

TÍTULO: ACCESIBILIDAD Y OPORTUNIDAD DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE TERCER NIVEL DE COMPLEJIDAD EN CARTAGENA 2012.		
Investigador Principal: Luis R. Alvis Estrada	Correo Electrónico: Lalvis20@yahoo.com	
Total de investigadores (número): uno (1)		
Nombres Coinvestigadores: Dalmiro Anaya Adenais Castaño Jennifer Hernandez Jose Suarez	Correo Electrónico: dalmjose@hotmail.com nikita_2290@hotmail.com jennyjeff09@hotmail.com jogasupe_07@hotmail.com	
Nombre del Grupo de Investigación: Salud Publica		
Línea de Investigación: salud publica		
Centro De Investigación O Decanatura: Facultad de Enfermería.		
Programa: Enfermería		
Entidad: Universidad De Cartagena		
Representante Legal: Luis Alvis Estrada	Cédula de ciudadanía #: 3806260	
Dirección:	Teléfono:	
Nit:	E-mail:	
Ciudad: Cartagena	Departamento: Bolívar	
Sede de la Entidad: Campus Zaragocilla (Cartagena)		
Tipo de Entidad: Universidad Pública		
Lugar de Ejecución del Proyecto: instituciones públicas y privadas de la ciudad de Cartagena		
Ciudad: Cartagena	Departamento: Bolívar	
Duración del Proyecto (en meses): 4 Meses		
Tipo de Proyecto: Investigación Básica: Investigación Aplicada X Desarrollo Tecnológico o Experimental:		
Monto de Financiación Solicitado:		
Valor total del Proyecto:		
Descriptor / Palabras claves: Accesibilidad a los Servicios de Salud, Urgencias Médicas, Servicio de Salud, Enfermería de Urgencia		
Investigadores expertos nacionales e internacionales en el tema de su propuesta y que estén en capacidad de evaluar proyectos en esta temática. Identificar nombres completos, direcciones electrónicas y decanaturas o centros de investigación al que pertenecen. (No significa que necesariamente los nombres señalados sean los que evalúen este proyecto en particular):		
Nombres	Correo Electrónico	Decanatura o Centro de Investigación

**ACCESIBILIDAD Y OPORTUNIDAD DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE
TERCER NIVEL DE COMPLEJIDAD EN CARTAGENA 2012.
(INFORME FINAL)**

**INVESTIGADORES PRINCIPALES
LUIS ALVIS ESTRADA**

**COINVESTIGADORES
DALMIRO ANAYA ARRIETA
ADENAIS CASTAÑO SANCHEZ
JENNIFER HERNANDEZ ARIAS
JOSE GABRIEL SUAREZ PEREZ**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
VIII SEMESTRE**

2012

CONTENIDO

INTRODUCCION.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
Pregunta problema:	10
OBJETIVO.....	11
GENERAL.....	11
ESPECÍFICOS.....	11
MARCO TEORICO.....	12
Urgencias médicas.....	12
Accesibilidad a los servicios de salud.....	12
Niveles de atención de los servicios de salud.....	14
Sistema de referencia y contrareferencia.....	15
Admisión.....	15
Principales causas de admisión en los servicios de urgencias.....	16
Oportunidad en los servicios de salud.....	16
Triage y grado de lesión como indicador de oportunidad en los servicios de urgencias.....	17
Barreras de la accesibilidad en los servicios de salud.....	17
METODOLOGIA.....	18
TIPO DE ESTUDIO.....	18
POBLACION DIANA.....	18
POBLACIÓN ACCESIBLE.....	18
MUESTRA.....	18
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	19
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION.....	21
PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	21
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	22
RESULTADOS.....	23
DISCUSION.....	26
CONCLUSIONES.....	30
RECOMENDACIONES.....	31
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	32
ANEXOS.....	35
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION.....	40

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes que acudieron a urgencias en el periodo de estudio. Cartagena, 2012	35
Tabla 2. Características sociodemográficas de los pacientes que acudieron a urgencias en el periodo de estudio. Cartagena, 2012	35
Tabla 3. Clase de funcionario que realiza Triage de los pacientes que acudieron a urgencias en el periodo de estudio. Cartagena, 2012	36
Tabla 4. Nivel de Triage de los pacientes que acudieron a urgencias en el periodo de estudio. Cartagena, 2012.....	36
Tabla 5. Causa de egreso de los pacientes que acudieron a urgencias en el periodo de estudio. Cartagena, 2012.....	36
Tabla 6. Personas admitidas de los pacientes que acudieron a urgencias en el periodo de estudio. Cartagena, 2012	37
Tabla 7. Razón de no admisión a pacientes que acudieron a urgencias en el periodo de estudio. Cartagena, 2012.....	37
Tabla 8. Razón de no admisión con el nivel de triaje considerable de los pacientes que acudieron a urgencias en el periodo de estudio. Cartagena, 2012	37
Tabla 9. Usuarios no admitidos con el nivel de Triage considerable de los pacientes que acudieron a urgencias en el periodo de estudio. Cartagena, 2012	37
Tabla 10. Usuarios que no fueron admitidas y que solicitaron servicios de urgencias en las últimas 48 horas en el periodo de estudio. Cartagena, 2012	38
Tabla 11. Usuarios no admitidos VS el nivel de Triage considerable de los pacientes que acudieron a urgencias en el periodo de estudio. Cartagena, 2012	38
Tabla 12. Numero de remisiones de los usuarios que acudieron al servicio de urgencias en el periodo de estudio. Cartagena, 2012	38
Tabla 13. Promedio de espera de pacientes en el servicio de urgencia en relación con l nivel de Triage en el periodo de estudio. Cartagena, 2012.....	38
Tabla 14. Promedio de espera de pacientes en el servicio de urgencia en relación con l nivel de Triage en el periodo de estudio. Cartagena, 2012.....	39
Tabla 15. Nivel del Triage vs la severidad del trauma de los usuarios que acudieron al servicio de urgencias en el periodo de estudio. Cartagena, 2012	39
Tabla 16. Severidad del trauma de los usuarios que acudieron al servicio de urgencias en el periodo de estudio. Cartagena, 2012.	39

RESUMEN.

Objetivo: Determinar el acceso y la oportunidad de atención de los servicios de salud en urgencia en las IPS de tercer nivel de complejidad de la ciudad de Cartagena de Indias

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo en tres servicios de urgencias de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de tercer nivel de atención en la ciudad de Cartagena. La población se encuentra conformada por los pacientes que solicitaron servicios de urgencias en estas instituciones. Cada servicio de urgencia fue monitoreado por una semana durante las 24 horas. Se midieron factores sociodemográficos, tiempo de espera en ser atendido, presencia de trauma, consulta previa a un servicio de urgencia, y en aquellas personas no admitidas se estudió causa de no admisión. Los datos fueron almacenados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel Windows Vista® y el análisis se realizó en el paquete estadístico SPSS versión 16.0® de donde se obtuvieron medidas estadísticas de tendencia central y de frecuencia, con intervalos de confianza del 95%.

Resultados: El 25,5% de usuarios que solicitaron el servicio de urgencias no fue admitido. El 92,8% la principal razón de no admisión fue el no considerar urgente el estado de salud de los usuarios. El tiempo promedio de espera fue de 35 minutos en el régimen contributivo, 41 minutos en el régimen subsidiado y 56 minutos en los no afiliados. El tiempo promedio de espera en los usuarios en Triaje 1 fue de 20 minutos.

Conclusión: Los datos obtenidos en este estudio aportan evidencias que sirven para afirmar que los pacientes no son atendidos en el tiempo estipulado según su gravedad y lo descrito por la norma, además de evidenciar que los funcionarios que realizaron el triaje no son los adecuados para esta tarea.

Palabras claves: Accesibilidad a los Servicios de Salud, Urgencias Médicas, Servicio de Salud, Enfermería de Urgencia. (DeCS).

ABSTRACT

Objective: Determine access and opportunity to care for emergency health services in the IPS of third level of complexity of the city of Cartagena de Indias.

Materials and Methods: A descriptive study was conducted in three emergency services from institutions providing health services (IPS) of tertiary care in the city of Cartagena, the universe of the population was made up of all patients seeking emergency services in these institutions. The emergency services were monitored for one week each for 24 hours. Sociodemographic factors were measured, time-served basis, presence of trauma, previous to an emergency room, and in those not admitted were not studied because of admission. Data were stored in a spreadsheet in Microsoft Excel Windows Vista ® and analysis was performed in SPSS version 16.0 ® of where we obtained statistical measures of central tendency and frequency, with confidence intervals of 95%.

Results: One in three users who applied the emergency department was not admitted. The main reason for refusal of entry was not considered urgent health status of users. The average waiting time was 35 minutes in the contributory regime, 41 minutes in the subsidized and 56 minutes for non-members. The average waiting time users Triage 1 was 20 minutes.

Conclusion: Data from this study provide evidence used to say that patients are not treated at the time stipulated by severity and described by the standard, in addition to demonstrating that staff performed triage are not adequate for this task.

Keywords: Access to Health Services, Emergency Medical Services, Health, Emergency Nursing. (DeCS)

INTRODUCCION.

Uno de los principales retos y metas de los servicios de salud en Colombia y el mundo, se centra en los eventos que tienen como fin primordial garantizar la prestación de los servicios de salud para las personas que así lo requieran. Son múltiples las barreras que impiden una adecuada prestación de los servicios de salud y la consecuente satisfacción de la población. (1)

El acceso a los servicios de salud es uno de los aspectos más vulnerados en Colombia, la accesibilidad y la oportunidad son una de las múltiples causas que conlleva a esta problemática. 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. La 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 los servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios (1)

Son múltiples los aspectos que impiden que las personas tengan una equidad en el acceso en los servicios de salud de urgencias; Existen diferencias económicas e inequidades de servicios de salud en determinadas áreas y grupos de población que influyen en la calidad de esta atención, donde los hospitales de las áreas más pobres se saturan más y la accesibilidad de los pacientes se vuelve más difícil, el personal que se tiene en estos centros normalmente es insuficiente para atender el número de urgencia que se presentan. Se dice que los factores socioeconómicos son una amplia gama de barreras para el acceso a los servicios de salud, y que dependiendo del nivel socioeconómico que tenga el paciente que solicita la urgencia, este factor podría ser favorable para su atención o por el contrario se convertirá en una barrera para su atención de urgencias. (2)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Dentro de los mayores retos y metas de los servicios de salud en Colombia y el mundo, están inmersos una gran variedad de eventos que tienen como fin primordial garantizar la excelente prestación de los servicios de salud con calidad, eficiencia, eficacia, equidad y accesibilidad para las personas que así lo requieran. Son múltiples los factores y barreras que impiden una adecuada prestación de los servicios de salud y que tienen como finalidad satisfacer la necesidad de la población que los requiere de una forma holística. (1)

A pesar de lo que señala la Constitución nacional y otras normas básicas de los países de la Región de las Américas, la exclusión de los servicios de salud es un problema que afecta a una proporción importante de la población, al menos 20% y, en números absolutos, entre 80 y 200 millones de personas. A esta cifra se llega a través de una serie de indicadores teóricos, cobertura de la seguridad social y prácticos, tanto de estructura, pobreza, etnia y barreras geográficas, como malos procesos de salud, partos que tienen lugar fuera de instituciones de salud, cumplimiento del calendario vacunal y acceso a saneamiento básico entre otros. (1)

La magnitud de la exclusión en la accesibilidad de los servicios de salud en América Latina y el Caribe es considerable, su naturaleza es multicausal y para analizarla se requiere la utilización de diversas ópticas, es decir, no existe una única manera de analizar los datos relevantes. Es importante notar que, si bien la exclusión y la pobreza están asociadas, no son sinónimos, hay personas pobres con acceso a los servicios de salud y otras que no son pobres y no tienen acceso a ellos. (1)

Son múltiples los aspectos que se conocen que impiden que las personas tengan una equidad en el acceso en los servicios de urgencias, pero algunos de estos priman. Se habla que las diferencias económicas y las inequidades de servicios de salud en determinadas áreas y grupos de población influyen en la calidad de esta atención, los hospitales de las áreas más pobres se saturan más y la accesibilidad de los pacientes se vuelve más difícil, el personal que se tiene en estos centros normalmente no es el suficiente para atender el número de urgencias que se presentan. Se podría decir entonces, que los factores socioeconómicos son unas de las principales barreras para el acceso a los servicios de la salud, estos factores podría ser favorable para su atención o por el contrario se convertirá en una barrera para que le atiendan la urgencia. (2)

Otro aspecto que dificulta el acceso a los servicios de salud son las barreras geográficas o físicas. Las personas que viven en áreas rurales o zonas de la ciudad en donde no se encuentra un centro primario de atención se verán más limitadas para acceder a los servicios de urgencias. (2)

Del mismo modo, no basta con solo recibir la atención en salud sino que la misma sea de carácter oportuno en especial si se trata de una urgencia hospitalaria. La oportunidad es uno de los aspectos que más se evalúa en relación a la calidad de la prestación de servicios de salud. En Colombia periódicamente se hacen intentos de evaluar la oportunidad global de los servicios de salud en el marco del actual sistema de salud. En el plano nacional se evidencian mejoras en los últimos años. Sin embargo, la atención en urgencias es el servicio de salud con la peor calificación por parte de los usuarios del sistema. Asimismo, el tiempo promedio en la atención de los servicios de urgencias en el país es de 76,91 minutos lo cual contrasta con el tiempo considerado aceptable por la Superintendencia de Salud-Supersalud, el cual es de 30 minutos o menos. Contrario a lo que se podía pensar son los usuarios del régimen contributivo los atendidos en un menor tiempo (68,47 minutos) que los del régimen subsidiado (87,21 minutos) (3).

En el contexto local, el departamento de Bolívar tiene una calificación de aceptable en materia de oportunidad en atención de urgencias (3). La tasa de frecuencia de uso de consulta de urgencia en el departamento es de 0,98 por habitante, lo que genera una demanda potencial de 1.928.517 consultas al año de los cuales 922.296 corresponden a la ciudad de Cartagena. (4). El 60% de la red de urgencias es de instituciones privadas. (4). Según las estadísticas, en Cartagena hay un déficit de 380 camas, en total, hay 1.057 camas tanto en la red pública como en la privada, lo que equivale a una razón de 1.05 camas para cada mil habitantes, una de las más bajas del país. (5)

En varias oportunidades la prensa nacional ha destacado la situación sanitaria que enfrenta la ciudad de Cartagena. Un artículo publicado por la revista semana el 29 de junio del 2010 titulado "La vena rota de Cartagena" revela claramente la situación actual de los servicios de salud de la ciudad, los cuales están siendo manejados por la Empresa Social del Estado. En ese artículo se menciona el déficit económico por el cual está pasando la ESE, por lo cual los pagos no son oportunos lo que conlleva a un mal servicio por partes de los empleados siendo así los usuarios como los más afectados (6).

De igual forma, el periódico El Tiempo del día viernes 30 de julio de 2010, comenta sobre el Déficit de camas de un centro médico de la ciudad de Cartagena, el cual no permite atender a los 80 pacientes que a diario llegan a urgencias, por no contar con la infraestructura suficiente para atender una emergencia, afirman las directivas (7).

A nivel local no se disponen de estudios previos que permitan identificar los factores que afectan de manera negativa la accesibilidad y oportunidad a los servicios de urgencias en la ciudad.

El presente marco de análisis para estudiar el problema de accesibilidad a los servicios de urgencias en salud gira en torno a la estructura empírica propuesta por Aday y Andersen (8) y por Frenk (9) que da cuenta de la evolución del problema, recogiendo desde la necesidad percibida hasta la utilización de servicios. Estas estructuras de análisis se caracterizan por la importancia de los determinantes individuales, organizacionales y sociales, factores relevantes en el proceso de búsqueda y obtención de la atención, el cual está afectado por barreras que se originan tanto en los recursos para la salud como en aquellas características propias del individuo; es decir no solo debe existir el deseo de atención sino que los recursos deben estar disponibles, y además se debe tener la habilidad para obtener el servicio.

Este estudio permite a la disciplina de la enfermería tener claridad acerca de las barreras que se presenta para acceder a la atención de urgencia de tercer nivel, para así poder realizar e implementar estrategias que ayuden a que más personas puedan acceder a los servicios de urgencia de manera oportuna y que se sientan satisfechos con la prestación del servicio es por eso que se espera que la presente investigación sirva de ayuda en la formulación de políticas que resuelvan los múltiples problemas existentes, en beneficio de la comunidad en general. (34)

Pregunta problema:

¿Cuáles son las condiciones de accesibilidad y oportunidad en la atención de urgencias médicas en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de tercer nivel de complejidad en la ciudad de Cartagena de Indias?

OBJETIVO.

GENERAL

Determinar el acceso y la oportunidad de atención de los servicios de salud en urgencia en las IPS de tercer nivel de complejidad de la ciudad de Cartagena de Indias

ESPECÍFICOS

1. Caracterizar sociodemográficamente a la población que ingresa a los servicios de urgencias en las IPS de tercer nivel de complejidad de la ciudad de Cartagena de Indias.
2. Caracterizar el grado de complejidad del estado de salud de los pacientes incluidos en el estudio que solicitan el servicio de urgencias a través de la escala Abbreviated Injury Scale-AIS.
3. Identificar las barreras que interfieren en los accesos a los servicios de urgencia.
4. Contrastar el tiempo de espera en la atención de urgencias con el nivel de complejidad del estado de salud de los pacientes incluidos en el estudio.
5. Contrastar el tiempo de espera en la atención de urgencias según tipo de afiliación en salud.

MARCO TEORICO.

Urgencias médicas.

Una urgencia médica es toda situación que requiera una actuación médica inmediata. El conocimiento de dónde acudir en caso de un problema de salud en casa debe ser un concepto social básico. Los servicios de urgencias poseen una disponibilidad inmediata de recursos para proporcionar tratamiento médico inmediato, a cualquier hora del día o de la noche, estos servicios deben estar dotados de infraestructuras óptimas que le permita al personal médico realizar actividades de urgencias satisfactorias, en las que se pueda garantizar al máximo la vida de los pacientes que ingresan. (10)

La atención inicial de las urgencias abarca todas las acciones realizadas en una persona con patología urgente, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial. Sin embargo, está claro para el personal de salud e incluso para los mismos usuarios que no solo una óptima infraestructura garantiza un buen servicio de urgencia, ya que esta va depender de otros factores (11).

Para la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) la Urgencia es la aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención, por parte del sujeto que lo sufre o de su familia. (12)

Accesibilidad a los servicios de salud.

El acceso a los servicios de urgencia se entiende como el proceso mediante el cual se logra obtener un servicio médico de manera inmediata y oportuna, y que de esta manera se pueda garantizar la vida del paciente. (10). Asimismo, se dice que acceso a servicios de salud se identifica como la capacidad para conseguir atención médica cuando se necesita. Es un término general que es afectado por todo, desde la ubicación de los centros de salud y la disponibilidad de proveedores médicos, hasta los seguros médicos y el costo de la atención médica. (2)

Es la posibilidad de acceder a un servicio de salud sin restricciones geográficas, culturales ni organizacionales, que debe ser suficiente, satisfactorio y oportuno de acuerdo a las necesidades de salud que presente la persona, y que estos servicios deben brindarse en forma adecuada dependiendo de la capacidad resolutive que posea la institución en donde la persona acuda a pedir el servicio de salud.

La oportunidad de acceso a los servicios de salud ha sido un tema esencial dentro del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS- definido en la Ley 100 de 1993, destacándose las desigualdades entre los grupos con distinto estándar de vida y condición de afiliación, también sobresale el hecho de que ha venido aumentando considerablemente lo que muchos técnicos llaman población “sándwich” que son aquellas personas que salen del régimen contributivo y carecen de algún tipo de afiliación y que poseen peores condiciones de acceso a los servicios de salud. (2)

En un estudio realizado por Ballesteros M. en seis ciudades de Colombia (Bucaramanga, Cali, Cartagena, Medellín, Montería y Soacha) se valoró el acceso a los servicios de salud en dos dimensiones: potencial y real. El acceso potencial es la posibilidad de obtener atención determinada por la adecuación entre el sistema de prestación de servicios (disponibilidad de recursos, tipo de aseguramiento y estructuras de servicios) y las características de la población (predisposición frente al sistema de servicios, tener carné de aseguramiento y morbilidad percibida). El acceso real se refiere a la “utilización efectiva” de servicios de salud, los cuales, en el caso de la oferta, van desde el tipo de institución y servicios utilizados hasta la capacidad resolutoria. En el ámbito de las características de la población, el acceso real pasa por la satisfacción del usuario, las actitudes y prácticas respecto a la experiencia de utilizar servicios y la percepción de resolución de la necesidad en salud. (20)

En una investigación realizada por López, Z. en Cundinamarca, se encontró que en el modelo actual de prestación de servicios de salud, los recursos disponibles para la atención de la población pobre y vulnerable son limitados, la oferta de servicios de salud pública tiene inflexibilidades en términos de recursos humanos, físicos y tecnológicos y existe una transición demográfica y epidemiológica, que hacen necesario replantear la política de prestación de servicios de salud con enfoque preventivo, que permita control del riesgo, ampliación de cobertura, el mejoramiento en los servicios de salud, mayor oportunidad, mayor accesibilidad y calidad en los servicios, entre otros aspectos. (21)

Un estudio hecho en Medellín por Valencia M. sobre la accesibilidad de los servicios de urgencias, se encontró que el 89,4 % de los pacientes que solicitaron este servicio fueron admitidos al servicio de urgencias. Las causas que más prevalecieron para que el 10,6 % no fueran admitidos son las siguientes: la atención no fue considerada urgente, la IPS no correspondía a la red cotizante, no fue reportado en el sistema general de seguridad social, falta de disponibilidad de cama o de camilla, no tenía las semanas obligatorias de cotización requeridas, no tenía documento de identidad. (22) Otro estudio realizado por los mismos autores estimaron que la principal causa de consulta por urgencia médica fueron los problemas respiratorios al tiempo que el 93,9% de las personas que demandaron servicios fueron atendidos. (23)

Niveles de atención de los servicios de salud.

Los niveles de atención en salud se conocen como la organización de atención en diferentes niveles de complejidad y tiene por objetivo conjugar en forma eficiente la necesidad de cumplir con un máximo de cobertura los servicios que se presten, con la mayor calidad posible y con una misma cantidad de recursos. Estos se clasifican en: I, II, III y IV nivel de atención; el primer nivel de atención se llevan a cabo actividades de promoción y prevención, prestación de actividades del Plan de Atención Básica (PAB), consulta de medicina general, odontología general, laboratorio clínico e imagenología de baja complejidad, hospitalización y atención de urgencias y de partos de baja complejidad, terapia respiratoria, optometría, nutrición y psicología. En el segundo y tercer nivel de atención se define como la atención médica, NO quirúrgica, NO procedimental y NO intervencionista, brindada por un profesional de la medicina, especialista en una o más de las disciplinas de esta ciencia y en la cual ha mediado interconsulta o remisión por el profesional general de la salud. Tendrá el mismo carácter técnico-administrativo para los niveles II y III de complejidad atención, es decir consulta ambulatoria de cualquier especialidad o subespecialidad (13,14).

Tabla 1. Normatividad del servicio de urgencias en salud

NORMATIVIDAD	APARTADO	CONTENIDO
Constitución Política (15)	Art. 44, 48-50.	Garantía del servicio de salud de urgencias a todos los colombianos del régimen subsidiado o contributivo que vivan en el territorio nacional
Ley 100/93(16)	Art. 159-279	Establece que los servicios de urgencia deben prestarse de manera obligatoria sin importar el estrato socioeconómico, ni la capacidad de pago que tenga la persona o del régimen de seguridad social en que se encuentre.
Decreto 412/92 (17)		Establece a las EPS y hospitales atender a todos los pacientes que ingresen por urgencia, y que no debe existir barrera ni razón para que esta atención sea negada, barreras como cuotas moderadoras o previas autorizaciones previas, tampoco importa si la entidad es pública o privada, también establecen el concepto de urgencia para que estas entidades no tengan excusa a la hora de no atender una urgencia
Resolución 5261/94 (13)		Establece la obligatoriedad de la atención de los servicios de urgencia en el POS, dentro de los hace parte el servicio de urgencia, en donde se cubren gastos médicos, farmacológicos y entre otros.

Sistema de referencia y contrareferencia.

El régimen de referencia y contrareferencia permite el desplazamiento justificado del enfermo hacia los establecimientos que le proporcionen una respuesta más inmediata a sus necesidades, teniendo en cuenta la ubicación y la severidad de su patología. La referencia es el traslado de un paciente de un establecimiento de menor capacidad resolutoria a otro de mayor complejidad en la asistencia, diagnóstico o terapéutica. Este cambio debe ser justificado, es decir, debe tener una causa válida, por ejemplo porque los recursos del primer establecimiento no permiten resolver la necesidad del paciente, en especial cuando este requiere la intervención de personal y tecnología especializada. Por otro lado, se entiende como contrareferencia el paso de los pacientes en sentido opuesto, es decir, se reenvía al establecimiento que refiere, la información sobre los servicios prestados y los resultados que ha tenido el paciente. O también, cuando se da el paso de un establecimiento de mayor complejidad a uno de menor debido a dos factores principalmente: 1) Que la patología del paciente no necesita cuidados especializados, sino unos cuidados mínimos que el otro establecimiento puede proporcionar y 2) con el fin de descongestionar los establecimientos de alta complejidad. (18)

Sin duda alguna se cree que el sistema de referencia y contrareferencia favorecería mucho a los pacientes que ingresaran al servicio de urgencia, por los factores antes mencionados, ya que se creía era la solución a la problemática de los servicios de urgencia en el país, sin embargo, se muestra todo lo contrario, es decir, que este sistema no ha solucionado nada y que a diario los servicios de urgencias de los hospitales se encuentran más congestionados e incluso algunos han colapsado. (18)

Admisión.

Se entiende por admisión en un servicio de urgencia el proceso en donde se acepta al paciente procedente de otro centro de menor nivel o que ingresa por sus propios medios, normalmente es dirigido por el personal de enfermería, esto define la accesibilidad que tienen las personas que solicitan el servicio de urgencia. Sin embargo hay que tener claro que ser admitido en un servicio de urgencia no significa ser atendido. Muchos de los pacientes admitidos en las urgencias de muchos hospitales mueren sin que se les haya siquiera examinado. (18)

Un estudio realizado en Santa Fe Bogotá Colombia por la personería Distrital revela que el sistema de salud o la red de urgencias de esa ciudad presenta unos altos déficit, dentro de los cuales priman los económicos, el alto número de paciente y la falta de disponibilidad política, de igual forma se muestra la inconformidad de los usuarios que son sometidos a traslados de un hospital a otro, sin embargo califican el interés del personal salud por solucionar las urgencias como bueno. (19)

Principales causas de admisión en los servicios de urgencias.

Un estudio realizado en Cartagena en el año 2009 por el departamento administrativo de salud DADIS, muestra el perfil epidemiológico que presentó la ciudad, y revela las 20 causas más comunes por las que la población cartagenera solicita los servicios de urgencia, de igual forma las principales causas de muerte en estos servicios. Siendo los pacientes con Rinofaringitis Aguda los que más consultaron este servicio (3.41%), seguida por las patologías de causa externa (heridas y traumas) con 3.27%, (9669) casos nuevos con una marcada prevalencia en el sexo masculino 2.14 % vs. 1.13 % en sexo femenino. De igual forma se observó que dentro de las primeras causas por consulta de urgencias se encuentran eventos como: Asmático (2.86%), Dolor Abdominal y Pélvico (2.69%), Estado Síntomas de Pirexia (2.59%), Infecciones Agudas de las Vías Respiratorias Superiores y Enfermedad Diarreica Aguda. (5) Ver **Tabla 2.**

Tabla 2. Morbilidad por consulta de urgencias.2009

N°	CAUSAS	M	%	F	%	TOTAL
1	Rinofaringitis aguda	4775	1.61	5332	1.80	10.107
2	Heridas y traumas	6316	2.14	3355	1.13	9669
3	Estado asmático	4203	1.42	4268	1.44	8471
4	Dolor abdominal y pélvico	2904	0.98	5058	1.71	7962
5	Síntomas de pirexia	3890	1.32	3746	1.27	7636
6	Enfermedad diarreica aguda y parasitosis intestinal	3445	1.17	3877	1.31	7321
7	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	3131	1.06	3490	1.18	6621

Fuente: Perfil Epidemiológico de Cartagena de Indias

Oportunidad en los servicios de salud.

La oportunidad en los servicios de salud hace referencia a la capacidad de satisfacer las necesidades de salud de las personas que requieren el servicio, y está muy ligada a las condiciones en que llega el paciente a solicitar el servicio de salud, a la equidad de estos servicios, a la capacidad resolutoria de la institución, a los conceptos que tenga la opinión pública de los servicios de salud, a la calidad de los servicios de salud y sin duda alguna los valores culturales de los pacientes. (12)

Triaje y grado de lesión como indicador de oportunidad en los servicios de urgencias.

El Triaje juega un rol importante en la prestación de los servicios de salud en especial los de carácter perentorio. El Triaje surgió en el marco de los conflictos bélicos como alternativa en la reducción del número de muertes y fueron las profesionales de la enfermería quienes lo utilizaron por vez primera (25). El Triaje, cuya etimología se encuentra en la lengua francesa y que es sinónimo de selección, tiene como propósito, entre otros, identificar pacientes que no requieren atención de urgencias y pueden ser remitidos a consulta externa, para satisfacer las necesidades de atención. (26)

Tanto el nivel de Triaje como el grado de lesión de los pacientes son propuestos en el presente estudio como variables que permiten ajustar el grado de acceso y oportunidad a los servicios de urgencia puesto que el acceso no solo debe ser medido de manera dicotómica (accede o no) ni la oportunidad tan de manera cruda como el tiempo de espera.

Barreras de la accesibilidad en los servicios de salud.

Existen unas barreras o factores que afectan la accesibilidad a los servicios de salud, en las que se pueden encontrar las características de la enfermedad y los factores sociodemográficos, económicos y culturales de la población. Es así como la percepción de la enfermedad y su gravedad activará mecanismos de búsqueda de resolución del problema. Aspectos estructurales del hogar, tales como el tamaño y el nivel educativo de los jefes del hogar, son determinantes en la utilización, en condiciones de pobreza. Jefes de hogar con bajo nivel educativo limitan la identificación temprana de problemas de salud propios y de las personas a su cargo, y la necesidad de búsqueda de ayuda, especialmente en enfermedades agudas y servicios preventivos. (24)

Los factores socioeconómicos incluyen una gama amplia de factores, como el nivel de Ingresos y barreras financieras, grupo étnico, género y cultura, que se convierten en factores determinantes tanto de las diferencias de salud (en forma injusta y evitable) como en las diferencias injustas del acceso a los servicios de salud. Resulta evidente que la problemática alrededor de los servicios de urgencias es trascendente y que es imperativo abordar el estudio al acceso a estos servicios con rigor científico e integralidad. (3)

En la última evaluación de los servicios de salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud se encontró que una de las causas por las cuales las personas desisten de ir a un servicio de urgencia es por la insatisfacción que se tiene con el tiempo de espera a la hora de atenderlos. Ya que estos pacientes para poder recibir un tratamiento farmacológico debían ser atendidos por el médico o el especialista, y antes que sucediera esto debían pasar por una atención de enfermería, luego un tiempo de espera para ser valorados por el médico, y en casos particulares algunos necesitaban una valoración por especialistas, convirtiéndose así el tiempo en un factor determinante o en una barrera porque muchas personas accedan a los servicios de la salud. (3)

METODOLOGIA.

TIPO DE ESTUDIO.

Se trató de un estudio descriptivo que se llevó a cabo en 3 servicios de urgencias de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de tercer nivel de atención en la ciudad de Cartagena. Se tomaron estas instituciones dado que la problemática abordada es más relevante en el tercer nivel de atención.

Tabla 3. Instituciones Prestadoras de servicios de Salud-IPS que ofertan servicios de urgencia de tercer nivel de complejidad en Cartagena.

INSTITUCION	NATURALEZA	DESCRIPCIÓN
INSTITUCION 1	Publico	Se atienden personas del sistema subsidiado de I nivel.
INSTITUCION 2	Privado	Atención ha pacientes con sistemas contributivo y subsidiado.
INSTITUCION 3	Mixto	Atención ha pacientes pediátricos con régimen contributivo y subsidiado.

POBLACION DIANA

El universo de estudio lo constituyeron los 995569 (según proyecciones del DANE) habitantes de Cartagena de Indias que acuden a los servicios de urgencia en las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud de tercer nivel existentes en la ciudad.

POBLACIÓN ACCESIBLE.

Los 9363 pacientes que ingresaron durante las 24 horas a los servicios de urgencias de cinco instituciones de tercer nivel de la ciudad de Cartagena.

MUESTRA.

No se aplicó cálculo de muestreo dado que se tomaron todos los servicios de urgencias de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de tercer nivel en la ciudad de Cartagena que en la actualidad se encuentren habilitados. Cada servicio de urgencia fue monitoreado y observado las 24 horas durante 7 días, Asimismo, se incluyeron a todos los pacientes que solicitaron el servicio de urgencias durante la ronda de observación.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

VARIABLES	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	MEDICIÓN
Sociodemograficas	Son todos los aspectos que caracterizan a una población desde el punto de vista demográfico que afectan la accesibilidad a los servicios de urgencia	Edad	Número de años	Cuantitativa	Razón
		Sexo	Femenino Masculino	Cualitativa	Nominal
		Procedencia	Urbana Rural	Cualitativa	Nominal
		Tipo de afiliación en salud	Régimen subsidiado Régimen contributivo Población pobre y vulnerable	Cualitativa	Nominal
Barreras de los servicios de urgencia	Son aquellos aspectos que interfieren en un buen acceso a los servicios de urgencias de tercer nivel.	Admisión	Si No	Cualitativa	Nominal
		Tipo de enfermedad	Trauma. Materna Cardiovascular Mental. Respiratoria Abdominal. Otras.	Cualitativa	Nominal
		Razones de no admision	No disponibilidad de Camilla Falta de personal Falta de suministros La atención no fue considerada urgente No tenía semanas obligatorias de cotización requeridas No tiene afiliación La IPS no correspondía a la red	Cualitativa	Nominal

			Instrumentado		
		Consulta previa a un servicio de urgencia las últimas 48 horas	SI NO	Cualitativa	Nominal
		N° de Remisiones de otras IPS	0 a ∞	Cuantitativa	Razón
		Distancia geográfica para acceder a los servicios de urgencia	minutos	Cuantitativo	Razón
Oportunidad de la atención		Tiempo de espera en ser atendido	Minutos	Cuantitativa	Razón
Evaluación De Las Lesiones	Escala que permite establecer el grado de lesión del paciente que reclama el servicio de urgencias	Escala AIS	1 a 6	Cualitativo	Nominal

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION.

El instrumento utilizado contiene categorías sociodemográficas que permiten caracterizar la población de estudio que solicita los servicios de urgencia con el fin de contrastar este indicador con las características de la atención de urgencias (tiempo de espera, admisión):

1. El instrumento estandarizado internacionalmente recomendado por la Organización Panamericana de la Salud, “triaje de urgencias” que consta de 5 niveles, en donde se evalúa en el primer nivel: pacientes con eventos graves que amenazan su vida o su integridad física o mental y cuya supervivencia depende de la oportunidad de la atención médica, por lo que deben ser conducidos de inmediatos a sala de procedimientos. En el segundo nivel: pacientes con patologías que requieren su atención en los 15 minutos siguientes a su ingreso. El tercer nivel: pacientes que requieren atención en servicios de urgencias pero que por su patología pueden esperar un periodo superior a 15 minutos. El cuarto y el quinto nivel: pacientes que no requieren valoración por urgencias y deben ser remitidos a la consulta externa de su EPS para recibir su atención. (27)
2. En 1971 se publicó la Escala Abreviada de Lesiones (**Abbreviated Injury Scale-AIS**, desarrollado por el Comité de Aspectos Médicos en Seguridad automotriz de la Asociación Médica Americana AMA, 1970). Determina la evaluación de lesiones en seis sistemas corporales, a saber lesiones externas, de cabeza y cuello, cara, tórax, abdomen y contenido pelviano, y de extremidades y de pelvis ósea. Para cada lesión se asigna un puntaje que varía de 1 a 6, siendo 1 = lesión menor, 2 = lesión moderada, 3 = lesión grave sin riesgo vital, 4 = lesión grave con riesgo de muerte, 5 = lesión crítica de sobrevida dudosa y 6 = sin sobrevida esperable. (ver anexo). (28).

El instrumento se caracteriza por no requerir autorización de parte de los autores y serán incluidos los aspectos sociodemográficos y las características de la atención de urgencias de los pacientes incluidos en el estudio. (Ver anexo)

PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

El instrumento fue aplicado por estudiantes de enfermería de último semestre, los cuales se encuentran capacitados a través de la carrera en relación a la aplicación del triaje y la escala AIS. La recolección de la información consistió en la observación de la atención y el estado de salud del paciente y la revisión de registros clínicos del servicio de urgencias si la persona que demandó el servicio fue admitida. Si no fue admitida se procedió a aplicar el cuestionario. La aplicación del triaje y la escala AIS permitió caracterizar clínicamente el estado en que se encontraba el paciente cuando solicita los servicios de urgencia.

El estudio se llevó a cabo en los servicios de urgencias de tercer nivel de complejidad de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) en Cartagena que otorgaron el permiso para la recolección de la información. En cada uno de los servicios de urgencias se recolectó información por una semana continua las 24 horas del día.

Los datos fueron almacenados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel Windows Vista® y el análisis se realizó en el paquete estadístico SPSS versión 16.0® de donde se obtuvieron medidas estadísticas de tendencia central y de frecuencia, con intervalo de confianza del 95% así como se elaboraron gráficos y tablas. Ésta información permitió realizar análisis al contrastar la información encontrada con los resultados obtenidos en otros estudios publicados en la literatura nacional e internacional.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Para la realización de esta investigación se solicitó el aval institucional de las directivas de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Asimismo, se garantizó la confidencialidad en el manejo de la información obtenida en las instituciones de salud. De acuerdo a lo establecido por la resolución 008430 de 1993 la pasada investigación se consideró sin riesgo ya que se ciñó a realizar observaciones y conseguir información en fuentes secundarias. (29).

RESULTADOS.

Características sociodemográficas

Participaron en el estudio 271 personas de los cuales el 53.5% (145) de los usuarios que requirieron el servicio de urgencias en el periodo de estudio pertenecen al sexo masculino. De los cuales en la institución 1 58.8% (70) pertenecían al sexo masculino, en comparación con la institución 2 donde el 52.4% (44) pertenecían al sexo femenino y proporción similar en la institución 3 con un 48.5% (33) de la población femenina. Ver **Tabla 1**

En cuanto a la procedencia, el 71.6% (194) de los usuarios que asistieron a consulta por urgencia provenían del sector Urbano. Además, se encontró que el 74.5% (202) pertenecen al estrato 1 y en menor proporción en el estrato 4 con un 0.4% (1). Con respecto a las jornadas el 57.2% (155) acudieron en la jornada de la mañana, en comparación con la jornada de la noche donde solo el 8.1% (22) asistieron. El 75.6% (205) pertenecen al régimen subsidiado notándose gran diferencia con el régimen contributivo con un 14.0% (38) y las personas que no tienen afiliación con un 10.3%(28). Los usuarios que asistieron pertenecían a la religión católica con un 78.6% (213) en comparación con las religiones que menor asistían al servicio fueron la adventista con un 1.1% (3) en igual proporción que la Testigo de Jehová. Ver **Tabla 2**

Todas las intervenciones de realización del Triage en urgencia la ejecutaron los médicos siendo el 70.5% (191) de ellas realizadas por los médicos generales. Ver **Tabla 3**.

Uno de cada tres usuarios del servicio de urgencias se encontraba en nivel III de triaje mientras que el 28.4% (77) se situaba en el nivel IV. Solo el 10% de los usuarios que solicitaban el servicio de urgencias fueron clasificados como triaje I. Ver **Tabla 4**

Asimismo, el 72% (146) de las causas de egreso fueron clínicas y el resto consistieron en trauma (15.8%), cardiovascular (2.5%) y quirúrgico (2.5%), entre otros. Ver **Tabla 5**

Durante el periodo de observación en los tres servicios de urgencias se encontró que tres de cada cuatro personas que solicitaron atención de urgencias fueron admitidas. Ver **Tabla 6**.

De los usuarios que asistieron al servicio de urgencias y no fueron admitidos, el 92.8% (64) lo fue por no considerarse su condición de salud como urgencia, el 4.3% (3) por no haber disponibilidad de camas y el 2.9% (2) por que las IPS no correspondían a la RED de salud. Ver **Tabla 7**

Se encontró un usuario no atendido debido a que su condición de salud no se consideró urgente y el cual fue clasificado en el nivel I de triaje. Entre los usuarios no admitidos clasificados en triaje II, al 75.0% (6) no se le consideró su situación de salud como urgente pertenecían y el resto no se le atendió debido a que la IPS no correspondía a la RED hospitalaria. El 84.6% (11) de los usuarios no admitidos clasificados en triaje III se les negó la atención al no ser considerada su situación de salud como urgente mientras que el resto por no disponer de camillas. Todos los usuarios no admitidos clasificados en triaje V se les consideró como NO urgente su estado de salud. Ver **Tabla 8**.

De los usuarios clasificados en el nivel de Triaje I, el 3.7% (1) no fue admitido. De los usuarios clasificados en el nivel de triaje II, el 13.8% (9) no se les prestó el servicio de urgencias. Todos los usuarios clasificados en nivel V de triaje al momento de demandar los servicios de urgencias no fueron admitidos. Ver **Tabla 9**.

De los usuarios que asistieron al servicio de urgencia y que habían solicitado el servicio entre las 48 horas antes se encontró que 46.5% (126) no fueron admitidas a este servicio. Ver **Tabla 10**

Asimismo, el 40.7% (11) de los usuarios que solicitaron los servicios de urgencias las últimas 48 horas pertenecían a un nivel de atención triaje I, con similar proporción el nivel de triaje III con un 42.0% (37) y en menor proporción los pacientes clasificados como triaje II con un 26.2% (17). Ver **Tabla 11**.

Del total de las personas que asistieron al servicio de urgencias el 53.9% (146) no venían con una remisión de otro servicio. Ver **Tabla 12**

El tiempo promedio de espera para los usuarios con Triaje nivel I fue de 20,2 minutos en comparación con los de nivel de Triaje II que fue de 50.2 minutos. Ver **Tabla 13**.

De los usuarios que solicitaron el servicio de urgencia se encontró que el tiempo promedio de los pacientes con régimen contributivo es de 35.7 minutos; mientras que los del régimen subsidiado y sin afiliación fue de 41.4 y 56.5 minutos respectivamente. Ver **Tabla 14**

De los pacientes clasificados en las instituciones de salud como Triaje I, 40.7% (11) fueron clasificados como AIS 1, 29.6% (8) como AIS 4, 25.9% (7) como AIS 3 y tan solo el 3.7 % (1) fue clasificado como AIS 2. Con respecto a los clasificados como Triaje II, el 41.5% (27) se consideraron AIS 1 y en la misma proporción AIS 2 y AIS 3. Solo el 6.2% (4) fue AIS 4 y el 1.5% (1) como AIS 5. En relación a los considerados como Triaje III, el 54.5% (48) fue clasificado como AIS 1, el 25.0% (22) se clasificó a los pacientes en AIS 2 y el

13.6% (12) como AIS 3. Solo el 6.2% (4) fue clasificado como AIS 4 y el 1.5% (1) como AIS 5. Ningún paciente fue clasificado como AIS 6. Referente a los usuarios clasificados como Triaje IV, el 72.7% (56) fue AIS 1; Mientras que solo el 15.6% (12) se clasifico en AIS 2 y el 11.7% (9) en AIS 3. Ningún paciente fue clasificado como AIS 4, AIS 5 o AIS 6. Acerca de los catalogados como Triaje V, el 84.6% (11) fue categorizado como AIS 1; Mientras que solo el 15.4% (2) en AIS 2. No encontrándose ninguno en las demás categorías. Asimismo, todos los pacientes categorizados en las instituciones de salud como Triaje VI fueron clasificados como AIS 2. Ningún paciente fue clasificado como AIS 6. Ver **Tabla 15**

Por otro lado, entre los usuarios que acudieron al servicio de urgencia se reportaron AIS 5 (alto grado de severidad) en los sistemas nervioso y cardiovascular y por lo tanto en el General. Sin embargo, el sistema respiratorio es el que más comúnmente presenta gravedad a la hora de solicitar un servicio de urgencias. Ver **Tabla 16**

DISCUSION

En el presente estudio la proporción de mujeres que demandaban servicios de urgencias es inferior al reportado por González (23) quien encontró que el 57% de los que demandan servicios son mujeres, caso contrario a lo que mostrando por Carbonell (30) quien dice que el perfil presentado por la población que acudió al Servicio de Urgencias fue 2 de cada 3 son de sexo masculino, a pesar que en una de las instituciones donde se realizo la investigación el sexo que mas asistió a este servicio fue el femenino.

Además, se encontró que en gran porcentaje la procedencia predominante de los usuarios que asistieron a consulta por urgencia provenía del sector urbano, proporción parecida a la reportada por Gea (31). Caso contrario lo que demuestra el perfil epidemiológico de la ciudad de Cartagena de Indias (5), donde se puede observar que las mujeres son las más consultantes a los servicios de salud.

Por otro lado, los resultados obtenidos en este estudio muestran que el mayor número de personas que asistieron a los servicio de urgencias pertenecen al estrato 1. En comparación con el estudio de González (23) que encontró que el estrato socioeconómico 5 presentó la mayor necesidad de atención de urgencia con una tasa anual de 755,4 por 1.000 habitantes. Sin embargo en los estratos I, II, III se presentaron tasas similares, con excepción de del estrato IV que presento las más bajas.

Se pudo observar en el actual estudio que la jornada en la que mas asistieron los usuarios al servicio de urgencias fue en las horas de la mañana, caso paradójico a lo encontrando en el estudio de Castro (32) donde los resultados obtenidos en diferentes instituciones, identificaron que las horas de mayor congestión son a las 9 pm y 6 pm, seguido de las 3 pm.

Otro aspecto encontrando en esta investigación fue el nivel de afiliación en salud donde se pudo evidenciar que la mayoría de las personas que asistieron al servicio de urgencias de tercer nivel de complejidad pertenecían al régimen subsidiado, en comparación con el estudio realizado por Vargas (33) donde se muestra que, según el tipo de aseguramiento, la probabilidad de atención es más baja para los afiliados al régimen subsidiados en comparación a los del régimen contributivo y atención casi nula para las personas sin ninguna clase de seguridad en salud evidenciando la inexistencia de equidad y accesibilidad para todas las personas del territorio nacional.

En el presente estudio las intervenciones de clasificación de Triage en urgencia fueron realizadas en su totalidad por el personal médico lo que difiere de Velandia (34) quien afirma que el Triage realizado por enfermeras es un procedimiento confiable, en comparación con el realizado por personal médico donde se corre el riesgo de hacer una consulta rápida de deficiente calidad, aumento del tiempo de realización del Triage con el consiguiente aumento del tiempo de espera para la valoración inicial de otros pacientes y la pérdida de los objetivos del sistema de Triage. Debido a hallazgos reportados por Carbonell (30) que muestra que la valoración inicial fue realizada generalmente por enfermería y tomaba menos tiempo que la visita inicial por médico y especialista demostrando con ello que el tiempo de valoración por enfermería mantuvo una tendencia estable, frente al importante tiempo de espera para ser visto por el especialista.

La actual investigación arrojó que las personas que asistieron al servicio de urgencias de tercer nivel de complejidad en su gran mayoría presentaban un nivel de Triage III y IV, evidenciando poca o ninguna urgencia que comprometería la vida de los pacientes, caso contrario lo demostrado por Medina (35) donde encontró que el total de pacientes atendidos con Triage I fueron (24%), y Triage II (76%) superior al encontrado en la presente investigación.

Asimismo, la proporción de personas admitidas en el servicio de urgencias fue superior a las no admitidas, caso contrario a lo reflejado por Guttmann (36) donde se encontró que 617.011 pacientes se retiraron sin ser atendidos, mostrando con ello un alto riesgo de presentar episodios adversos que aumentó proporcionalmente, la tasa anual de aquellos que se retiraron sin ser atendidos fue del 3.6%. Del mismo modo, González (23) reportó un admisión de pacientes a urgencias cercana al 94% y Valencia (22) una admisión cercana al 89,4% proporciones superiores a la encontrada en la presente investigación.

Se encontró que las personas que no fueron admitidas en su gran mayoría se debieron a no considerar urgentes su situación de salud y en menor proporción a que las IPS no correspondían a la RED prestadora de servicios de salud. De igual modo, a lo mostrado por González (23) donde se evidenció que el 3.9% de los pacientes no fueron atendidos por no considerarse urgentes, sin embargo, la falta de personal, la seguridad social y no corresponder a la RED fueron concebidas como causas importantes para la no atención.

Por otro lado se encontró que de las personas no admitidas al servicio presentaban nivel de Triage I, II, III un porcentaje significativo, evidenciando problemas al momento de clasificar al usuario en la escala del Triage contrario a lo que establece el decreto 4747 de 2007 (37) donde se pone de manifiesto la atención prioritaria para las personas con Triage I y II.

Se pudo comprobar que existe un gran porcentaje de pacientes que habían por lo menos asistido a un servicio de urgencias y de igual forma no fueron admitidos a este. Por otro lado, se evidenció que de estos usuarios no admitidos en su gran mayoría presentaban un nivel de Triage I y III respectivamente y en menor porcentaje Triage II, aumentando así el riesgo de padecer un evento adverso por no atención en salud. Valencia (22) publica que el 13,8 % de las personas admitidas a los servicios de urgencias habían consultado en las últimas 48 horas a un servicio de urgencias por la misma causa. Se destaca que las personas que consultaron hasta tres y cuatro veces en las últimas 48 horas por la misma causa accedieron más a los primeros y segundos niveles de atención.

En la presente investigación se pudo observar que de las personas que asistieron al servicio de urgencias en su gran mayoría no presentaron ninguna remisión para su atención, caso contrario lo publicado por Valencia (22) donde se encontró que el 10,7 % de las personas admitidas a los servicios de urgencias presentaron remisiones previas. Las personas admitidas al tercer nivel presentaron el mayor número de remisiones previas. El 96,7 % de las personas fueron remitidos una sola vez.

Los resultados actuales de la investigación muestran que el tiempo promedio de espera para los usuarios que acudieron a los servicios de urgencias de tercer nivel de complejidad fue muy alto, evidenciando pacientes con nivel de Triage I no atendidos de manera inmediata, nivel de Triage II con tiempo promedio aun más alto de lo previsto, caso contrario lo que establece el Decreto 4747 de 2007 (37), que establece que la atención para las personas con nivel de Triage I deben ser atendidos de manera inmediata, y las personas con nivel de Triage II deben ser atendidas con un tiempo no mayor a los 15 minutos. Caso contrario a lo reflejado por el estudio de Navarro (38) donde se cumplió el estándar de oro para todos los pacientes clasificados como Triage I, es decir todos fueron atendidos antes del primer minuto.

En la actual investigación se encontró que existe un tiempo promedio para la atención en el servicio de urgencias de los usuarios con régimen subsidiado muy superior relacionado con el tiempo de atención del contributivo el cual pone de manifiesto que no se está cumpliendo lo establecido por la ley 100 art. 279 (39), donde se establece equidad y oportunidad de atención en salud para la sociedad en general, mostrando cierto grado de imparcialidad al momento de brindar cuidados en salud.

La presente investigación evidenció que la mayoría de las personas solicitantes del servicio de urgencias no fueron admitidos porque no fue considerada su situación como urgente lo

que llama mucho la atención porque de ese porcentaje que no fue admitido una gran parte pertenecía al nivel de Triage I y el resto pertenecían al nivel de Triage II.

La causa de egreso de las personas que asistieron al servicio de urgencias fue en mayor proporción por aspecto clínico, similar a lo publicado por González (23) donde los problemas clínicos fueron la principal causa de ingreso y egreso a los servicios de urgencias con un 44% seguidos por trauma como la segunda causa con un 5.6%.

En lo concerniente a la clasificación del Triage teniendo como punto de referencia la valoración del AIS se pudo observar que muchos pacientes no fueron calificados de la mejor forma. Esta mala concordancia puede indicar que se está exponiendo al paciente a sufrir de eventos adversos más seguido y quitándole la oportunidad de una buena atención en salud.

CONCLUSIONES.

- Los datos obtenidos en este estudio aportan evidencias que sirven para afirmar que los pacientes no son atendidos en el tiempo estipulado según su gravedad y lo descrito por la norma, además de evidenciar que los funcionarios que realizaron el triaje no son los adecuados para esta tarea.
- Se evidenciaron diagnósticos no acordes con la situación de los pacientes y por otro lado se observó que existe incoherencia en la atención relacionada con el nivel de gravedad de los pacientes.
- Por otro lado el presente estudio evidencia la demora en la atención a los pacientes que tenían un nivel de afiliación subsidiada en comparación al tiempo de los contributivos.
- Se estableció entonces que existe una gran discordancia entre la gravedad de los pacientes y la prestación de los servicios encontrando una problemática de gran magnitud que hace reflejar el inadecuado funcionamiento de los servicios de urgencias de la ciudad.

RECOMENDACIONES.

- Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el estudio se sugiere que la valoración inicial sea realizada por el personal de enfermería, puesto que se ha demostrado que al realizarlo el personal médico se corre el riesgo de hacer una consulta rápida de deficiente calidad, aumentando el tiempo de realización del Triage con el consiguiente aumento del tiempo de espera para la valoración inicial de otros pacientes y la pérdida de los objetivos del sistema de Triage. Estas consideraciones son importantes para justificar el Triage realizado por la enfermera profesional y asumirlo como una actividad propia de enfermería.
- De la información suministrada por los pacientes que acudieron a los servicios de urgencia que se reflejan en los resultados de esta investigación sugieren la necesidad de intensificar en cuanto a la capacitación del personal para poder realizar un buen triaje y disminuir el tiempo en la atención de las personas que acuden a los servicios de urgencia.
- Se recomienda al Distrito poner en funcionamiento los centros de atención de segundo nivel puesto que se influirá de manera positiva, debido a que muchos de los usuarios que solicitan los servicios de urgencias de tercer nivel de complejidad, realmente se podrían canalizar en un segundo nivel. De esta manera se mejoraría la oportunidad en la atención de urgencias.
- El proceso de admisión de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que brindan el servicio de urgencias debe hacer énfasis en el estado de salud de los usuarios más no en el orden de llegada. Por lo tanto, se deben eliminar barreras administrativas como la remisión en primera instancia a la oficina de facturación, y posteriormente al consultorio de triage.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Rosenberg H, Andersson B. [Rethinking social protection in health in Latin America and the Caribbean]. *Rev Panam Salud Publica* 2000 Jul-Aug; 8(1-2): 118-25.
2. OPS/ OMS. Monitoreo de equidad en el acceso a los servicios básicos de salud., Guía metodológica. Versión borrador 15/09/00. Washington: OPS/ OMS, Programa de Organización y Gestión de Servicios de salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud y Programa Especial de Análisis de Situación de Salud; 2000.
3. Orejuela A, González L, Betancourt J, Ariza H, Angulo E. Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud 2009. Bogotá, D.C., : Defensoría del pueblo 2010.
4. Jervis D, Orozco J, Alvis N. Evaluación de la suficiencia de la red prestadora de servicios de salud en el departamento de Bolívar y distrito de Cartagena de Indias. Cartagena de Indias D.T. y C. Departamento Administrativo Distrital de Salud - DADIS. 2011
5. Guerrero M, Torres W, Morales L. Perfil Epidemiológico de Cartagena de Indias. Bolívar. Cartagena de Indias D.T. y C.: Departamento Administrativo Distrital de Salud - DADIS, Programa de Vigilancia en Salud Pública; 2009.
6. Martínez T. La vena rota de Cartagena. *Revista Semana*. 2010. Martes 29 Junio 2010.
7. Cataño C. Piden suspender fiestas novembrinas en Cartagena por crisis en salud. *El Tiempo*. 2008. 20 de octubre.
8. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res* 1974 Fall;9(3):208-20.
9. Frenk J. [Concept and measurement of accessibility]. *Salud Publica Mex* 1985 Sep-Oct; 27(5): 438-53.
10. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 5261 de 1994. "Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud". Agosto 5.
11. República de Colombia. Ministerio de Salud. Decreto 412 de 1992. "Por el cual se reglamenta parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones". Marzo 6
12. Urgencias y emergencias. urgenciologos.com; 2010 [cited 2010 Septiembre]; Available from: <http://www.semes.org/urgenciologos/ue.html>.
13. República de Colombia. Ministerio de salud, Resolución 5261. (1994).
14. Secretaría Distrital de salud de Bogotá. Directorio Hospitales. Bogotá 2010 [cited 2010 Diciembre 1]; Available from: <http://www.saludcapital.gov.co/paginas/directoriohospitales.aspx>.

15. República de Colombia. Asamblea Constituyente, Constitución Política de Colombia, Art. 44, 48 - 50 (1991).
16. República de Colombia. Congreso de la República, Ley 100, Art. 159 - 279 (1993).
17. Ministerio de Salud, Decreto 412, (1992).
18. República de Colombia. Ministerio de Salud, Decreto, 2759 de 1991. Por el cual se organiza y establece el régimen de referencia y contrarreferencia. diciembre 11.
19. López J. Derecho a la salud, PAB, urgencias y ARS. Bogotá D.C.: Defensoría del Pueblo2006.
20. Ballesteros P, Mónica P, Gaviria L. Caracterización del acceso a los servicios de salud en la población infantil desplazada y receptora en asentamiento marginales en seis ciudades de Colombia, 2002 - 2003 Rev Fac Nac Salud Pública2006 enero - junio;24(1):7 - 17.
21. López Z. Modelo de atención en salud para el Departamento de Cundinamarca. Bogotá D.C.: Secretaría de Salud de Bogotá2008 Febrero 28.
22. Valencia M, González G, Agudelo N, Acevedo L, Vallejo I. Acceso a los Servicios de Urgencias en Medellín. Rev Salud Pública 2006 Diciembre; 9 (4): 529 - 40.
23. González G, Valencia M, Agudelo N, Acevedo L, Vallejo I. Morbilidad sentida de las urgencias médicas y la utilización de los servicios de salud en Medellín, Colombia, 2005 - 2006. Biomédica2007 Junio; 27(2):180 - 89.
24. Aday L, Andersen R. Framework for the study of access to medical care. Health Serv Res1974;9(3):280 - 20.
25. Fonseca E, Chacon N, García O. Gerencia del cuidado de enfermería en el área de Triage del servicio de urgencias del hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Bogotá. Monografía Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia. 1999.
26. Manosalva M. Rol del enfermero en el area de Triage. Avances en enfermería. Vol. 23. No. 1. Enero-Junio 2005.
27. Beveridge B, Kelly A, Richardson D, Wuerz R. The science of Triage. SAEM; San Francisco2000.
28. Taranilla A RC. Aplicación de las escalas AIS/ISS en medicina forense: a propósito de un caso de precipitación. Rev Esp Med Legal2009; 35(1): 28 - 31
29. República de Colombia. Ministerio de Salud Resolución 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Octubre 4.
30. Carbonell T, Borrás G, Broseta C. Determinantes del Tiempo de Esperar en Urgencias Hospitalarias y su Relación con la Satisfacción de los Usuarios. Emergencia 2006; 18:30-35.
31. Gea M, Garcia M, Jiménez M, Cabrera A. Opinión de los Usuarios de Urgencias del Centro Médico - Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves. Rev Calidad Asistencial 2001; 16:37-44.

32. Castro J, Cohen E, Lineros A, Sanchez R. Escala nedocs para medir congestión en urgencias: estudio de validación en Colombia. Trabajo de grado Especialización en Medicina de Emergencias. Universidad del Rosario. 2010.
33. Vargas I, Vázquez L, Mogollón A. Acceso a la Atención en Salud en Colombia. Rev. Salud pública vol.15 no.5. Sep - Oct 2010. Bogotá
34. Velandia M. Gerencia de la Atención del Paciente en el Servicio de Urgencia de un Hospital de Tercer Nivel. Capítulo VIII.
35. Medina J, Ghezzi C, Figueredo D, León D, Rojas G, Cáceres L et al. Triage: Experiencia en un Servicio de Urgencias Pediátricas. Rev. chil. pediatr. [revista en la Internet]. 2007 Abr [citado 2012 Jun 05]; 78(2): 211-216. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-1062007000200015&lng=es. doi: 10.4067/S0370-41062007000200015
36. Guttman A, Schull M, Vermeulen M, Stukel. La espera en el servicio de Emergencias. Asociación entre tiempos de espera en Urgencias con mortalidad y hospitalización. BMJ 2011, 342:d2983.
37. República de Colombia. Ministerio de Protección Social, Decreto 4747 de 2007. Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. Diciembre 7.
38. Navarro V, López L, Brau J, Carrasco M, Pastor P, Masia V. Estudio del tiempo de demora asistencial en urgencias hospitalarias. Emergencia 2005; 17: 209-214.
39. República de Colombia. Congreso de la República, Ley 100, Art. 279 1993.

ANEXOS.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes que acudieron a urgencias en el periodo de estudio. Cartagena, 2012

SEXO	N	%		
Femenino	126	46.5		
Masculino	145	53.5		
PROCEDENCIA				
Rural	77	28.4		
Urbana	194	71.6		
ESTRATO				
1	202	74,5		
2	43	15,9		
3	25	9,2		
4	1	0,4		
Total	271	100,0		
SEXO				
INSTITUCION	FEMENINO	%	MASCULINO	%
Institución 1	49	41.2	70	58.8
Institución 2	44	52.4	40	47.6
Institución 3	33	48.5	35	51.5
Total	126	46.5	145	53.5

Fuente: encuestas realizadas por autores

Tabla 2. Características sociodemográficas de los pacientes que acudieron a urgencias en el periodo de estudio. Cartagena, 2012

JORNADA	N	%
Mañana	155	57,2
Noche	22	8,1
Tarde	94	34,7
AFILIACION EN SALUD		
Contributivo	38	14,0
Sin afiliación	28	10,3
Subsidiado	205	75,6
RELIGION		
Católica	213	78,6
Cristiano Evangélico	30	11,1
Testigo De Jehová	3	1,1
Adventista	3	1,1
Otros	22	8,1
TOTAL	271	100,0

Fuente: encuestas realizadas por autores

Tabla 3. Clase de funcionario que realiza Triage de los pacientes que acudieron a urgencias en el periodo de estudio. Cartagena, 2012

FUNCIONARIO QUE REALIZA TRIAJE	N	%
Medico general	191	70,5
Interno	60	22,1
Pediatra	19	7,0
Ginecólogo	1	0,4
TOTAL	271	100,0

Fuente: encuestas realizadas por autores

Tabla 4. Nivel de Triage de los pacientes que acudieron a urgencias en el periodo de estudio. Cartagena, 2012

NIVEL TRIAJE	N	%
I	27	10,0
II	65	24,0
III	88	32,5
IV	77	28,4
V	13	4,8
VI	1	0,4
TOTAL	271	100,0

Fuente: encuestas realizadas por autores

Tabla 5. Causa de egreso de los pacientes que acudieron a urgencias en el periodo de estudio. Cartagena, 2012

CAUSA DE EGRESO	N	%
Clínica	146	72.3
Trauma	32	15.8
Cardiovascular	5	2.5
Quirurgico	5	2.5
Salud mental	1	0.5
Perinatal	1	0.5
No sabe/no responde	12	5.9
Total	202	100.0

Fuente: encuestas realizadas por autores

Tabla 6. Personas admitidas de los pacientes que acudieron a urgencias en el periodo de estudio. Cartagena, 2012

ADMISION	N	%
NO	69	25,5
SI	202	74,5
TOTAL	271	100,0

Fuente: encuestas realizadas por autores

Tabla 7. Razón de no admisión a pacientes que acudieron a urgencias en el periodo de estudio. Cartagena, 2012

RAZON DE NO ADMISION	N	%
No considerada urgente	64	92,8
No disponibilidad de camilla	3	4,3
IPS no pertenece a la red	2	2,9
TOTAL	69	100,0

Fuente: encuestas realizadas por autores

Tabla 8. Razón de no admisión con el nivel de triaje considerable de los pacientes que acudieron a urgencias en el periodo de estudio. Cartagena, 2012

NIVEL TRIAJE	IPS NO RED	%	NO CONSIDERADA URGENTE	%	NO DISPONIBILIDAD DE CAMILLA	%	TOTAL
I	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1
II	2	25,0	6	75,0	0	0,0	8
III	0	0,0	11	84,6	2	15,4	13
IV	0	0,0	33	97,1	1	2,9	34
V	0	0,0	13	100,0	0	0,0	13

Fuente: encuestas realizadas por autores

Tabla 9. Usuarios no admitidos con el nivel de Triage considerable de los pacientes que acudieron a urgencias en el periodo de estudio. Cartagena, 2012

NIVEL TRIAJE	ADMISION			
	NO	%	SI	%
I	1	3,7	26	96,3
II	9	13,8	56	86,2
III	12	13,6	76	86,4
IV	34	44,2	43	55,8
V	13	100,0		0,0
VI		0,0	1	100,0
TOTAL	69	25,5	202	74,5

Fuente: encuestas realizadas por autores

Tabla 10. Usuarios que no fueron admitidas y que solicitaron servicios de urgencias en las últimas 48 horas en el periodo de estudio. Cartagena, 2012

CONSULTA PREVIA A UN SERVICIO DE URGENCIA LAS ÚLTIMAS 48 HORAS	N	%
No	126	46,5
SI	145	53,5
TOTAL	271	100,0

Fuente: encuestas realizadas por autores

Tabla 11. Usuarios no admitidos VS el nivel de Triage considerable de los pacientes que acudieron a urgencias en el periodo de estudio. Cartagena, 2012

NIVEL TRIAJE	CONSULTA PREVIA A UN SERVICIO DE URGENCIA LAS ÚLTIMAS 48 HORAS			
	NO	%	SI	%
I	11	40,7	16	59,3
II	17	26,2	48	73,8
III	37	42,0	51	58,0
IV	51	66,2	26	33,8
V	9	69,2	4	30,8
VI	1	100,0	0	0,0

Fuente: encuestas realizadas por autores

Tabla 12. Numero de remisiones de los usuarios que acudieron al servicio de urgencias en el periodo de estudio. Cartagena, 2012

N° DE REMISIONES DE OTRAS IPS	N	%
0	146	53,9
1	120	44,3
2	3	1,1
3	2	0,7
TOTAL	271	100,0

Fuente: encuestas realizadas por autores

Tabla 13. Promedio de espera de pacientes en el servicio de urgencia en relación con el nivel de Triage en el periodo de estudio. Cartagena, 2012

NIVEL TRIAJE	PROMEDIO DE TIEMPO DE ESPERA EN SER ATENDIDO (Minutos)
I	20,2
II	48,7
III	50,2
IV	36,4
V	35,5

VI	30,0
TOTAL	42,1

Fuente: encuestas realizadas por autores

Tabla 14. Promedio de espera de pacientes en el servicio de urgencia en relación con el nivel de Triage en el periodo de estudio. Cartagena, 2012

AFILIACIÓN EN SALUD	PROMEDIO DE TIEMPO DE ESPERA EN SER ATENDIDO(Minutos)
Contributivo	35,7
Subsidiado	41,4
Sin afiliación	56,5

Fuente: encuestas realizadas por autores

Tabla 15. Nivel del Triage vs la severidad del trauma de los usuarios que acudieron al servicio de urgencias en el periodo de estudio. Cartagena, 2012

AIS										
NIVEL TRIAJE	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%
I	11	40,7	1	3,7	7	25,9	8	29,6	0	0,0
II	27	41,5	14	21,5	19	29,2	4	6,2	1	1,5
III	48	54,5	22	25,0	12	13,6	6	6,8	0	0,0
IV	56	72,7	12	15,6	9	11,7	0	0,0	0	0,0
V	11	84,6	2	15,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
VI	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Fuente: encuestas realizadas por autores

Tabla 16. Severidad del trauma de los usuarios que acudieron al servicio de urgencias en el periodo de estudio. Cartagena, 2012.

AIS	Respiratorio (%)	Nervioso (%)	Cardiovascular (%)	Abdomen-pelvis (%)	Extremidades (%)	General (%)
1	61,6	81,9	85,6	75,6	87,5	56,5
2	16,6	11,1	4,1	11,8	2,6	19,2
3	17,0	2,6	8,1	8,9	6,3	17,3
4	4,8	3,7	1,8	3,7	3,7	6,6
5	0	0,7	0,4	0	0	0,4
6	0	0	0	0	0	0

Fuente: encuestas realizadas por autores

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

Información de la institución Prestadora de Servicios de Salud		
1.1. Código	1.2. Institución	
1.3. Tipo de IPS : Privada () Pública () Mixta ()		
Información del paciente		
1.3. Jornada de solicitud de ingreso : Mañana () Tarde () Noche ()		
1.4. Fecha	1.5. Identificación	1.6. Edad del usuario
1.67. Sexo : M () F ()	1.8. Procedencia: Urbana () Rural ()	1.9. Estrato socioeconómico ____
1.10. Afiliación en salud: Reg. Contributivo () Reg. Subsidiado () Sin afiliación ()		1.11. EPS _____
1.12. Religión: Católico () Testigo de Jehová () Cristiano Evangélico () Adventista () Otros ()		
Información de la atención del servicio de urgencia en salud		
1.13. Funcionario que realiza el Triage: _____		1.14. Nivel de Triage: _____
1.15. Admisión : Si () No () (si la respuesta es no pase a la siguiente pregunta)		
1.16. Razón de no admisión: No disponibilidad de Camilla () Falta de suministros () No tenia semanas obligatorias de cotización requeridas Instrumentado () No tiene afiliación () La IPS no correspondía a la red () Falta de personal () La atención no fue considerada urgente () otro ()		
1.17. Consulta previa a un servicio de urgencia las últimas 48 horas: () Si () No		
1.18. Causa de egreso: Clínica () Trauma () Materno () Cardiovascular () Quirúrgica () Salud Mental () Perinatal ()		
1.19. Tipo de trauma (si es por accidente el egreso):		
1.20. N° de Remisiones de otras IPS: _____	1.21. Tiempo de espera en ser atendido: _____	
1.22. Cuanto tiempo le tomo haber llegado al servicio de urgencias de la institución? _____ minutos		
Información acerca de la gravedad del paciente		
1.23. AIS Respiratorio	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	
1.24. AIS sistema nervioso	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ()	
1.25. AIS Cardiovascular	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ()	
1.26. AIS Abdomen - Pelvis	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	
1.27. AIS Extremidades – Pelvis ósea	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	
1.28. AIS General o externa	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ()	

