

CARACTERIZACIÓN DEL USO INADECUADO DEL SERVICIO DE URGENCIAS
POR PARTE DE LOS USUARIOS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE
GARZÓN HUILA, MAYO A SEPTIEMBRE DE 2009

ANDREA DEL PILAR TOVAR BARRERA
NATALIA CRISTINA RUIZ BOTELLO
YUDI SUSANA BENAVIDES COCA

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
Y SEGURIDAD SOCIAL
NEIVA – HUILA
2010

CARACTERIZACIÓN DEL USO INADECUADO DEL SERVICIO DE URGENCIAS
POR PARTE DE LOS USUARIOS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE
GARZÓN HUILA, MAYO A SEPTIEMBRE DE 2009.

ANDREA DEL PILAR TOVAR BARRERA
NATALIA CRISTINA RUIZ BOTELLO
YUDI SUSANA BENAVIDES COCA

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de Especialista
en Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social

Asesor
PEDRO REYES GASPAR
Médico Especialista en Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
Y SEGURIDAD SOCIAL
NEIVA – HUILA
2010

Nota de aceptación

Firma presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Agosto de 2010

DEDICATORIA

Dedicamos la realización de esta investigación a nuestras familias, amigos y compañeros que tanto nos han apoyado en su realización.

Andrea del Pilar

Natalia Cristina

Yudi Susana

AGRADECIMIENTOS

Las autores expresan sus agradecimientos a:

A la Universidad Sur colombiana por el respaldo académico a la investigación.

Al Doctor Pedro Reyes Gaspar, MD, Especialista en Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social y Coordinador de la Especialización de Gerencia en Servicios de Salud y Seguridad Social, por su incondicional apoyo a nuestra investigación y por su gran apoyo en la terminación de esta etapa profesional.

A los directivos, usuarios y personal administrativo del Hospital San Vicente de Paul de Garzón Huila.

A cada una de las personas que participaron en esta investigación.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	15
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
2. JUSTIFICACIÓN	20
3. ANTECEDENTES	23
4. OBJETIVOS	25
4.1 OBJETIVO GENERAL	25
4.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS	25
5. MARCO TEORICO	27
6. DISEÑO METODOLOGICO	45
6.1 TIPO DE ESTUDIO	45
6.2. LUGAR	45
6.3 POBLACION Y MUESTRA	45
6.3.1 Población	45
6.3.2 Muestra	45
6.4 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	47
6.5 TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS	51
6.6 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION	51

	Pág.
6.6.1 Prueba Piloto	51
6.7 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION	51
6.8 PLAN DE ANALISIS DE RESULTADOS	51
6.9 CONSIDERACIONES ETICAS	52
7. RESULTADOS	53
7.1 RAZONES POR LAS CUALES LOS USUARIOS ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS EN VEZ DE UTILIZAR EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.	53
7.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS USUARIOS QUE CONSULTARON EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DEL MUNICIPIO DE GARZÓN ENTRE MAYO Y SEPTIEMBRE DE 2009.	55
7.3 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS USUARIOS QUE CONSULTARON DE MANERA INADECUADA AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DEL MUNICIPIO DE GARZÓN ENTRE MAYO Y SEPTIEMBRE DE 2009.	59
7.4 DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESPECIALIDAD REQUERIDA DE LOS USUARIOS QUE CONSULTARON EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DEL MUNICIPIO DE GARZÓN ENTRE MAYO Y SEPTIEMBRE DE 2009.	63
7.5 OPORTUNIDAD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DEL MUNICIPIO DE GARZÓN ENTRE MAYO Y SEPTIEMBRE DE 2009.	64

	Pág.
7.6 DESCRIPCIÓN FÍSICO FUNCIONAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DEL MUNICIPIO DE GARZÓN ENTRE MAYO Y SEPTIEMBRE DE 2009.	65
7.7 CONDICIONES EN LAS QUE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL VIENE ADMINISTRANDO, EVALUANDO Y CONTROLANDO EL SERVICIO DE URGENCIAS Y DE CONSULTA EXTERNA	66
7.8 DEBILIDADES QUE AFRONTA EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO.	66
7.9 CONDICIONES EN QUE LA OFICINA DE ATENCION AL USUARIO VIENE ORIENTANDO Y CAPACITANDO A LOS USUARIOS	67
7.10 IDENTIFICACION DE POLITICAS Y ESTRATEGIAS QUE VIENE IMPLEMENTANDO EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL PARA OPTIMIZAR EL SERVICIO DE URGENCIAS.	68
8. DISCUSIÓN	69
9. CONCLUSIONES	71
10 RECOMENDACIONES	73
BIBLIOGRAFÍA	75
ANEXOS	76

LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Distribución del género según grupo de edad de los usuarios que consultaron el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre Mayo y Septiembre de 2009.	56
Tabla 2	Distribución del género según grupo de edad de los usuarios que consultaron el servicio de urgencias de manera inadecuada del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre Mayo y Septiembre de 2009.	61
Tabla 3	Distribución según especialidad requerida de los usuarios que consultaron el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre Mayo y Septiembre de 2009.	63
Tabla 4	Principales diagnósticos por los que acuden los pacientes al servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre Mayo y Septiembre de 2009 con el fin de evaluar la pertinencia de dicha atención.	63
Tabla 5	Tiempo promedio de atención en la consulta de urgencia del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre Mayo y Septiembre de 2009.	64
Tabla 6	Estructura físico funcional del servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre Mayo y Septiembre de 2009.	65
Tabla 7	Asignación de turnos para el personal idóneo en el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre Mayo y Septiembre de 2009.	65
Tabla 8	Personal de apoyo en el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre Mayo y Septiembre de 2009.	66

LISTA DE GRAFICAS

		Pág.
Gráfica 1	Distribución de los usuarios según el mes en que consultaron el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre Mayo y Septiembre de 2009.	55
Gráfica 2	Distribución de los usuarios según el día de la semana en que consultaron el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre Mayo y Septiembre de 2009.	55
Gráfica 3	Distribución de los usuarios según la hora en que consultaron el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre Mayo y Septiembre de 2009.	56
Gráfica 4	Distribución de los usuarios que consultaron el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre Mayo y Septiembre de 2009 según zona de procedencia.	57
Gráfica 5	Distribución de los usuarios que consultaron el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre Mayo y Septiembre de 2009 según régimen de salud.	57
Gráfica 6	Distribución de los usuarios que consultaron el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre Mayo y Septiembre de 2009 según clasificación del TRIAGE.	58
Gráfica 7	Distribución según plan de manejo de los usuarios que consultaron el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre Mayo y Septiembre de 2009.	59

	Pág.	
Gráfica 8	Distribución de los usuarios que consultaron de forma inadecuada el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre Mayo y Septiembre de 2009 según clasificación del TRIAGE.	59
Gráfica 9	Distribución según el mes en que los usuarios consultaron de manera inadecuada el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre Mayo y Septiembre de 2009.	60
Gráfica 10	Distribución de los usuarios que consultaron el servicio de urgencias de manera inadecuada del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre Mayo y Septiembre de 2009 según el día.	60
Gráfica 11	Distribución de los usuarios que consultaron el servicio de urgencias de manera inadecuada del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre Mayo y Septiembre de 2009 según la hora.	61
Gráfica 12	Distribución según lugar de procedencia de los usuarios que consultaron el servicio de urgencias de manera inadecuada del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre Mayo y Septiembre de 2009.	62
Gráfica 13	Distribución según régimen de salud de los usuarios que consultaron de manera inadecuada el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre Mayo y Septiembre de 2009.	62

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
Anexo A	Instrumento para identificar las razones que inciden en que los usuarios acudan al Servicio de Urgencias.	77
Anexo B	Instrumento para recolección de información para caracterizar el uso del Servicio de Urgencias.	78
Anexo C	Resultados de encuesta a usuarios que consultaron el servicio de urgencias del hospital San Vicente de Paul de Garzón Huila. Mayo a Septiembre de 2009.	79

RESUMEN

La Unidad de Urgencias es un área neurálgica que demanda gran inversión de los costos generales del Hospital San Vicente de Paúl de Garzón Huila, pues debe cumplir con los criterios de habilitación, recursos tecnológicos y personal idóneo para con la atención a pacientes que sufren heridas o enfermedades agudas y que a menudo requieren una actuación inmediata.

Los especialistas y personal de apoyo que laboran en ésta área trabajan en turnos para cubrir las 24 horas del día que debe estar disponible la unidad. Los médicos que se ocupan de las urgencias son especialistas preparados para tratar un amplio número de afecciones, desde heridas menores e infecciones hasta paros cardiacos y otros estados graves, con el objetivo de prestar asistencia rápida para estabilizar su estado antes de ser enviados a una unidad específica del hospital, donde recibirán una asistencia especializada.

Los altos costos que demanda el servicio de urgencias y la inadecuada utilización que los usuarios hacen de él pone en riesgo la estabilidad administrativa del Hospital; por tanto, el caracterizar las conductas inadecuadas que realiza esta población arroja elementos importantes para formular estrategias de eficacia y aumentar la competitividad.

Los principales factores que inciden en el congestionamiento y uso inadecuado del servicio de urgencias son la deficiencia de la oportunidad en la consulta externa de primer nivel de acuerdo a la demanda, mejorando el acceso a la población del área rural; falta de programas de promoción y prevención de acuerdo a las patologías más frecuentes presentadas en la población según factores climáticos especialmente enfermedades respiratorias y afecciones dermatológicas. Es pertinente unificar los criterios de TRIAGE para la clasificación de la prioridad de la atención.

Con la clasificación de estos factores, la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Garzón Huila, tiene herramientas para realizar el proceso de transformación y modernización que el sector salud exige dentro del nuevo marco constitucional, aplicando el concepto de Gerencia en Salud.

PALABRAS CLAVES: Servicios de Urgencias, TRIAGE, prioridad.

SUMMARY

The Unit of Urgencies is a neuralgic area that demands great investment of the general costs of the Hospital San Vicente of Paúl of Garzón Huila, because it should fulfill the qualification approaches, suitable technological and personal resources towards the attention to patients that suffer wounded or sharp illnesses and that often they require an immediate performance.

The specialists and personal of support that work in this area they work in shifts to cover the 24 hours of the day that it should be available the unit. The doctors that are in charge of of the urgencies are specialist prepared to treat a wide number of affections, from smaller wounds and infections until heart unemployment's and other serious states, with the objective of lending quick attendance to stabilize their state before being correspondents to a specific unit of the hospital, where they will receive a specialized attendance.

The high costs that it demands the service of urgencies and the inadequate use that the users make of him put in risk the administrative stability of the Hospital; therefore, characterizing the inadequate behaviors that this population carries out throws important elements to formulate strategies of effectiveness and to increase the competitiveness.

The main factors that impact in the congestion and inadequate use of the service of urgencies are the deficiency of the opportunity in the external consultation of first level according to the demand, improving the access to the population of the rural area; it lacks of promotion programs and prevention according to the most frequent pathologies presented especially in the population according to climatic factors breathing illnesses and affections dermatology. It is pertinent to unify the approaches of TRIAGE for the classification of the priority of the attention.

With the classification of these factors, the THAT Hospital San Vicente of Paúl of Garzón Huila, has tools to carry out the transformation process and modernization that the sector health demands inside the new constitutional mark, applying the concept of Management in Health.

KEY WORDS: Services of Urgencies, TRIAGE, priority.

INTRODUCCIÓN

El Servicio de Urgencias, según el decreto número 0412 de 1992, por el cual se reglamenta parcialmente los servicios de urgencias en Colombia, es definido como la unidad que en forma independiente o dentro de una institución prestadora de servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto físicos, humanos y de dotación que permiten la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de Salud para esa unidad¹.

Se considera Urgencia a toda aquella “alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte”², sin embargo se encuentra en algunos centros que no todos los pacientes que recurren a dicho servicio lo hacen por patologías en las que se encuentra comprometida su vida, influyendo de manera importante en la calidad y oportunidad de la prestación del servicio.

En el medio la consulta incorrecta del Servicio de Urgencias no ha sido evaluada, por lo que surgió la necesidad de realizar la presente investigación con el objetivo de caracterizar el uso inadecuado del Servicio de Urgencias en el Hospital San Vicente de Paul de Garzón Huila.

Este estudio abarca 10 pasos; el primer numeral comprende el planteamiento de la situación problemática y la definición respectiva mediante su formulación, como segundo punto aparece la justificación explicando la importancia del desarrollo del presente estudio como una contribución al mejoramiento de la calidad de la prestación del servicio, el tercer punto hace referencia a los antecedentes nacionales e internacionales de estudios similares al presente, como cuarto punto se formulan los objetivos que se constituyen en la líneas directrices durante todo el proceso de la investigación, donde el objetivo principal es caracterizar el uso del servicio de urgencias por parte de los usuarios del Hospital San Vicente de Paúl del Municipio de Garzón en el periodo comprendido entre Mayo y Septiembre de 2009, con el propósito de optimizar el servicio a la población que realmente lo requiera en condiciones de eficiencia, eficacia y efectividad; la quinta enumeración corresponde al fundamento teórico que los diversos científicos brindan para

¹ Decreto 412 de 1992. En: Diario oficial No.40.368, marzo 6 de 1992.

² VALENCIA SIERRA, Marta L. Acceso a los Servicios de Urgencias en Medellín, 2006. En: Rev. salud pública vol.9 No.4 Bogotá Oct. /Dec. 2007. Disponible en internet: <http://www.scielo.org.co/scielo.php>

estudios posteriores, que en este caso sustenta, valida los hallazgos y conclusiones de la investigación; como sexto punto, se desarrolla y exponen los métodos, instrumentos y técnicas a las cuales se recurrieron para recolectar, organizar y analizar los datos es decir todo el diseño metodológico aplicado; como séptimo punto, se presentan y discuten los resultados a la luz de las diversas teorías científicas; en el octavo numeral se expone la discusión, en el punto nueve se declaran las conclusiones a las cuales se han arribado y se anotan algunas sugerencias que surgen como consecuencia del trabajo a lo largo del proceso investigativo, al realizar la lectura del texto se observara el punto decimo el cual hace referencia a las recomendaciones citadas por las autoras, dichas recomendaciones emergieron gracias al desarrollo de la investigación, finalmente el soporte bibliográfico y los anexos son las ultimas paginas que hacen parte del siguiente apartado.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como urgencia "aquel evento o alteración física o mental que pone en riesgo la vida de una persona y que requiere atención médica inmediata", sin embargo se observa que un alto porcentaje de los usuarios que ingresan al servicio de urgencias, lo hacen por patologías que podrían ser manejadas por consulta externa, quitando el principio de oportunidad para recibir una atención oportuna a otro paciente cuya vida está en peligro.

La inadecuada utilización del servicio de urgencias, depende en un alto grado de relación con un sistema de atención primaria poco eficiente, no oportuna o producto de la falta de educación en salud de la población en general que puede hacer colapsar esta área de vital importancia para los usuarios que requieran de una atención inmediata.

Los principales factores que impulsan a la población a hacer uso inadecuado del servicio de urgencias son la demora en la asignación de citas médicas de consulta externa; de igual forma un mal diagnóstico o la restricción de procedimientos y exámenes diagnósticos conllevan inevitablemente a la saturación de los servicios de urgencias.

Dentro de las principales causas por las cuales se desarrolló la presente investigación se incluye la falencia del Hospital San Vicente de Paúl en cuanto a la falta de información relacionada con el número de consultas innecesarias que se presentan en el servicio de Urgencias, los diferentes factores que influyen en su presentación, falta de caracterización de dicha población y sobrecostos de estas atenciones.

Esta problemática impide que se tomen las medidas pertinentes para disminuir dichos eventos, si se tiene en cuenta que su manifestación puede afectar la calidad de la prestación de los servicios con el riesgo de dejar de atender pacientes que realmente necesitan una atención oportuna y rápida, aumentar los costos con respecto a la atención primaria, y generar una sobrecarga tanto para el personal médico como paramédico de la Institución.

Esta situación se torna grave si se tiene en cuenta que el hospital de Garzón es una ESE departamental de mediana complejidad que cubre la zona suroriental del Departamento y recibe pacientes remitidos de IPS de baja complejidad de sus municipios vecinos (Gigante, Agrado, Guadalupe, Tárqui, Pital, Altamira, Suaza, además de las ESE de baja complejidad del área urbana); esto indica que la población a su cargo es de aproximadamente 100.923 personas provenientes de

estos municipios más los 70.144 nativos del municipio, según los datos del último censo poblacional realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE.

Lo anterior concluye que el hospital San Vicente de Paul tiene aproximadamente a cargo 190.000 personas las cuales en cualquier momento pueden ingresar al servicio de urgencias en el caso que esta requiera o considere; cantidad elevada si se tiene en cuenta que el servicio cuenta con una capacidad instalada de 30 camillas, datos suficientes para motivar la investigación de esta problemática.

Por otra parte, las Instituciones prestadoras de servicios de Salud de carácter público del Departamento del Huila en su gran mayoría presentan limitaciones económicas preocupantes (entre ellos el Hospital San Vicente de Paul), en especial por el alto índice de cartera. Si a esto se le suma la prestación de servicios que podrían ser brindados por instituciones de otro nivel de complejidad cuando no se requiere la atención urgente, se encuentra que los sobrecostos se siguen presentando para la Institución y tarde o temprano la crisis económica aparecerá, lo cual se ha visto reflejado en el retraso de los salarios a los profesionales, a los proveedores, cancelación de contratos y falta de equipos e insumos suficientes para la prestación de los servicios.

En el hospital San Vicente de Paul no todos los pacientes que recurren a urgencias lo hacen por patologías en las que se encuentra comprometida su vida, también existen pacientes que acceden al servicio de urgencias y no son admitidos por considerarse la causa de consulta como no urgente concluyendo que es posible que las personas que están utilizando los servicios de urgencias para la atención de consultas no urgentes puedan estar haciéndolo como un sustitutivo de la atención en una consulta externa o programada considerando la atención de los servicios de urgencias más rápida y de más fácil acceso, sin tener en cuenta las consecuencias de su mal uso. En conclusión esta utilización inadecuada influye de manera importante en la calidad de la prestación del servicio del hospital.

Otra circunstancia que conlleva a la congestión del servicio de urgencias por la utilización inadecuada del usuario es la insatisfacción de la población con la atención y oportunidad en el servicio de consulta externa sobre todo para los entes privados y régimen excepcional porque el personal idóneo para la atención es escaso y por ende la citas limitadas; en el caso contrario se encuentra la ESE María Auxiliadora que es la única IPS de carácter público que presta el servicio a la mayor parte de los usuarios del régimen subsidiado con una oportunidad de 1 día; cuenta con trece médicos, ofrece servicios de consulta externa, promoción y prevención, no cuenta con servicio de especialistas y la oportunidad en este tipo de citas, está sujeta a las autorizaciones que dan las EPS para que sean

atendidos en el hospital San Vicente de Paúl; así mismo sucede con las IPS privadas y el régimen excepcional que no cuentan directamente con la atención de este tipo de expertos.

Al superarse la capacidad instalada los usuarios que no obtuvieron el servicio tienen el derecho de adquirir una cita para el siguiente día; la limitante en este caso es que gran parte de los usuarios del régimen subsidiado se encuentran en área rural y tienen inconvenientes en el acceso, así como limitantes económicas, lo que les dificulta asistir al siguiente día, y es por esta razón que acuden al servicio de urgencias.

Dentro de este contexto es importante resaltar además el desconocimiento de los pacientes sobre las verdaderas funciones de los servicios de urgencias y al pensamiento de la población Garzoneña que ven en dicho servicio una atención segura, rápida y eficaz.

La presente investigación se llevo a cabo, con el fin de determinar, ¿Cuál es la caracterización del uso inadecuado del Servicio de Urgencias por parte de los usuarios del Hospital San Vicente de Paúl del Municipio de Garzón, durante el periodo comprendido entre Mayo a Septiembre de 2009? y de esta forma poder brindar herramientas suficientes para que el hospital tome determinaciones y acciones efectivas tendientes a disminuir la consulta por parte de los usuarios al servicio de urgencias cuando no existe una verdadera urgencia o compromiso vital y así mejorar la calidad en la prestación del servicio.

2. JUSTIFICACIÓN

El Servicio de Urgencias constituye el inicio de la atención médica para todos aquellos paciente que presentan alteraciones en su condición de salud, que ponen en riesgo la función psicológica, orgánica o incluso la vida y que por esa causa requieren atención inmediata.

Existen diferentes causas de consulta a dicho servicio dentro de las cuales se encuentran las urgencias reales, que son aquellos padecimientos que ponen en riesgo ya sea algún órgano vital o la vida del paciente y las urgencias sentidas que no son más que la necesidad de atención de un paciente, la cual puede estar motivada por diversos factores pero que no representan un riesgo de muerte o de falla inminente de alguno de sus órganos, esta última presentándose con frecuencia en el hospital san Vicente de Paúl.

Debido al aumento en el congestionamiento del servicio de Urgencias en el Hospital San Vicente de Paul (de acuerdo con los requerimientos exigidos por el sistema Único de Habilitación (resolución 1043 de 2006)), información suministrada por el Doctor Mario Cometa, Coordinador de Urgencias y con el ánimo de optimizar la atención de los pacientes, el servicio implementó en el años 2009 el sistema del TRIAGE en el cual se realiza una clasificación de los pacientes, según sus necesidades prioritarias y urgencias de atención.

Sin embargo, se encuentra que a pesar de estas medidas, aun existen muchos pacientes que asisten al servicio de Urgencias sin realmente necesitarlo en ocasiones por desconocimiento, facilidad en el acceso, disponibilidad de ayudas diagnósticas e interconsultas, entre otras causas, lo que no solo genera aglomeraciones sino también retrasos en la atención de los usuarios con compromiso vital, periodos de espera prolongados, abandono del servicio por parte de los pacientes que por la demora prefieren acudir a otro centro e incluso eventos violentos, que finalmente en muchas ocasiones lo único que logran es dar espacio a que se produzcan errores u omisiones importantes que afectan a los mismos pacientes, tal como lo relatan Aurora Bueno y Juan Sánchez en su artículo denominado Factores asociados al uso de un servicio de urgencias hospitalario en Granada³. Es por esto de gran importancia caracterizar a los usuarios que acuden inadecuadamente al servicio ya que de esta forma se puede intervenir con acciones concretas que permitan disminuir dicha problemática.

³ SANCHEZ LÓPEZ, j, et al. Factores asociados al uso de un servicio de urgencias hospitalario. En: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, ISSN 1137-6821, Vol. 17, Nº. 3, 2005 , págs. 138-144

Por otro lado, disponer de información detallada sobre el lugar de procedencia, régimen de salud, género, mes, día de la semana, horario de consulta, diagnóstico de los usuarios que acuden al servicio, así como el manejo, oportunidad y descripción físico funcional del servicio de urgencias del hospital san Vicente de Paúl constituye un requisito indispensable para el hospital, permitiendo desarrollar un proceso de toma de decisiones que conducen a buenos resultados encaminados tanto al mejoramiento de los procesos de oportunidad, disminución en el impacto de la morbimortalidad, mejoramiento en la capacidad instalada teniendo en cuenta la demanda de usuarios, mejoramiento en el proceso de atención inicial y clasificación del TRIAGE y fortalecimiento de los programas de Promoción y Prevención, no solo del servicio sino de la institución en general, siendo altamente relevantes para la organización.

En general el desarrollo de esta investigación presenta características importantes para que los gestores de este ámbito puedan tomar decisiones acertadas. Por esta razón determinar la caracterización del uso inadecuado del servicio de urgencias observado con alta frecuencia en el Hospital San Vicente de Paul de Garzón es una tarea realmente necesaria.

Esta investigación además de ser viable aportará elementos de juicio que permitirá instaurar los correctivos necesarios e inmediatos en los procesos internos de oportunidad, accesibilidad y externos como la concientización de los usuarios cuando requieren de dicho servicio logrando así la satisfacción total del usuario haciendo que el hospital sea un proveedor atractivo para las Empresas Promotoras de Salud.

Cabe anotar que en la revisión bibliográfica realizada se encontró un estudio sobre la situación tecnológica, científica del servicio de urgencias del hospital san Vicente de Paúl de Garzón Huila segundo semestre de 2007, donde se efectuó una evaluación utilizando las siguientes variables: número de consultas de urgencias, remisiones, ingresos a observación, hospitalizados desde urgencias, re consulta en menos de 24 horas, tipo de vinculación al sistema, mortalidad, eventos adversos, tiempo de respuesta a interconsultas, oportunidad en la consulta inicial, grado de cumplimiento en la historia clínica, codificación CIE 10, satisfacción global, proporción de quejas resueltas antes de 15 días esto teniendo en cuenta las condiciones tecnológicas, científicas y el cumplimiento de las disposiciones legales para la prestación del servicio.

El estudio fue realizado por estudiantes de la Universidad Surcolombiana postgrado en Gerencia de Servicios de Salud en el año 2009. Algunos de los resultados arrojados en dicho estudio fue la oportunidad en la atención inicial de urgencias la cual fue de 21,65 minutos, con una respuesta a interconsultas de

105,4 minutos, resultado importante como punto de comparación para el año 2009.

Sin embargo sobre la caracterización del servicio de urgencias no se encontró registros a nivel regional y municipal, por tal motivo fue de gran interés el desarrollo de la investigación puesto que se postula como ejemplo de estudio investigativo en los demás servicios de urgencias de otras instituciones consiguiendo caracterizar esta área.

Es importante nuevamente resaltar que fue solo a partir del mes de Mayo del año 2009 que se empezó a implementar y utilizar los formatos de clasificación del TRIAGE, siendo un gran instrumento para el desarrollo de esta investigación donde la finalidad es caracterizar el uso inadecuado del servicio de urgencias por parte de los usuarios del Hospital San Vicente de Paúl del Municipio de Garzón en el periodo comprendido entre Mayo a Septiembre de 2009.

3. ANTECEDENTES

Los servicios de Urgencias de las diferentes Instituciones de Salud han venido aumentando su demanda de manera considerable y en muchas ocasiones esta consulta se hace de manera inadecuada en el sentido que el motivo de consulta no corresponde a una urgencia vital y por lo tanto podría ser atendido a través del Servicio de Consulta Externa.

Para la validación en España de un protocolo de adecuación de Urgencias se llevó a cabo una recopilación de los diferentes estudios realizados en los Servicios Hospitalarios del País (18 en total) donde se encontró que el porcentaje de consultas no vitales se ubicaba entre el 25 y el 80% concluyendo que esto se debe fundamentalmente a la inexistencia de un consenso en cuanto a la definición de urgencia y en su funcionamiento para decidir el nivel asistencial idóneo para cada tipo de situación, constituyendo un importante problema para el Sistema Nacional de Salud con implicaciones en la calidad de la asistencia y en los costos.⁴

En los servicios de urgencias de dos hospitales de Cuba se identificaron los factores que influyen en la utilización inadecuada de dichos servicios tales como: insatisfacción de la población con la atención y oportunidad en el servicio de consulta externa, desconocimiento de los pacientes sobre las verdaderas funciones de los servicios de urgencias, sumado al pensamiento de la población que ven en dicho servicio una atención segura, rápida y eficaz.⁵

Un estudio descriptivo realizado en el año 2006 en las diferentes IPS de baja, mediana y alta complejidad de la Ciudad de Medellín, encontró que el 10,6 % de los pacientes que accedieron a los diferentes servicios de urgencias no fueron admitidos por considerarse la causa de consulta como no urgente, concluyendo que es posible que las personas que están utilizando los servicios de urgencias para la atención de consultas no urgentes puedan estar haciéndolo como un sustitutivo de la atención en una consulta externa o programada considerando la atención de los servicios de urgencias más rápida y de más fácil acceso, sin tener en cuenta las consecuencias de su uso.⁶

⁴ SEMPERE SELVA, Teresa, (et al). Validez del protocolo de adecuación de urgencias Hospitalarias. En: Revista Española Salud Pública 1999; 73: 465-479 N.º 4 - Julio-Agosto 1999.

⁵ PEREDA RODRÍGUEZ, Javier, et al. "Filtro Sanitario" en las urgencias medicas, un problema a reajustar. En: Revista Cubana Médica 2001. 40 (30); pag.186.

⁶ VALENCIA SIERRA, Marta L. Acceso a los Servicios de Urgencias en Medellín, 2006. En: Rev. salud pública vol.9 no.4 Bogotá Oct. /DEC. 2007. Disponible en internet: <http://www.scielo.org.co/scielo.php>

Por otro lado en una investigación realizada durante el año 2008 en el Servicio de Urgencias del centro piloto de ASSBASALUD ESE de la Ciudad de Manizales mediante encuestas a los usuarios y revisión de historias clínicas se obtuvo como resultado que el 23.6% de las consultas de urgencias fueron inadecuadas, suficientes para saturar este servicio⁷.

En lo que tiene que ver con la oportunidad en la prestación del servicio de Urgencias, ésta fue evaluada en la Clínica de la Costa de la Ciudad de Barranquilla durante el año 2006 obteniendo una buena oportunidad (70%) en la atención de los 100 usuarios participantes en la investigación; la metodología utilizada fue a través de encuesta asistida valorando el tiempo para la atención inicial, percepción del usuario sobre el grado de oportunidad del servicio prestado, información suministrada, tratamiento brindado, realización de exámenes diagnósticos, tiempo de admisión por el servicio de urgencias, tiempo empleado en trámite de facturación y calificación general del servicio.⁸

En la revisión bibliográfica realizada se encontró un estudio sobre la situación tecnológica, científica del servicio de urgencias del hospital San Vicente de Paúl de Garzón Huila, donde se efectuó una evaluación acerca de las condiciones de habilitación, auditoria de historias clínicas y evaluación del servicio de urgencias realizado por estudiantes de la universidad Surcolombiana postgrado en Gerencia de Servicios de Salud en el año 2007.

De acuerdo a la Dirección General de Calidad del Servicio del Ministerio de la Protección Social, el Departamento del Huila presenta un indicador de oportunidad de 15,9 minutos y a nivel Nacional presenta un promedio de 26 minutos en la atención a consulta en urgencias.

⁷ ARANGO PINILLA, Margarita, (et al). Demandas Inadecuadas en urgencias e identificación del uso inapropiado de la Hospitalización en el Centro Piloto de ASSBASALUD ESE en Manizales. Año 2008. En: Revista Universidad de Manizales, Volumen 9, Número 1 Junio de 2009, Artículo de Investigación pag 25-34

⁸ ACOSTA, Evelin, et al. Oportunidad en la atención del Servicio de Urgencia de la Clínica de la Costa Barranquilla. En: Revista Médica de la Costa ISSN 1909/2261, vol 1. Número 2. Año 2006.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Caracterizar el uso del servicio de urgencias por parte de los usuarios del Hospital San Vicente de Paúl del Municipio de Garzón en el periodo comprendido entre Mayo y Septiembre de 2009, con el propósito de optimizar el servicio a la población que realmente lo requiera en condiciones de eficiencia, eficacia y efectividad.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las razones y/o circunstancias que inciden en que los usuarios acudan al servicio de urgencias y no al de consulta externa, pudiendo ser manejada su patología por el segundo servicio.
- Describir las características socio demográficas de los usuarios que consultaron el servicio de Urgencias del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre mayo y septiembre de 2009, con el propósito de optimizar el servicio a la población que realmente los requiera en condiciones de eficiencia, eficacia y efectividad.
- Determinar mediante revisión de RIPS, Historias Clínicas y el formato del TRIAGE los principales diagnósticos por los que acuden los pacientes al servicio de Urgencias con el fin de evaluar la pertinencia de dicha atención.
- Evaluar la oportunidad del servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl del Municipio de Garzón entre mayo y septiembre de 2009.
- Realizar una descripción físico funcional del servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl del Municipio de Garzón, entre mayo y septiembre de 2009.
- Establecer la forma como la ESE viene administrando, evaluando y controlando el servicio de urgencias y de consulta externa.

- Identificar las debilidades y limitaciones que afronta la ESE para prestar los servicios de salud a su población usuaria tanto en urgencias como en consulta externa.
- Establecer como la oficina de atención a los usuarios de la ESE viene orientando y capacitando a los usuarios para el uso adecuado de los servicios.
- Identificar las políticas y estrategias que la ESE viene implementando para optimizar los servicios de urgencias y consulta externa.

5. MARCO TEORICO

La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del estado, motivo por el cual la constitución obliga al estado no solo a garantizar la prestación universal de los servicios de salud sino que además lo faculta para intervenir en la regulación de aspectos tan importantes como su equitativa distribución, su calidad y sus precios.⁹

En la coyuntura actual, la salud plantea un problema en términos del efecto que tiene y ha tenido la comercialización de los servicios y la retirada del estado benefactor a nivel ideológico y actitudinal. La comercialización de un servicio y suministro por parte de proveedores privados, en el contexto del mercado, lleva necesariamente a la aplicación de técnicas de mercadeo.¹⁰

El proceso de transformación y modernización del sector salud, que inició con la aparición de la ley 10 de 1990 y continuó con las leyes 60 y 100 de 1993, dentro del nuevo marco constitucional que determinó la carta política de 1991, ha priorizado entre otros aspectos la reestructuración y modernización de las instituciones o entidades prestadoras de servicios de salud, con el fin de convertirlas en entes eficientes, productivos y modernos que ofrezcan a los usuarios servicios de salud oportunos, eficaces, económicos y con alta calidad técnica, científica y humana.

Debido a esto aparece el concepto de Gerencia en Salud con el único propósito de contribuir al mejoramiento de los servicios de salud y por ende a la superación del nivel de vida de la sociedad siendo el ser humano el encargado de manejar la compleja problemática administrativa y gerencial del sector salud, conforme a lo contemplado en las leyes: 10 de 1990, 100 de 1993, 715 de 2001 y 1122 de 2007.

GERENCIA EN SALUD

Cada vez es mayor el grupo de tratadistas y hombres de empresa que ven en la gerencia un ente conceptual y practico totalmente individualizable, susceptible de ser analizado, enseñado e instrumentalizado en forma específica, mientras que la administración es la ciencia básica, donde están incluidos todos los conceptos gerenciales.

⁹REYES, Pedro. Modulo II "Sistema general de Seguridad Social Integral "Neiva, 2006 p.6

¹⁰ ESPIDOLA, Roberto. Gobernancia Democrática y Salud. Reino Unido. 1996 p. 22

Un concepto que es inherente al de la gerencia es el de empresa. No puede concebirse uno sin el otro, desde su misma etimología, la empresa consiste en emprender, buscar resultados, en ello está su filosofía y la garantía de su supervivencia. El gerente es quien contribuye en el señalamiento de los resultados esperados en el proceso, se compromete en su obtención y dinamiza todos los recursos para obrar en consecuencia. Además de esto, dentro de su contexto social la empresa tiene una misión que el gerente tiene que identificar y guiar a la organización en concordancia con ella, sabiendo aprovechar las fortalezas y las posibilidades que brinde el medio; así mismo debe evitar las amenazas ambientales y minimizar las debilidades institucionales.

La visión integral de la empresa y los resultados en los aspectos claves de la misma tienen que ser una preocupación permanente del gerente. Además debe determinar cuál es el sector organizacional que debe dar la nota predominante en cada momento, cuales deben limitarse a una función de apoyo y en qué ocasión es preciso que todos al unirse desarrollen una labor común.

El gerente ha de mantenerse receptivo a las novedades tecnológicas que vayan apareciendo, debe evaluar su pertinencia, establecer su aplicación más apropiada y económica para así mantenerse en la tónica de permanente renovación que debe tener las empresas. Su función central es que todo el equipo humano, con su conducción labore en la forma más eficiente y la calidad sea un concepto y una práctica que prime en todos los aspectos organizacionales en tal forma que tanto los productos como los procesos puedan calificar como óptimos.

Las grandes misiones de la gerencia, su indudable dinamismo y la enorme sensibilidad a los cambios ambientales dan base para pensar que su único ámbito es la cúpula organizacional; sin embargo si se analizan una a una sus características se puede concluir que, si se tiene una actitud y una visión gerencial, su aplicación no solo es viable si no necesaria en niveles jerárquicos inferiores, subordinando siempre los objetivos particulares a los de carácter macro de la empresa.¹¹

Las particularidades de la gerencia tienen gran pertinencia en el sector salud y el oficio del gerente de la salud es un factor que dinamiza las actividades y hace más viable el logro de los ideales planteados.

Si se acepta la definición de empresa como un sistema abierto en cuyo interior se procesan unos insumos o recursos para la obtención de unos objetivos, es claro que en la salud se configuran los elementos mencionados: El objetivo no va a ser

¹¹Ibíd. Especialización en Gerencia de servicios de salud y seguridad Social. Administración y Gerencia. Neiva, 2009 P.4

otro que el mejoramiento del estado de salud de la población; los recursos físicos, tecnológicos y humanos, si bien son insuficientes son susceptibles de allegar e incrementar y el proceso de optimización, aunque convertido en Talón de Aquiles, es algo que existe y sobre el cual deben aplicarse las facultades gerenciales y las inmensas potencialidades del recurso humano.

El comportamiento gerencial tendrá en la planeación y la programación prerequisites indispensables de toda acción, descara la optimización de los procedimientos operativos y la reducción justificada de los costos, hará de la toma de decisiones y del manejo de la información unas actividades sistemáticas casi científicas y ante la permanente evolución de su contexto no solo se mostrara dúctil sino que impulsará aquellos cambios que se consideren necesarios.

La posición de líder y su aceptación por parte de los colaboradores debe ser un distintivo del gerente de la salud. Su influencia en el equipo de salud debe ser indiscutible, siempre con el ánimo de motivarlo y conducirlo a las metas de eficiencia y eficacia, manteniendo la visión de conjunto. Tal liderazgo también le permitirá obtener la indispensable colaboración de otros sectores de la comunidad, pues es bien sabido que la problemática de la salud también concierne a otros sectores: económico, educativo, obras públicas; etc.

CALIDAD EN SALUD

La calidad de la atención de salud es la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.¹² Para cumplir con este propósito es necesario contar con unas condición de capacidad tecnológica y científica que no son otra cosa que las condiciones básicas de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.

El Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. Para efectos de evaluar y mejorar la calidad de la atención de salud, deberá cumplir con las siguientes características:

¹² SECRETARIA DE SALUD. Sistema Obligatoria de la Garantía de la Calidad en salud. Bogotá, Colombia. Disponible en internet: <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas/sistemaobligatorio.aspx>

- **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el sistema general de seguridad social en salud.
- **Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
- **Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- **Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
- **Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fue creado para mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país y establece, mediante el Decreto 1011 de 2006, cuatro (4) componentes así:

Componente 1. Sistema Único de Habilitación:

(Resolución 1043 de 2006, Resolución 2680 de 2007, Resolución N° 3763 de 2007), Establece las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención. La Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud - Vigilancia y Control de la Oferta de la Secretaría Distrital de Salud, ofrece procesos de capacitación colectiva, personalizada y asesoría permanente, relacionados con diversos aspectos requeridos para facilitar: La Autoevaluación y normatividad de habilitación para profesional independiente, Autoevaluación y normatividad de habilitación para IPS, Inscripción de entidades de transporte especial de pacientes (Ambulancias) y solicitud de código SDS, Visita y Certificación de cumplimiento de las condiciones de habilitación.

Una vez efectuada la visita de verificación de las condiciones de habilitación al prestador de servicios de salud, si el resultado es el cumplimiento de la totalidad de los requisitos exigidos que le apliquen (condiciones tecnológicas y científicas, condiciones de suficiencia patrimonial y financiera y condiciones técnico – administrativas), la Secretaria Distrital de Salud expide la “certificación de cumplimiento de las condiciones de habilitación” al prestador. Es importante que el prestador de servicios de salud reclame esta certificación ante el Ente Territorial y junto con el distintivo la fije en un lugar visible al público conforme lo establece el Decreto 1011 de 2006. Por último: Entrega de distintivo de habilitación.

Componente 2. Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad:

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, es uno de los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, y se define como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada con respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios. El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud – PAMEC – es la forma a través de la cual la institución implementa este componente.

De acuerdo con la Resolución 1043 del 3 de abril de 2006, la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

- La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
- La comparación entre la Calidad Observada y la Calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
- La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud – PAMEC debe ser elaborado teniendo en cuenta estándares superiores a los que se establecen en el Sistema Único de Habilidadación y para esto se identifican los siguientes nueve pasos:

1. *Autoevaluación para el PAMEC.* Es el diagnóstico básico para identificar problemas o fallas de calidad que afectan la organización o los aspectos que en función del concepto de monitoreo de la calidad, tienen determinante importancia para la organización y son susceptibles de mejoramiento. Deberá

ser elaborado teniendo en cuenta estándares superiores a los que se establecen en el Sistema Único de Habilitación.

2. *Selección de Procesos a Mejorar.* Es la generación de un listado de procesos, como resultado de la autoevaluación y que son factibles de intervenir por parte de la organización. Contendrá como mínimo los procesos de: Autoevaluación del Proceso de Atención de Salud: Evaluación sistemática del proceso de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad. Atención al Usuario: Evaluación sistemática de la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos; establecidos según el Decreto 1011 de 2006.
3. *Priorización de Procesos.* Es la aplicación de una herramienta y/o metodología para ordenar los procesos a mejorar según la relevancia e impacto que generan en la calidad de la atención de la institución: impacto en el usuario, en el cliente interno y/o en la imagen de la organización.
4. *Definición de la calidad esperada.* Es la determinación del nivel de calidad esperado a lograr para cada uno de los procesos priorizados.
5. *Medición inicial del desempeño de los procesos.* En este paso de la ruta crítica, se debe establecer un mecanismo que permita a la institución la medición del desempeño actual de los procesos de la institución, de tal manera que se pueda identificar la brecha entre la calidad observada y la calidad esperada; para ello se aplican procedimientos de Auditoría para evaluar lo observado y comparar frente a lo esperado.
6. *Plan de acción y/o plan de mejoramiento para procesos seleccionados:* Con los insumos generados en las etapas anteriores los responsables de los procesos contarán con información valiosa para establecer los planes de acción que permitan corregir, superar o mejorar las fallas de calidad detectadas. Para la formulación del plan de mejoramiento se debe identificar y definir las causas de las fallas o problemas de calidad evidenciados, definiendo las acciones que hay que realizar como parte de la intervención para el mejoramiento: Qué, cómo, cuándo, dónde, y quién va a desarrollarlas; además describir porque deben realizarse estas actividades y como ejecutarlas para garantizar su cumplimiento. Se deben plantear indicadores para evaluar posteriormente los resultados y realizar seguimiento regular.
7. *Ejecución del plan de acción.* Una vez elaborado el plan de acción se deberá iniciar la ejecución de las actividades contenidas en éste.

8. *Evaluación del mejoramiento.* Es la evaluación del cumplimiento y efectividad de las acciones ejecutadas por parte del líder o del equipo de auditoría y el seguimiento con comités (cuando aplique) a la implementación de las mejoras.
9. *Aprendizaje organizacional.* Comprende la retroalimentación al interior de la organización de la experiencia, la socialización de los avances, la capacitación orientada a contribuir en la cimentación e interiorización de los logros obtenidos y por lo tanto, la estandarización de los procesos. Lo que se pretende entonces es garantizar la atención en salud de calidad y la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos a través del mejoramiento continuo y fortalecimiento institucional.

Componente 3. SISTEMA UNICO DE ACREDITACION

Sistema Único de Acreditación es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las IPS que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

Componente 4. SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD

Las IPS y las Entidades de Transporte Especial de Pacientes (AMBULANCIAS), están obligados a cumplir con la implementación del Sistema de Información para la calidad, establecido por la resolución 1446 de 2006 con su anexo técnico, los indicadores de este Sistema deben ser enviados semestralmente (febrero y agosto) a la Superintendencia Nacional de Salud en medio magnético según los servicios de salud que tengan habilitados.¹³

En las visitas de verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación realizadas a las IPS, se evalúa la implementación de los indicadores de calidad y que los mismos se envíen semestralmente a la Superintendencia Nacional de Salud, quien verifica y valida los datos.

Considerando que la calidad se mide en función del objetivo de mantener, restaurar y promover la salud, con la finalidad de lograr la satisfacción total del paciente se debe de definir bajo los siguientes variables:

- Capacidad profesional (conocimientos médicos)
- Infraestructura (equipamiento médico)

¹³ *Ibíd.*, <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas/sistemaobligatorio.aspx>

- Oportunidad (adecuado momento de atención)
- Costo de la atención.

La interacción de estos cuatro elementos determina la calidad en la atención de la Salud.

- *Capacidad Profesional:* Dentro de este elemento los conocimientos y la experiencia de todos los profesionales de la salud, principalmente del médico, en referencia a los conocimientos se incluye la actualización de los mismos, dentro de la experiencia también la capacidad de interacción y empatía con los pacientes.
- *Infraestructura:* Es el ambiente y lugar adecuado, el equipamiento médico necesario para la atención, es muy importante tener en cuenta también las instalaciones complementarias en términos de comodidad para los pacientes. Otra forma de entender Infraestructura es como todo aquello que rodea y complementa la atención médica como puede ser el mobiliario, los equipos médicos y el ambiente físico designado para la atención médica.
- *Oportunidad:* Se refiere únicamente a que la atención médica se realice en el momento oportuno, en el lugar adecuado y con el profesional de la Salud idóneo. Es decir el momento oportuno se define como el momento en que se presenta la dolencia, el malestar o los síntomas del enfermo. La oportunidad se define como la situación sincronizada en el cual se presentan los síntomas del paciente, el lugar de atención, el profesional idóneo y a menor costo posible.

Para ello es importante considerar aspectos o herramientas como estudios epidemiológicos, indicadores de Salud de la región geográfica y hacer un eficiente seguimiento de auditoría médica.

- *Costo de la atención:* Aunque en los Hospitales del estado es un factor muchas veces no tomado en cuenta como herramienta de toma de decisiones, en la actividad privada por el contrario el costo de la atención determina también la calidad de la misma, por ello es sumamente importante considerarlo como factor decisivo en la calidad de la atención en salud. El costo es un mecanismo de control y al mismo tiempo como un factor que repercute en la calidad de la atención.

En el campo privado y en el sector público deben de aplicarse las siguientes herramientas, la mismas que deben de considerar el punto de vista técnico médico

y empírico del paciente. Tomando en cuenta estos aspectos la evaluación de la calidad de la atención debe realizarse de la siguiente manera:

- Estableciendo guías de atención y/o protocolos.
- Auditoria medica permanente.
- Encuestas a pacientes sobre la satisfacción de la atención.

De esta manera se realiza la evaluación desde el punto de vista médico y desde el punto de vista del paciente, dándoles ambos en misma ponderación en la evaluación.

- *Guías de Atención y/o protocolo:* Es muy importante el desarrollo de protocolos ya que sirven de parámetro para la evaluación de una atención medica de calidad, las guías de atención determinan los pasos a seguir en la atención en función del diagnostico y síntomas hasta el tratamiento, pasando por los exámenes auxiliares que el paciente se debe de hacer y en qué condiciones si fuera el caso es necesaria su hospitalización, entonces al hacer la evaluación se determina si se atendió al paciente siguiendo los criterios sugeridos en el protocolo.
- *Auditoria Médica:* La Auditoria medica en los Centro de Salud, en las Clínicas y Hospitales se ha convertido en una herramienta imprescindible en la gestión médica moderna, precisamente por ser la una de las más importantes formas de asegurar la calidad en la atención de la Salud.
- *Entrevistas a grupos de pacientes:* seleccionados en forma aleatoria sirven para medir el grado satisfacción de cada una de las áreas pero poniendo énfasis en la atención medica, de esta manera los pacientes se sienten escuchados y brindan una información que para la evaluación integral de la calidad es de suma importancia, aquí se evalúan aspectos como comunicación, empatía, calidez y cordialidad en la relación Médico – Paciente, debido a que se considera un aspecto muy importante en el tratamiento integral del paciente, además se cree que es una de las formas más sólidas de lograr una fidelidad hacia las instituciones.¹⁴

OPORTUNIDAD EN SALUD

A través de la investigación se ha logrado identificar algunos factores que determinan las variaciones en las evaluaciones de la oportunidad y de la calidad,

¹⁴ OLORTEGUI, Rafael. Gerencia de Clínicas y hospitales. Miércoles 8 de Octubre 2003. Disponible en Internet: <http://www.monografias.com/trabajos14/calidad-salud/calidad-salud.shtml>

lo mismo que en las razones para no utilizar los servicios de atención médica, advirtiéndose que esos factores en conjunto no tienen una alta capacidad explicativa. Con relación a las razones de no uso de los servicios, se encontró que la población que no utilizó los servicios de atención médica, mencionó en 64.7% de los casos ciertas "razones" para no hacerlo, que de alguna manera se asocian con problemas en la calidad.

Entre las más importantes, se tiene las que se pueden calificar como de accesibilidad, entre ellas larga distancia hasta el oferente (accesibilidad "geográfica"), falta de dinero (accesibilidad "económica") y falta de credibilidad en los agentes de salud (accesibilidad "cultural"). Finalmente, es importante anotar que existen evidencias directas (como las demoras o la evaluación de "mala calidad" de los servicios) y evidencias indirectas (la no utilización de los servicios de salud a través de la seguridad social o simplemente la no utilización de los mismos) que sugieren que los problemas relacionados con la calidad de los servicios de salud pueden ser mayores de lo que aparentemente se pudo evidenciar. Las evidencias indirectas, en particular, podrían estar sugiriendo que el sistema de seguridad social está causando dificultades que se reflejan en la actitud del usuario o que simplemente no ha podido resolverlas.

La reforma a la salud Colombiana, concretizada en la Ley 100 de 1993, pretende, entre otros objetivos fundamentales, brindar una atención en salud de óptima calidad a los usuarios del nuevo sistema, atención que tradicionalmente se ha evaluado de manera negativa tanto por los usuarios como por los proveedores del servicio. Para ello ha establecido los parámetros que la definen y ha creado los respectivos mecanismos de control para garantizarla.

Debido a que son muchas las definiciones que actualmente existen sobre calidad en salud y su manera de abordarla, ello ha originado la aparición de una diversidad de enfoques para su medición. Por un lado, se tiene la perspectiva de los profesionales de la salud, quienes enfatizan en los aspectos técnico-científicos de la atención, además de considerar la interacción proveedor-paciente. Otra perspectiva es la que se relaciona con los organizadores del sector salud y que incluye a las aseguradoras de carácter público y privado del nuevo sistema, las cuales de entrada reconocen la complejidad de trabajar en el nuevo mercado, y abordan la salud a nivel poblacional, enfatizando en los atributos de la atención que reflejen el funcionamiento de los sistemas organizacionales.

Pero, aunque estas perspectivas son importantes y útiles, sobre todo la que tiene que ver con los profesionales de salud y los proveedores del servicio, en los últimos años hubo un interés creciente en considerar la opinión de los usuarios como indicador importante de la calidad de la atención en salud, buscando dar respuesta a sus preferencias individuales y colmar sus expectativas.

En Colombia, después de implementada la actual reforma del sector salud, se puede decir que son muy escasos los estudios que a nivel nacional y bajo la perspectiva del usuario han pretendido hacer una evaluación de la calidad del actual sistema de seguridad social. Entre ellos se destaca como uno de los más importantes el informe divulgado por la Misión Social fundamentado en la Encuesta de Calidad de Vida de 1997 del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), donde se evidencia en general una alta calificación de la población en relación con la calidad de los servicios de salud brindados en el país, pero se destaca asimismo la baja calificación dada a los servicios de salud prestados a través de la seguridad social, más específicamente a través del antiguo Instituto de Seguros Sociales (ISS). Y aunque parezca muy apresurado determinar el impacto de la actual reforma a la seguridad social en salud sobre los principales problemas del sector, se hace necesario adelantar estudios que analicen sus avances y limitaciones para poder reorientar en forma efectiva los cursos de acción en materia de política sanitaria en Colombia.

Servicio de Urgencias del Hospital San Vicente de Paul

El Hospital San Vicente de Paul es una Institución que presta servicios de mediana complejidad, dentro de los que se incluye: ortopedia, medicina interna, ginecología, oftalmología, pediatría y cirugía general, está localizada en la región centro oriental del departamento de Huila “Garzón” que hace parte de los cuatro municipios de mayor importancia del departamento junto con Neiva, Pitalito y la Plata. Garzón es considerado la capital diocesana del departamento del Huila, está integrada por siete municipios: Gigante, Pital, Agrado, Altamira, Tárqui, Guadalupe y Suaza.

Limita por el Norte con Gigante, al Sur con Guadalupe, al Sur - Oeste con Altamira y Tárqui; al Oriente con el Departamento del Caquetá y al Occidente con el Agrado. Posee un área de 580 K² que equivalen al 29% de la superficie total del Departamento. Se encuentra a 826 metros sobre el nivel del mar con una temperatura promedio de 24°C; su fuente principal de ingresos es la agricultura y como principal producto en ella el café.

Su población es de 70,144 personas de las cuales el 36,415 son Hombres y 33,729 son Mujeres; y de estos se encuentran en el área urbana un 47.9% y un mayor porcentaje en zona rural (52.08%), que se distribuye en 90 veredas.

Siendo el hospital de Garzón una Empresa Social del Estado Departamental de mediana complejidad recibe pacientes remitidos de IPS de baja complejidad de sus municipios vecinos (Gigante, Agrado, Guadalupe, Tárqui, Pital, Altamira, Suaza), y de las IPS de carácter público, privado y régimen excepcional de primer nivel de Garzón, siendo así la población a su cargo de aproximadamente 100.923

personas provenientes de estos municipios más los 70.144 nativos del municipio, según los datos del último censo poblacional realizado por el DANE.

Dentro de las limitantes para la prestación del servicio de urgencias del hospital san Vicente de paúl se encuentran:

- No existe comité de urgencias debidamente estructurado.
- La Planta física en el servicio de urgencias no es la adecuada para que el personal asistencial pueda atender a los usuarios con la mejor calidad.
- No se realiza el mantenimiento preventivo y correctivo oportuno de los equipos de manera regular.
- La oficina de atención al usuario no funciona las 24 horas.
- Manuales de procesos y procedimientos desactualizados.
- Apenas hasta enero del presente año se implementaron las guías de manejo para las patologías más frecuentes, de acuerdo al perfil epidemiológico obtenido en el año 2009.
- El crecimiento acelerado de la población pobre y vulnerable que requiere de nuestros servicios, sin que los recursos asignados para la atención tengan un crecimiento proporcional.
- No existe Manual Especifico de funciones y Competencias Laborales donde se aclare entre otros: Plan de Selección, Evaluación, Inducción y Reinducción del personal.

De acuerdo con lo mencionado anteriormente el hospital san Vicente de paúl se vio en la necesidad de implementar un sistema de TRIAGE, para optimizar la atención a los pacientes y como requerimiento exigido por el sistema único de habilitación (resolución 1043 de 2006), Posterior a la implementación del mismo, el servicio de atención al usuario se encargó de capacitar a la asociación de usuarios, se les suministro un folleto con la información básica sobre el sistema de clasificación de la prioridad de la atención, mientras que el coordinador de urgencias se encargo de capacitar al personal de urgencias del hospital san Vicente de paúl. Es importante resaltar que debido al poco tiempo que lleva la implementación del TRIAGE, hasta el momento no se ha evaluado su efectividad ni se ha realizado un seguimiento para verificar su cumplimiento.

Urgencias Obligatorias

Si se tiene en cuenta que la primera causa de mortalidad en Colombia de la población económicamente activa son los accidentes, el trauma y la violencia, lo verdaderamente revolucionario en el campo de atención en salud será en lograr en forma efectiva la atención de urgencias obligatoria, lo cual no significa que las

urgencias sean gratuitas si no que el ciudadano sea atendido en el centro más cercano a la ocurrencia de la necesidad de la atención urgente.

Por otra parte la asistencia pública supone que para el caso de pobres no asegurados o clasificados socioeconómicamente, la atención debe ser gratuita o subsidiada por el estado, inclusive si los servicios son prestados en entidades privadas.

La atención inicial de urgencias, se define como obligatoria independiente de la situación socioeconómica de los ciudadanos. En esta área de atención no debe entenderse como necesariamente gratuita, el hecho de su obligatoriedad determina que todos los pacientes deben ser atendidos, Se definirá luego su situación socioeconómica y se determinara el responsable del pago respectivo, bien se trate de EPS subsidiada, Aseguradora de Riesgos Profesionales, Régimen Especial o seguro privado. Si se trata de un caso de asistencia pública el responsable es el estado.

Todas las instituciones o entidades que presten servicios de salud están obligadas a prestar la atención inicial de urgencias, con independencia de la capacidad socioeconómica de los demandantes de sus servicios, la obligatoriedad es para todas las entidades o establecimientos públicos o privados autorizados para la prestación de servicios de urgencias sin exigir condición previa al paciente para su atención.

Mediante el artículo 49 de la nueva constitución se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción y recuperación de la salud y en otros de sus apartes agrega “La ley señalara los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria”. Habría que definir hasta qué¹⁵ punto la atención de urgencias puede ser considerada atención básica.

TRIAGE de urgencias

El TRIAGE es un componente crítico en un Departamento de Urgencias. A pesar de su importancia, el modelo ideal y el método para su evaluación no han sido bien descritos en la literatura médica.

El TRIAGE es el proceso mediante el cual un paciente es valorado a su llegada para determinar la urgencia del problema y asignar el recurso de salud apropiado para su cuidado, la clasificación se hace de acuerdo a prioridades.

¹⁵ REYES, Op.Cit. p.7

La palabra TRIAGE se deriva del término francés TRIER que signifique clasificar o escoger. Su uso se inicio en el campo de batalla, fue el proceso mediante el cual los soldados con heridas mortales eran dejados a un lado para morir mientras aquellos con lesiones menores serias recibían tratamiento. Desde la perspectivas militar la prioridad era dada a los soldados con heridas o lesiones tratables quienes deberían regresar rápidamente al campo de batalla.

Existe un consenso general sobre la necesidad de contar con un sistema de TRIAGE en el Departamento de Urgencias; algunos estudios de evaluación de la calidad del TRIAGE han descrito los siguientes beneficios: desde el punto de vista de la seguridad del paciente, ofrece una valoración a su llegada a urgencias para determinar, en forma objetiva, el manejo inmediato o a la espera de un turno para la consulta médica, la tranquilidad que ofrece al paciente y la familia entrar en contacto con un representante del equipo de salud que le explique sobre su condición clínica.

Desde la perspectiva del equipo de salud, el sistema de TRIAGE representa la organización del trabajo diario de manera confiable, siempre y cuando ofrezca consistencia entre el resultado del TRIAGE y el diagnostico final; así mismo, permite la utilización racional del recurso humano y técnico.

Objetivos de contar con un sistema de TRIAGE:

- Establecer la prioridad según la gravedad del paciente.
- Identificar rápidamente los pacientes con urgencias o con condiciones que amenacen su vida.
- Determinar el área de tratamiento más apropiada para los pacientes que se encuentren en el servicio de urgencias.
- Disminuir la congestión en el área de tratamiento de urgencias. Por el acortamiento de los tiempos de espera.
- Vigilar a los pacientes que se encuentran en espera de atención.
- Disminuir la posibilidad de complicaciones de los pacientes que se encuentran en espera de atención.
- Mejorar la satisfacción de los pacientes y las relaciones con el público, al explicarles tiempo de espera y el objetivo en la priorización del servicio de urgencias.

- Disminuir la ansiedad de los pacientes y familiares.
- Proporcionar cuidados básicos iniciales y comenzar algunos estudios según la situación del enfermo.

Tipos de TRIAGE:

- *TRIAGE no Profesional:* es realizado por una recepcionista o técnico quien registra el paciente y lo envía a la sala de espera.
- *TRIAGE Básico:* es realizado por una enfermera profesional quien valora el paciente, determina las necesidades prioritarias y le asigna un área de tratamiento.
- *TRIAGE Avanzado:* es realizado por una enfermera profesional e incluye la valoración del paciente, la solicitud de algunos procedimientos diagnósticos, un examen físico limitado en caso necesario, documentación y referencia a la valoración médica.
- *TRIAGE Médico:* la enfermera y el médico funcionan como un equipo.

En nuestro medio, se utilizan las modalidades de TRIAGE médico, el TRIAGE no profesional y el TRIAGE básico realizado por la enfermera profesional. Una limitante observada es la poca disponibilidad de enfermeras profesionales y el costo del cubrimiento durante las 24 horas en recurso.

Valoración del paciente:

Dentro de los primeros 15 minutos debe ser evaluado el paciente por el personal experto bajo la modalidad de TRIAGE, y de acuerdo con sus síntomas se definirá la prioridad de la atención asignándole una clasificación. Este servicio permite que todos los usuarios reciban una atención oportuna requerida, evitando que alguien con una situación de salud que pueda esperar, desplace a alguien que realmente tiene una urgencia.

Sistema de clasificación de la prioridad de la atención

TRIAGE I “EMERGENCIA”

El Paciente requiere atención inmediata, se encuentra hemodinámicamente inestable, la gravedad del evento amenaza con su vida y su supervivencia

depende de la oportunidad de la atención médica. Dentro de esta clasificación se encuentran las siguientes patologías:

- Dificultad para respirar por cualquier causa, sensación de ahogo, agitación, piel morada.
- Dolor en el pecho y mal estado general con signos vitales alterados (tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria).
- Deterioro o pérdida del conocimiento.
- Convulsión.
- Paro cardíaco o respiratorio.
- Heridas, fracturas o golpes múltiples y severos en cualquier parte del cuerpo.
- Dolor abdominal agudo con compromiso del estado general.
- Trabajo de parto en expulsivo.
- Ausencia de movimientos fetales.
- Hemorragia genital en la embarazada.
- Intoxicación con alteración del estado de conciencia o alteración de los signos vitales.
- Deshidratación severa.
- Hemorragia aguda de cualquier causa.
- Recién nacido con fiebre.

TRIAGE TIPO II “URGENCIA”

El Paciente se encuentra en estado agudo, estable hemodinamicamente, pero por su patología el riesgo de compromiso de su estado clínico es alto. Dentro de esta clasificación se encuentran las siguientes patologías:

- Dolor agudo en el pecho.

- Dolor en cualquier lugar de menos de 12 horas de evolución con mal estado general o fiebre o dificultad para respirar.
- Sagrado abúndate de cualquier origen.
- Heridas que requieren puntos.
- Cuerpos extraños en cualquier parte del cuerpo.
- Quemaduras.
- Envenenamiento por ingestión, inhalación o contacto sin alteración de los signos vitales.
- Personas con alteraciones psiquiátricas agudizadas que pongan en peligro su vida o la de otras personas.
- Recién nacido con cualquier sintomatología.
- Diarrea con boca seca asociado a vomito incoercible.
- Embarazada con: fiebre, trabajo de parto, disminución de los movimientos fetales o síntomas relacionados con el embarazo.
- Menores de cinco años con fiebre y diarrea.
- Parálisis de aparición súbita.

TRIAGE III “ESTABLE”

El Paciente se encuentra estable hemodinamicamente, el riesgo de compromiso de su estado hemodinámico por su patología es bajo. Dentro de esta clasificación se encuentran las siguientes patologías:

- Dolor de más de tres días de evolución sin compromiso del estado general.
- Resfriado común, dolor de garganta o de oído, infección urinaria, sin compromiso del estado general.
- Diarrea sin deshidratación.
- Infecciones localizadas (en la piel, articulaciones o mucosas) con dolor en el sitio.
- Diabéticos con síntomas urinarios o infecciones o heridas en la piel o cambios de la conducta sin compromiso del estado general.

- Golpes o raspaduras.
- Prurito generalizado.
- Enfermedades eruptivas.
- Patologías acompañadas de dolor.
- Celulitis y abscesos.
- Esquinces.
- Hemorragias vaginales sin relación con el embarazo.

TRIAGE IV “CRÓNICO”

Paciente sin riesgo del compromiso hemodinámico. Dentro de esta clasificación se encuentran las siguientes patologías:

- Infección respiratoria no complicada.
- Estados gripales.
- Rasquiña en cualquier parte del cuerpo sin brote.
- Dolores musculares.
- Malestar sin fiebre o dolor sin antecedentes de golpes, ni alteración de los signos vitales.
- Síntomas crónicos que no hayan aumentado.
- Diarrea.
- Retrasos menstruales, dismenorrea, leucorreas, flujos vaginales.
- Lumbalgia crónica.
- Agrieras, estreñimiento.
- Desaliento.
- Traumas aislados de más de 24 horas de ocurrencia.
- Infección urinaria sin compromiso del estado general.
- Persona con alteraciones psiquiátricas.

De acuerdo con lo mencionado anteriormente la atención de los pacientes debe ser realizado de la siguiente manera:

TRIAGE I:	Servicio de urgencias.
TRIAGE II:	Servicio de urgencias.
TRIAGE III:	IPS de manera prioritaria por consulta externa.
TRIAGE IV:	IPS por consulta externa.

6. DISEÑO METODOLOGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente proyecto de Investigación propone un estudio de tipo descriptivo ya que se buscó describir la situación y las características de la población que consultó el servicio de Urgencias del Hospital San Vicente de Paul del Municipio de Garzón, sin el ánimo de que hubiera intervención por parte de los investigadores, ni comprobar explicaciones de ningún tipo.

Es de corte transversal y cuantitativo, ya que una vez se tomó la muestra, se realizó una sola medición de la incidencia en el periodo determinado a partir del formato del triage de los pacientes seleccionados sin que se realizara un seguimiento posterior y se buscó cuantificar el número de consultas inadecuadas (calificadas como no urgencia) al servicio de Urgencias, además de las características de esta población.

Se realizó la medición de un evento que ya sucedió en meses anteriores a través de datos preexistentes en los RIPS, historias clínicas de los pacientes y el formato del triage manejado en urgencias lo que lo hace un estudio de tipo retrospectivo.

6.2 LUGAR

La recolección de la información se llevó a cabo en las Instalaciones del Hospital San Vicente de Paúl del Municipio de Garzón (Huila) y su tabulación y análisis se hizo de manera extramural.

6.3 POBLACION Y MUESTRA

6.3.1 Población. Pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital San Vicente de Paúl del Municipio de Garzón, entre Mayo y Septiembre de 2009; de acuerdo a la información de la institución, la población está conformada por 12.750 pacientes.

6.3.2 Muestra. Se tomó la muestra según las unidades de muestreo probabilística, la selección de los elementos fue de manera aleatoria simple por medio del programa Excel y la función “aleatorio entre”, lo cual permitió evitar un sesgo de

selección. El tamaño de la muestra se calculó con un nivel de confianza de 95%, un error de 11% y probabilidad de ocurrencia de 50%, teniendo como muestra final 293 pacientes.

6.4 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	SUBVARIABLE	INDICADORES O CATEGORIAS	NIVEL DE MEDICION	INDICE
Características Socio demográficas	Descripción del tipo de población que acude al servicio de urgencias.	* Género	Femenino Masculino	Cualitativo Nominal	%
		*Edad	Número de años cumplidos.	Numérico-Intervalo	%
		*Procedencia	Lugar de donde proviene el paciente: Zona rural o urbana (nombre de la vereda)	Cualitativo Nominal.	%
		*Régimen	*Particular *Contributivo Subsidiado *Pobre No Asegurado. *SOAT *ARP	Cualitativo Nominal	%

<p>Fecha y horario de consulta</p>	<p>Tiempo durante el cual se desarrolla la atención, teniendo en cuenta el mes, día y hora.</p>	<p>*fecha de consulta</p> <p>*día de consulta</p> <p>*Hora de atención</p>	<p>Indicación de tiempo en el que consulto el paciente el servicio de urgencias en día, mes y año.</p> <p>*Entre Semana(lunes, martes, miércoles, jueves Viernes)</p> <p>*Fin de semana(sábado, domingo)</p> <p>*AM</p> <p>*PM</p>	<p>Numérico</p> <p>Cuantitativo</p>	<p>%</p> <p>%</p> <p>%</p>
<p>Diagnóstico</p>	<p>Naturaleza de la enfermedad por la cual acceden al servicio.</p>	<p>*motivo de consulta</p> <p>*diagnóstico.</p> <p>* Tipo de especialidad</p>	<p>*causa por la cual el paciente accede al servicio de urgencias.</p> <p>Determinación de la naturaleza de la enfermedad determinado por el profesional de la salud.</p> <p>Especialidades clínicas que se</p>	<p>Cualitativo nominal</p> <p>Cualitativo nominal</p> <p>Cualitativo nominal</p>	<p>%</p> <p>%</p> <p>%</p>

		requerida.	prestan en el servicio de Urgencias.		
		* Nivel del TRIAGE	Clasificación para la atención de los pacientes que se realiza en un servicio de urgencias según las necesidades prioritarias Emergencia Urgencia Consulta externa prioritaria en su IPS Consulta externa en su IPS.	Cualitativo nominal	%
		*Tipo de remisión	Proceso mediante el cual un paciente es direccionado a otro servicio o IPS * Remisión medica. *Acuden por iniciativa propia.	Cualitativo nominal.	%
		*Destino final del paciente.	Lugar al cual es trasladado el paciente luego de recibir la atención	Cualitativo nominal.	%

			de urgencias		
Oportunidad	Tiempo transcurrido desde la llegada hasta la hora de la atención.		Tiempo de llegada /tiempo en el inicio de la atención	minutos	%

6.5 TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS

La recolección de datos se hizo a través de la revisión del libro de registro estadístico de pacientes atendidos en el servicio de Urgencias entre Mayo y Septiembre de 2009, una vez se seleccionaron los elementos de la muestra, se realizó la revisión de sus respectivas Historias clínicas y RIPS, a través de un instrumento en el cual se consignó la información requerida.

6.6 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION

Para la recolección de la información, se diseñó un formato el cual reúne las características generales, diagnóstico de ingreso, clasificación del TRIAGE, fecha, día, hora de llegada, tipo de remisión y egreso de los pacientes que hicieron parte de la muestra, seleccionada previamente (Anexo A).

Para valorar la oportunidad se determinó el promedio de los pacientes atendidos diariamente tomando una muestra y se aplicó el indicador y para identificar las razones por las cuales los usuarios pueden estar accediendo al Servicio de Urgencias y no al de Consulta Externa se utilizó una entrevista a los coordinadores de estos servicios tanto del Hospital San Vicente de Paul como de la ESE María Auxiliadora.

6.6.1 Prueba Piloto. El Instrumento utilizado para la recolección de la información fue sometido a prueba piloto, mediante la aplicación a 10 historias clínicas para evaluar y verificar su efectividad según la información que se pretendía obtener.

6.7 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

La información obtenida a través de las encuestas fue tabulada electrónicamente, donde se simplificó a través de tablas y gráficas con el programa Excel 12.0

6.8 PLAN DE ANALISIS DE RESULTADOS

El análisis estadístico de la presente investigación se realizó de la siguiente manera:

Análisis descriptivo, especialmente distribución de frecuencia en las variables categóricas y para el cálculo de la oportunidad, calculo de medidas de tendencia central y medidas de dispersión.

6.9 CONSIDERACIONES ETICAS

El presente proyecto de investigación se realizó en concordancia con las normas establecidas en la resolución 8430 del año 1993 emitida por el antiguo Ministerio de salud en lo concerniente a los aspectos éticos en investigación, La resolución 13437 de 1991 Por la cual se constituyen los Comités de Ética Hospitalaria y se adopta el Decálogo de los Derechos de los Pacientes y las normas en materia de ética médica (art 23 de 1981).

Se contó con autorización del comité de ética de la Institución y de la universidad Surcolombiana los cuales están amparados por la ley No.84 de diciembre 27/1989, la resolución No.8430 de octubre 4 de 1993 del Ministerio de Salud, resolución No.2378 de 27 de junio de 2008 del Ministerio de Protección Social y el Acuerdo 180 de 03 de diciembre de 2003 del consejo de facultad de salud de la universidad Surcolombiana, previa solicitud por medio escrito, teniéndose en cuenta las siguientes consideraciones:

- Derecho a la autodeterminación.
- Derecho al conocimiento irrestricto de la información.
- Trato justo y equitativo.
- Derecho a la privacidad, intimidad, anonimato y confidencialidad.

7. RESULTADOS

7.1 RAZONES POR LAS CUALES LOS USUARIOS ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS EN VEZ DE UTILIZAR EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

De acuerdo a la entrevista realizada a cada uno de los jefes de área de consulta externa, urgencias, departamento de calidad, dirección técnico-científica de manera respectiva se obtuvieron los siguientes datos:

Consulta externa:

- Se percibe una inadecuada orientación de los pacientes por parte del personal de salud.
- Los pacientes acuden al servicio de urgencias y no al servicio de consulta externa por la facilidad de acceso en el primer servicio.
- Se realiza el TRIAGE de manera inadecuada.
- Oferta de servicios insuficiente, para la demanda que se presentan algunos días de la semana, especialmente lunes y viernes.
- El uso inadecuado de los servicios de salud por parte de los usuarios, que saturan el servicio de consulta externa.
- La dificultad para desplazarse desde el área rural al centro de salud donde se presta el servicio de consulta externa, lo cual ocasiona su llegada muy tarde cuando ya se han asignado todos los cupos.
- El desconocimiento por parte de los pacientes de lo que es una urgencia vital.
- La creencia de que la consulta externa debe ser atendida el mismo día en que se consulta y en realidad según los indicadores de calidad del ministerio la consulta externa se puede asignar hasta para tres días.

Servicio de urgencias:

- Los usuarios cuando asisten al servicio de urgencias creen que no tiene que esperar tanto tiempo para el turno de la consulta.

- El cupo disponible para la asignación de citas diarias en los primeros niveles de atención es saturado rápidamente por el alto número de pacientes y la oferta de la Institución.
- Hay algunos pacientes que son orientados por los empleados de los primeros niveles a que acudan al servicio de urgencias, siendo su patología clasificada según la prioridad de la atención como III y IV.
- Algunos usuarios tienen mayor credibilidad en los médicos de urgencias por su tiempo de experiencia.

Dirección área de la calidad:

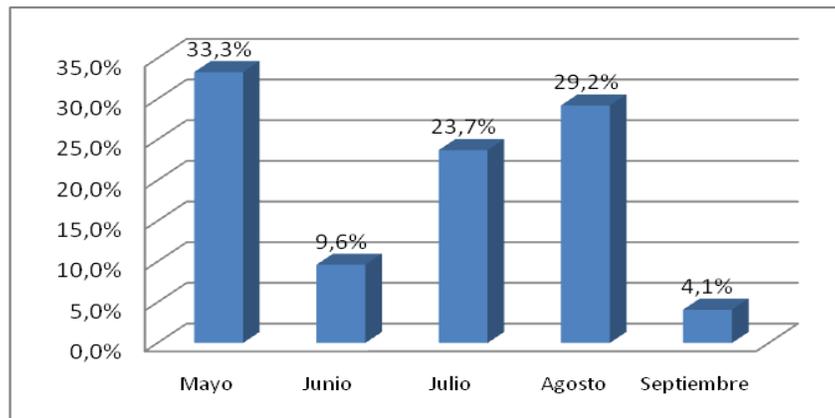
- Los usuarios ven más accesible acudir al servicio de urgencia a cualquier horario y sin cita previa.
- Se evidencia una falta de oportunidad en consulta externa.
- Los usuarios prefieren ir a urgencias por la imposición de menos trabas para la realización de procedimientos.

Dirección técnico científica:

- Es muy probable que no encuentre cupo de consulta externa en las instituciones a cargo de la prestación de este servicio.
- Que al consultar a urgencias no tiene necesidad de programación, simplemente se sientan y esperan un tiempo que seguramente no tiene programado para nada más.
- La educación de los usuarios con respecto al correcto uso del servicio de urgencias es muy precario y lo usan sin los criterios correctos.

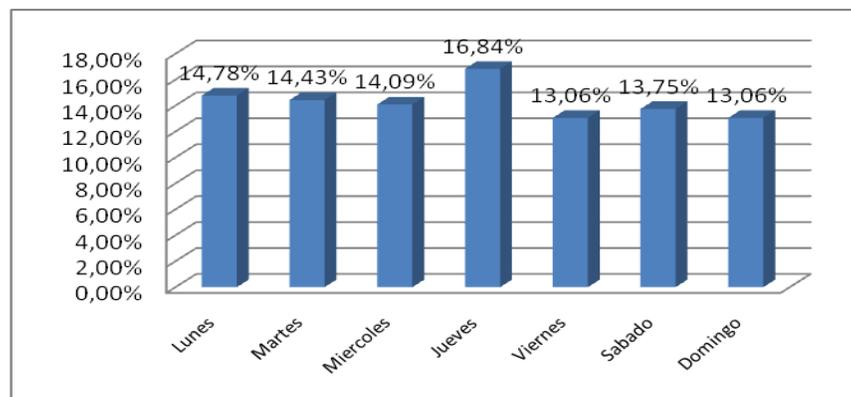
7.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS USUARIOS QUE CONSULTARON EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DEL MUNICIPIO DE GARZÓN ENTRE MAYO Y SEPTIEMBRE DE 2009.

Gráfica 1. Distribución de los usuarios según el mes en que consultaron el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre Mayo y Septiembre de 2009.



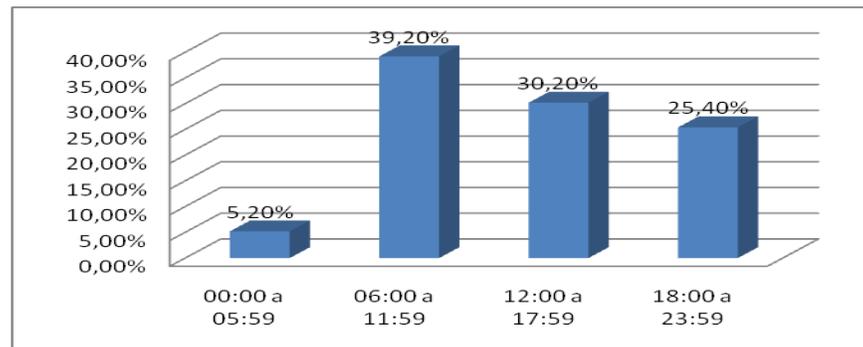
Con respecto a la distribución según el mes del uso del servicio de urgencias, se observa que Mayo es el mes que presenta la mayor frecuencia (33,3%) con respecto a los demás meses estudiados, seguido por el mes de Agosto (29,2%), donde el mes de Septiembre presenta la menor frecuencia (4,1%) con respecto a los otros meses.

Gráfica 2. Distribución de los usuarios según el día de la semana en que consultaron el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre Mayo y Septiembre de 2009.



Al momento de analizar el uso del servicio de urgencia según el día, se observó que es el jueves es el día de mayor concurrencia (16,8%) en este servicio, sin embargo, también se puede observar una ligera homogeneidad de los otros días entre 13,06% y 14,78% en los días restantes.

Gráfica 3. Distribución de los usuarios según la hora en que consultaron el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre Mayo y Septiembre de 2009.



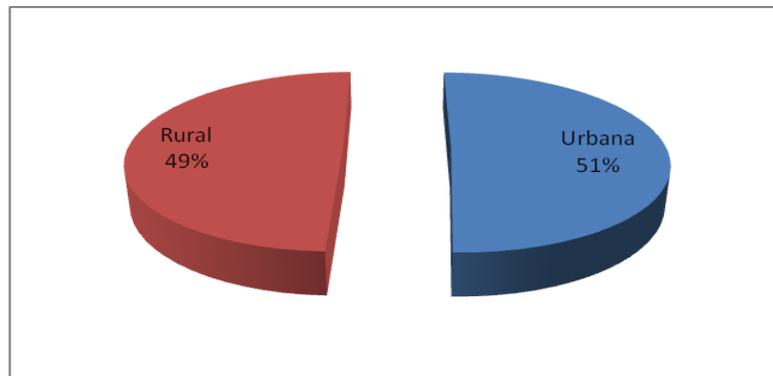
Con respecto a la hora de ingreso al servicio de urgencias; el periodo comprendido entre las 06:00 y las 11:59 horas presentan la mayor frecuencia con un 39,2% de los usuarios, seguido del periodo comprendido de las 12:00 a 17:59 horas (30,2%) y donde la menor frecuencia se observa de las 00:00 a las 5:59 horas (5,2%)

Tabla 1. Distribución del género según grupo de edad de los usuarios que consultaron el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre Mayo y Septiembre de 2009.

Edad	Genero					
	Hombre		Mujer		Total	
	Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna
< 1	9	6,1%	4	2,8%	13	4,5%
1 a 5	34	23,1%	29	20,1%	63	21,6%
6 a 15	30	20,4%	20	13,9%	50	17,2%
16 a 25	7	4,8%	23	16,0%	30	10,3%
26 a 35	24	16,3%	25	17,4%	49	16,8%
36 a 45	8	5,4%	17	11,8%	25	8,6%
46 a 55	12	8,2%	13	9,0%	25	8,6%
>56	23	15,6%	13	9,0%	36	12,4%
Total	147	100,0%	144	100,0%	291	100,0%

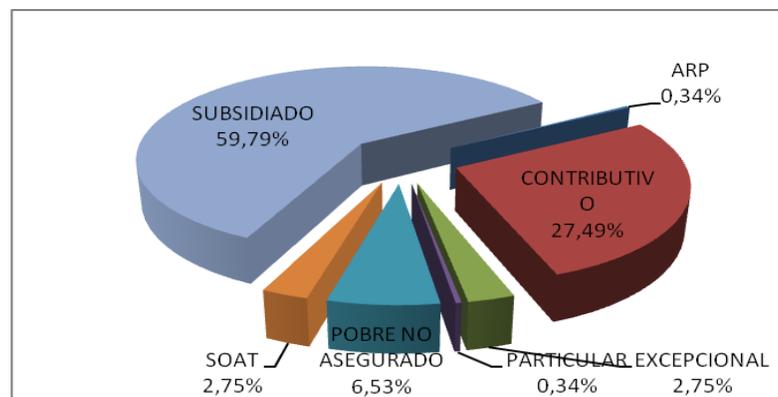
De las historias que ingresaron al estudio, 147 son hombres (50,5%), donde la mayor frecuencia se presenta en niños de 1 a 5 años de edad (23,1%) y la menor frecuencia se encuentra en los jóvenes de 16 a 25 años (4,8%); por otra parte de las 144 mujeres (49,5%), la mayor frecuencia se observa en niñas de 1 a 5 años de edad (21,6%) y la menor frecuencia se encuentra en los menores de un año (4,5%).

Gráfica 4. Distribución de los usuarios que consultaron el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre Mayo y Septiembre de 2009 según zona de procedencia.



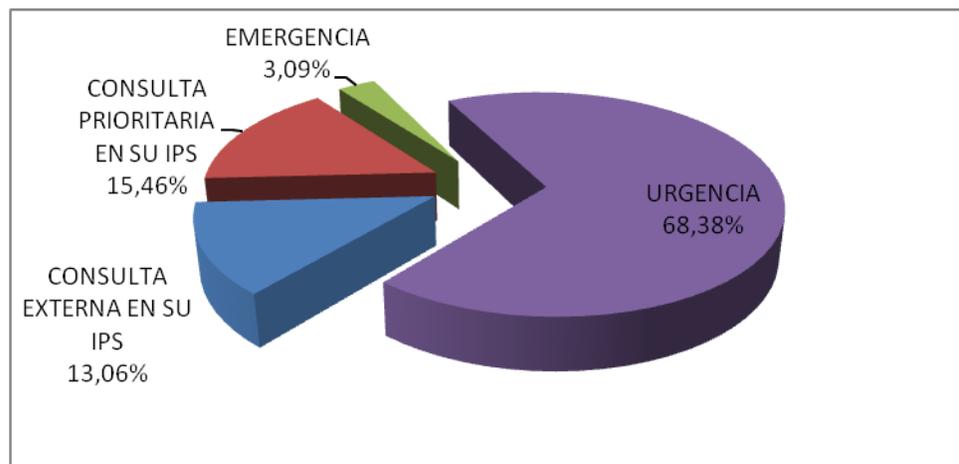
Según la zona de procedencia de los usuarios, el 51% proceden de la zona urbana y el 49% de la zona rural del municipio de Garzón.

Gráfica 5. Distribución de los usuarios que consultaron el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre Mayo y Septiembre de 2009 según régimen de salud.



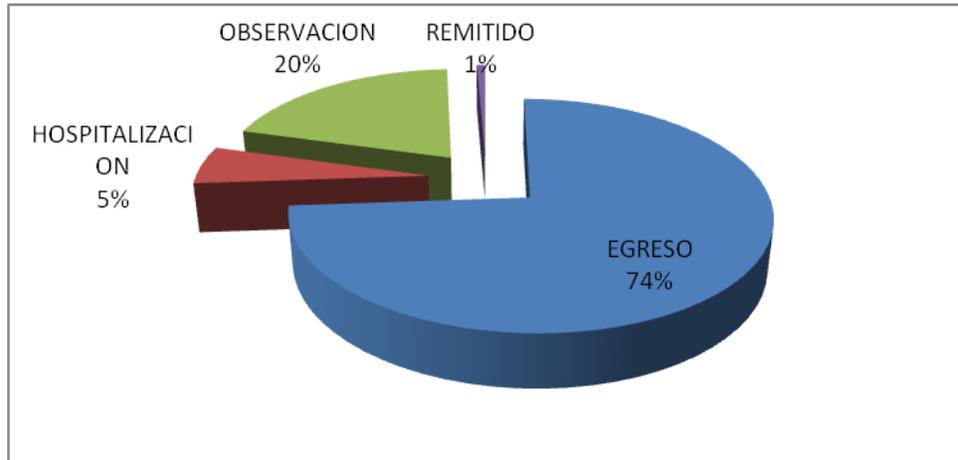
Con respecto al tipo de régimen de los usuarios, se observa que el 59,7% pertenecen al régimen subsidiado, mientras que el 27,4% son del régimen contributivo; por otra parte se encuentran usuarios SOAT (2,75%), pobres no asegurados (6,53%), particular y ARP (1 caso) y régimen excepcional (2,75%).

Gráfica 6. Distribución de los usuarios que consultaron el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre Mayo y Septiembre de 2009 según clasificación del TRIAGE.



Según la clasificación del TRIAGE, el 68,3% de los usuarios consultaron por una urgencia, mientras que el 3,09% por una emergencia y el 28,61% de los usuarios que usaron el servicio no necesitan el servicio de urgencia como tal. Por tal motivo se puede decir que la prevalencia del uso inadecuado del servicio de urgencia se estima en 28,61%.

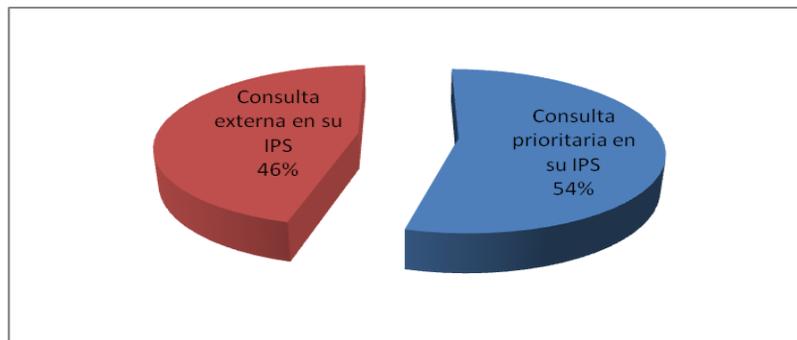
Gráfica 7. Distribución según plan de manejo de los usuarios que consultaron el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre Mayo y Septiembre de 2009.



Con respecto al plan de manejo de los usuarios, el 74% presentó egreso, mientras que el 20% se mantuvo en observación y un 5% fue necesario hospitalizarlo.

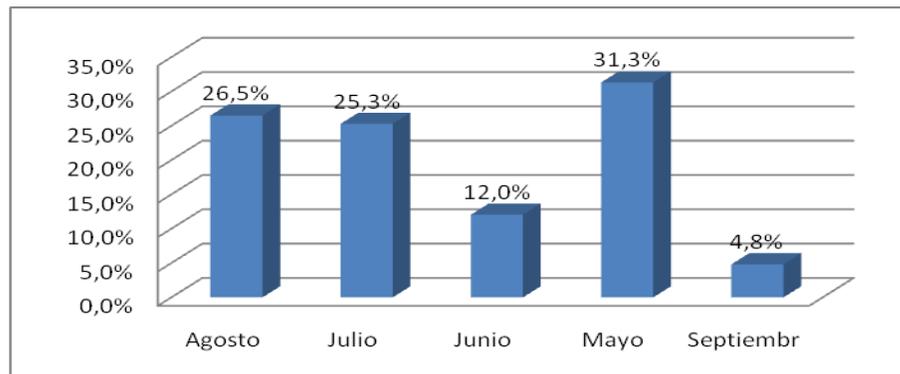
7.3 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS USUARIOS QUE CONSULTARON DE MANERA INADECUADA AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DEL MUNICIPIO DE GARZÓN ENTRE MAYO Y SEPTIEMBRE DE 2009.

Gráfica 8. Distribución de los usuarios que consultaron de forma inadecuada el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre Mayo y Septiembre de 2009 según clasificación del TRIAGE.



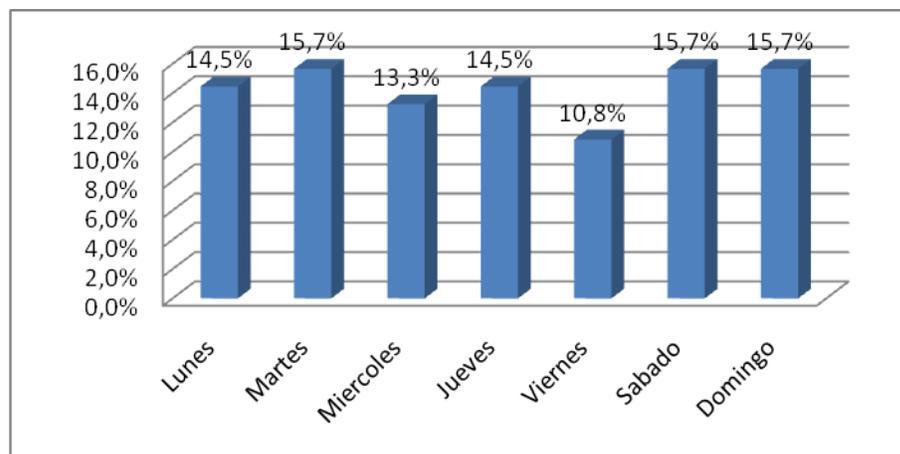
De acuerdo a la clasificación del TRIAGE, se observa que se considera como no urgencia el 28,6% de los usuarios atendidos en el servicio de urgencias, de los cuales el 46% fueron clasificados como consulta externa por IPS y un 54% consulta prioritaria en su IPS.

Gráfica 9. Distribución según el mes en que los usuarios consultaron de manera inadecuada el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre



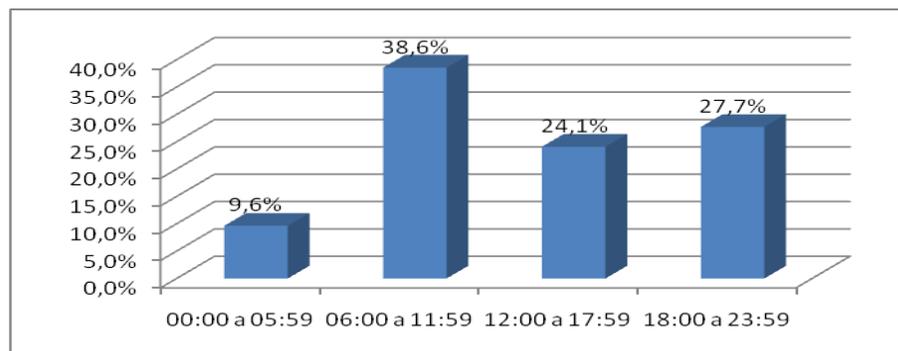
Con respecto a la distribución según el mes del uso del servicio de urgencias, se observa que mayo es el mes que presenta la mayor frecuencia (31,3%) con respecto a los demás meses estudiados, seguido por el mes de agosto (26,5%) y julio (25,3%), donde el mes de septiembre presenta la menor frecuencia (4,8%) con respecto a los otros meses.

Gráfica 10. Distribución de los usuarios que consultaron el servicio de urgencias de manera inadecuada del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre Mayo y Septiembre de 2009 según el día.



Al momento de analizar el uso del servicio de urgencia según el día, se observa que los días martes, sábado y domingo son días de mayor concurrencia (15,7% cada día) en este servicio.

Gráfica 11. Distribución de los usuarios que consultaron el servicio de urgencias de manera inadecuada del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre Mayo y Septiembre de 2009 según la hora.



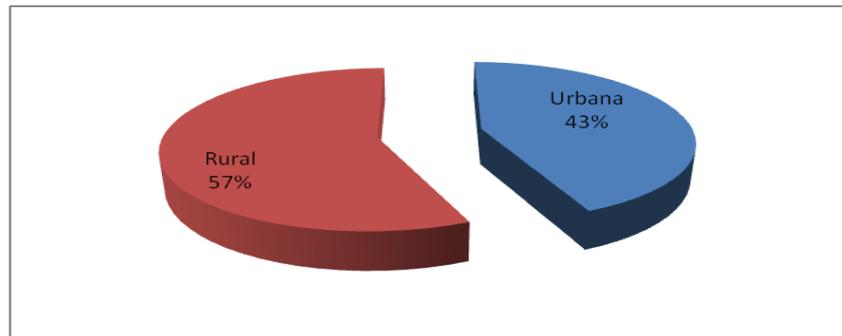
Con respecto a la hora de ingreso al servicio de urgencias; el periodo comprendido entre las 06:00 y las 11:59 horas presentan la mayor frecuencia con un 38,6% de los usuarios, seguido del periodo comprendido de las 18:00 a 23:59 horas (27,7%) y donde la menor frecuencia se observa de las 00:00 a las 5:59 horas (9,6%).

Tabla 2. Distribución del género según grupo de edad de los usuarios que consultaron el servicio de urgencias de manera inadecuada del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre Mayo y Septiembre de 2009.

		Genero					
		Hombre		Mujer		Total	
		Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna
Edad	< 1	0	,0%	2	4,3%	2	2,4%
	1 a 5	7	19,4%	5	10,6%	12	14,5%
	6 a 15	9	25,0%	6	12,8%	15	18,1%
	16 a 25	2	5,6%	6	12,8%	8	9,6%
	26 a 35	6	16,7%	10	21,3%	16	19,3%
	36 a 45	1	2,8%	9	19,1%	10	12,0%
	46 a 55	7	19,4%	4	8,5%	11	13,3%
	>56	4	11,1%	5	10,6%	9	10,8%
	Total	36	100,0%	47	100,0%	83	100,0%

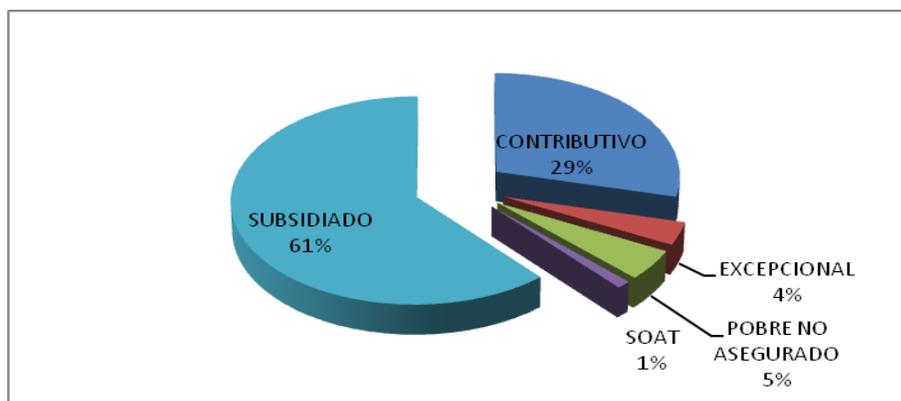
De las historias que ingresaron al estudio, 36 son hombres (43, 4,5%), donde la mayor frecuencia se presenta en niños de 6 a 15 años de edad (25%) y la menor frecuencia se encuentra en los niños <1 año (0%); por otra parte de las 83 mujeres (56,6%), la mayor frecuencia se observa en mujeres de 26 a 35 años de edad (19,3%).

Gráfica 12. Distribución según lugar de procedencia de los usuarios que consultaron el servicio de urgencias de manera inadecuada del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre Mayo y Septiembre de 2009.



Según la zona de procedencia de los usuarios, el 43% proceden de la zona urbana y el 57% de la zona rural del municipio de garzón.

Gráfica 13. Distribución según régimen de salud de los usuarios que consultaron de manera inadecuada el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre Mayo y Septiembre de 2009.



Con respecto al tipo de régimen de los usuarios, se observa que el 61% pertenecen al régimen subsidiado, mientras que el 29% son del régimen contributivo; por otra parte se encuentran usuarios SOAT (1%), pobres no asegurados (5%), particular (1 caso) y régimen excepcional (4%).

7.4 DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESPECIALIDAD REQUERIDA DE LOS USUARIOS QUE CONSULTARON EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DEL MUNICIPIO DE GARZÓN ENTRE MAYO Y SEPTIEMBRE DE 2009.

Tabla 3. Distribución según especialidad requerida de los usuarios que consultaron el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre Mayo y Septiembre de 2009.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	CIRUGIA GENERAL	9	3,1
	GINECOLOGIA	10	3,4
	MEDICINA GENERAL	232	79,7
	MEDICINA INTERNA	9	3,1
	NINGUNA	3	1,0
	OFTALMOLOGIA	1	,3
	ORTOPEDIA	12	4,1
	ORTOPEDIA POR CE	1	,3
	PEDIATRIA	13	4,5
	PEDIATRIA POR CE	1	,3
	Total	291	100,0

Según la información recolectada, el 79,7% de los usuarios requirieron de medicina general, mientras que el 3,1% cirugía general, de igual manera medicina interna, el 1% de los usuarios no requieren ninguno de los servicios listados.

Tabla 4. Principales diagnósticos por los que acuden los pacientes al servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre Mayo y Septiembre de 2009 con el fin de evaluar la pertinencia de dicha atención.

Patologías	Frecuencia
Patologías oftalmológicas	4
Patologías dermatológicas	12
Patología osteoarticular	9
Enf. Tracto respiratorio	24
Enf. Tracto gastrointestinal	7
Enf. Tracto genitourinario	2
Patología ginecológica	4
Traumatismo	6
Cefaleas	6
Fiebre no especificada	3
Enf. crónicas no transmisibles	2
Patología urológica	1
Patología de otorrino	1
Patología de psiquiatría	1
Diferido	1

Las patologías por la cual más acuden al servicio de urgencia son las del tracto respiratorio identificadas con 24 diagnósticos, seguidas de las dermatológicas con 12 y las de menor frecuencia las urológicas, de otorrino y psiquiátricas con frecuencia de 1 diagnóstico.

Cabe resaltar que dentro de las patologías del tracto respiratorio, IRA es la que predomina, dentro de las dermatológicas se encuentran predominando las reacciones alérgicas; en enfermedad osteoarticular el lumbago y dentro de la enfermedades tracto gastrointestinal la enfermedad diarreica aguda es la más prevalente.

De igual manera, las patologías listadas pertenecen a diagnósticos de los pacientes que según el TRIAGE no eran considerados como urgencia.

7.5 OPORTUNIDAD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DEL MUNICIPIO DE GARZÓN ENTRE MAYO Y SEPTIEMBRE DE 2009.

Tabla 5. Tiempo promedio de atención en la consulta de urgencia del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre Mayo y Septiembre de 2009.

DÍA	TIEMPO PROMEDIO (MINUTOS)
Domingo	11,67
Lunes	33,38
Martes	17,89
Miércoles	39,92
Jueves	19,13
Viernes	36,76
Sábado	12,74
Total general	22,59

El servicio de urgencia tiene un tiempo promedio de atención de 22,59 minutos, con respecto a los días se observa que el día que presenta un mayor promedio es el miércoles (39,9 minutos) y el día viernes (36,76 minutos); por otra parte el día que presenta un menor promedio es el domingo (11,67 minutos).

7.6 DESCRIPCIÓN FÍSICO FUNCIONAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DEL MUNICIPIO DE GARZÓN ENTRE MAYO Y SEPTIEMBRE DE 2009.

Tabla 6. Estructura físico funcional del servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre Mayo y Septiembre de 2009.

ESTRUCTURA FISICA	UNIDADES
Consultorios	4
Sala de observación	1
Camillas sala de observación	20
Camillas de emergencia	10
Sala de procedimientos	1
Sala para yesos	1

Con respecto a la estructura físico funcional del servicio de urgencias se cuenta con 4 consultorios, una sala de observación, una capacidad instalada de 30 camillas, una sala de procedimiento y una sala para yesos.

Tabla 7. Asignación de turnos para el personal idóneo en el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre Mayo y Septiembre de 2009.

TURNO	PERSONAL	Nº.
07:00 - 13:00	Auxiliares de enfermería	5
	Jefe de enfermería	2
	Medico	4
13:00 - 19:00	Auxiliares de enfermería	5
	Jefe de enfermería	2
	Medico	4
19:00 - 07:00	Auxiliares de enfermería	5
	Jefe de enfermería	2
	Medico	3

Por otra parte, el servicio de urgencia para el año 2009 contaba con 3 turnos, los cuales tenían el personal idóneo para la atención en cada turno.

Tabla 8. Personal de apoyo en el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Garzón entre Mayo y Septiembre de 2009.

PERSONAL	Nº
Auxiliar de enfermería de apoyo (14:00 a 22:00)	1
Medico de referencia y apoyo (06:00 a 22:00)	1
Camillero de turno disponible	1

Además del personal anteriormente listado, también se cuenta con un auxiliar de enfermería de apoyo, un medico de referencia y un camillero de turno disponible.

7.7 CONDICIONES EN LAS QUE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL VIENE ADMINISTRANDO, EVALUANDO Y CONTROLANDO EL SERVICIO DE URGENCIAS Y DE CONSULTA EXTERNA.

Cada área específica de urgencias y de consulta externa tiene su respectivo coordinador que se encarga de dirigir al personal asistencial y de reportar novedades en su respectivo campo de acción, todo esto controlado a su vez por el departamento de calidad, la evaluación de cada una de estas áreas se hace mediante tres procesos respectivos:

- La oportunidad: tiempo transcurrido desde la llegada del usuario hasta el tiempo de atención del mismo. Este indicador se viene evaluando periódicamente por el coordinador de urgencias. Para los horas picos hay un plan de contingencia, como se evidencia en la descripción físico – funcional, en donde hay un medico de refuerzo junto con una enfermera.
- Satisfacción de los usuarios: se controla periódicamente por medio de la aplicación de encuestas a los usuarios; actualmente está entre el 90-95%
- Seguimiento a los efectos adversos: este indicador se controla por medio de la presión que ejerce el auditor sobre el personal asistencial para el reporte de los mismos. Hay un formato especial que debe diligenciar el profesional, que debe ser entregado al coordinador del área.

7.8 DEBILIDADES QUE AFRONTA EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO.

Dentro de las limitantes para la prestación del servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl se encuentran:

- No existe comité de urgencias debidamente estructurado.
- La Planta física en el servicio de urgencias no es la adecuada para que el personal asistencial pueda atender a los usuarios con calidad.
- No se realiza el mantenimiento preventivo y correctivo oportuno de los equipos de manera regular.
- La oficina de atención al usuario no funciona las 24 horas.
- Manuales de procesos y procedimientos desactualizados.
- No se suministraban los medicamentos de tratamiento ambulatorio, lo que ocasionaba que el paciente acudiera al primer nivel a reclamar los mismos mediante una cita.
- El crecimiento acelerado de la población pobre y vulnerable que requiere de nuestros servicios, sin que los recursos asignados para la atención tengan un crecimiento proporcional.
- No existe Manual Especifico de funciones y Competencias Laborales donde se aclare entre otros: Plan de Selección, Evaluación, Inducción y Reinducción del personal.

7.9 CONDICIONES EN QUE LA OFICINA DE ATENCION AL USUARIO VIENE ORIENTANDO Y CAPACITANDO A LOS USUARIOS

Como primera medida la coordinadora del área de atención al usuario realiza una reunión periódica con la asociación de usuarios para educarlos acerca del uso correcto del servicio de urgencias y de consulta externa, Así mismo se entregan de manera permanente folletos informativos sobre los derechos y deberes de los Usuarios.

Una vez fue implementado el sistema de TRIAGE en el Servicio de Urgencias para la priorización de la atención, el área de atención al usuario entregó a los usuarios un folleto con la información básica sobre este sistema, relacionando los diferentes niveles según los signos y sus respectivos tiempos de espera.

7.10 IDENTIFICACION DE POLITICAS Y ESTRATEGIAS QUE VIENE IMPLEMENTANDO EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL PARA OPTIMIZAR EL SERVICIO DE URGENCIAS.

- Implementación del Sistema de TRIAGE.
- creación del plan de contingencia para las horas pico.
- Modificación de la planta física de acuerdo con el personal existente y la demanda de servicios.
- Modificación de la encuesta de satisfacción al usuario.

8. DISCUSIÓN

En la presente tesis se investigó la caracterización del uso inadecuado del servicio de urgencias por parte de los usuarios en el hospital San Vicente de Paul de Garzón Huila, Mayo a Septiembre de 2009, se realizó una tabulación de las personas que habían acudido al servicio de urgencias en esos meses, de acuerdo a los resultados encontrados en esta investigación se puede decir que Mayo es el mes que presenta la mayor frecuencia (33,3%) en el uso de servicio de urgencias con respecto a los demás meses estudiados, al momento de analizar el uso del servicio de urgencia según el día, se observa que es el jueves el día de mayor concurrencia(16,8%) en este servicio, sin embargo en la revisión de antecedentes bibliográficos realizada no se encontraron investigaciones donde se hayan tenido en cuenta estos aspectos y que puedan servir como marco de referencia.

Con respecto a la hora de ingreso al servicio de urgencias, el periodo comprendido entre las 06:00 y las 11:59 horas presentan la mayor frecuencia de los usuarios; Con respecto a la edad y al género, mantiene gran similitud con la historia natural de la enfermedad y antecedentes demográficos, especialmente la asistencia de niños menores de edad y mujeres adultas son las que asisten a consulta por urgencia. De las historias que ingresaron al estudio, 147 son hombres (50,5%), contrario al proyecto de investigación realizado en el Centro Piloto de ASSBASALUD en Manizales donde el mayor porcentaje fueron mujeres (58%), sin embargo se encuentra similitud en el sentido de que la mayor frecuencia se presentó en niños de 1 a 5 años de edad.

Según la zona de procedencia de los usuarios, el 51% proceden de la zona urbana y el 49% de la zona rural del municipio de Garzón, con respecto al tipo de régimen de los usuarios, se observa que el mayor número pertenece al régimen subsidiado; según la información recolectada, el 79,7% de los usuarios requirieron de medicina general y el mayor motivo de consulta fue por enfermedades relacionadas con el tracto respiratorio al igual que en el estudio realizado en la Ciudad de Manizales donde el 24,1% estuvo relacionada con estas afecciones.

El 28,61% de los usuarios que usaron el servicio no necesitaban el servicio de urgencias como tal. De este total de consultas inadecuadas, el 46% fueron clasificados como consulta externa por IPS y un 54% consulta prioritaria, en cuanto al mes y hora de consulta coincide con el resto de la muestra del estudio siendo el mes de mayo el de mayor frecuencia (31,3%) y el periodo entre las 06:00 y las 11:59 horas (38,6%). Los días de de mayor consulta fueron martes, sábado y domingo (15,7%), el 57% procedían de zona rural y el 61% pertenecen al régimen subsidiado en salud.

El servicio de urgencia tiene un tiempo promedio de atención de 22,59 minutos esto indica que con respecto a los indicadores de oportunidad de la dirección general de calidad del servicio del ministerio de la protección social esta aumentado el tiempo con respecto al departamento del Huila (15,9 minutos); sin embargo se encuentra disminuido con respecto al promedio a nivel nacional en la atención a consulta en urgencias el cual es de 26 minutos. (Ver Anexo C). En los estudios realizados a nivel Nacional se encuentra que la oportunidad en las ESE de mediana complejidad en La ciudad de Medellín para el año 2006 era de 15 minutos, resultado inferior al arrojado por la presente investigación.

Con respecto a los estudios propuestos como antecedentes, la prevalencia del uso inadecuado del servicio en el hospital de Garzón es más alta que la presenta el estudio realizado en el año 2006 en las diferentes IPS de baja, mediana y alta complejidad de la Ciudad de Medellín encontró que el 10,6 % de los pacientes que accedieron a los diferentes servicios de urgencias no fueron admitidos por considerarse la causa de consulta como no urgente.¹⁶

De igual manera la prevalencia encontrada en el Hospital de Garzón se estima mayor a la encontrada durante el año 2008 en el Servicio de Urgencias del centro piloto de ASSBASALUD ESE de la Ciudad de Manizales donde obtuvo como resultado que el 23.6% de las consultas de urgencias fueron inadecuadas¹⁷ y superior a la proporción de ingresos inadecuados en el área de observación de Urgencias del Hospital de Barcelona que representó el 5,5% de las admisiones.

En relación a la oportunidad en el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl, en el año 2007 la oportunidad en la atención inicial de urgencias era de 21,65 minutos, mientras que en el presente estudio se observa un aumento en la oportunidad a 22,59 minutos, por lo que es importante evaluar los planes de mejoramiento instaurados para disminuir los tiempos de espera.

¹⁶ VALENCIA SIERRA, Marta L. Acceso a los Servicios de Urgencias en Medellín, 2006. En: Rev. salud pública vol.9 no.4 Bogotá Oct. /DEC. 2007. Disponible en internet: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642007000400005&script=sci_arttext&tlng=pt.

¹⁷ ARANGO PINILLA, Margarita, (et al). Demandas Inadecuadas en urgencias e identificación del uso inapropiado de la Hospitalización en el Centro Piloto de ASSBASALUD ESE en Manizales. Año 2008. En: Revista Universidad de Manizales, Volumen 9, Número 1 Junio de 2009, Artículo de Investigación pag 25-34

9. CONCLUSIONES

- De acuerdo con la entrevista realizada a los diferentes coordinadores de área, se puede concluir que la perspectiva apunta a que existe una deficiencia de la oportunidad en la consulta externa de primer nivel de acuerdo a la demanda, asociado a una utilización inadecuada de este servicio por parte de los usuarios que ocasionan congestión en el mismo, y dificultad en el acceso de algunos pacientes del área rural lo que hace su llegada a los centros de atención, cuando estos ya han completado su cupo. Por estas razones acuden al servicio de urgencias donde encuentran mayor facilidad en el acceso, con un menor tiempo de espera, sin previa programación. Además cabe resaltar el desconocimiento que existe sobre el uso adecuado del servicio de Urgencias por parte de los usuarios.
- La prevalencia del uso inadecuado del servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paul se estima en 28,61%, superior a los antecedentes propuestos, donde la mayor frecuencia se presentó en usuarios del género femenino (56,6%) en edades entre 26 y 35 años de edad, el 57% procedía del área rural del Municipio de Garzón y el 61% pertenecían al régimen subsidiado.
- El día que presenta un mayor promedio de consulta al servicio de Urgencias es el miércoles (39,9 minutos) y el día viernes (36,76 minutos); por otra parte el día que presenta un menor promedio es el domingo (11,67 minutos).
- El diagnóstico más frecuente entre los usuarios que no fueron clasificados como urgencias se encuentran las enfermedades del tracto respiratorio, principalmente Infección Respiratoria Aguda (IRA), seguido de las afecciones dermatológicas.
- En la investigación realizada se encuentra que existe un subregistro de la prevalencia del uso inadecuado del servicio de urgencias ya que se observa que patologías con la misma sintomatología tienen clasificación de TRIAGE distinta, por lo que se induce que falta unificación de criterios por parte del personal médico acerca del sistema de clasificación de la prioridad de la atención.
- El servicio de urgencia tiene un tiempo promedio de atención de 22,59 minutos el cual ha aumentado con respecto al año 2007 donde según estudio realizado fue de 21,65.

- A pesar de los esfuerzos permanentes de la Institución para difundir la información acerca de la utilización adecuada del servicio de urgencias, mediante capacitaciones tanto al personal médico y paramédico como a los usuarios, entrega de folletos y demás, se sigue presentando de manera significativa, por lo que se debe evaluar y replantear las estrategias empleadas, con el fin de alcanzar un mayor impacto en su disminución.

10.RECOMENDACIONES

- El Sistema de TRIAGE puede llegar a ser una herramienta fundamental para el óptimo funcionamiento del Servicio de Urgencias y se debe hacer un seguimiento continuo a su aplicación. Dentro de la revisión realizada se encontró varias personas con el mismo diagnóstico y sintomatología que fueron clasificados de manera diferente, motivo por el cual se recomienda implementar un sistema de inducción y capacitación a los profesionales del servicio de Urgencias donde sean orientados en la clasificación del TRIAGE con su respectivo proceso de retroalimentación en la primera semana donde se pueda verificar el conocimiento adquirido con seguimiento o control trimestral y evitar al máximo la alta rotación del personal.
- Pese a todos los esfuerzos de la Organización para educar a los usuarios en el buen uso del servicio de Urgencias se encuentra que no han sido suficientes las estrategias implementadas, por lo que se sugiere hacer un replanteamiento de las mismas en el Hospital San Vicente de Paul y se fortalezca los procesos educativos a las comunidades a través de videos, charlas demostrativas, carteleras informativas, actividades más atractivas y didácticas que entregar folletos saturados de texto que muy seguramente no serán leídos por los usuarios, como por ejemplo se sugiere elaborar un video Institucional que explique de forma clara y entendible el papel y funcionamiento de cada uno de los servicios que brinda el Hospital y proyectarlo de manera continua en las salas de espera para que sea visto por los usuarios y en el caso que no se logre los resultados esperados se propone hacer efectivo el cobro correspondiente a la no urgencia establecido por la resolución 5261, ya que según la norma se pueden atender hasta en tres días después de realizada la solicitud.
- Es indispensable mejorar la capacidad instalada del Servicio de Urgencias del Hospital San Vicente de Paul para lograr una disminución en los tiempos de espera, y por lo tanto lograr una atención más oportuna.
- En cuanto a la población que consultó de manera inadecuada, se puede sugerir fortalecer los programas de Promoción y Prevención de la Institución de baja complejidad, con mayor insistencia en el Control prenatal, Programa Ampliado de Inmunizaciones, Control de crecimiento y desarrollo, Control del Joven y atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), todo esto, si se tiene en cuenta que la mayor población que consultó de manera inadecuada fueron de género femenino, población entre 6 y 15 años de edad, y los principales diagnósticos fueron Infección Respiratoria

Aguda, Afecciones cutáneas principalmente relacionadas con reacciones alérgicas y EDA`s. Además se recomienda a los profesionales de los primeros niveles de atención explicar a los pacientes de manera clara los signos de alarma por los cuales deben consultar a urgencias y se puede implementar un sistema de seguimiento mediante encuestas a los usuarios por parte del jefe de Consulta Externa para verificar que si se le esté dando la información dicha información.

- Se propone capacitar al personal de los primeros niveles de atención acerca de la priorización de la atención en urgencias para que no se envíen a los pacientes de manera inadecuada a este servicio.
- Mejora en la oferta de los servicios de primer nivel ampliando la cobertura en la atención por medio de la extensión en los horarios de consulta externa entre semana, fines de semana, días de mercado y jornadas continuas.
- Se propone un plan de contingencia para la población del área rural donde se le dé prioridad o se reserve un numero de citas diarias para ellos, con el fin de que puedan ser atendidos en la ESE de baja complejidad el mismo día en que consultan, todo esto teniendo en cuenta que este grupo de usuarios con frecuencia prefieren acudir al servicio de Urgencias que les representa una mejor oportunidad, ya que por dificultades relacionadas con factores económicos, falta de un lugar para hospedarse, gastos de alimentación y transporte no pueden esperar hasta el siguiente día para ser atendidos.
- Se propone una reunión entre las entidades de primer y segundo nivel de complejidad, para la creación de estrategias que permitan concientizar a los usuarios en la correcta utilización de los servicios de salud.
- Es indispensable que tanto la entidad de baja como de mediana complejidad tengan los resultados del estudio realizado para que se tomen correctivos pertinentes con el fin de mejorar la eficacia, eficiencia y efectividad en cada uno de estos servicios.

BIBLIOGRAFÍA

ACOSTA, Evelin, et al. Oportunidad en la atención del Servicio de Urgencia de la Clínica de la Costa Barranquilla. En: Revista Médica de la Costa ISSN 1909/2261, vol 1. Número 2. Año 2006.

ARANGO PINILLA, Margarita, (et al). Demandas Inadecuadas en urgencias e identificación del uso inapropiado de la Hospitalización en el Centro Piloto de ASSBASALUD ESE en Manizales. Año 2008. En: Revista Universidad de Manizales, Volumen 9, Número 1 Junio de 2009, Artículo de Investigación pag 25-34

ESCOBAR, Martha Lucena. Triage de Urgencia. 07 de Abril de 2009. Disponible en internet: www.encolomia.com/medicina/enfermeria-triage.htm

ESPIDOLA, Roberto. Gobernancia Democrática y Salud. Reino Unido. 1996 p. 22

DECRETO 412 DE 1992. En: Diario oficial No.40.368, marzo 6 de 1992.

OLORTEGUI, Rafael. Gerencia de Clínicas y hospitales. Miércoles 8 de Octubre 2003. Disponible en Internet: <http://www.monografias.com/trabajos14/calidad-salud/calidad-salud.shtml>

PEREDA RODRÍGUEZ, Javier, et al. “Filtro Sanitario” en las urgencias medicas, un problema a reajustar. En: Revista Cubana Médica 2001. 40 (30); pag.186.

PEREZ Adad, Sandra (et al). Optimización del flujo de pacientes en un servicio de urgencias. Santiago 2008,4p. Trabajo de grado (especialistas en salud).

REYES, Pedro. Modulo II “Sistema general de Seguridad Social Integral “Neiva, 2006 p.6

_____. Especialización en Gerencia de servicios de salud y seguridad Social. Administración y Gerencia. Neiva, 2009 p.4

SANCHEZ LÓPEZ, j, et al. Factores asociados al uso de un servicio de urgencias hospitalario. En: Emergencias, Granada, 2005 No. 7; Pag. 142.

SEMPERE SELVA, Teresa, (et al). Validez del protocolo de adecuación de urgencias Hospitalarias. En: Revista Española Salud Pública 1999; 73: 465-479 N.” 4 - Julio-Agosto 1999.

ANEXOS

Anexo A. Instrumento para identificar las razones que inciden en que los usuarios acudan al Servicio de Urgencias.

ENTREVISTA SOBRE LA INVESTIGACION REFERENTE A LA CARACTERIZACION DEL USO INADECUADO DEL SERVICIO DE URGENCIAS POR PARTE DE LOS USUARIOS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE GARZON HUILA. MAYO A SEPTIEMBRE DE 2009.

¿COMO DUEÑO DEL PROCESO DE URGENCIAS O CONSULTA EXTERNA, CUAL CREE USTED QUE SON LAS RAZONES O CIRCUNSTANCIAS QUE INCIDEN EN QUE LOS USUARIOS ACUDAN AL SERVICIO DE URGENCIAS Y NO AL DE CONSULTA EXTERNA?

RESPUESTA

1.

2.

3.

Anexo B. Instrumento para recolección de información para caracterizar el uso del Servicio de Urgencias

INVESTIGACION SOBRE CARACTERIZACION DEL USO INADECUADO DEL SERVICIO DE URGENCIAS POR PARTE DE LOS USUARIOS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE GARZON HUILA, MAYO A SEPTIEMBRE DE 2009.

1. NUMERO DE HISTORIA CLINICA: _____

2. FECHA DE INGRESO: día____ mes____ año____

3. Entre semana____ Fin se semana____ DIA: _____

4. HORA: _____Am____ Pm____

5. EDAD: _____

6. GÉNERO: M____F____

7. PROCEDENCIA: _____

Zona rural ____ Zona Urbana_____

8. REGIMEN EN SALUD:

Particular: ____ Excepcional: _____ Contributivo: ____ Subsidiado: ____
Pobre no asegurado: ____ SOAT: _____

9. MOTIVO DE CONSULTA_____

10. DIAGNOSTICO_____

11. ESPECIALIDAD REQUERIDA: _____.

Medicina general: ____ Pediatría: ____ cirugía: ____ ortopedia: _____ medicina interna:
_____ ginecología: _____

14. CLASIFICACION DEL TRIAGE: Emergencia: _____ Urgencia: _____ Consulta
externa prioritaria en su IPS_____ Consulta externa en su IPS_____

15. TIPO DE REMISION: Remisión medica: ____ Iniciativa propia_____

16. DESTINO: Hospitalización: _____ Remitido: _____ Egresó: _____ Falleció: _____
Observación: _____

Anexo C. Resultados de encuesta a usuarios que consultaron el servicio de urgencias del hospital San Vicente de Paul de Garzón Huila. Mayo a Septiembre de 2009

MES DE INGRESO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Agosto	85	29,2	29,2	29,2
	Julio	69	23,7	23,7	52,9
	Junio	28	9,6	9,6	62,5
	Mayo	97	33,3	33,3	95,9
	Septiembre	12	4,1	4,1	100,0
	Total	291	100,0	100,0	

DÍA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Lunes	43	14,8	14,8	14,8
	Martes	42	14,4	14,4	29,2
	Miércoles	41	14,1	14,1	43,3
	Jueves	49	16,8	16,8	60,1
	Viernes	38	13,1	13,1	73,2
	Sábado	40	13,7	13,7	86,9
	Domingo	38	13,1	13,1	100,0
	Total	291	100,0	100,0	

HORA DE INGRESO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	00:00 a 05:59	15	5,2	5,2	5,2
	06:00 a 11:59	114	39,2	39,2	44,3
	12:00 a 17:59	88	30,2	30,2	74,6
	18:00 a 23:59	74	25,4	25,4	100,0
	Total	291	100,0	100,0	

EDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	< 1	13	4,5	4,5	4,5
	1 a 5	63	21,6	21,6	26,1
	6 a 15	50	17,2	17,2	43,3
	16 a 25	30	10,3	10,3	53,6
	26 a 35	49	16,8	16,8	70,4
	36 a 45	25	8,6	8,6	79,0
	46 a 55	25	8,6	8,6	87,6
	>56	36	12,4	12,4	100,0
	Total	291	100,0	100,0	

ZONA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Urbana	147	50,5	50,5	50,5
	Rural	144	49,5	49,5	100,0
	Total	291	100,0	100,0	

RÉGIMEN DE SALUD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ARP	1	,3	,3	,3
	CONTRIBUTIVO	80	27,5	27,5	27,8
	EXCEPCIONAL	8	2,7	2,7	30,6
	PARTICULAR	1	,3	,3	30,9
	POBRE NO ASEGURADO	19	6,5	6,5	37,5
	SOAT	8	2,7	2,7	40,2
	SUBSIDIADO	174	59,8	59,8	100,0
	Total	291	100,0	100,0	

Usuarios que consultaron de manera inadecuada al servicio de urgencias del hospital San Vicente de Paul de Garzón Huila. Mayo a Septiembre de 2009.

CLASIFICACIÓN TRIAGE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Consulta prioritaria en su IPS	45	54,2	54,2
	Consulta externa en su IPS	38	45,8	45,8
	Total	83	100,0	100,0

MES DE INGRESO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Agosto	22	26,5	26,5	26,5
	Julio	21	25,3	25,3	51,8
	Junio	10	12,0	12,0	63,9
	Mayo	26	31,3	31,3	95,2
	Septiembre	4	4,8	4,8	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

DÍA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Lunes	12	14,5	14,5	14,5
	Martes	13	15,7	15,7	30,1
	Miércoles	11	13,3	13,3	43,4
	Jueves	12	14,5	14,5	57,8
	Viernes	9	10,8	10,8	68,7
	Sábado	13	15,7	15,7	84,3
	Domingo	13	15,7	15,7	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

JORNADA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	00:00 a 05:59	8	9,6	9,6	9,6
	06:00 a 11:59	32	38,6	38,6	48,2
	12:00 a 17:59	20	24,1	24,1	72,3
	18:00 a 23:59	23	27,7	27,7	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

ZONA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Urbana	36	43,4	43,4
	Rural	47	56,6	56,6
	Total	83	100,0	100,0

RÉGIMEN DE SALUD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	CONTRIBUTIVOS	24	28,9	28,9
	EXCEPCIONAL	3	3,6	3,6
	POBRE NO ASEGURADO	4	4,8	4,8
	SOAT	1	1,2	1,2
	SUBSIDIADO	51	61,4	61,4
	Total	83	100,0	100,0

CLASIFICACIÓN TRIAGE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	CONSULTA EXTERNA EN SU IPS	38	13,1	13,1	13,1
	CONSULTA PRIORITARIA EN SU IPS	45	15,5	15,5	28,5
	EMERGENCIA	9	3,1	3,1	31,6
	URGENCIA	199	68,4	68,4	100,0
	Total	291	100,0	100,0	

DESTINO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	EGRESO	215	73,9	73,9	73,9
	HOSPITALIZACION	16	5,5	5,5	79,4
	OBSERVACION	58	19,9	19,9	99,3
	REMITIDO	2	,7	,7	100,0
	Total	291	100,0	100,0	

DIA

Día	Numero de usuario	Porcentaje
DOMINGO	54	16,7%
LUNES	58	17,9%
MARTES	62	19,1%
MIERCOLES	13	4,0%
JUEVES	24	7,4%
VIERNES	51	15,7%
SABADO	62	19,1%
Total general	324	100,0%

Principales diagnósticos por los que consultaron los usuarios al servicio de urgencias del hospital San Vicente de Paul de Garzón Huila. Mayo a Septiembre de 2009.

Diagnostico	Frecuencia	Porcentaje
ABCESO LABIO MAYOR VULVA	1	0,344
ABDOMEN DOLOROSO AGUDO- COLICO RENAL	1	0,344
ABORTO EN CURSO	1	0,344
ABSCESES EN MANO	1	0,344
ADENOPATIA CERVICAL	1	0,344
AMIGDALITIS AGUDA- IVU	1	0,344
AMIGDALITIS AGUDA	3	1,031
AMIGDALITIS AGUDA, SD EMETICO, DHT GRADO II	1	0,344
AMIGDALITIS AGUDA, SINDROME FEBRIL	1	0,344
ANGINA INESTABLE, CRISIS HIPERTENSIVA	1	0,344
ARTROSIS DE RODILLA	1	0,344
ASMA	1	0,344
BNM+SIND DIF RESPIRATORIA	1	0,344
BRONCONEUMONIA + OTITIS MEDIA	1	0,344
BRONQUIOLITIS	2	0,687
BRONQUIOLITIS+ SDR	1	0,344
BRONQUIOLITIS+SDR	1	0,344
BRONQUITIS AGUDA	1	0,344
CARDIOPATIA DILATADA	1	0,344
CEFALEA	1	0,344
CEFALEA AGUDA + TORTICULIS ESPASMODICA	1	0,344
CEFALEA MIGRAÑOSA	1	0,344
CEFALEA POSTRAUMATICA	2	0,687
CEFALEA PRIMARIA	1	0,344
CEFALEA, IVU	1	0,344
CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	1	0,344
CELULITIS EN DEDO	2	0,687
CELULITIS PIERNA DERECHA	1	0,344
CISTITIS AGUDA	1	0,344
COLECISTITIS	1	0,344
COLECISTITIS AGUDA	1	0,344
COLICO DEL LACTANTE	1	0,344
CONJUNTIVITIS NO ESP	1	0,344
CONJUNTIVITIS VIRAL	1	0,344
CONVULSION SIN TTO	1	0,344

CORROSION VIAS RESPIRATORIAS	1	0,344
COSTOCONDritis Y DORSALGIA POSTRAUMA	1	0,344
CRISIS ASMÁTICA	3	1,031
CRISIS ASMÁTICA LEVE	2	0,687
CRISIS ASMÁTICA + IRA ALTA	1	0,344
CRISIS ASMÁTICA MODERADA	1	0,344
CRISIS HIPERTENSIVA TIPO URGENCIA	1	0,344
CUERPO EXTRAÑO EN OJO	3	1,031
DERMATITIS	1	0,344
DIFERIDO	1	0,344
DISENTERIA AMEBIANA AGUDA	1	0,344
DOLOR EN EL PECHO NO ESP	1	0,344
DOLOR TORAXICO+COSTOCON?	1	0,344
DOLOR ABDOMINAL	2	0,687
DOLOR ABDOMINAL + HERNIA UMBILICAL ENCARCELADA	1	0,344
DOLOR ABDOMINAL AGUDO, UROLITIASIS	1	0,344
DOLOR ABDOMINAL NO ESPECIFICADO	1	0,344
DOLOR ABDOMINAL POP	1	0,344
DOLOR ABDOMINAL+DISPEPSIA	1	0,344
DOLOR ARTICULAR NO ASOCIADO A TRAUMA	1	0,344
DOLOR EN RODILLA DERECHA	1	0,344
DOLOR MID	1	0,344
DOLOR TORACICO- COSTOCONDritis	1	0,344
DOLOR TORACICO	3	1,031
DORSALGIA	1	0,344
DORSALGIA, LUMBALGIA	1	0,344
EAP + GASTRITIS CRONICA AGUDIZADA	1	0,344
EDA	3	1,031
EDA + CUADRIpARESIA FLACIDA	1	0,344
EDA + DHT GRADO II	7	2,405
EDA + SINDROME ANEMICO	1	0,344
EDA INFECCIOSA A DESCARTAR	1	0,344
EDA TRICHOMONICA	1	0,344
EDA VIRAL + DHT	1	0,344
EDA, DHT GRADO II	1	0,344
EDA+ DHT GRADO II	1	0,344
EDA+ EMBARAZO DE 20 SEMANAS	1	0,344
EDA+DHT GRADO II	1	0,344
EMBARAZO DE 26 SEM+ IVU+FETO VIVO	1	0,344
EMB 25 SEM+SIND GRIPAL AGUDO	1	0,344

EMBARAZO DE 38 SEMANAS- FETO CON VITALIDAD	1	0,344
EMBARAZO DE 9 SEMANAS + DOLOR ABDOMINAL	1	0,344
ENF ACIDO PEPTICA AGUDIZADA	1	0,344
ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA	1	0,344
ENFERMEDAD EXANTEMATICA AGUDA	1	0,344
ENFERMEDAD EXANTEMATICA FEBRIL	1	0,344
ENFERMEDAD FIBROQUISTICA DE LA MAMA	1	0,344
ENFERMEDAD VIRAL	1	0,344
ENTERITIS	1	0,344
EPI?	2	0,687
EPOC	1	0,344
EPOC + SDR	1	0,344
EPOC EXACERBADO	2	0,687
EPOC SOBREINFECTADO	1	0,344
EPOC+EXACERBACION AGUDA	1	0,344
ESQUINCE DE CUELLO DE PIE IZQ	1	0,344
EXCORIACION PIERNADERECHA	1	0,344
FARINGITIS	2	0,687
FARINGITIS AGUDA	1	0,344
FARINGITIS VIRAL	2	0,687
FARINGOAMIGDALITIS BACTERIANA	1	0,344
FIEBRE CON ESCALOFRIO	1	0,344
FIEBRE NO ESPECIFICADA	1	0,344
FIEBRE+SIND DISPECTICO AGUDO	1	0,344
FLEBITIS INCIPIENTE EN MUÑECA	1	0,344
FORUNCULO AXILA DERECHA	1	0,344
FRACTURA ASTRAGALO IZQ	1	0,344
FRACTURA DE CLAVICULA	1	0,344
FRACTURA DE RADIO Y CUBITO	1	0,344
FRACTURA INTERTROCANTERICA FEMUR DERECHO	1	0,344
FX CONSOLIDAD MSD	1	0,344
GASTRITIS AGUDA	1	0,344
GASTROENTERITIS	1	0,344
GASTROENTERITIS AGUDA	2	0,687
GESTACION DE 24 SEMANAS+ SINDROME VIRAL	1	0,344
GLAUCOMA SUBAGUDO	1	0,344
GLOBO VESICAL HPB	1	0,344
HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL	1	0,344
HERIDA CON ARMA BLANCA 4 Y 5 DEDO	1	0,344
HERIDA DE LA CARA Y LA MANO	1	0,344

HERIDA DEL PENE	1	0,344
HERIDA EN CABEZA	1	0,344
HERIDA EN CARA	1	0,344
HERIDA EN MUÑECA Y MANO	1	0,344
HERIDA EN PIERNA DERECHA	1	0,344
HERIDA FRONTAL DERECHA	1	0,344
HERIDA PULGAR- FRACTURA FALANGE DISTAL	1	0,344
HERIDA RODILLA DERECHA	1	0,344
HERIDA SOBREENFECTADA PIERNA	1	0,344
HERIDAS DE OTRAS PARTES DEL PIE	1	0,344
HIPEREMESIS, DHT GRADO II, EMBARAZO 12.5 SEMANAS	1	0,344
HIPERTENSION ARTERIAL CONTROLADA	1	0,344
HIPERTROFIA PROSTATICA	1	0,344
HTA	1	0,344
ICC + IRCI	1	0,344
ICC DESCOMPENSADA	1	0,344
INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS BAJAS	1	0,344
INF RESPIRATORIA AGUDA	1	0,344
INFECCION AGUDA DE VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	1	0,344
INFECCION AGUDA VIAS RESPIRATORIAS	2	0,687
INFECCION DEL SITIO DE GASTROSTOMIA	1	0,344
INFECCION FECAL	1	0,344
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	1	0,344
INFECCION RESPIRATORIA ALTA	1	0,344
INFECCION TRACTO RESPIRATORIO INFERIOR	1	0,344
INGESTA DE VARSOL	1	0,344
INT CARBAMATO+INTENTO DE SUI	1	0,344
INTOXICACION ALIMENTARIA, DHT GII	1	0,344
INTOXICACION ALIMENTARIA, SIN DHT	1	0,344
IRA- BRONQUIOLITIS AGUDA	1	0,344
IRA ALTA VIRAL	1	0,344
IRA NO NEUMONICA	4	1,375
IVU	3	1,031
IVU + EMBARAZO DE 22 SEMANAS	1	0,344
IVU + OMA	1	0,344
IVU + PIELONEFRITIS	1	0,344
IVU, COLICO RENAL, LITIASIS DE VIAS URINARIAS	1	0,344
LARINGOTRAQUEITIS AGUDA	1	0,344
LIPOTIMIA + SD EMETICO	1	0,344
LUMBAGO CON CIATICA	1	0,344

LUMBAGO MECANICO	1	0,344
MIGRAÑA	1	0,344
MIGRAÑA + GASTRITIS AGUDA	1	0,344
NEUMONIA- HIPOTIROIDISMO	1	0,344
NEUMONIA	1	0,344
NEURALGIA	1	0,344
NEUROCIATICA DERECHA	1	0,344
OBSTRUCCION INTESTINAL	1	0,344
OMA SEROSA	1	0,344
OMA+NEUMONIA	1	0,344
ORQUIEPIDIDIMITIS	1	0,344
OTITIS MEDIA, IRA	1	0,344
PIODERMA	1	0,344
PIODERMITIS	1	0,344
POP DEBRIDAMIENTO PAT IZQ	1	0,344
POP OSTEOSINTESIS HUMERO DER	1	0,344
QUEMADURA DE 2 GRADO EN MID	1	0,344
QUEMADURA DE 2 GRADO EN MSD	1	0,344
REACCION ALERGICA LEVE	1	0,344
REACCION ALERGICA SDR	1	0,344
RESFRIADO COMUN	1	0,344
RETENCION DE ORINA	1	0,344
RINOFARINGITIS	2	0,687
RINOFARINGITIS VIRAL	1	0,344
RINOFARINGITIS AGUDA	5	1,718
RINOFARINGITIS VIRAL	7	2,405
SENSACION CUERPO EXT OJO	1	0,344
SIND BRONCO-OBSTRUCTIVO LEVE	1	0,344
SIND FEBRIL + TCE LEVE	1	0,344
SIND FEBRIL AGUDO	1	0,344
SIND FEBRIL+ENF VIRAL	1	0,344
SIND VERTIGINOSO	1	0,344
SINDROME CONVERSIVO	1	0,344
SINDROME DE COLON IRRITABLE	1	0,344
SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SD FEBRIL	1	0,344
SINDROME EMETICO + DHT GII	1	0,344
SINDROME EMETICO CON DHT GII	1	0,344
SINDROME EMETICO SIN DHT	1	0,344
SINDROME FEBRIL- DHT GRADO II	1	0,344
SINDROME FEBRIL- IRA NN	1	0,344

SINDROME FEBRIL- OTITIS- FARINGITIS	1	0,344
SINDROME FEBRIL- OTITIS MEDIA SUPURATIVA	1	0,344
SINDROME FEBRIL	2	0,687
SINDROME FEBRIL + DOLOR ABDOMINAL	1	0,344
SINDROME FEBRIL + IVU	1	0,344
SINDROME FEBRIL AGUDO- CONJUNTIVITIS	1	0,344
SINDROME FEBRIL AGUDO	3	1,031
SINDROME FEBRIL AGUDO VIRAL	1	0,344
SINDROME FEBRIL OCULTO, BACTEREMIA OCULTA	1	0,344
SINDROME FEBRIL, LARINGITIS AGUDA	1	0,344
SINDROME GRIPAL	2	0,687
SINDROME VIRAL AGUDO	1	0,344
SINROME EMETICO, VIROSIS	1	0,344
SINROME GRIPAL	1	0,344
SINUSITIS AGUDA + EMB 35 SEM	1	0,344
TAQUIARRITMIA	1	0,344
TCE + HERIDA CUERO CABELLUDO	1	0,344
TCE MODERADO- TRAUMA OCULAR DERECHO	1	0,344
TENDINITIS	1	0,344
TEP	1	0,344
TRABAJO DE PARTO	1	0,344
TRAUMA CONTUNDENTE BRAZO DERECHO	1	0,344
TRAUMA COSTAL LEVE	1	0,344
TRAUMA EN HOMBRO IZQ	1	0,344
TRAUMA EN MUÑECA DERECHA	1	0,344
TRAUMA EN OJO DERECHO	1	0,344
TRAUMA EN PIE DERECHO	1	0,344
TRAUMA EN PIERNA IZQUIERDA	1	0,344
TRAUMA EN PUÑO IZQ	1	0,344
TRAUMA EN TERCIO DISTAL ANTEBRAZO	1	0,344
TRAUMA LUMBAR	1	0,344
TRAUMA MANO DERECHA	1	0,344
TRAUMA PIE IZQUIERDO	1	0,344
TRAUMA PIERNA DERECHA	1	0,344
TRAUMA POR APLASTAMIENTO EN 4 Y 5 DEDO	1	0,344
TRAUMATISMO 2DEDOS PIE DERECHO	1	0,344
TRAUMATISMO MULTIPLE	1	0,344
UROLITIASIS + COLICO RENAL	2	0,687
URTICARIA	1	0,344
URTICARIA ALERGICA	2	0,687

VAGINOSIS BACTERIANA	1	0,344
VARICELA	1	0,344
VERTIGO	1	0,344
VERTIGO+DOLOR PRECORDIAL	1	0,344
VIROSIS	2	0,687
VIROSIS POR ROTAVIRUS	1	0,344
Total	291	100