet]. San José, Costa Rica: CNE; [Consultado el 17 de Febrero del 2023]. Saturación hospitalaria persiste a pesar de disminución de casos [1 pantalla aprox]. Disponible en <https://www.cne.go.cr/noticias/2021/Saturacion%20hospitalaria%20persiste%20a%20pesar%20de%20disminucion%20de%20casos.aspx>
10. Teletica [Internet]. San José, Costa Rica: Teletica; [Consultado el 17 de Febrero del 2023]. CCSS: Estamos cerca de una saturación hospitalaria, nuevamente, por COVID-19 [1 pantalla aprox]. Disponible en https://www.teletica.com/nacional/ccss-estamos-cerca-de-una-saturacion-hospitalaria-nuevamente-por-covid-19_327426
11. Sistema Costarricense de Información Jurídica [Internet]. San José, Costa Rica: SCIJ; [Consultado el 1 de Febrero 2023]. Ley General de Salud; [2 pantallas aprox]. Disponible en http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=6581
12. Madrigal L. CCSS reporta 717 322 citas y procedimientos cancelados durante emergencia por COVID-19. Delfino CR [Internet]. 18 de Mayo del 2020 [Consultado el 17 de Febrero del 2023]. Disponible en <https://delfino.cr/2020/05/ccss-reporta-717-322-citas-y-procedimientos-cancelados-durante-emergencia-por-covid-19>
13. Timm N, Ho M, Luria J. Pediatric Emergency Department Overcrowding and Impact on Patient Flow Outcomes. ACAD EMERG MED [Internet]. 2008 [citado el 03 de febrero 2023]; 15(9):832-837. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18821860/>
14. Stang A, McGillivray D, Bhatt M, Colacone A, Soucy N, Léger R et al. Markers of Overcrowding in a Pediatric Emergency Department. ACAD EMER MED [Internet]. 2010 [citado el 03 de febrero 2023]; 17(2):151-156. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20370744/>
15. Arias J, Gonzalez C. Indicadores de eficacia en la consulta externa de un hospital pediátrico de tercer nivel. Rev Mes Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2006 [citado el 03 de febrero 2023]; 44(3):283-288. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745533016>

16. Taype W, Miranda D, Castro L, Amado J. Saturación y hacinamiento del servicio de emergencia de un hospital urbano. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2020 [citado el 03 de febrero 2023]; 20(2):216-221. Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2308-05312020000200216&script=sci_arttext
17. Doan Q, Wong H, Meckler G, Johnson D, Stang A, Dixon A et al. The impact of pediatric emergency department crowding on patient and health care system outcomes: a multicentre cohort study. CMAJ [Internet]. 2019 [citado el 03 de febrero 2023]; 191(23):627-635. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31182457/>
18. Type W, Chucas L, Rojas L, Amado J. Tiempo de espera para atención médica urgente en un hospital terciario después de implementar un programa de mejora de procesos. An Fac med [Internet]. 2019 [citado el 03 de febrero 2023]; 80(4):438-442. Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832019000400005
19. Llanos K, Pérez R, Málaga G. Infecciones nosocomiales en unidades de observación de emergencia y su asociación con el hacinamiento y la ventilación. REV PERU MED EXP SALUD PUBLICA [Internet]. 2020 [citado el 03 de febrero 2023]; 37(4):721-725. Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342020000400721&script=sci_arttext
20. Real Academia Española [Internet]. Madrid, España: RAE, 2023 [consultado el 20 de Marzo del 2013]. Disponible en <https://dle.rae.es/salud>
21. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; [consultado el 16 de Febrero del 2023]. La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución [1 pantalla aprox]. Disponible en <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
22. Hernández I, Gil M, Delgado M, Bolumar F. Manual de Epidemiología y Salud Pública para licenciaturas y diplomados en ciencias de la salud. 1era ed. Madrid: Médica Panamericana; 2005.
23. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Washington, Estados Unidos: OPS; [Consultado el 16 de Febrero 2023]. Salud del Niño [1 pantalla aprox]. Disponible en <https://www.paho.org/es/temas/salud-nino>

24. Recinto de Ciencias Médicas [Internet]. Puerto Rico: RCM; [consultado el 16 de Febrero del 2023]. ¿Qué es Salud Pública? [1 pantalla aprox]. Disponible en <https://sp.rcm.upr.edu/que-es-salud-publica/>
25. Vignolio J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch. Med Int [Internet]. 2011 [citado el 16 de Marzo del 2023]; 33(1):7-11. Disponible en http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003
26. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Washington, Estados Unidos: OPS; [Consultado el 16 de Marzo 2023]. Promoción de la Salud [1 pantalla aprox]. Disponible en <https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>
27. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Washington, Estados Unidos: OPS; [Consultado el 16 de Marzo 2023]. La atención de la salud [1 pantalla aprox]. Disponible en <https://salud.gob.ar/dels/entradas/la-atencion-de-la-salud>
28. Escuela clínica y de ciencias de la salud [Internet]. Tarragona, España: Escuela clínica y de ciencias de la salud; [Consultado el 17 de Marzo 2023]. ¿En qué consiste la atención sanitaria? [2 pantallas aprox]. Disponible en <https://escuelaclinica.com/antencion-sanitaria-importancia/>
29. Universidad de Buenos Aires [Internet]. Buenos Aires, Argentina: UBA; [Consultado el 17 de Marzo 2023]. Doce principios para la atención de la salud en cualquier sistema nacional de salud [1 pantalla aprox]. Disponible en http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/723_etica2/material/normativas/principios_atencion_salud.pdf
30. Enciclopedia de bioderecho y bioética [Internet]. País Vasco: Enciclopedia de bioderecho y bioética; [Consultado el 18 de Marzo 2023]. Atención sanitaria [3 pantallas aprox]. Disponible en <https://enciclopedia-bioderecho.com/voces/21>
31. Fresno C. Sistemas de atención de salud. Rev cubana Salud Pública [Internet]. 1996 [citado el 19 de Marzo del 2023]; 22(1):11-12. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661996000100006
32. Seguí M, Toledo E, Jiménez J. Sistemas de salud. Modelos. En: Martínez M. Conceptos de Salud Pública y estrategias preventivas. 1era ed. España: Elsevier; 2013. 419-424.

33. OPEM Universidades [Internet]. Madrid, España: OPEM Universidades; [Consultado el 20 de Marzo 2023]. Modelo y sistemas sanitarios. Qué son y en qué se diferencian [3 pantallas aprox]. Disponible en <https://www.opemuniversidades.com/2019/11/14/modelos-y-sistemas-sanitarios-que-son-y-en-que-se-diferencian/#>
34. González R, Fernández M, González M, Castro C, Vaillard E, Lezama G, Carrasco R. La calidad de la atención en salud. Oral suplemento. s.f; 1(1):3-20
35. Rodríguez A, Jarillo E, Casas D. Medwave [Internet]. 2018 [citado el 20 de Marzo del 2023]; 18(5):1-7. Disponible en <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/95042/el+tiempo+de+una+c+onsulta.pdf;jsessionid=FC5DF91F963532D264052544A76B6539?sequence=1>
36. Serra L. Trabajo en turnos, privatización de sueño y sus consecuencias clínicas y médico legales. Rev.méd.Clín.Las Condes [Internet]. 2013 [citado el 21 de Marzo del 2023]; 24(3):443-451. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864013701809>
37. Deschamps A, Olivares S, De la Rosa K, Asunsolo A. Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras. Med Secur Trab [Internet]. 2011 [citado el 21 de Marzo del 2023]; 57(224):224-241. Disponible en <https://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57n224/original3.pdf>
38. Islas G, Fragoso J, Orrico S, Flores M, Quiroz C, Sandoval A. Tiempo de espera en el primer nivel. Rev Med IMSS [Internet]. 2002 [citado el 22 de Marzo del 2023]; 40(5):421-429. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2002/im025j.pdf>
39. Fontova A, Juvinya D, Suñer R. Influencia del tiempo de espera en la satisfacción de pacientes y acompañantes. Rev Calidad Asistencial [Internet]. 2015 [citado el 22 de Marzo del 2023]; 30(1):10-16. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134282X1500007X>
40. Vargas I. Causas de referencia médica del primer nivel de atención a otros niveles de mayor complejidad. Rev.cienc.adm.financ.segur.soc [Internet]. 2002 [citado el 23 de Marzo del 2023]; 10(2):79-84. Disponible en https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592002000200008

41. Ministerio de Salud de Chile [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Salud de Chile; [Consultado el 23 de Marzo 2023]. Sistema de Referencia-Contrarreferencia [1 pantalla aprox]. Disponible en https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/9_NORMA-DE-REFERENCIA-Y-CONTRAREFERENCIA.pdf
42. Díaz J. La interconsulta y la referencia. Infomed [Internet]. 2005 [citado el 23 de Marzo del 2023]; 15(3):118-125. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300020
43. Caja Costarricense de Seguro Social. Guía para la gestión de los servicios de consulta externa. 1era ed. Costa Rica: CCSS; s.f.
44. Mejías Y, Cabrera N, Rodríguez M, Toledo A, Norabuena M. Bases legales de la calidad en los servicios de salud. Rev Cub Salud Publica [Internet]. 2013 [citado el 24 de Marzo del 2023]; 39(4):796-803. Disponible en <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2013.v39n4/796-803/es>
45. Caja Costarricense de Seguro Social. Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente. 1era ed. Costa Rica: CCSS; 2007
46. Kliegman R, ST Geme J, Blum N, Shah S, Tasker R, Wilson K. Nelson Tratado De Pediatría. 21st. Barcelona: Elsevier Inc; 2020.
47. Centro de Enfermedades Contagiosas [Internet]. Atlanta, Estados Unidos: CDC; [Consultado el 22 de Febrero 2023]. Pediatras [1 pantalla aprox]. Disponible en <https://www.cdc.gov/hearher/spanish/proveedores-atencion-medica/pediatras.html>
48. Coran A, Adzick N, Krummel T, Laberge J, Shamberger R, Caldamone. Pediatric Surgery. 7th ed. Philadelphia: Elsevier Inc; 2012.
49. Caja Costarricense del Seguro Social [Internet]. San José, Costa Rica: CCSS; 2021 [Consultado el 24 de Febrero 2023]. Disponible en: <https://www.ccss.sa.cr/arc/memoria-institucional/2021.pdf>
50. Caja Costarricense del Seguro Social [Internet]. San José, Costa Rica: CCSS; 2021 [Consultado el 28 de Febrero 2023]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/01/1411945/organizacion-y-establecimientos-de-salud-de-la-ccss-al-31-12-2021.pdf>

51. Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social [Internet]. San José, Costa Rica: BINASSS; 2004 [Consultado el 28 de Febrero 2023]. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/Gestión%20estratégica.pdf>
52. Martínez Leiva J, Segura Esquivel J, Parra Montañez G. Acciones y beneficios que proporciona la intervención del terapeuta ocupacional en la unidad de cuidados intensivos de adultos. *Rev Ter.* 2020;14(1):11-23.
53. SCRIBD [Internet]. San Francisco, California: SCRBD; [Consultado el 1 de Marzo 2023]. Historia de Medicina de Emergencia [1 pantalla aprox]. Disponible en <https://es.scribd.com/document/282212731/Historia-de-Medicina-de-Emergencia#>
54. Caja Costarricense del Seguro Social [Internet]. San José, Costa Rica; 2017 [Consultado el 21 de Abril 2023]. Disponible en: <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/658/Informeemergencias.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
55. Vásquez R, Luna C, Ramos C. EL TRIAGE HOSPITALARIO EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA. *Rev. Fac. Med. Hum.* 2019; 19(1): 90-100.
56. Caja Costarricense del Seguro Social. Catálogo de Definiciones de actividades de atención de los servicios de salud de la CCSS: Área de Consulta Externa. San José, Costa Rica: CCSS; 2012.
57. Contraloría General de la Republica [Internet]. San José, Costa Rica: CCSS; 2018 [Consultado el 23 de Abril 2023]. Disponible en: https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docs_cgr/2018/SIGYD_D_2018020883.pdf
58. Caja Costarricense del Seguro Social [Internet]. San José, Costa Rica: CCSS; 2022 [Consultado el 23 de Abril 2023]. Disponible en: <https://www.ccss.sa.cr/arc/auditoria/informes/AAS-071-2022.pdf>
59. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Documento de Consenso: Saturación de los Servicios de Urgencias. Estrategias para su reorganización. 1era ed. España: SEUP; s.f.
60. Restrepo J, Jaen S, Espinal J, Zapata P. Saturación en los servicios de urgencias: Analisis de cuatro hospitales de Medellín y simulación de estrategias. *Rev Gerenc Polít Salud* [Internet]. 2017 [citado el 25 de Marzo del 2023]; 17(34):1-15. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v17n34/1657-7027-rgps-17-34-00130.pdf>

61. Ceballos T, Velásquez P, Jaén J. Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. Rev. Gerenc. Polit. Salud [Internet]. 2014 [citado el 26 de Marzo del 2023]; 13(27):274-295. Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272014000200017
62. Moreno R, Martínez R. Eficiencia hospitalaria medida por el aprovechamiento del recurso cama en un hospital de segundo nivel de atención. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2015 [citado el 27 de Marzo del 2023]; 53(5):552-557. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im155j.pdf>
63. Repositorio Caja Costarricense del Seguro Social [Internet]. San José, Costa Rica: CCSS; 2020 [Consultado el 25 de Abril 2023]. Disponible en: <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/3658/el-expediente-digital-unico-en-salud-de-la-caja-costarricense-de-seguridad-social.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=El%20edus%20naci%C3%B3n%20del%20a,la%20moderniza%2D%20ci%C3%B3n%20del%20servicio.>
64. Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud [Internet]. San José, Costa Rica: INCIENSA; 2018 [Consultado el 28 de Abril 2023]. Disponible en: https://www.inciensa.sa.cr/vigilancia_epidemiologica/informes_vigilancia/2018/Virologia/Informe%20Semestral%20Virus%20respiratorios%20SE%20.pdf
65. Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud [Internet]. San José, Costa Rica: INCIENSA; 2020 [Consultado el 28 de Abril 2023]. Disponible en: https://www.inciensa.sa.cr/vigilancia_epidemiologica/informes_vigilancia/2020/Virologia/20200910_SARS-CoV-2_wgs_informe2.pdf
66. Ministerio de Salud [Internet]. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud; 2023 [Consultado el 29 Abril 2023]. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/60-noticias-2023/1532-salud-reporta-un-aumento-del-65-9-de-notificacion-por-enfermedad-renal-cronica-para-el-2022#:~:text=Según%20datos%20preliminares%20de%20la,por%20100.000%20habitantes%20en%20elhttps://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/6>

0-noticias-2023/1532-salud-reporta-un-aumento-del-65-9-de-notificacion-por-enfermedad-renal-cronica-para-el-2022#:~:text=Según%20datos%20preliminares%20de%20la,por%20100.000%20habitantes%20en%20el

67. Ministerio de Salud [Internet]. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud; 2023 [Consultado el 29 Abril 2023]. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/60-noticias-2023/1517-salud-emite-lineamiento-general-para-la-vigilancia-de-la-influenza-aviar-de-alta-patogenicidad-en-humanos>
68. Véliz N, Peñaherrera M, Alcívar E, Acosta F, Ávila Y, Hernández S. Diagnóstico y tratamiento de infecciones gastrointestinales en niños. RECIMUNDO [Internet]. 2019 [citado el 1 de Abril del 2023]; 3(2):1021-1047. Disponible en <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/489/632>
69. Centro de Enfermedades Contagiosas [Internet]. Atlanta, Estados Unidos: CDC; [Consultado el 1 de Abril 2023]. La E.coli y la seguridad de los alimentos [1 pantalla aprox]. Disponible en <https://www.cdc.gov/foodsafety/es/communication/ecoli-and-food-safety.html>
70. Centro de Enfermedades Contagiosas [Internet]. Atlanta, Estados Unidos: CDC; [Consultado el 1 de Abril 2023]. La salmonella y los alimentos [1 pantalla aprox]. Disponible en <https://www.cdc.gov/foodsafety/es/communication/salmonella-and-food-sp.html>
71. Centro de Enfermedades Contagiosas [Internet]. Atlanta, Estados Unidos: CDC; [Consultado el 1 de Abril 2023]. Shigella [1 pantalla aprox]. Disponible en [https://www.cdc.gov/shigella/esp/general-information.html#:~:text=La%20shigelosis%20es%20una%20enfermedad,com%C3%BAAn%20en%20los%20Estados%20Unidos\)](https://www.cdc.gov/shigella/esp/general-information.html#:~:text=La%20shigelosis%20es%20una%20enfermedad,com%C3%BAAn%20en%20los%20Estados%20Unidos)
72. Centro de Enfermedades Contagiosas [Internet]. Atlanta, Estados Unidos: CDC; [Consultado el 1 de Abril 2023]. Yersinia enterocolitica (yersiniosis) [1 pantalla aprox]. Disponible en <https://www.cdc.gov/yersinia/healthcare.html>
73. Centro de Enfermedades Contagiosas [Internet]. Atlanta, Estados Unidos: CDC; [Consultado el 1 de Abril 2023]. Rotavirus [1 pantalla aprox]. Disponible en <https://www.cdc.gov/rotavirus/clinical-sp.html#:~:text=La%20enfermedad%20por%20rotavirus%20est%C3%A1,p%C3%A9rdida%20del%20apetito%20y%20deshidrataci%C3%B3n>.

74. Murillo A, Castro J, Lucas E, Merchán K. Infección parasitaria por *Giardia lamblia* en infantes. RECIMUNDO [Internet]. 2017 [citado el 3 de Abril del 2023]; 1(5):860-870. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6732788>
75. Centro de Enfermedades Contagiosas [Internet]. Atlanta, Estados Unidos: CDC; [Consultado el 1 de Abril 2023]. *Giardia* [1 pantalla aprox]. Disponible en https://www-cdc-gov.translate.google.com/parasites/giardia/general-info.html?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=sc
76. Arrea Baixench C. Historia del Hospital Nacional de Niños ‘‘Dr. Carlos Sáenz Herrera’’. AMC. 2014; 56(3): 92-95.
77. Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social [Internet]. San José, Costa Rica: BINASSS; 1994 [Consultado el 03 de Mayo 2023]. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/hcr/n291994/art2.pdf>
78. Córdoba N. Demostración de la necesidad de crear un plan de información y educación, tanto al cliente interno como al externo acerca del uso adecuado y racional del Servicio de Emergencias del Hospital Nacional de Niños [Tesis de especialidad en administración de servicios de salud]. San José, Costa Rica: Instituto Centroamericano de Administración Pública; 2008.
79. Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social [Internet]. San José, Costa Rica: BINASSS; Hospital Nacional de Niños a cargo de la CCSS [Consultado el 10 de Abril 2023]. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/hospitales/art28.pdf>
80. Ministerio de Salud Pública. Modelo de atención para el Sistema Nacional de Salud. 1ra ed. República Dominicana. Ministerio de Salud Pública. 2017.
81. DELS [Internet]. Argentina: DELS; 2017 [consultado el 18 de Abril 2023]. Disponible en: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/la-atencion-de-la-salud>
82. Ocampo M, Betancourt V, Montoya J, Bautista D. Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. Rev. Gerenc. Polit. Salud [Internet]. 2013 [citado el 10 de Abril del 2023]; 12(24):114-129. Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272013000100008
83. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6ta ed. México: McGRAW-HILL; 2014.

84. Manterola C, Asenjo C, Otzen T. Jerarquización de la evidencia. Niveles de evidencia y grados de recomendación de uso actual. 2014; 31(6): 705-718
85. Calvo Gómez S. Universidad Internacional de las Américas. Normativa de citación Vancouver. Manual breve de citas y referencias bibliográficas para Ciencias de la Salud. San José, Costa Rica: UIA; 2022.
86. Carranza Cortés J. Application of information and communication technologies for the search of scientific information in the graduate of medical specialties. 2018; 30(1): 18-25.
87. Caja Costarricense de Seguro Social. Lista de Espera de Consulta Externa según especialidad. 1era ed. Costa Rica: CCSS; s.f.
88. Quiroz A, Oropeza M, Cendejas J, Rodríguez F, Reyes L, Feria G, et al. Recomendaciones para el manejo de los pacientes urológicos durante la pandemia por Covid-19 en México. RMU. 2020;80(3):1-16.
89. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Iatrogenia pandémica: la exclusión y el rezago en la atención médica, no COVID, en la Ciudad de México. 1ra ed. Mexico: CIESAS; 2022.
90. Peña MVM, Rangel AAK, Tamez MYA, de la Garza CS, Pérez RE. Enfrentando la pandemia por COVID-19: retos en ortopedia en un hospital universitario. Orthotips. 2023; 19 (1): 51-54.
91. Parra García JC, Roldán Tique PA, Torres Nossa MP. Impacto oculto de la pandemia por SARS-CoV-2. Un reto en pediatría. Pediatr. 2020;53(3):91-102.
92. Quintuña M. Factores asociados a la calidad de atención al paciente durante la pandemia por Sars-Cov-2/Covid -19. RECIMUN- DO. 2021;5(Especial 1): 118-125.
93. Gómez P, Rivera J. Un problema social: tiempos de espera en la consulta externa del Hospital Carlos Andrade Marín. Revista internacional de administración. 2019; (5): 121-145.
94. Revista Colombiana de Ortopedia y Traumatología. Manejo de pacientes de Ortopedia y Traumatología en el contexto de la contingencia por covid-19: revisión de conceptos actuales revisión de la literatura. (35). España: Elsevier; 2020
95. Paixão S, Caquel C, Godoy S, Bassetto L, Batista da Silva K, Ramos M. Patient absenteeism in outpatient consultations: an integrative literature review. USP. 2021; 55: 1-380.

96. Educação, saúde e sociedade. Estratégias para o enfrentamento do absentismo de pacientes em consultas e exames agendados pelos sistemas de saúde: uma revisão integrativa. 55. Rio de Janeiro: Eptaya; 2022.

CAPÍTULO VII- ANEXOS

Anexo 1. Clasificación de artículos consultados según nivel de evidencia

Autor/Revista/Año	Ref	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
Brandão R, Araújo C, Pinçaço da Costa R, Coelho P, Guimarães S, Barreiros M, et al.	⁹⁶	Estratégias para o enfrentamento do absentismo de pacientes em consultas e exames agendados pelos sistemas de saúde: uma revisão integrativa	Revisión bibliográfica	5	N/A	Revisión integrative con enfoque cualitativo, una vez realizado un levantamiento bibliográfico en los dos últimos años en las bases de datos LILACS, MEDLINE y SciELO.	Los artículos revelaron una multicausalidad de factores que generan el ausentismo los cuales son: tiempos de espera, los olvidos, las fallas en la comunicación y las barreras socioculturales.
Paixão S, Caquel C, Godoy S, Bassetto L, Batista da Silva K, Ramos M.	⁹⁵	Patient absenteeism in outpatient consultations: an integrative literature review	Revisión bibliográfica	5	N/A	Revisión integrative de la literatura en las bases de datos PubMed, Embase, Scopus, Web of Science, CINAHL, Medline, LILACS, Biblioteca Virtual en Salud de la Secretaria de Salud del Estado de São Paulo e Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud, accedido a través del Portal Virtual de la Biblioteca en Salud.	Se encontraron un total de 767 artículos y se seleccionaron nueve y entre los motivos de ausencia predominó el olvido.
Quiroz A, Oropeza M, Cendejas J, Rodriguez F, Reyes L, Feria G, et al.	⁸⁸	Recomendaciones para el manejo de los pacientes urológicos durante la pandemia por Covid-19 en México.	Revisión bibliográfica	5	N/A	Revisión de artículos basados en recomendaciones nacionales e internacionales.	La evidencia emergente sugiere el uso de telemedicina para la atención de los pacientes, priorizar la atención médica por consulta

							externa
Muñoz R, Cortez R.	⁸⁹	Iatrogenia pandémica: la exclusión y el rezago en la atención médica, no COVID, en la Ciudad de México	Revisión bibliográfica	5	N/A	Investigación es cualitativa y se inscribe en la teoría fundamentada, ya que la intención fue aproximarse de manera exploratoria a un problema de salud nuevo.	A partir de sus especificidades se recomienda lo siguiente: Implementar un modelo de atención.
Peña V, Rangel A, Tamez Y, Castro S, Pérez E.	⁹⁰	Enfrentando la pandemia por COVID-19: retos en ortopedia en un hospital universitario	Revisión bibliográfica	5	N/A	Búsqueda sistematizada de información científica actualizada	La importancia de compartir las acciones que adopta cada hospital de acuerdo con sus circunstancias específicas así como su experiencia, ya que la pandemia genero cambios muy rotundos.
Parra J, Roldan P, Torres M.	⁹¹	Impacto oculto de la pandemia por SARS-CoV-2. Un reto en pediatría	Revisión bibliográfica	5	N/A	Revisión bibliográfica de tipo narrativo, revisión de la literatura a través de PubMed y directamente en buscadores como Google y Safari donde se obtuvo información de organizaciones internacionales en el periodo 2016-2020	Se seleccionaron 31 artículos de organizaciones internacionales que evalúan el impacto de la pandemia por COVID-19 en la población pediátrica, se necesita un cuidado interdisciplinario globalizado para impactar de manera positiva sobre la salud física y mental, la educación y la prevención de la violencia, contribuyendo al desarrollo integral en esta población.
Quintuña M.	⁹²	Factores	Revisión	5	N/A	La técnica	Se evidencian

		asociados a la calidad de atención al paciente durante la pandemia por Sars-Cov-2/ Covid-19.	bibliográfica			para la recolección de datos está constituida por materiales impresos, audiovisuales y electrónicos, estos últimos como Google Académico, PubMed, entre otros.	valores positivos en algunos de esos aspectos tanto para atenciones de pacientes externos o hospitalizados en áreas internas en los centros de salud.
Calixto L, Camacho F, Vergara E, Torres F, Mahecha T, González J, et al.	⁹⁴	Manejo de pacientes de Ortopedia y Traumatología en el contexto de la contingencia por covid-19: revisión de conceptos actuales revisión de la literatura.	Revisión bibliográfica	5	N/A	Se realizo una búsqueda de literatura en bases de datos (PUBMED y Scielo), instituciones gubernamentales de salud y sociedades científicas.	Se plantean recomendaciones para los distintos escenarios de la practica ortopédica: consulta externa, hospitalización, cirugía y urgencias
Gómez P, Rivera J.	⁹³	Un problema social: tiempos de espera en la consulta externa del Hospital Carlos Andrade Marín.	Revisión bibliográfica	5	N/A	Es un estudio cualitativo que se fundamenta en información primaria recopilada en entrevistas semiestructuradas a informantes clave, y en información secundaria relacionada con los procesos del hospital.	Los principales resultados se encuentra que existen problemas internos y externos, para lo cual se desarrolla una propuesta de reducción en el tiempo de espera.

Fuente: Elaboración propia

Anexo 2. Instrumento utilizado para la recolección de la información enviada al personal médico



UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGÍA

GUÍA DE ENTREVISTA

La siguiente entrevista se establece para analizar las causas de la saturación del servicio de consulta externa del Hospital Nacional de Niños y su impacto en la calidad de atención en los pacientes durante el segundo semestre del 2022.

El presente instrumento contiene preguntas relacionadas al tema indicado en el párrafo anterior, con el fin de llevar a cabo el proceso de investigación. Los datos recopilados serán de carácter confidencial.

Datos Generales

Especialidad:

1. ¿Cuántos años tiene de trabajar en consulta externa del HNN?

() 0 a 5 años

() 5 a 11 años

() Más de 11 años

2. ¿Cuál día a la semana? Cuantas horas atiende en consulta externa?

3. ¿Según su criterio cuales podrían ser las causas de la saturación de su servicio en consulta externa?

() Falta de personal

() Exceso pacientes

() Falta resolución primer y segundo nivel de atención

() Mal manejo protocolos de atención

() Poca oferta de especialistas

Otra:

4. ¿Considera usted que los cambios de estación afectan la cantidad de consultas que se reciben en el servicio?

Sí

No

Si su respuesta a la pregunta anterior es afirmativa ¿en cuál estación ha percibido mayor cantidad de pacientes y ¿por qué?

5. ¿Piensa usted que la saturación en su servicio de consulta externa tiene efectos sobre la calidad de atención que brinda a sus pacientes? ¿Cuáles serían los efectos más importantes que destacaría?

6. ¿Considera usted que la administración del hospital ha tomado medidas para solventar el problema y que opina acerca de esto?

Aumento de personal

Extensión de horarios de atención

Capacidad instalada en el hospital

No se ha implementado ninguna medida

7. ¿Si tuviera la oportunidad de ofrecer una solución a la saturación del servicio, ¿cuál sería?

Anexo . Instrumento utilizado para la recolección de la información enviada al personal administrativo



**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS
FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGÍA**

GUÍA DE ENTREVISTA

La siguiente entrevista se establece para analizar las causas de la saturación del servicio de consulta externa del Hospital Nacional de Niños y su impacto en la calidad de atención en los pacientes durante el segundo semestre del 2022.

El presente instrumento contiene preguntas relacionadas al tema indicado en el párrafo anterior, con el fin de llevar a cabo el proceso de investigación. Los datos recopilados serán de carácter confidencial.

Datos Generales

1. ¿Cuántos años tiene de trabajar en consulta externa del HNN?

() 0 a 5 años

() 5 a 11 años

() Más de 11 años

2. ¿Cuál día a la semana? Cuantas horas atiende en consulta externa?

3. ¿Según su criterio cuales podrían ser las causas de la saturación de su servicio en consulta externa?

()Falta de personal

()Exceso pacientes

()Falta resolución primer y segundo nivel de atención

()Mal manejo protocolos de atención

()Poca oferta de especialistas

Otra:

4. ¿Considera usted que los cambios de estación afectan la cantidad de consultas que se reciben en el servicio?
- () Sí
- () No

Si su respuesta a la pregunta anterior es afirmativa ¿en cuál estación ha percibido mayor cantidad de pacientes y ¿por qué?

5. ¿Piensa usted que la saturación en su servicio de consulta externa tiene efectos sobre la calidad de atención que brinda a sus pacientes? ¿Cuáles serían los efectos más importantes que destacaría?
6. ¿Considera usted que la administración del hospital ha tomado medidas para solventar el problema y que opina acerca de esto?
- () Aumento de personal
- () Extensión de horarios de atención
- () Capacidad instalada en el hospital
- () No se ha implementado ninguna medida
7. ¿Si tuviera la oportunidad de ofrecer una solución a la saturación del servicio, ¿cuál sería?