

**ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO  
DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE  
SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013**

**JOHN ALEXÁNDER MÉNDEZ SÁNCHEZ  
EDIXON DARÍO GUTIÉRREZ SALAMANCA**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
ESPECIALIDAD: GERENCIA EN SALUD XXII  
CARTAGENA  
2014**

**ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO  
DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE  
SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013**

**JOHN ALEXÁNDER MÉNDEZ SÁNCHEZ  
EDIXON DARÍO GUTIÉRREZ SALAMANCA**

Anteproyecto presentado como requisito para optar al título de especialista en  
gerencia en salud

Asesor Metodológico  
Asesor Técnico

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
ESPECIALIDAD: GERENCIA EN SALUD XXII  
CARTAGENA  
2014**

## TABLA DE CONTENIDO

### Contenido

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	16
2.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA .....	16
2.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	19
3. JUSTIFICACIÓN.....	20
4. PROPÓSITO .....	23
5. OBJETIVOS.....	24
5.1. OBJETIVO GENERAL .....	24
5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	24
6. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN .....	25
7. FACTIBILIDAD Y DELIMITACIONES .....	26
7.1 FACTIBILIDAD.....	26
7.2 ESPACIOS TEMPORALES Y GEOGRÁFICOS .....	26
8. MARCO TEORICO.....	27
8.1. DEFINICIONES.....	27
8.2 MARCO INSTITUCIONAL .....	32
8.3. ANTECEDENTES Y/O ESTADO DEL ARTE INVESTIGATIVO.....	34
8.4. BASES TEORICAS .....	36
8.4.1 CONCEPTO Y EVOLUCIÓN DE LOS SERVICIOSDE URGENCIAS HOSPITALARIOS .....	36
8.4.2 CONCEPTO DE URGENCIA, GRAVEDAD Y COMPLEJIDAD .....	38
8.4.3 FACTORES ASOCIADOS A LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS.....	41
8.5. MARCO LEGAL .....	44

8.5.1	Marco de legal de los servicios de urgencias .....	44
9.	DISEÑO METODOLÓGICO .....	53
9.1.	TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo de corte trasversal. ....	53
9.2.	POBLACIÓN.....	53
9.3.1	Cuadro de Operacionalizacion de variables .....	55
9.4.	UNIDAD DE ANALISIS.....	62
9.4.1.	Criterios de Inclusión: .....	62
9.4.2.	Criterio de Exclusión .....	62
9.5.	TÉCNICA DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN.....	62
9.5.1.	Fuentes Primarias: .....	62
9.5.2.	Fuentes Secundarias:.....	62
9.6.	ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	62
9.7.	ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	63
10.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	65
	PLAN DE MEJORAMIENTO .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
	BIBLIOGRAFIA.....	111

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad del usuario en años.....	65
Tabla 2. Sexo .....	66
Tabla 3. Raza.....	67
Tabla 4. Estrato socioeconómico.....	68
Tabla 5. Nivel de estudio.....	70
Tabla 6. Tamaño familiar .....	72
Tabla 7. Actividad laboral.....	73
Tabla 8. Nivel de ingreso .....	75
Tabla 9. Ubicación de residencia.....	76
Tabla 10. Tipo de seguro o afiliación en salud.....	77
Tabla 11. Prevalencia de patologías más consultadas en el servicio de urgencia	79
Tabla 12. Patologías más consultadas por la población de pacientes.....	81
Tabla 13. Requiere la dolencia o patología atención urgente.....	84
Tabla 14. Día en el que fue atendido .....	85
Tabla 15. Turno en que fueron atendidos la mayor cantidad de pacientes.....	87
Tabla 16. Infraestructura física adecuada .....	88
Tabla 17. Paciente fue acompañado de un familiar a la consulta.....	89
Tabla 18. Que pacientes son más susceptibles de un servicio de urgencia según su experiencia.....	91
Tabla 19. Título del personal de salud.....	92
Tabla 20. Tipo de profesional de salud.....	93
Tabla 21. El protocolo de triage es utilizado .....	95
Tabla 22. Bajo qué criterios evalúa usted la urgencia y aplicación del protocolo de adecuación del triage.....	96

Tabla 23. Considera usted el recurso en materiales, equipos y personal hospitalario es suficiente y adecuado .....	97
Tabla 24. Frecuencia de años de experiencia, tipo de personal, y promedio de pacientes atendidos con relación al número de camas. ....	99

## ÍNDICE DE GRAFICAS

Grafica 1. Edad del usuario en años.....	65
Grafica 2. Sexo .....	66
Grafica 3. Raza.....	67
Grafica 4. Estrato socioeconómico.....	68
Grafica 5. Nivel de estudio.....	70
Grafica 6. Tamaño familiar.....	72
Grafica 7. Actividad laboral.....	73
Grafica a 8. Nivel de ingreso .....	75
Grafica 9. Ubicación de residencia.....	76
Grafica 10. Tipo de seguro o afiliación en salud .....	77
Grafica 11. Prevalencia de patologías más consultadas en el servicio de urgencia .....	79
Grafica 12. Patologías más consultadas por la población de pacientes.....	81
Grafica 13. Requiere la dolencia o patología atención urgente.....	84
Grafica 14. Dia en el que fue atendido .....	85
Grafica 15. Turno en que fueron atendidos la mayor cantidad de pacientes.....	87
Grafica 16. Infraestructura física adecuada .....	88
Grafica 17. Paciente fue acompañado de un familiar a la consulta.....	89
Grafica 18. Que pacientes son más susceptibles de un servicio de urgencia según su experiencia.....	91
Grafica 19. Titulo del personal de salud .....	92
Grafica 20. Tipo de profesional de salud.....	93
Grafica 21. El protocolo de triage es utilizado .....	95

Grafica 22. Bajo qué criterios evalúa usted la urgencia y aplicación del protocolo de adecuación del triage ..... 96

Grafica 23. Considera usted el recurso en materiales, equipos y personal hospitalario es suficiente y adecuado ..... 97

Grafica 24. Frecuencia de años de experiencia, tipo de personal, y promedio de pacientes atendidos con relación al número de camas. .... 99



## RESUMEN

Los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SUH) son unidades diseñadas para proporcionar tratamiento médico altamente profesionalizado, con disponibilidad inmediata de recursos especiales a pacientes que requieran (o necesiten) cuidados urgentes, a cualquier hora del día o de la noche. Ninguna otra unidad asistencial ha evolucionado tan intensamente en los últimos 20 años (1)

En los últimos años el Hospital Naval de Cartagena ha visto con preocupación el aumento de las consultas por parte de sus usuarios al servicio de urgencias; largas filas para facturar, grandes tiempos de espera para consulta de triage, demora en el llamado del paciente por parte del Médico tratante y alteraciones de ánimo por parte de los usuarios por el hacinamiento en la sala de espera.

La metodología que se utilizó fue Descriptiva de Corte Trasversal la población fueron los usuarios que asistieron al servicio de urgencia solicitando atención en el periodo comprendido entre julio y agosto del 2013. Y profesionales del área de urgencia, Los cuales ayudaron a realizar el análisis comparativo y los cálculos en tasas, frecuencias y porcentajes.

Los resultados encontrados mencionan que se observa que los usuarios que más solicitan atención en el servicio de urgencia son aquellos en donde su actividad laboral es formal con un 31,4%, también se evidencio que la prevalencia de patologías más consultadas en el servicio de urgencia de acuerdo a la clasificación de triaje siendo el nivel 2 o naranja: la atención por el médico puede demorarse hasta 10 minutos con un 28,6%, también se observó que las patologías

más consultadas por la población de pacientes que asiste al servicio de urgencias es Músculo-esqueléticas con un 18,6%, Dolor abdominal con un 14,3% Cardiopulmonar con un 14,3, con esto podemos concluir que Inherente al concepto de urgencia es la connotación de problema de aparición súbita, demostrándose un aumento progresivo del porcentaje de urgencias inadecuadas con la duración de los síntomas, La percepción de gravedad del propio paciente o de sus familiares condiciona también la utilización del servicio de urgencias.

Palabras claves: servicio de urgencia hospitalario, triaje, atención, calidad, factores asociados.

## ABSTRAC

Hospital Emergency Services (ED) are units designed to provide highly professional medical treatment, with immediate availability of special resources to patients requiring ( or need ) urgent care at any time of day or night . No other healthcare unit has evolved so intensely over the past 20 years (1 )

In recent years the Naval Hospital of Cartagena has viewed with concern the increase in visits by users to the emergency ; long lines to check in , large waiting times for triage consultation , delay in calling the patient by the attending Physician and mood disturbances by users by overcrowding in the waiting room .

The methodology used was descriptive of Transversal Cut population were users who attended the emergency department seeking care during the period between July and August 2013. Y professionals in emergency Which helped conduct comparative analysis and calculations on rates, frequencies and percentages.

The results state that shows that most users seeking care in the emergency room are those in which their work is formal with 31.4 % , it was also evidenced that the prevalence of diseases in the most visited emergency service according to the classification of triage being level 2 or orange: health care may be delayed up to 10 minutes at 28.6 % , was also observed that the pathologies most consulted by the patient population attending the emergency department Musculoskeletal is with 18.6 % , abdominal pain with 14.3% with 14.3 Cardiopulmonary , with this we can conclude that Inherent to the concept of urgency is the connotation of the problem of sudden onset , showing a progressive increase inadequate emergency

percentage with the duration of symptoms, the perceived severity of the patient himself or his family also affects the use of the emergency department .

Keywords: hospital emergency department, triage, care, quality, associated factors.

## INTRODUCCIÓN

Los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SUH) son unidades diseñadas para proporcionar tratamiento médico altamente profesionalizado, con disponibilidad inmediata de recursos especiales a pacientes que requieran (o necesiten) cuidados urgentes, a cualquier hora del día o de la noche. Ninguna otra unidad asistencial ha evolucionado tan intensamente en los últimos 20 años (1)(2).

El único mecanismo con el que se cuenta para poder determinar quién debe ser atendido es la clasificación triaje de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias, como proceso asistencial estructurado, se ha convertido en los últimos años en un pilar fundamental de la asistencia en los servicios donde se ha implantado. El funcionamiento eficaz de un sistema de triaje estructurado, como indicador de calidad de riesgo y eficiencia, necesita de la existencia de un equipo de profesionales que pueda identificar las necesidades de los pacientes (29).

En los últimos años el Hospital Naval de Cartagena ha visto con preocupación el aumento de las consultas por parte de sus usuarios al servicio de urgencias; largas filas para facturar, grandes tiempos de espera para consulta de triaje, demora en el llamado del paciente por parte del Médico tratante y alteraciones de ánimo por parte de los usuarios por el hacinamiento en la sala de espera.

El presente estudio se evidencia que los usuarios que más solicitan atención en el servicio de urgencia son aquellos en donde su actividad laboral es formal con un 31,4%, también se evidencio que la prevalencia de patologías más consultadas en el servicio de urgencia de acuerdo a la clasificación de triaje siendo el nivel 2 o

naranja: la atención por el médico puede demorarse hasta 10 minutos con un 28,6%. Se observó que las patologías más consultadas por la población de pacientes que asiste al servicio de urgencias es Músculo-esqueléticas con un 18,6%, Dolor abdominal con un 14,3% Cardiopulmonar con un 14,35, también cabe resaltar que el hospital naval cuenta con profesionales de salud que está capacitado para prestar sus servicios en esta sala de urgencias y que cuenta tanto con el recurso humano, recursos materiales y de infraestructura para brindar atención oportuna y de calidad a todos los usuarios.

## **1. TÍTULO DEL ESTUDIO**

ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013.

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **2.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

Los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SUH) son unidades diseñadas para proporcionar tratamiento médico altamente profesionalizado, con disponibilidad inmediata de recursos especiales a pacientes que requieran (o necesiten) cuidados urgentes, a cualquier hora del día o de la noche. Ninguna otra unidad asistencial ha evolucionado tan intensamente en los últimos 20 años(1)(2).

Es conocido el elevado número de usuarios que utilizan inadecuadamente los servicios de urgencias hospitalarios (SUH). Este hecho tiene un origen multicausal. Por un lado, la falta de confianza de la población en su centro de asistencia primaria (CAP) –motivado quizás por razones históricas y a su vez la supervaloración de la atención hospitalaria por parte de la opinión pública, condicionan que una parte importante de la población acuda directamente a los SUH con patología banal que no justificaría dicha demanda ya que podría ser atendida en servicios sanitarios extrahospitalario.

El Hospital Naval de Cartagena es una Institución Prestadora de Salud perteneciente al subsistema de salud de las FFMM (Fuerzas Militares) como régimen de excepción, está ubicada en la ciudad de Cartagena (Bolívar) y presta los servicios de salud a los Militares Activos, retirados, pensionados y todos sus beneficiarios del litoral caribe, siendo este un hospital de tercer nivel que cuenta con el apoyo de 3 dispensarios de primer nivel.



En los últimos años el Hospital Naval de Cartagena ha visto con preocupación el aumento de las consultas por parte de sus usuarios al servicio de urgencias; largas filas para facturar, grandes tiempos de espera para consulta de triage, demora en el llamado del paciente por parte del Médico tratante y alteraciones de ánimo por parte de los usuarios por el hacinamiento en la sala de espera. Estos son factores que han llevado al aumento de inconformidades manifestadas escritas por los beneficiarios, aumento de las quejas, derechos de petición y hasta tutelas solicitando el servicio de ambulancia para asistencia a los servicios de urgencias que notablemente se observan llenos de pacientes en días de semana y horarios laborales. La irritación de los pacientes hace que estos mismos traten con agresión verbal a los trabajadores de admisión, Enfermeros y Médicos que trabajan en el servicio de urgencias, sin embargo siguen apareciendo los mismo problemas de antaño tales como: fenómenos de saturación, aglomeración, esperas excesivamente prolongadas para la asistencia inicial y la realización de pruebas diagnósticas, etc(3). Toda esta problemática debido al incremento de la demanda se atribuye al crecimiento de la población, su envejecimiento, al aumento de la prevalencia de patologías crónicas, pero también y en gran medida a la utilización del Servicio de Urgencias como fuente alternativa de cuidados ambulatorios para problemas no urgentes

La atención inicial de triage muestra motivos de consulta como “tengo dolor de cabeza” “tengo gripa” “creo que tengo fiebre” “me duele la espalda” “tengo dolor muscular” “me duele al caminar” “me duele para tragar”. Estos motivos son atendidos por el equipo interdisciplinario del servicio de Urgencias, diagnosticando enfermedades que no ameritan una atención inmediata y al contrario, atrasan en tiempo consultas de pacientes que realmente si necesitan de un servicio rápido y prioritario.

La clasificación del nivel de Urgencia que se le asigna a cada uno de los pacientes consultantes, también es un aspecto que sin duda alguna llena de inconformidad al paciente que ve que su salud está siendo puesta en una escala donde ocupa el último puesto en prioridad y va a ser motivo de espera para ser atendido.

El uso creciente de los SUH por problemas no urgentes supone una preocupación generalizada por muchas razones de las cuales podemos citar las siguientes:

1. El uso del SUH por condiciones que pueden resolverse desde la atención primaria (AP) frecuentemente revela problemas de acceso a estos servicios.
2. El exceso de coste para el sistema sanitario asociado con el tratamiento de problemas no urgentes en los SUH: utilización de recursos humanos y tecnológicos altamente especializados y costes de oportunidad, ligados a fenómenos de aglomeración y prolongación de tiempos de espera

La presente investigación tomara el esquema propuesto por Andersen que postula el uso de los servicios médicos como el resultado de tres componentes fundamentales: predisposición para utilizar los servicios (factores predisponentes), capacidad para obtenerlos (factores facilitadores) y nivel de enfermedad (factores de necesidad)

### **2.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuáles es el uso y la pertinencia de los usuarios del servicio de urgencias del hospital naval de Cartagena por parte de sus usuarios durante el segundo semestre del año 2013 para conocer la frecuencia del mal uso de acuerdo a los factores encontrados?

\

### 3. JUSTIFICACIÓN

Existe una amplia variabilidad en la frecuencia de consultas a urgencias juzgadas como inadecuadas, desde menos del 15% hasta más del 80%(3)(4).

Los altos volúmenes de consulta en los servicios de urgencias son normales en muchos establecimientos de salud de Colombia y el Mundo. Normativamente el acceso a los servicios de salud en nuestro país, está regido por la Constitución Política de 1991 artículos 44, 48, 49 y 50 y la atención en el servicio de urgencias mediante el Decreto 412 de 1992 y La circular externa N° 14 de 1995, donde se da a conocer el significado de la palabra Urgencia(5). La definición deja en claro las condiciones que determina clínicamente si un paciente amerita o no, una atención inmediata que minimice los riesgos de morbimortalidad. Acuerdo el sistema de información que maneja la base de datos del Hospital Naval de Cartagena; durante el año 2012 25.782 pacientes consultaron al servicio de urgencias de los cuales el 28% requirió ingreso al servicio de observación, este dato muestra con interés que la gran mayoría de estos pacientes se hubieran podido definir en un primer nivel de atención. De la misma forma surge un cuestionamiento respecto a la educación que tiene la población sobre la palabra urgencia y si la percepción que tienen de esta los lleva hacer buen uso del servicio teniendo en cuenta que la masificación de las consultas genera impacto en la atención y oportunidad de tiempo brindada por el profesional de la salud.(6)(7)

Con el análisis del uso del servicio de urgencias del Hospital Naval de Cartagena por parte de sus usuarios se pretende caracterizar los pacientes consultantes e identificar aspectos relevantes del aumento de consultas, el uso adecuado o

inadecuado y la percepción que el usuario del subsistema de salud tiene acerca del objetivo y existencia de un servicio de Urgencias; Así mismo la creación de estrategias que permitan la mejora del servicio o la maximización de la atención que lleve a que el proceso de atención en salud sea eficiente sea causal de conformidad para todos y cada uno de los beneficiarios que esperan y confían en que su salud está siendo tratada por una institución con procesos claros, confiables y rápidos. El análisis de estos factores van a llevar que la investigación arroje resultados que van a beneficiar de una manera importante la atención que está brindando el Hospital Naval de Cartagena a los usuarios con el servicio de urgencias. Los tiempos de espera pueden disminuir, los recursos se pueden optimizar si logramos mediante estrategias operativas que los usuarios hagan el uso adecuado no solo del servicio de Urgencias sino también de los dispensarios de primer nivel que apoyan y actúan como entidades de atención básica asistencial para el Hospital Naval de Cartagena.

En años anteriores el Hospital Naval de Cartagena ha invertido recurso humano y económico con el fin de aumentar la capacidad de las instalaciones de Urgencias y así satisfacer las necesidades de cobertura en vista de la creciente demanda poblacional del subsistema de salud de las Fuerzas Militares. Proyectos de investigación como el propuesto, podrían dar a conocer a la alta gerencia del hospital Naval problemáticas encontradas basadas en la evidencia de un estudio confiable y así contribuir a la toma de decisiones respecto al uso inadecuado del servicio de Urgencias y la creación de procedimientos que lleven a la efectividad y eficacia del servicio con el fin de mejorar la atención de los pacientes.

Por toda esta problemática es necesario plantearse que el servicio de urgencias de cualquier institución hospitalaria debe adaptarse más a lo social de la mano de

las necesidades de los usuarios (8), es por esto que la importancia del presente estudio radica en conocer la proporción de visitas inadecuadas en un SUH y sus factores asociados.

#### **4. PROPÓSITO**

Conocer y evaluar el uso y la pertinencia por parte de los usuarios que asisten al servicio de urgencias del Hospital Naval Cartagena y conocer la frecuencia del mal uso de acuerdo a los factores encontrados: factores predisponentes, factores facilitadores, factores del entorno y factores de necesidad.

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1. OBJETIVO GENERAL**

Analizar el uso del servicio de urgencias del Hospital Naval de Cartagena por parte de sus usuarios durante el segundo semestre del año 2013.

### **5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Caracterizar socio demográficamente la población de usuarios que asisten al servicio de urgencia del Hospital Naval de Cartagena según: la edad, el sexo, tipo de seguro, nivel socioeconómico y el tamaño familiar.
2. Identificar las 10 primeras causas de morbilidad y su frecuencia en el servicio de urgencia del hospital Naval de Cartagena, en el segundo semestre de 2013
3. Cuantificar y definir variables o criterios de uso del servicio de urgencias según protocolo de "triage".
4. Presentación de un Plan de mejoramiento del uso del servicio de urgencia por parte de los usuarios del Hospital Naval.



## 6. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

**Mejora Institucional de Entidades de Salud:** ya que al momento de identificar los factores que influyen en el uso inadecuado o adecuado del servicio de urgencia se podrían implementar estrategias de mejoramiento enfocando a la población más vulnerable o predispuesta a utilizar este servicio de una manera inadecuada y así mejorar la optimización del servicio de la entidad.

## 7. FACTIBILIDAD Y DELIMITACIONES

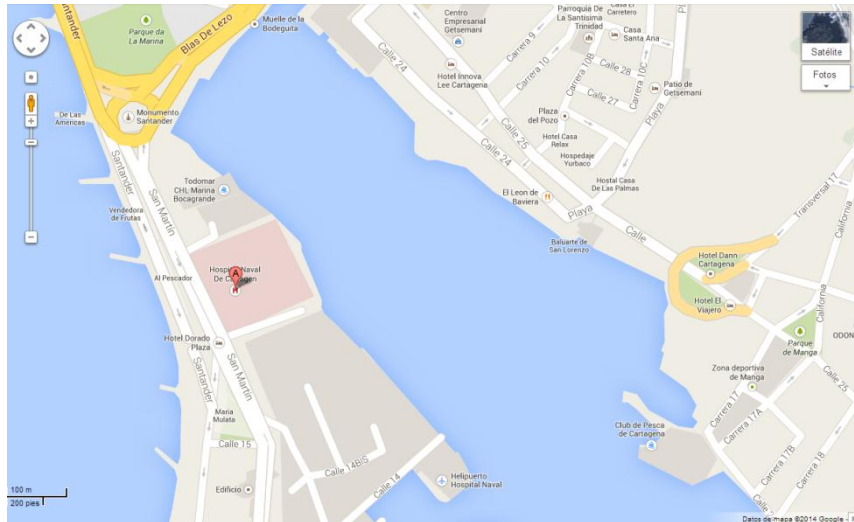
### 7.1 FACTIBILIDAD

La presente investigación es factible porque cuenta con el recurso humano altamente especializado en el tema, así mismo se cuenta con el recurso financiero para llevar a cabo la investigación.

### 7.2 ESPACIOS TEMPORALES Y GEOGRÁFICOS

**7.2.1 Espacio temporal:** La investigación se llevara a cabo durante el segundo periodo del año 2013. Los datos se tomaran de julio a agosto del 2013.

**7.2.2 Espacios geográficos:** La investigación se realiza en el servicio de urgencias del hospital naval de Cartagena ubicado en la carrera 2 No.14-21 Bocagrandeen la ciudad de Cartagena.



Fuente: Fracasso, L (1995). Scuola di Specializzazione in Pianificazione urbana applicata ai Paesi in via di sviluppo. ed. Cartagena de Indias: asentamientos espontáneos.

## 8. MARCO TEORICO

### 8.1. DEFINICIONES

**Emergencia:** es una situación o patología aguda que pone en peligro la vida de la persona o la función de algún órgano. Que requiere manejo inmediato pues la ausencia de atención sanitaria conduciría a la muerte en minutos y en el que la aplicación de los primeros auxilios es primordial. (36)

**Desastre:** situación que ocurre cuando los efectos destructivos de las fuerzas naturales o de origen humano abruma la capacidad de un área o comunidad determinada para satisfacer la demanda de atención de la salud(333).

**Nivel de complejidad:** son aquellas especificaciones de los servicios ofertados en las distintas entidades de salud teniendo en cuenta el personal, la capacidad instalada y la tecnología que estas poseen. Estos se dividen en tres niveles de atención; es así como en el primer nivel se resuelven las necesidades en salud de la población; se prestan servicios ambulatorios, prioritarios y de urgencias, de consulta no especializada, médica y odontológica; laboratorio clínico y rayos X; medicamentos, citología y otras actividades de promoción, prevención y control. En el segundo nivel se presta los servicios mencionados para el primer nivel, pero apoyados en tecnologías más complejas. Igualmente se incluyen especialidades como medicina interna, cirugía, ginecología, obstetricia, pediatría, psiquiatría, anestesiología, traumatología y rehabilitación.

El tercer nivel es de una mayor complejidad que la anterior, sumada a una más amplia variedad de especialidades con la intervención de subespecialistas (35).

**Capacidad instalada:** hace referencia a la disponibilidad de infraestructura necesaria para producir determinados bienes o servicios. Su magnitud es una función directa de la cantidad de producción que puede suministrarse (39).

**Oferta:** Se define en términos de producción y se relación con los productos que se ofrecen es decir es tener la intención o estar dispuesto a vender; en el campo de salud son todos aquellos servicios que ofrece una institución de salud (37).

**Demanda:** se relación con aquello que los consumidores quieren adquirir, es estar dispuesto a comprar algo. La demanda en salud refleja una intención que posee el paciente de recibir una atención o servicio (37).

**Atención inicial de urgencias:** son todas aquellas acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tener de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud (38).

**Urgencias:** la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud 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. (9)

**Triage:** Es la disponibilidad de una escala de fiable, relevante, útil y válida, y de una estructura física y una estructuración profesional y tecnológica en los servicios, dispositivos y centros donde se atienden las urgencias, que permitan realizar la clasificación de los pacientes según un modelo de calidad evaluable y continuamente mejorable conforman el concepto de triaje estructurado. (10)

La palabra triage viene del francés “trier” que significa ordenar y es la clasificación que se utiliza para la evaluación y manejo de los pacientes según gravedad de su patología.

Para la aplicación de este se requiere la existencia de tres condiciones:

- Escases de recursos sanitarios o necesidad de optimizar los que se encuentran disponibles.
- Criterios de clasificación del sistema (signos vitales, nivel de conciencia).
- Personal capacitado en la realización del mismo.

La historia del triage está asociada a las guerras; su primera aplicación se atribuye a Dominique- Jean Larrey el cirujano jefe de la Guardia Imperial de Napoleón que utilizaba el sistema para evaluar y evacuar al personal que necesitaba atención médica urgente, luego en 1846 John Wilson introdujo la idea aumentar los esfuerzos en aquellos pacientes que necesitaban tratamiento inmediato y para los cuales era más probable su recuperación.

En la actualidad existen varios sistemas de triage los más comunes son:

- Triage de rutina: es aquel que se da en los centros de emergencia hospitalarias, en donde hay recursos disponibles para el tratamiento de todos los pacientes, pero se utiliza para definir el tiempo de atención de acuerdo a la gravedad de sus afecciones; en estos casos se evalúan variables como los signos vitales y se aplica un índice de severidad que clasifica a los paciente en 5 niveles, donde el 1 nivel representa a los personas que requieren atención inmediata.
- Triage en hospitalizados: se usa para evaluar la prioridad de los pacientes que se encuentran internados de requerir un manejo más complejo lo que podía implicar Unidad de cuidados intensivos, intervenciones quirúrgicas y ayudas diagnósticas.
- Triage en accidentes: utiliza en la escena del accidente para identificar las personas gravemente heridos que necesiten transporte y atención inmediata
- Triage militar: utilizado definir quién debe o no ser recibir atención y ser evacuado del área de combate
- Triage en desastres: se utiliza para determinar quién va a recibir el tratamiento y quién no, debido a los escasos de recurso para su atención, a los pacientes se les asignan colores (rojo, amarillo, verde, blanco y negro) que se relacionan con la necesidad de tratamiento y el tiempo para la realización del mismo.

El triage se ha convertido en una herramienta muy importante y puede ser usado en distintas situaciones; su uso diario en los servicios de urgencias hospitalarias es clave para optimizar los recursos con los que se cuentan en un servicio con tanta demanda como es este. Existen países como Estados Unidos en donde este triage comienza incluso desde el hogar ya que se realiza vía telefónica, lo que

en gran manera reduce la congestión de pacientes.(Kenneth,2007)(Moskop,2007)

En Colombia a pesar de que se tiene implementado el triage aún falta educación por parte usuarios para que este proceso de clasificación se logre de una manera más efectiva.

**Paciente y Usuario:**paciente está comenzando a sustituirse por la palabra usuario, precisamente por la relación que tiene con la palabra paciencia y, erróneamente por supuesto, también con la palabra pasividad que, aunque de distinto origen etimológico, transmite la sensación de que el paciente tiene que comportarse, necesariamente, como un ente pasivo, inactivo, sin mostrar interés alguno por plantear preguntas y cuestionar lo que no le resulta familiar, lo que no entiende en la consulta con el profesional de la salud. (11)

**Multicausal:** Se refiere a una estructura metodológica que busca dar respuesta a un problema a partir de la identificación de un conjunto de causas posibles que lo generen.(9)

**Atención:** La atención es la capacidad que tiene alguien para entender las cosas o un objetivo, tenerlo en cuenta o en consideración. Desde el punto de vista de la psicología, la atención no es un concepto único, sino el nombre atribuido a una variedad de fenómenos.(9)

**Efectividad:** La efectividad es la capacidad de lograr un efecto deseado, esperado o anhelado. En cambio, eficiencia es la capacidad de lograr el efecto en cuestión con el mínimo de recursos posibles viable. Ejemplo: matar una mosca de un cañonazo es eficaz pero poco eficiente.(12)

**Eficacia:** La efectividad es la capacidad de lograr un efecto deseado, esperado o anhelado. En cambio, eficiencia es la capacidad de lograr el efecto en cuestión con el mínimo de recursos posibles viable. (12)

**Oportunidad:** es el nivel de atención directamente proporcional al acceso a los servicios de salud y su resolutivez es vital para la seguridad y efectividad de la atención en salud a los usuarios. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la disminución de la mortalidad. El tiempo de respuesta en los prestadores es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento, puede servir para la evaluación contractual entre las entidades promotoras de salud y los prestadores Su monitorización puede proveer al usuario de información relevante para su decisión de acudir a un determinado proveedor de servicios de salud y para la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.(12)

## **8.2 MARCO INSTITUCIONAL**

El Hospital Naval de Cartagena como establecimiento de Sanidad Militar hace parte del subsistema de Salud de las Fuerzas Militares de Colombia escalafonado en el nivel de Complejidad III. Desde tiempos atrás se viene liderando un proceso de modernización y adecuación de las instalaciones con el fin de mejorar la calidad de los servicios que ofrece la institución. Se trata de una institución con profesionales de alto nivel, quienes han liderado logros que han marcado hitos en la región.



El Hospital Naval de Cartagena, antiguamente denominado “Hospital de Guerra de la Armada Nacional” cuando fuera inaugurado en el año de 1980, es una institución que cuenta con una capacidad instalada de 124 camas en el área de hospitalización, así como servicios de cuidados Intensivos para adultos, cinco salas de cirugía, rayos X, banco de sangre, laboratorio clínico y otros servicios. Así mismo, el Hospital Naval de Cartagena es el único de la región Caribe que cuenta con el servicio de Cámara Hiperbárica.

La Misión del Hospital Naval de Cartagena es coordinar la prestación de servicios de salud tanto asistencial como operacional en promoción, prevención, recuperación y rehabilitación para los afiliados y beneficiarios del subsistema de salud de las Fuerzas Militares, por medio de sus establecimientos de sanidad militar.

Se traza como visión que para el año 2014 la Dirección de Sanidad y sus establecimientos de Sanidad adoptaran el modelo asistencial y operacional con enfoque al riesgo y atención integral propuesto por la dirección general de sanidad militar, cumpliendo con los atributos de calidad definidos para la presentación y prestación de servicios de salud a los afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

Dentro de su política de calidad, El Hospital Naval de Cartagena y sus establecimientos de sanidad se comprometen a prestar los servicios de salud asistencial y operacional en promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, bajo parámetros integrales de calidad y humanización de servicio, con el fin de satisfacer las necesidades de los afiliados y beneficiarios del subsistema de salud de las Fuerzas Militares garantizando seguridad en la atención, apoyados en una

eficiente administración de los recursos humanos, financieros, físicos y tecnológicos a través del mejoramiento continuo en la eficacia, efectividad y eficiencia de los procesos del sistema de gestión de la calidad bajo sus principios de lealtad, prudencia, valor, equidad y honestidad. Esto hace que todo su recurso humano adopte la política de calidad, confidencialidad, servicio y oportunidad en la atención diaria de los pacientes.

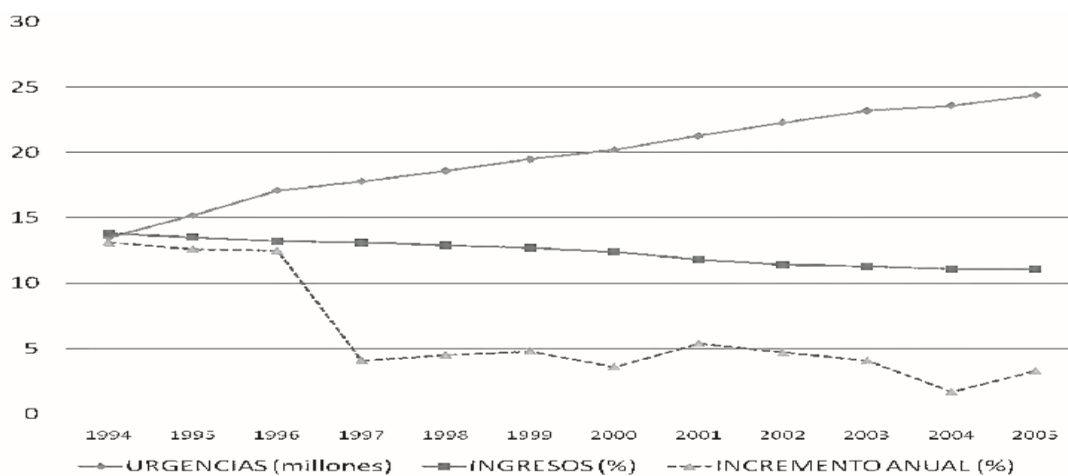
La capacidad instalada para el servicio de Urgencias es de 22 camas para adulto, 5 camas pediátricas, 4 cunas, 1 consultorio de triage y 3 consultorios médicos; esto hace que el Hospital Naval de Cartagena sea una institución adaptada a los procesos de atención con calidad que exige la población beneficiaria de este régimen de salud.

## **8.2. ANTECEDENTES Y/O ESTADO DEL ARTE INVESTIGATIVO**

Los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SUH) son unidades diseñadas para proporcionar tratamiento médico altamente profesionalizado, con disponibilidad inmediata de recursos especiales a pacientes que requieran (o necesiten) cuidados urgentes, a cualquier hora del día o de la noche(13). Existe un crecimiento del número de visitas en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) con una elevada proporción de utilización inapropiada. Los métodos empleados para identificar el uso inadecuado basados en criterios implícitos limitan las comparaciones entre hospitales(14).

En todos los países desarrollados se ha producido, en los últimos 20 años, un importante crecimiento de la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios

(SUH), y la consecuencia directa ha sido su masificación por pacientes que podrían haber sido asistidos en otros niveles asistenciales, básicamente en la atención primaria (AP). En España, la frecuentación de los SUH ha aumentado el 80,7% entre 1994 (13,5 millones de visitas)<sup>4</sup> y 2005 (24,4 millones), es decir aproximadamente un 6,7% anual –de forma desproporcionada para el incremento poblacional (5,8 millones en el mismo período) y se ha reducido el porcentaje de ingresos a su través aunque se mantiene la tasa de presión urgente por encima del 65% (Ver figura 1)(15).



**Figura 1.** Evolución del número de urgencias hospitalarias y de los porcentajes de su incremento anual y de ingresos a su través en el período 1994-2005. Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad y Consumo.

El individuo elabora un autodiagnóstico tras la pérdida de su nivel de salud, que es el determinante de la demanda (percibida más expresada) en relación con el conocimiento personal de la oferta de recursos sanitarios, y decide en un contexto globalizado con sus necesidades laborales, familiares y económicas acudir al punto donde cree que su atención va a ser más efectiva, en ausencia de criterios éticos o de gasto lo cual conlleva a una saturación del servicio específicamente del servicio de urgencia(15). Paradójicamente, así como aumentan los casos atendidos, disminuye el número de pacientes que necesitan ser ingresados

en el hospital tras pasar por urgencias, aumentando así la frecuentación de los SUH pero no el porcentaje de patología subsidiaria de ingreso, por lo que, en parte, la frecuentemente ha aumentado a expensas de casos banales e inadecuados(16)(17), que alcanza un 20-80% según diferentes estudios(18). Los datos que se barajan así lo refrendan: el 10% de los pacientes que acuden al hospital terminan en ingreso y el 90 por ciento restante se resuelve en el SUH. Se mantiene una tasa de presión urgente (porcentaje de ingresos procedentes de urgencias respecto al total de pacientes ingresados) por encima del 65%(15)(19) lo que significa que, por diversos motivos (saturación de consultas externas, masificación de los servicios centrales de laboratorio o radiodiagnóstico, tiempos de espera para revisiones...) la puerta de entrada al sistema de un alto porcentaje de patologías subsidiarias de estudio sigue siendo el SUH(15).

### **8.3. BASES TEORICAS**

#### **8.3.1 CONCEPTO Y EVOLUCIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS**

Los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SUH) son unidades diseñadas para proporcionar tratamiento médico altamente profesionalizado, con disponibilidad inmediata de recursos especiales a pacientes que requieran (o necesiten) cuidados urgentes, a cualquier hora del día o de la noche. Ninguna otra unidad asistencial ha evolucionado tan intensamente en los últimos 20 años. (1)

En los SUH se han realizado mejoras estructurales en cuanto a espacio y dotación; cambios organizativos, aumento y especialización de las plantillas. Presentan una gran accesibilidad (económica, administrativa, física y temporal) y

alto grado de eficacia y calidad asistencial que progresivamente les ha proporcionado un amplio nivel de aceptación y prestigio entre la población general. Todo esto se traduce en una mejora indiscutible de la oferta, tanto en calidad como en cantidad, y en un aumento progresivo y constante de la demanda; que explica que de forma cíclica aparezcan los mismos problemas de antaño<sup>4</sup>: fenómenos de saturación, aglomeración, esperas excesivamente prolongadas para la asistencia inicial y la realización de pruebas diagnósticas, etc. Esta situación se repite en distintos ámbitos y países, en los que las raíces del problema pudieran ser diferentes, pero con los mismos efectos. El incremento de la demanda se atribuye al crecimiento de la población, su envejecimiento, al aumento de la prevalencia de patologías crónicas, pero también y en gran medida a la utilización del Servicio de Urgencias como fuente alternativa de cuidados ambulatorios para problemas no urgentes. Aumenta la frecuencia de uso de los SUH, pero no lo hace el porcentaje de pacientes graves.<sup>(1)</sup>

El uso creciente de los SUH por problemas no urgentes supone una preocupación generalizada por dos razones fundamentales:

1. El uso del SUH por condiciones que pueden resolverse desde la atención primaria (AP) frecuentemente revela problemas de acceso a estos servicios. Este aspecto que, en los estudios estadounidenses<sup>12-15</sup>, se atribuye a problemas de accesibilidad económica, se repite en otros países con sistemas sanitarios muy diferentes que garantizan la cobertura universal<sup>16- 18</sup>, y concretamente en España, donde la falta de accesibilidad cultural o administrativa tiende a suplirse con la utilización de los SUH.<sup>(2)</sup>

2. El exceso de coste para el sistema sanitario asociado con el tratamiento de problemas no urgentes en los SUH: utilización de recursos humanos y tecnológicos altamente especializados<sup>8</sup> y costes de oportunidad, ligados a fenómenos de aglomeración y prolongación de tiempos de espera. Aunque el coste marginal de la atención en el SUH de un problema no urgente es mínimo<sup>24</sup>, se ha demostrado la rentabilidad de utilizar médicos generalistas para el diagnóstico y tratamiento de los procesos banales, sin un aumento asociado de los efectos adversos<sup>(2)</sup>

### **8.3.2 CONCEPTO DE URGENCIA, GRAVEDAD Y COMPLEJIDAD**

El triaje estructurado entiende por urgencia aquella situación clínica con capacidad para generar deterioro o peligro para la salud o la vida de un paciente en función del tiempo transcurrido entre su aparición y la instauración de un tratamiento efectivo, que condiciona un episodio asistencial con importantes necesidades de intervención, en un corto periodo de tiempo<sup>(9)(30)</sup>

La urgencia así definida lleva implícitos dos aspectos que hacen referencia a la respuesta asistencial:

1. La necesidad de ajustar la respuesta asistencial al grado de urgencia, de manera que los pacientes más urgentes; es decir, los que tienen más riesgo de deterioro o peligro para su salud o su vida con el paso del tiempo, sean tratados más rápidamente. (priorización de la asistencia).
2. La necesidad de adecuación entre el grado de urgencia y las necesidades de intervención para solucionarla (intensidad de la asistencia). Como vemos, en el concepto de urgencia se introducen nociones de peligro para

la salud o la vida del paciente, que están claramente relacionadas con la gravedad (cualidad relacionada con el grado de descompensación fisiológica y/o pérdida de función de uno o más sistemas orgánicos, o gravedad de la enfermedad, y con la probabilidad de muerte, o riesgo de mortalidad), pero también se introducen nociones de necesidad de intervención (grado de deterioro que produciría la carencia o falta de cuidados inmediatos o continuos), siendo esta tanto más importante cuanto mayor sea el grado de urgencia de un paciente.

Por lo tanto, la urgencia es un concepto dinámico y dependiente del tiempo, de manera que cuanto más urgente sea la atención a un paciente más necesidades de intervención tendrá y más rápida e intensa habrá de ser nuestra respuesta asistencial para controlar su riesgo(31)(9).

Pero qué pasa con los pacientes urgentes que no están graves? Para la completa comprensión del concepto de urgencia, hemos de añadir a los conceptos más o menos objetivos de gravedad y necesidad de intervención, dos conceptos más Subjetivos, que modulan el grado de urgencia de los pacientes.

Por un lado tenemos el grado de sufrimiento del paciente (grado de alteración producida por el dolor y/o el grado de intolerancia psicológica a la espera para ser visitado) y por otro sus expectativas (conjunto de condiciones esperadas por el paciente y su entorno en relación a la asistencia a recibir). Es evidente que estas variables pueden ser relativamente independientes de la gravedad, pero influyen de forma significativa en la percepción que el paciente y su entorno tienen de la situación clínica, y de forma muy importante en la calidad percibida por parte del usuario, motivo por el que han de ser siempre tenidas en cuenta a la hora de

valorar el grado de urgencia, y muy especialmente en la población pediátrica, en general mucho más vulnerable a los aspectos subjetivos de la urgencia.(9)(30)

Como hemos visto, la urgencia de un paciente depende de su gravedad, de la necesidad de intervención, de su sufrimiento y sus expectativas. Cuanto más alto sea el nivel de urgencia de un paciente más peso tendrá la gravedad y la necesidad de intervención. En los pacientes menos graves, el sufrimiento y las expectativas pueden condicionar un alto grado de urgencia, difícilmente explicable si no se entiende correctamente el concepto de urgencia. Otro concepto importante, que en ocasiones se confunde con los de urgencia y gravedad es el de complejidad (cualidad relacionada con el grado de dificultad diagnóstica y/o terapéutica debida a la presencia de complicaciones y/o comorbilidades (diagnósticos secundarios) añadidas al diagnóstico principal, que nos permite prever un tiempo de estancia y/o un coste determinado). La complejidad se relaciona con el consumo de recursos (volumen y tipos de recursos necesarios para el diagnóstico, tratamiento y atención del enfermo), la dificultad de tratamiento (nivel de problemática en el manejo terapéutico), el pronóstico del paciente (probabilidad de mejoría o empeoramiento, recidiva y expectativa de vida), su gravedad y la necesidad de intervención .Estas dos últimas variables vinculan la complejidad con la urgencia(permitiendo establecer sistemas de clasificación de la casuística (case-mix) basados en la urgencia y la complejidad de los pacientes, como el sistema de los Grupos relacionados con la urgencia, el destino desde urgencias y la edad (GRUDE). con una importante capacidad para explicar la varianza de coste de los servicios y un mínimo esfuerzo en su implementación.(9)(12)( 22)



### **8.3.3 FACTORES ASOCIADOS A LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS**

El esquema más utilizado para analizar la utilización de servicios de urgencia ha sido el propuesto por Andersen (3)(1). que postula el uso de los servicios médicos como el resultado de tres componentes fundamentales: predisposición para utilizar los servicios (factores predisponentes), capacidad para obtenerlos (factores facilitadores) y nivel de enfermedad (factores de necesidad) (3)(23).

#### **8.3.2.1 Factores predisponentes**

Características demográficas como la edad, el sexo, la raza, la educación, el tamaño familiar o la actividad laboral.(32)

#### **8.3.2.2 Factores facilitadores**

Incluyen características individuales (nivel de ingresos o tipo de seguro) y características poblacionales (disponibilidad y accesibilidad de servicios). (32)

Accesibilidad temporal y administrativa. El funcionamiento de los servicios su estructura en torno a una serie de actividades programadas. En contraposición, los SUH prestan atención continuada las 24 horas del día y sin ningún tipo de impedimento administrativo (3)(32)

Accesibilidad geográfica. La ampliación de los horarios de los centro de salud disminuye la utilización de los SUH en el medio rural En el medio urbano, a igual accesibilidad se impone la atracción preferente por el medio hospitalario(3)(32)

Accesibilidad cultural. En otros países se comprueba igualmente una marcada preferencia por la atención hospitalaria, Incluso se propone el porcentaje de cuidados recibidos por el SUH como marcador de la accesibilidad y calidad de la atención en el servicio de urgencia (33)

### **8.3.2.3 Factores de necesidad**

Se incluyen en este apartado el estado de salud percibido y la posible limitación de la actividad por problemas de salud. Quizás sea este último aspecto el que menos se adecúa al trasladar el esquema de Andersen, diseñado para explicar la utilización de servicios en general, a la utilización de servicios de urgencias en particular. adaptan el modelo diferenciando tres estadios de decisión: reconocimiento del problema, decisión de buscar asistencia médica y, en tercer lugar, una vez asumida la decisión de buscar ayuda, demandar asistencia urgente o inmediata.(3)(32)(23)

### **8.3.4 CONSECUENCIAS DEL USO INADECUADO DE LOS SUH**

Las personas que utilizan los SUH para la atención de problemas no urgentes pueden estar haciendo un uso sustitutivo de estos servicios esto supone una disminución de la calidad de la asistencia sanitaria en general: pérdida de continuidad asistencial, ausencia de seguimiento de los tratamientos, fallos en la prestación de servicios preventivos y de promoción de la salud.(3)

En relación con la asistencia prestada en los SUH la afluencia de pacientes no urgentes provoca aglomeraciones, demoras en la asistencia a pacientes que

sufren situaciones de riesgo vital, largos tiempos de espera, "fugas" de pacientes que optan por marcharse sin que se les atienda, e incluso episodios de violencia.

La saturación excesiva del SUH da pie a que se produzcan errores y omisiones graves, a que se realice una medicina defensiva y a que aumente la frustración del personal sanitario<sup>71</sup>. Reiteradamente se ha señalado una relación inversa entre la presión asistencial y la calidad de los servicios de urgencias (3)(21).

En relación al funcionamiento del resto del hospital, la hipertrofia de los SUH provoca falta de espacio físico en otros servicios. La elevada demanda de pruebas complementarias da lugar a la sobrecarga de los servicios de laboratorio y radiología, aumento de las listas de espera y pérdidas de productividad (3)(20).

Todo lo anterior resulta en un incremento de los costes asistenciales. Incluso los pacientes catalogados como "banales" o "inadecuados" reciben pruebas complementarias con elevada frecuencia (3)(32).

## 8.4. MARCO LEGAL

### 8.4.1 Marco de legal de los servicios de urgencias

NORMA	OBJETO
<b>Constitución Política de Colombia</b>	<p>Art. 44 Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social...</p> <p>Art.46 El estado garantizará los servicios de la seguridad social a toda la familia y a las personas de la tercera edad.</p> <p>Art.48 Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social.</p> <p>Art.49 Se garantizará a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la Salud.</p> <p>Los servicios de Salud se organizaran en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.</p> <p>Art. 50 Todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en</p>

	todas las entidades que reciban dineros del estado.
<b>Decreto 412 de 1992</b> por el cual se reglamenta los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones	Art.2 De conformidad con lo dispuesto en el artículo 2 de la ley 10 de 1990, todas las instituciones que ofrezcan servicios de salud están obligadas a prestar atención inicial de urgencia independientemente a la capacidad socioeconómica de los solicitantes del servicio.
<b>Ley 100 de 1993</b> Por el cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones	Art.168 Atención Inicial de Urgencias: La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas, independientemente de la capacidad de pago. El costo de estos servicios será pagado por el FOSYGA o por la EPS al cual esté afiliado el paciente,
<b>Resolución 5261 de 1994</b> Por el cual se establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Art.9 Urgencia: Es la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometan la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras.  Art.10 Las urgencias se atenderán en cualquier parte del territorio nacional sin que para ello sea necesario autorización previa de la EPS o remisión, como tampoco el pago de cuotas moderadoras. La IPS que presta el servicio recibirá de la EPS el pago

	<p>correspondiente con base en las tarifas pactadas o con las establecidas para el SOAT. En todo caso es el Medico quien define esta condición y cuando el paciente utilice estos servicios sin ser una urgencia deberá pagar el valor total de la atención.</p>
<p><b>Decreto 783 de 2000</b> Por el cual se modifican los decretos 1486 de 1994, 1992 de 1994, 723 de 1997 y 046 y 047 de 2000 y se dictan otras disposiciones</p>	<p>Art.12 El artículo 10 del decreto 047 de 2000 quedará así.</p> <p>Atención inicial de urgencias. En concordancia con lo establecido en el artículo 41 del Decreto 1406 de 1999, durante los primeros 30 días a partir de la afiliación del trabajador dependiente se cubrirá únicamente la atención inicial de urgencias, es decir, todas aquellas acciones realizadas a una persona con patología de urgencia.</p>
<p><b>Acuerdo 260 de 2004 del CNSSS</b> Por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del SGSSS</p>	<p>Art.6 numeral 6: Se aplicará cuota moderadora única y exclusivamente cuando la utilización de estos servicios no obedezca, a juicio de un profesional de la salud autorizado, a problemas que comprometan la vida o funcionalidad de la persona o que requieran la protección inmediata con servicios de salud. (34)</p>

#### 8.4.1.1 Calidad de la atención

Continuando con el marco conceptual y legal que cobija los servicios de urgencias en el país, se retomara la definición suministrada en el Decreto 1101 de Abril de 2006 del Sistema Obligatoria de Calidad de Atención en Salud (SOGCS) donde se reza:

Calidad de la atención de Salud: Se entiende como 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 (2).

La definición establecida por dicho Decreto, se fundamentó inicialmente en el entendido de provisión, es decir interviene un actor como proveedor y al cual se le dirige la atención para que este se autorregule de tal manera que, en su función de proveer, en este caso, servicios de salud, ofrezca las mayores garantías de eficacia y eficiencia. Otros de sus fundamentos son dos de los principios de constitucionalidad de la accesibilidad a los servicios de salud, sin restricciones según ameriten los casos, y se comprometa la integralidad del estado de salud de los ciudadanos. A su vez se contempla la provisión de servicios de salud equitativamente, como un principio de justicia e igualdad, esto, salvaguardado por las garantías por parte del individual o colectivo prestador del servicio o atención, según las necesidades del solicitante y las exigencias de los diferentes estamentos de control asignados para tal fin.

No siendo suficiente con dos de los principios orientados a la participación de los servicios en salud, se continua en la reiteración por parte de la norma, en cuanto a que esto debe estar acompañado de calidad, que para la comprensión de tan grandiosa palabra, y para practicidad en su utilización dentro del presente Proyecto de investigación, la definiremos como un conjunto de cualidades de una Cosa o persona que le permiten satisfacer necesidades implícitas y explícitas. Sin olvidar que esta definición tiene un propósito específico como fin último la satisfacción del usuario y/o cliente. Para el cumplimiento de tal propósito el

concepto planteado por el decreto, crea la necesidad de una relación dinámica de continuo ajuste entre los elementos correspondientes a los beneficios, los riesgos y los costos, en convergencia con la ya mencionada satisfacción del usuario, representada en la fidelización y credibilidad.(7)

#### **8.4.1.2 Oportunidad de la atención**

Continuando con las indicaciones provistas por el Decreto 1101 de 2006, se destaca la definición para oportunidad, termino ubicado dentro del cuerpo de la norma en el artículo 3 del SOGCS, numeral 2, el cual reza:

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.(6)(7)

Esta definición ofrecida por el Decreto 1101 de 2006, orienta la comprensión hacia la visión de la oportunidad como una posibilidad que tiene el usuario de recibir una respuesta en salud a las necesidades que le apremien en un momento determinado, y como se observaba en la definición de calidad en los servicios de salud, quien provee no exponga al solicitante a ningún tipo de riesgo en la integralidad de la salud, por retrasos inoperantes. Por lo tanto, la definición, amparada por los estamentos legislativos, alude a la coordinación y estructuración de la oferta y la demanda en servicios de salud, al igual que se insta a quien con anterioridad hemos llamado proveedor, que gestione institucionalmente el acceso



a los servicios, es decir, se debe coordinar la interacción de oferta demanda de servicios con la capacidad de respuesta, para este caso, oportuna.(6)(7)

Para el presente proyecto investigativo, como ya se ha venido exponiendo desde la óptica jurídica que la calidad en los servicios de salud y la oportunidad, son directrices adecuadas y obligatorias (por su carácter legal) para las instituciones y organizaciones creadas con razón social de prestar servicios de salud, es competente su aplicación dentro de la Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad en el departamento de Santander, en el servicio de urgencias, en cuanto a la oportunidad de la atención de pacientes adultos clasificados como triage dos y tres. Por lo tanto, las instituciones que prestan servicios de salud podrán determinar el tiempo de espera para la atención, una vez identificadas las áreas o fases en las(6)(7)

que el paciente tiene que desarrollar algún requisito previo a la atención de urgencia por el médico de turno, propiamente dicho; actividades que conllevan la utilización de un tiempo específico. Una vez identificados y registrados los tiempos invertidos por el paciente, se deberán adicionar los mismos, para cuantificar el total del tiempo transcurrido, así con cada paciente facilitando el consolidado de tiempo total a través de un promedio, según el periodo de interés, sin olvidar el cálculo se deberá hacer hasta el momento de inicio de la consulta de urgencias. El periodo transcurrido de consulta médica por parte del médico de turno, será tomado en cuenta cuando se desee conocer el tiempo total desde el ingreso del paciente hasta la atención final, una vez este último se dispone a abandonar la institución.(6)(7)

### **8.4.1.3 Triage**

Continuando con la revisión conceptual y legal de los conocimientos pertinentes dentro del proyecto de investigación, en cuanto al marco conceptual de la obligatoriedad de los servicios de urgencias, la calidad y oportunidad en los servicios de salud, presentaremos a continuación y de manera secuencial, como se ha venido desarrollando la temática, lo referente al triage.(6)(7)

Sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias “triage”. El Ministerio de la Protección Social definirá un sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, denominado “triage”, el cual será de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud que tengan habilitados servicios de urgencias y de las entidades responsables del pago de servicios de salud en el contexto de la organización de la red de prestación de Servicios. Frente a las necesidades requerida por los pacientes de los servicios de urgencias, clasificación que se le definirá con la palabra triage, como una derivación del término francés TRIER que significa clasificar o escoger. Aunque al buscar una legislación específica para lo que respecta al triage, en la página electrónica del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGC) del Ministerio de Protección Social, se observa frente a la pregunta de si existe en Colombia alguna norma legal que establezca el triage para atención en servicios de urgencias, se da la siguiente respuesta:

Decreto 4747 de Diciembre 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. Con respecto a la obligatoriedad del triage,

no hay normatividad específica al respecto. Los estándares de habilitación cuando lo mencionan hacen referencia a si está instaurado en el servicio de urgencias, pero no a su obligatoriedad.(6)(7)

Por lo tanto, se retoman algunas definiciones como un acercamiento conceptual a lo que es o puede ser un triage:

“Según Cook y Sinclar 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 el cuidado del problema identificado; el paciente es clasificado de acuerdo con prioridades.

Trauma LifeSupport (ATLS), el triage se define como el método de selección y clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles.

Una vez aproximados a definiciones de lo que es el triage desde la percepción de autores como Cook y Trauma LifeSupport, adicionamos la establecida por el Hospital Universitario de Santander, y contemplada dentro del instructivo de triage, para su posterior análisis y comparación con las ya mencionadas. Dicha definición es la siguiente:

**TRIAGE:** Método para la selección y clasificación de los pacientes basándose en las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles.

Esta definición contempla el triage como un proceso dinámico, con capacidad de adaptación a factores cambiantes incluso dentro de una misma institución (número de pacientes, hora del día, disponibilidad de recursos, etc.)”(6)(7)

## 9. DISEÑO METODOLÓGICO

### 9.1. TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo de corte trasversal.

Ya que se realizó un ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO de urgencias del Hospital Naval De Cartagena según los principales factores presentes al momento de la atención prestada.

**Descriptivo:** Se describen los factores y características de los usuarios que pueden influir en el mal uso del servicio de urgencia y en la percepción que estos tienen sobre el servicio prestado.

**Corte Trasversal:** los datos se tomaron en un periodo de tiempo determinado el cual tiene un inicio y un final.

### 9.2. POBLACIÓN.

La población fueron todos aquellos usuarios que asistieron al servicio de urgencia a los pacientes que solicitaron atención en el periodo comprendido entre julio y agosto del 2013.

La muestra abierta con un nivel de confianza del 95% y un nivel de error del 5% de acuerdo a la población que asistió en el segundo periodo entre los meses comprendido entre julio y agosto del 2013 en el servicio de urgencias

### **9.3. VARIABLES**

Las variables son los aspectos o características, atributos o cualidades de una persona, lugar u objeto. Son conceptos clasificatorios que permiten ubicar a los individuos en categorías o clases y son susceptibles de identificación y medición.

### 9.3.1 Cuadro de Operacionalización de variables

Objetivo Especifico	Variables	Definición	Naturaleza	Dimensiones	Indicador
1. Caracterizar socio demográficamente la población de usuarios que asisten al servicio de urgencia del Hospital Naval de Cartagena según: la edad, el sexo, tipo de seguro, nivel socioeconómico y tamaño familiar	<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio, medido en años	Cuantitativa	Mayor de Edad	Infante
					Pre púber
					Adolescente
				Menor de Edad	Adulto
					Adulto mayor
	<b>Sexo</b>	Género humano en la cual se identifica dos grupos: mujer u hombre.	Cualitativa	Masculino	
				Femenino	
	<b>Nivel socio económico</b>	medida total económica y sociológica basada	Cualitativa cuantitativa	Ingresos	Fortuna heredada
					Sueldo mensual
					Sueldo quincenal
subsídios					
Educación				Universitaria	
				Tecnológica	

		en los ingresos, educación, y empleo de una persona.			Técnica	
					Primaria	
					Analfabeta	
					Actividad laboral	Formal
						No formal
	<b>Tipo de seguro</b>	Nivel al cual está afiliado en salud		Cualitativa	Subsidiado	Beneficiario
					Contributivo	Afiliado
						Beneficiario
					especial	Afiliado
	beneficiario					



	<b>Tamaño familiar</b>	Número de personas que hacen parte de la familia en la casa donde vive	Cuantitativa	Familia Nuclear	
				Familia extensa	Abuelos
					Tíos
					Primos
				Familia monoparental	Papa
					Mama
	Familia ensamblada	Padrastro			
		Madrastra			
		Hijastros			
	Familia homoparental	Hombre – hombre			
		Mujer - mujer			
2. Identificar las 10 primeras				Enfermedad crónica	Cardiopulmonar
					Musculo – esqueléticas

causas de morbilidad y su frecuencia en el servicio de urgencia del hospital Naval de Cartagena, en el segundo semestre de 2014	<b>Principales causas de morbilidad</b>	Motivos de consulta médica que causan incapacidad y limitación debido al dolor tales como cardiovasculares, osteomusculares o enfermedades mentales	Cualitativo		Crisis comiciales
				Enfermedad mental	Ansiedad
					Movimientos anormales
					Agitación y alteración
					Depresión
				Intoxicaciones	Consumo de drogas
					Consumo de alcohol
					Otras sustancias
				Otras dolencias	Dolor de cabeza
					Dolor abdominal
					Enfermedad de la piel
					Dolor dental

	<b>Atención del servicio de urgencia</b>	Prioridad de atención debido a lo complejo y grado de lesión que pone en riesgo la vida del paciente	Cualitativo	Prioridad	Triage I
					Triage II
					Triage III
					Triage IV
	<b>Población atendida</b>	tipo de vinculación del paciente atendido en el servicio de urgencia	Cualitativo	Militar	Activo
					Retirado
				Civil	Activo
					Retirado
				Beneficiario	
3-Cuantificar y definir variables o criterios de del servicio de urgencia según protocolo de	<b>Frecuencia de atención</b>	Identifica el día y		Día de la semana	Lunes
					Martes
					Miércoles
					Jueves
					Viernes

"triage".	<b>según día de la semana y turno</b>	horario en el cual se recibe el mayor volumen de pacientes en el servicio de urgencia para su atención	Cualitativo	Turno laboral	Sábado
					Domingo
					Mañana
					Tarde
					Noche
	<b>Gestión y protocolo de Triage</b>	Conocimiento y aplicación del protocolo de triage establecido por la institución para el funcionamiento adecuado del servicio de urgencias	cualitativo cuantitativo	Hallazgos médicos	Enfermedad crónica
					Enfermedad mental
					Intoxicación
					Otras dolencias
				Procedencia del paciente	Ambulancia
					Consulta externa
					Otras entidades de salud
	<b>Recurso disponible</b>	Personal y equipos	cuantitativo	Recurso humano	Médicos
					Enfermeros jefes
					Auxiliares de enfermería
					Personal de apoyo
				Recurso Físico	Camas disponibles

	<b>para la atención</b>	disponibles para la atención de los usuarios	cualitativo		Equipo biomédico
					Insumos

## **9.4. UNIDAD DE ANALISIS**

**9.4.1. Criterios de Inclusión:** Pacientes que hayan asistido al servicio de urgencia en el segundo periodo del 2013 solicitando atención en el servicio de urgencia del hospital naval de Cartagena.

**9.4.2. Criterio de Exclusión:** Pacientes que no estén en el servicio de urgencia y aquellos que no quieran participar de forma voluntaria.

## **9.5. TÉCNICA DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN**

Los instrumentos y datos necesarios, serán recolectados de forma primaria y secundaria.

**9.5.1. Fuentes Primarias:** Para la recolección de la información se diseñara una encuesta en la cual se recogerán los datos pertinentes relacionados con los datos clínicos y socio demográficos de los pacientes.

**9.5.2. Fuentes Secundarias:** Por medio de artículos tanto en inglés como en español, revistas indexadas, revisión bibliográfica e investigación en internet (Google Académico).

## **9.6. ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

El análisis de los datos se realizara por medio de la aplicación de estadística descriptiva como tasa, frecuencia y porcentaje, además; se realizaron cálculos de tipo razón. Los datos se presentaran en graficas de Barras de forma comparativa para poder detallar los factores asociados al uso del servicio de urgencias del

hospital naval de Cartagena de acuerdo a las variables presentadas al momento de la atención.

## **9.7. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN**

La presente investigación se someterá a los requerimientos técnico-científicos estipulados por el comité de investigación del programa de especialista en gerencia en salud, el compromiso inherente y legal que al momento de la socialización o publicación del proyecto de investigación no se podrán identificar ni los nombres ni ningún tipo de característica que permita la identificación ni de la institución ni demás personal que participe del estudio, incluyendo al paciente.

### **Investigación sin riesgo**

La resolución 0008430/93 estipula la investigación sin riesgo ya que los datos son netamente epidemiológicos y no requieren ningún tipo de intervención ni a los pacientes ni al personal de salud que laboran en las la institución.

### **Principio de Totalidad/Integridad**

Los investigadores (a) se comprometen a divulgar ningún tipo de información que permita la identificación del personal, institución o paciente.

### **Principio Respeto a la Persona**

Los investigadores (a) se comprometen a no divulgar información que no esté relacionada directamente con la investigación que pueda interferir con la dignidad del paciente con relación a fotos que sometan su intimidad.

### **Principio de Beneficencia**

La información consolidada en la presente investigación ayudara a implementar a futuro mecanismo de control epidemiológica que prevenga los factores asociados al uso del servicio de urgencias del hospital naval de Cartagena por parte de sus usuarios.

### **Principio de Justicia**

La presente investigación se realizara con el objeto de que sus resultados y metodología puedan ser extrapolados a otros servicios donde los pacientes son los primeros beneficiados al momento de prevenir factores asociados al uso del servicio de urgencias del hospital naval de Cartagena por parte de sus usuarios.



## 10. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE LA INFORMACIÓN

### ANALISIS REALIZADO A LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIA D EL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA.

Tabla 1. EDAD DEL USUARIO EN AÑOS

N	Válidos	68
	Perdidos	2
Media		36,24
Mediana		33,50
Moda		15
Mínimo		1
Máximo		90

Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013

#### Análisis:

La tabla 1 muestra que el promedio de edad de los pacientes oscila en los 36 años aproximadamente, pero que los pacientes que más asistieron al servicio de urgencias fueron adolescentes en edades de 15 años. Nótese también como la edad mínima de atención es de 1 año y la máxima de 90 años de los pacientes atendidos, lo cual quiere decir que en el servicios de urgencia es indispensable para la comunidad y que por lo tanto este debe contar con todo tipo de

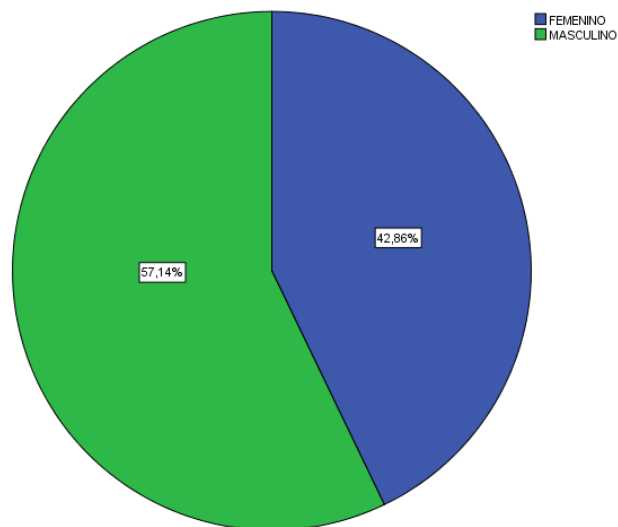
especialistas al momento que se requiera por la población.

**Tabla 2. SEXO**

VARIABLE		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	FEMENINO	30	42,9	42,9	42,9
	MASCULINO	40	57,1	57,1	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013

**Gráfica 1. SEXO**



Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013

### Análisis:

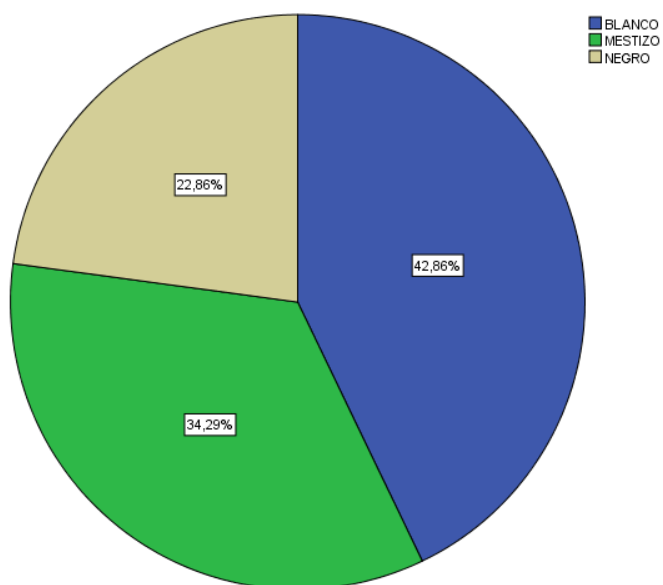
La tabla 2 muestra que la población que más utiliza los servicio de urgencias es el sexo masculino con un 57,1% y el que menos utiliza es el sexo femenino con un 42,9%, esto puede ser deberse a la existencia de antecedentes patológicos, el número de patologías asociadas, la discapacidad física y la percepción subjetiva del estado de salud se asocian con mayor frecuencia.

**Tabla 3. RAZA**

Variable		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	BLANCO	30	42,9	42,9	42,9
	MESTIZO	24	34,3	34,3	77,1
	NEGRO	16	22,9	22,9	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013

**Gráfica 2. RAZA**



Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013

**Análisis:**

La tabla 3 muestra que la raza que más acude al servicio de urgencia es la raza blanca con un 42,9%, la raza mestiza con un 34,3% seguido de la raza negra con un 22,9%, sin embargo estos son datos subjetivos ya que genéticamente no se realizaron estudios que determinen el grado de mestizaje de este grupo poblacional.

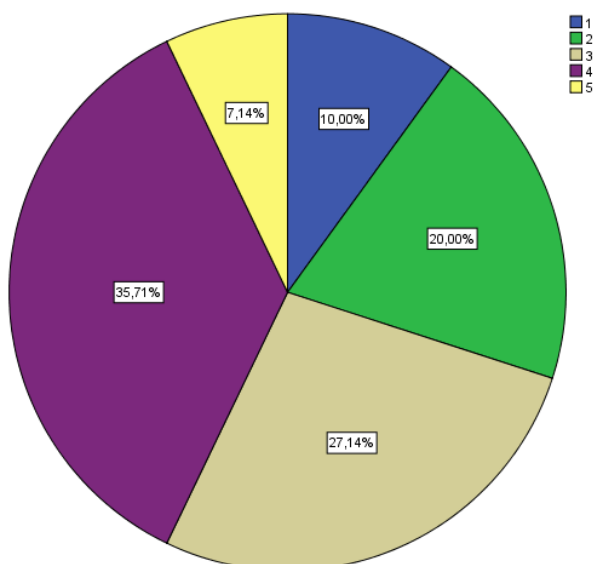
**Tabla 4. ESTRATO SOCIOECONÓMICO**

Variable		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	7	10,0	10,0	10,0
	2	14	20,0	20,0	30,0

	3	19	27,1	27,1	57,1
	4	25	35,7	35,7	92,9
	5	5	7,1	7,1	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013

**Gráfica 3. ESTRATO SOCIOECONOMICO**



Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013

**Análisis:**

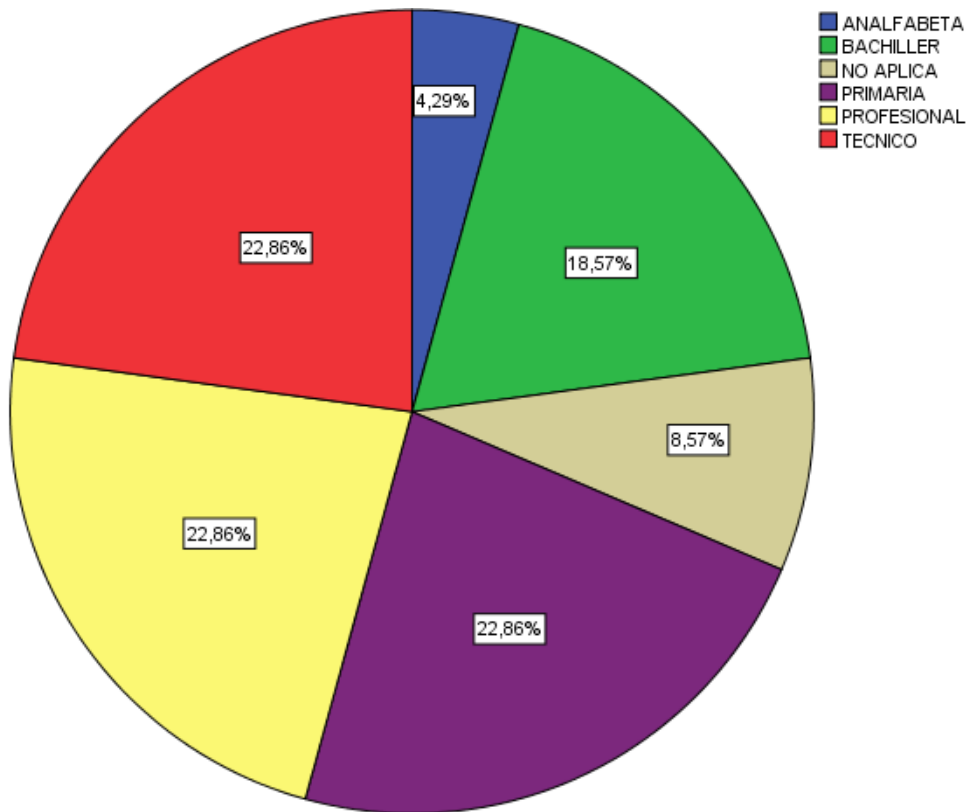
La tabla 4 muestra que la población que más solicita el servicio de urgencias está en el estrato socioeconómico 4 con un 35,7%, el estrato 3 con un 27,1%, el estrato 2 con un 20,0%, el estrato 1 con un 10,0% seguido del estrato 5 con un 7,1%.

**Tabla 5. NIVEL DE ESTUDIO**

Variable		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ANALFABETA	3	4,3	4,3	4,3
	BACHILLER	13	18,6	18,6	22,9
	NO APLICA	6	8,6	8,6	31,4
	PRIMARIA	16	22,9	22,9	54,3
	PROFESIONAL	16	22,9	22,9	77,1
	TECNICO	16	22,9	22,9	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013

**Gráfica 4. NIVEL DE ESTUDIO**



Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013

### Análisis:

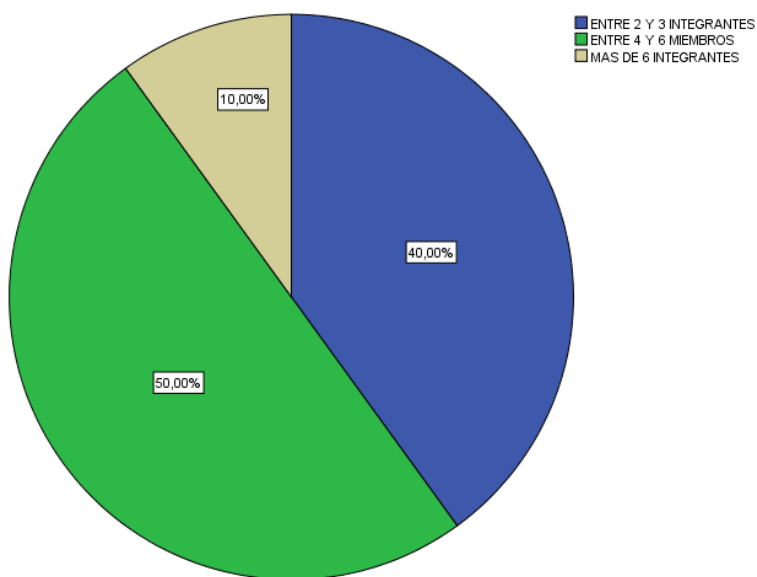
La tabla 5 muestra que los usuarios que más acuden al servicio de urgencia se encuentran en un nivel de estudios profesional con un 22,9%, nivel de estudios técnico con un 22,9%, y un nivel de estudios de primaria con un 22,9%, nivel de estudios de bachiller con un 18,6%, y ningún nivel de educación analfabeta con un 4,3%, lo cual evidencia que de algún modo el nivel de educación no tiene nada que ver con la utilización del servicio de urgencias, ya que desde el nivel más alto de educación que es el profesional, técnico y el último como lo es el más bajo primaria tiene el mismo porcentaje.

**Tabla 6. TAMAÑO FAMILIAR**

Variable		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ENTRE 2 Y 3 INTEGRANTES	28	40,0	40,0	40,0
	ENTRE 4 Y 6 MIEMBROS	35	50,0	50,0	90,0
	MAS DE 6 INTEGRANTES	7	10,0	10,0	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013

**Gráfica 5. TAMAÑO FAMILIAR**



Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE



**Análisis:**

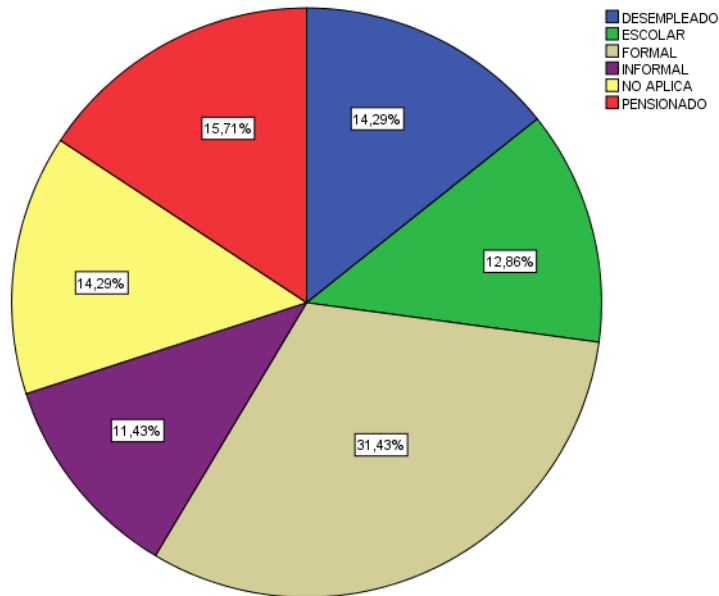
La tabla 6 muestra que los usuarios que más solicitan atención en el servicio de urgencia son aquellos en donde su familia nuclear está conformada entre 4 y 6 miembros con un 50,0%, y aquellas que están conformadas entre 2 y 3 integrantes es de un 40,0% y aquellas en donde el mas de 6 integrantes tienen un 10,0%, lo cual evidencia que cuando es mayor el número de miembros en una familia existe más factores de riesgo que pueden influenciar de una forma u otra a que se presenten algunos como lo que son de tipo infecciosos.

**Tabla 7. ACTIVIDAD LABORAL**

Variable		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	DESEMPLEADO	10	14,3	14,3	14,3
	ESCOLAR	9	12,9	12,9	27,1
	FORMAL	22	31,4	31,4	58,6
	INFORMAL	8	11,4	11,4	70,0
	NO APLICA	10	14,3	14,3	84,3
	PENSIONADO	11	15,7	15,7	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013

### Gráfica 6. ACTIVIDAD LABORAL



Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013

#### Análisis:

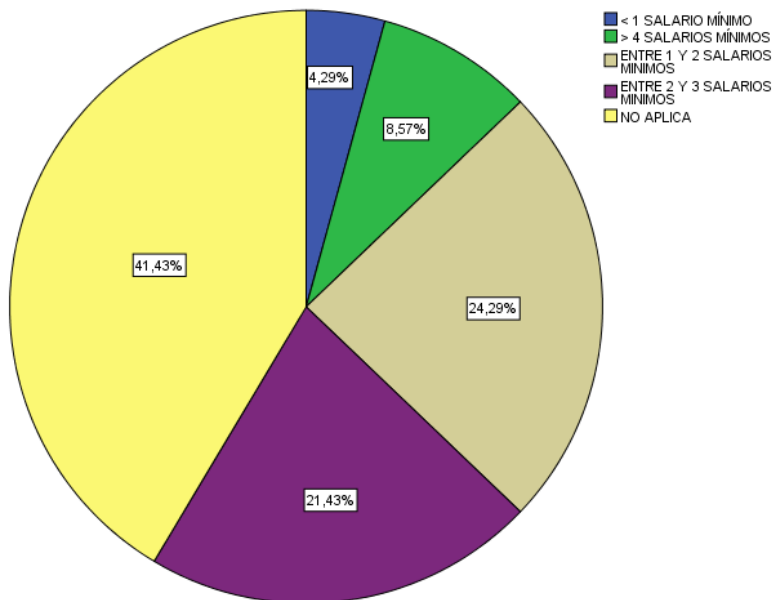
La tabla 7 muestra que los usuarios que más solicitan atención en el servicio de urgencia son aquellos en donde su actividad laboral es formal con un 31,4%, actividad laboral pensionado es de un 15,7%, actividad laboral desempleado es de un 14,3%, actividad laboral es ser estudiantes es de un 12,9%, en donde la actividad laboral es informal es de un 11,4% seguido de no aplica ya que son lactantes, lo cual evidencia que los usuarios que tiene un empleo estable son lo que más acuden al servicio, esto puede darse por varios factores uno de ellos es que la actividad laboral que están realizando le está ocasionando alguna alteración y está afectando su salud, y la otra es que acuden para poder obtener incapacidades y de esta manera ausentarse del trabajar.

**Tabla 8. NIVEL DE INGRESO**

Variable		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	< 1 SALARIO MÍNIMO	3	4,3	4,3	4,3
	> 4 SALARIOS MÍNIMOS	6	8,6	8,6	12,9
	ENTRE 1 Y 2 SALARIOS MINIMOS	17	24,3	24,3	37,1
	ENTRE 2 Y 3 SALARIOS MINIMOS	15	21,4	21,4	58,6
	NO APLICA	29	41,4	41,4	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013

**Gráfica 7. NIVEL DE INGRESO**



Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013

### Análisis:

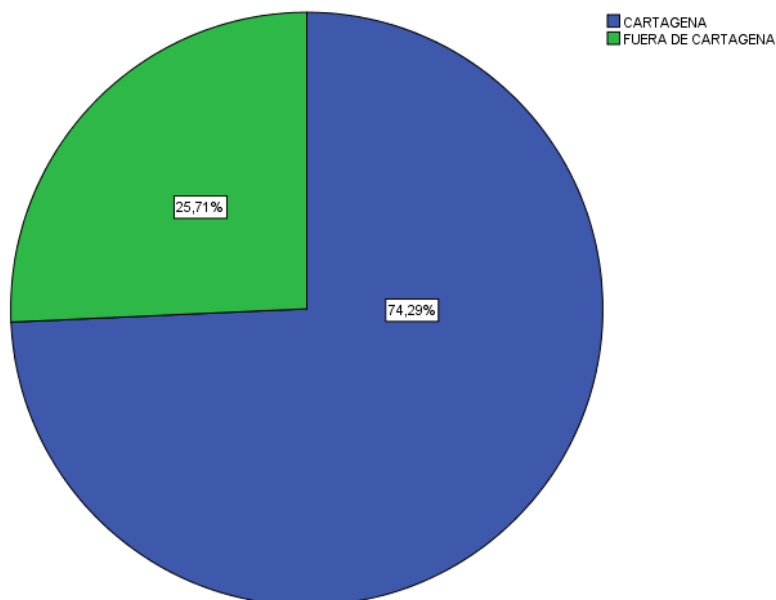
La tabla 7 muestra que los usuarios que más solicitan atención en el servicio de urgencia son aquellos en donde no hay ningún ingreso ya que están desempleados con un 41,4%, con un salario mínimo entre 1 y 2 es de un 24,3%, y con un salario mínimo entre 2 y 3 con un 21,4%, seguido de > 4 salarios mínimos con un 8,6%, y < 1 salario mínimo con un 4,3%.

**Tabla 9. UBICACIÓN DE RESIDENCIA**

Variable		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	CARTAGENA	52	74,3	74,3	74,3
	FUERA DE CARTAGENA	18	25,7	25,7	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013

### Gráfica 8. UBICACIÓN DE RESIDENCIA



Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013

#### Análisis:

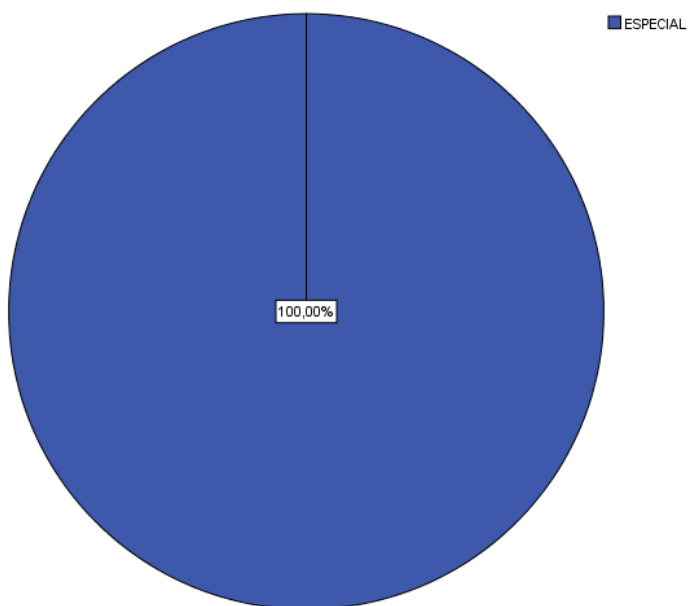
La tabla 9 muestra que los usuarios que más solicitan atención en el servicio de urgencia son aquellos en donde su ubicación residencial es la ciudad de Cartagena de indias con un 74,3%, seguido de fuera de Cartagena con un 25,7%, con esto se puede concluir que hay mayor accesibilidad en la ciudad.

**Tabla 10. TIPO DE SEGURO O AFILIACIÓN EN SALUD**

variable		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ESPECIAL	70	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013

### Gráfica 9. TIPO DE SEGURO O AFILIACIÓN EN SALUD



Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013

### Análisis:

La tabla 10 muestra que los usuarios que solicitan atención en el servicio de urgencia son los que pertenecen al régimen especial de salud con un 100%, ya que los empleados públicos del ministerio de defensa y fuerzas militares y de la policía nacional, tienen derecho a que por la respectiva entidad donde trabajen se les preste asistencia médica.

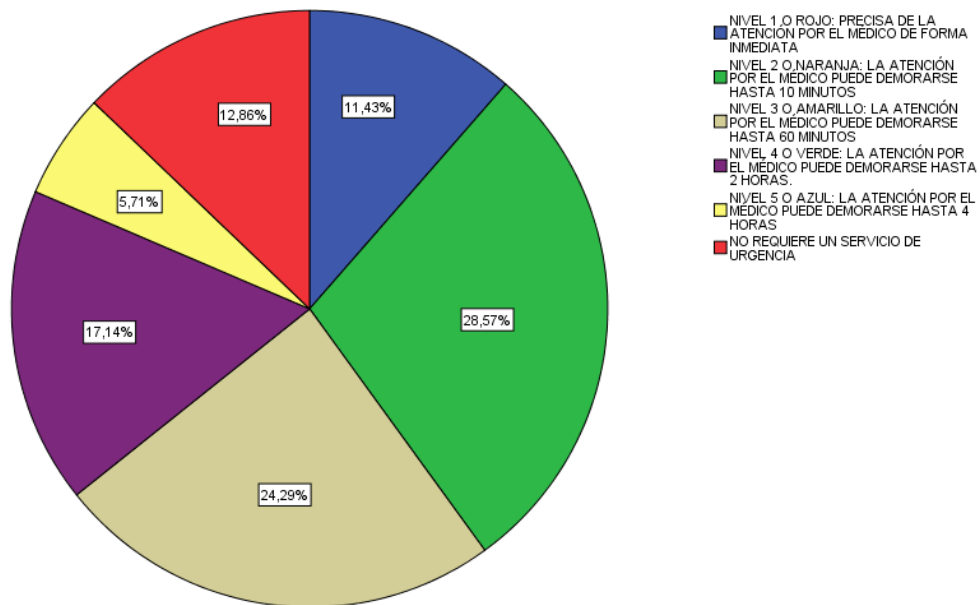
**Tabla 11. PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS MÁS CONSULTADAS EN EL  
SERVICIO DE URGENCIA**

Variable	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NIVEL 1 O ROJO: PRECISA DE LA ATENCIÓN POR EL MÉDICO DE FORMA INMEDIATA	8	11,4	11,4	11,4
NIVEL 2 O NARANJA: LA ATENCIÓN POR EL MÉDICO PUEDE DEMORARSE HASTA 10 MINUTOS	20	28,6	28,6	40,0
Válidos NIVEL 3 O AMARILLO: LA ATENCIÓN POR EL MÉDICO PUEDE DEMORARSE HASTA 60 MINUTOS	17	24,3	24,3	64,3
NIVEL 4 O VERDE: LA ATENCIÓN POR EL MÉDICO PUEDE DEMORARSE HASTA 2 HORAS.	12	17,1	17,1	81,4
NIVEL 5 O AZUL: LA ATENCIÓN POR EL MÉDICO PUEDE DEMORARSE HASTA 4 HORAS	4	5,7	5,7	87,1

NO REQUIERE UN SERVICIO DE URGENCIA	9	12,9	12,9	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013

### Gráfica 10. PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS MÁS CONSULTADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIA



Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013

#### Análisis:

La tabla 11 muestra la prevalencia de patologías más consultadas en el servicio de urgencia de acuerdo a la clasificación de triaje siendo el nivel 2 o naranja: la atención por el médico puede demorarse hasta 10 minutos con un 28,6%, nivel 3 o



amarillo: la atención por el médico puede demorarse hasta 60 minutos con un 24,3%, nivel 4 o verde: la atención por el médico puede demorarse hasta 2 horas. Con un 17,1%, no requiere un servicio de urgencia con un 12,9%, nivel 1 o rojo: precisa de la atención por el médico de forma inmediata con un 11,4%, seguido de un nivel 5 o azul: la atención por el médico puede demorarse hasta 4 horas con un 5,7%, con esto se puede concluir que no hay una buena utilización del servicio de urgencia por parte de los usuarios ya que algunas patologías pueden ser tratadas por consulta externa y descongestionar el servicio.

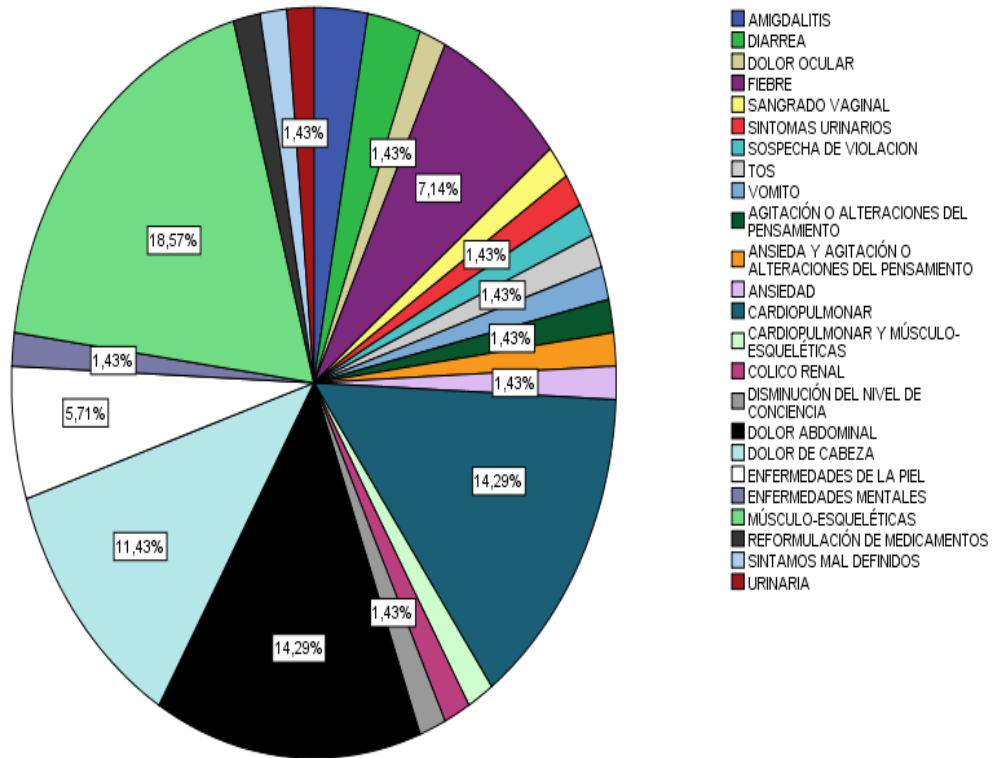
**Tabla 12. PATOLOGÍAS MÁS CONSULTADAS POR LA POBLACIÓN DE PACIENTES**

	variable	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Amigdalitis	2	2,9	2,9	2,9
	Diarrea	2	2,9	2,9	5,7
	Dolor ocular	1	1,4	1,4	7,1
	Fiebre	5	7,1	7,1	14,3
	Sangrado vaginal	1	1,4	1,4	15,7
	Síntomas urinarios	1	1,4	1,4	17,1
	Sospecha de violación	1	1,4	1,4	18,6
	Tos	1	1,4	1,4	20,0
	Vomito	1	1,4	1,4	21,4
	Agitación o alteraciones del pensamiento	1	1,4	1,4	22,9
	Ansiedad y agitación o alteraciones del pensamiento	1	1,4	1,4	24,3
	Ansiedad	1	1,4	1,4	25,7
	Cardiopulmonar	10	14,3	14,3	40,0

	Cardiopulmonar y músculo-esqueléticas	1	1,4	1,4	41,4
	Cólico renal	1	1,4	1,4	42,9
	Disminución del nivel de conciencia	1	1,4	1,4	44,3
	Dolor abdominal	10	14,3	14,3	58,6
	Dolor de cabeza	8	11,4	11,4	70,0
	Enfermedades de la piel	4	5,7	5,7	75,7
	Enfermedades mentales	1	1,4	1,4	77,1
	Músculo-esqueléticas	13	18,6	18,6	95,7
	Reformulación de medicamentos	1	1,4	1,4	97,1
	Sintomas mal definidos	1	1,4	1,4	98,6
	Urinaria	1	1,4	1,4	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013

## Gráfica 11. PATOLOGÍAS MÁS CONSULTADAS POR LA POBLACIÓN DE PACIENTES



Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013.

### Análisis:

La tabla 12 muestra las patologías más consultadas por la población de pacientes que asiste al servicio de urgencias es Músculo-esqueléticas con un 18,6%, Dolor abdominal con un 14,3% Cardiopulmonar con un 14,3%, Dolor de cabeza con un 11,4%, fiebre con un 7,1%, Enfermedades de la piel con un 5,4%, Amigdalitis con un 2,9%, diarrea con un 2,9%, con esto podemos concluir que Inherente al concepto de urgencia es la connotación de problema de aparición súbita, demostrándose un aumento progresivo del porcentaje de urgencias inadecuadas con la duración de los síntomas, La percepción

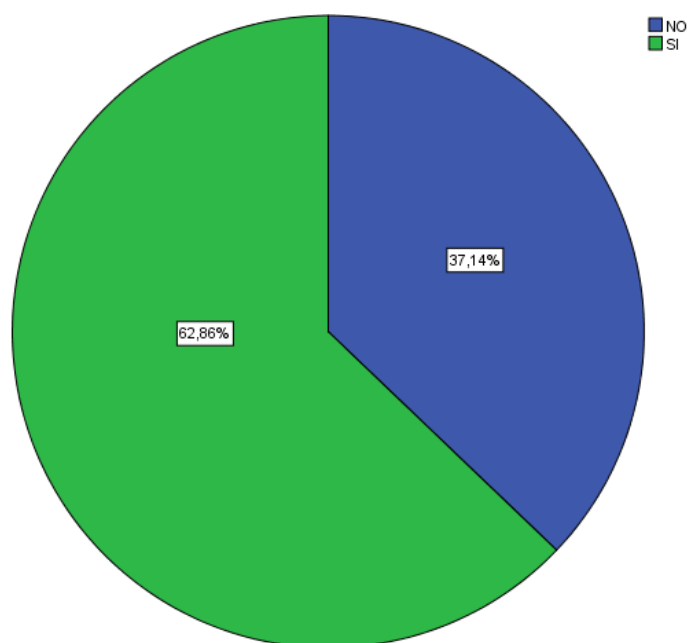
de gravedad del propio paciente o de sus familiares condiciona también la utilización del servicio de urgencias.

**Tabla 13. REQUIERE LA DOLENCIA O PATOLOGÍA ATENCIÓN URGENTE**

variable		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
		a	e		
Válidos	NO	26	37,1	37,1	37,1
	SI	44	62,9	62,9	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013.

**Gráfica 12. REQUIERE LA DOLENCIA O PATOLOGÍA ATENCIÓN URGENTE**



Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL

**Análisis:**

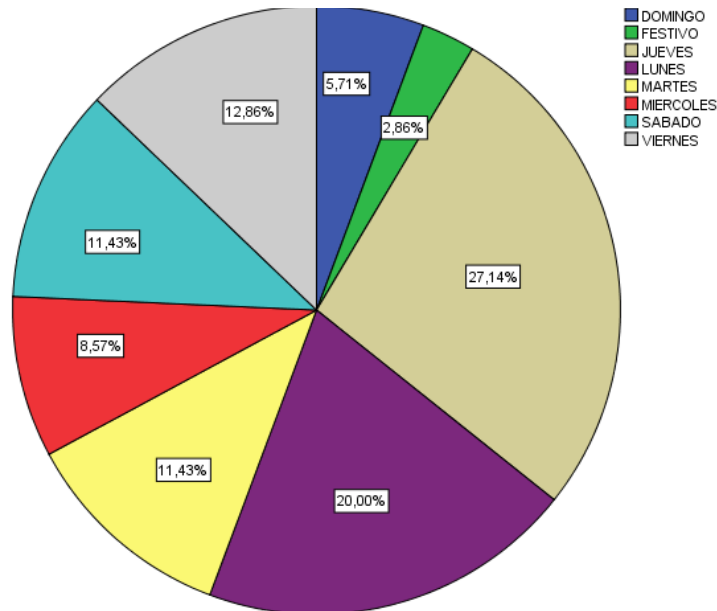
La tabla 13 muestra la respuesta de los profesionales de salud en cuanto a su criterio si la dolencia o patología atención urgente a lo cual la mayor respuesta fue **SI** con un 62,9% y un **NO** en un 37,1% por lo cual podemos concluir que hay un alto porcentaje de patologías que están siendo tratadas por urgencia cuando pertenecen a otros nivel de atención, la clasificación del triaje juega un papel muy importante en el servicio de urgencias ya que es el único mecanismo de regulación para la atención en este servicio.

**Tabla 14. DIA EN EL QUE FUE ATENDIDO**

Variable		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
		a	e	válido	acumulado
Válidos	Domingo	4	5,7	5,7	5,7
	Festivo	2	2,9	2,9	8,6
	Jueves	19	27,1	27,1	35,7
	Lunes	14	20,0	20,0	55,7
	Martes	8	11,4	11,4	67,1
	Miércoles	6	8,6	8,6	75,7
	Sábado	8	11,4	11,4	87,1
	Viernes	9	12,9	12,9	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013.

**Gráfica 13. DIA EN EL QUE FUE ATENDIDO**



Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013.

**Análisis:**

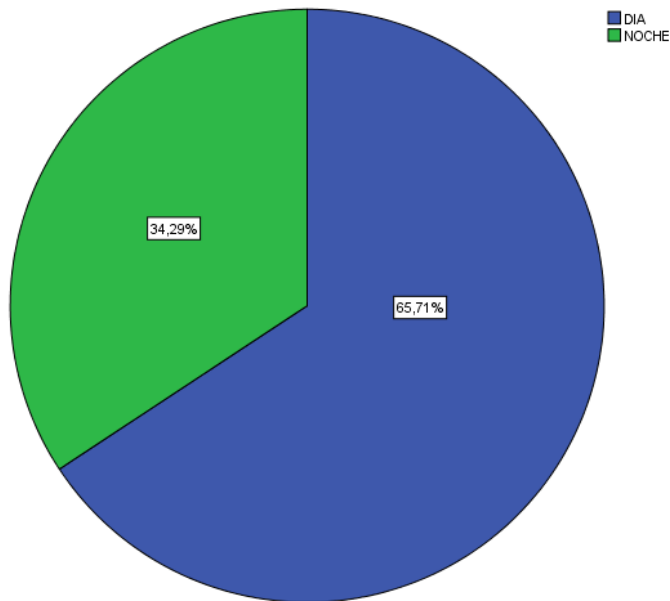
La tabla 1 muestra el día de la semana en que fue atendido el paciente en el servicio de urgencias sien do el día jueves el más utilizado con un 27,1%, el día lunes con un 20,0%, el día viernes con un 12,9%, día martes y sábado con un 11,4%, día miércoles con un 8,6%, día domingo con un 5,7%, seguido del día festivo con un 2,9%. Aunque no se trata de una asociación consistente.

**Tabla 15. TURNO EN QUE FUERON ATENDIDOS LA MAYOR CANTIDAD DE PACIENTES**

variable		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	DIA	46	65,7	65,7	65,7
	NOCHE	24	34,3	34,3	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013

**Gráfica 14. TURNO EN QUE FUERON ATENDIDOS LA MAYOR CANTIDAD DE PACIENTES**



Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013.

### Análisis:

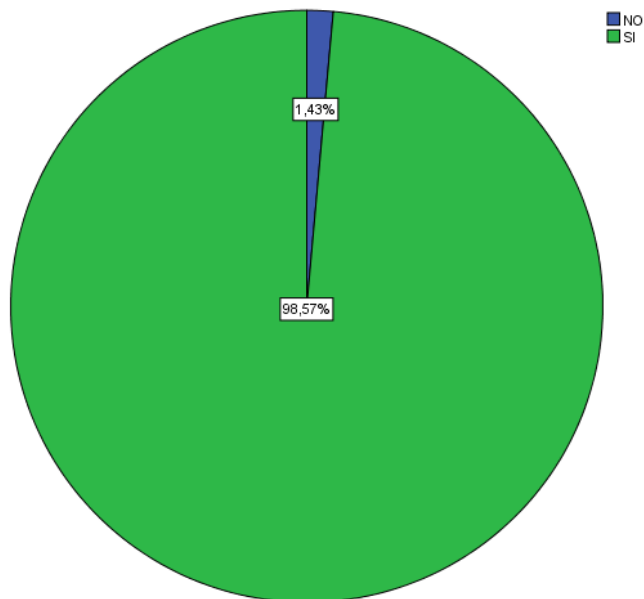
La tabla 15 muestra cual es el turno en que fueron atendidos la mayor cantidad de pacientes en el servicio de urgencias obteniendo el turno del día un 65,7% y el turno de la noche un 34,3%, con esto podemos concluir que en horas de la mañana hay más afluencia de usuarios solicitando el servicio.

**Tabla 16. INFRAESTRUCTURA FÍSICA ADECUADA**

variable		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
		a	e	válido	acumulado
Válidos	NO	1	1,4	1,4	1,4
	SI	69	98,6	98,6	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013

**Gráfica 15. INFRAESTRUCTURA FÍSICA ADECUADA**





Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013.

### Análisis:

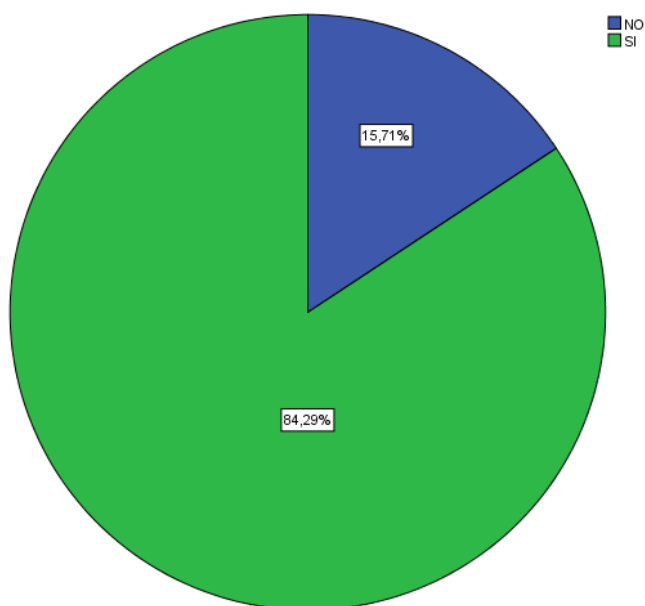
La tabla 16 muestra la percepción de los pacientes ante la infraestructura física del hospital naval para determinar si es o no adecuada para prestar un excelente servicio a los usuarios siendo SI la respuesta con 98,6% seguido de NO con un 1,4%, con esto podemos concluir que los usuarios tienen una buena percepción de la planta física del hospital naval.

**Tabla 17. PACIENTE FUE ACOMPAÑADO DE UN FAMILIAR A LA CONSULTA**

variable		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	11	15,7	15,7	15,7
	SI	59	84,3	84,3	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013.

**Gráfica 16. PACIENTE FUE ACOMPAÑADO DE UN FAMILIAR A LA CONSULTA**



Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013.

**Análisis:**

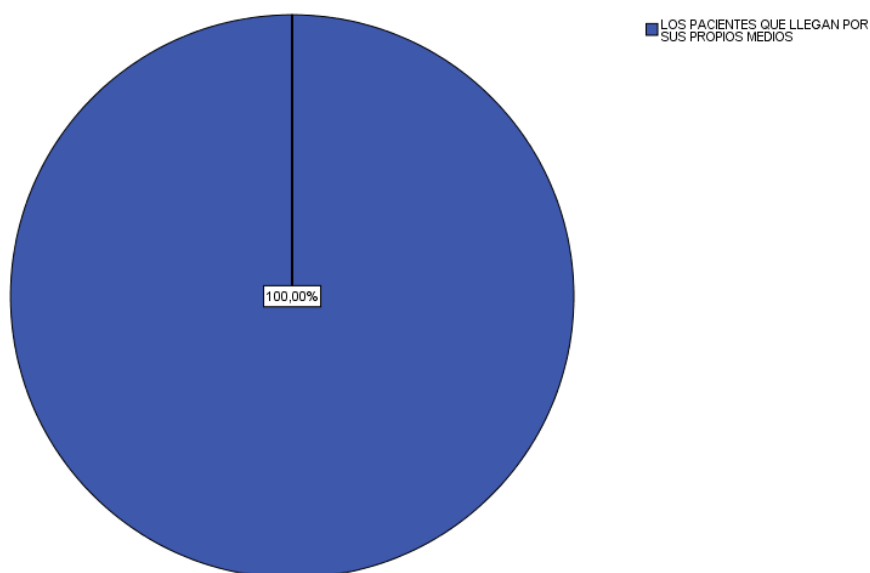
La tabla 17 muestra si el paciente fue acompañado de un familiar a la consulta con un SI en un 84,3% seguido de NO con un 15,7%, con lo cual podemos concluir que la percepción de gravedad altera tanto del paciente como de la familia y su entorno.

**TABLA 18. QUE PACIENTES SON MÁS SUSCEPTIBLES DE UN SERVICIO DE URGENCIA SEGÚN SU EXPERIENCIA**

variable		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	LOS PACIENTES QUE LLEGAN POR SUS PROPIOS MEDIOS	70	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013.

**Gráfica 17. QUE PACIENTES SON MÁS SUSCEPTIBLES DE UN SERVICIO DE URGENCIA SEGÚN SU EXPERIENCIA**



Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013.

**Análisis:**

La tabla 18 se observa que pacientes son más susceptibles de un servicio de urgencia según su experiencia y son los pacientes que llegan por sus propios medios al servicio de urgencia con un 100% ya que son ellos quienes necesitan una valoración inmediata y así poder entrar clasificar según su gravedad y la atención requerida.

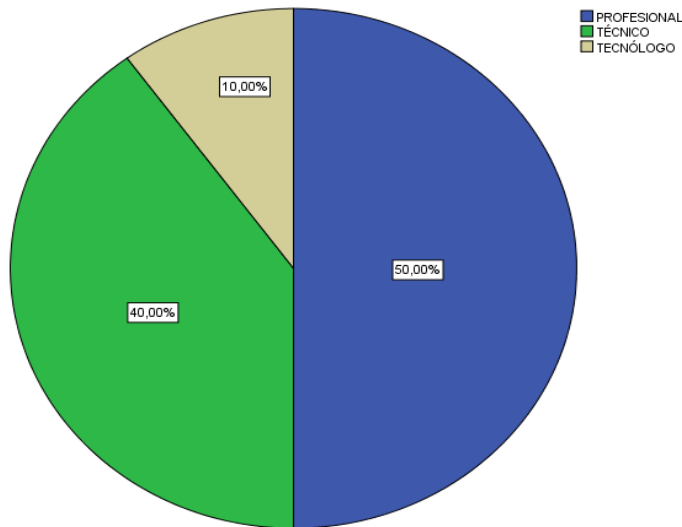
**ANÁLISIS REALIZADO A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD QUE  
LABORAN EN EL SERVICIO DE URGENCIA DEL HOSPITAL NAVAL DE  
CARTAGENA.**

**Tabla 19. TITULO DEL PERSONAL DE SALUD**

variable		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	PROFESIONAL	15	50,0	50,0	50,0
	TÉCNICO	12	40,0	40,0	90,0
	TECNÓLOGO	3	10,0	10,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013

**Gráfica 18. TITULO DEL PERSONAL DE SALUD**



Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013

**Análisis:**

La tabla 19 se observa cual es el título del personal de salud que trabaja en el servicio de urgencia con un título profesional en un 50,0%, y el título técnico con un 40,0%, seguido de un tecnólogo con un 10,0%, con esto podemos concluir que el servicio de urgencia cumple con los requerimientos de personal para brindar una atención oportuna y de calidad.

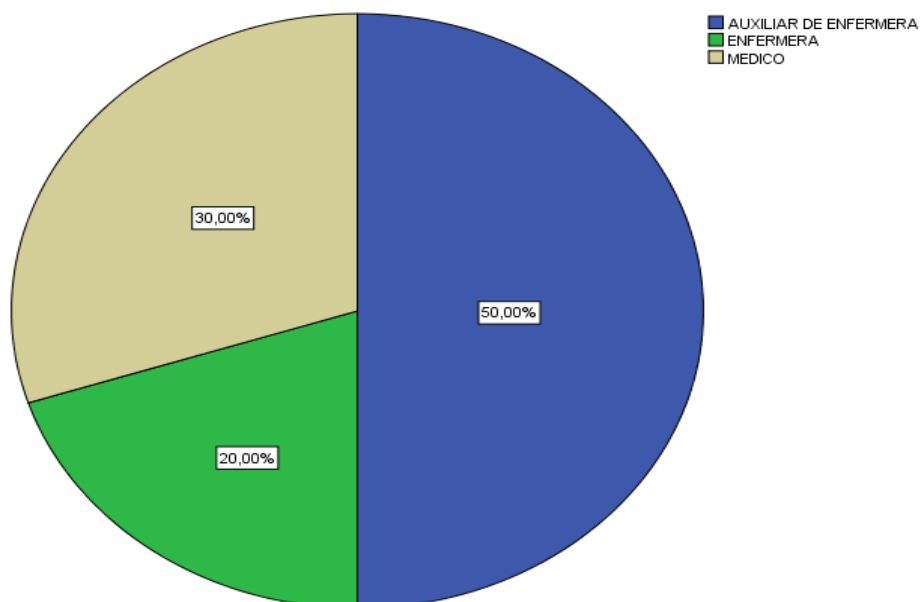
**Tabla 20. TIPO DE PROFESIONAL DE SALUD**

variable		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	AUXILIAR DE ENFERMERA	15	50,0	50,0	50,0
	ENFERMERA	6	20,0	20,0	70,0

	MEDICO	9	30,0	30,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013

**Gráfica 19. TIPO DE PROFESIONAL DE SALUD**



Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013

**Análisis:**

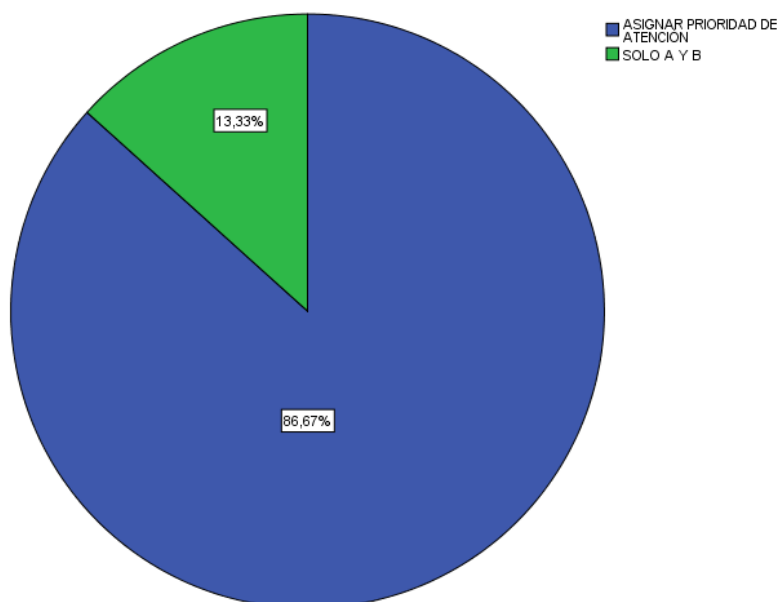
La tabla 20 se observa el tipo de profesional de salud que trabaja en el servicio de urgencias auxiliar de enfermera con un 50,0%, medico con un 30,0% seguido de enfermera con un 20,0%, con esto podemos concluir que en este servicio se cuenta con el personal necesario para brindar una atención con calidad.

**Tabla 21. EL PROTOCOLO DE TRIAGE ES UTILIZADO**

Variable		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ASIGNAR PRIORIDAD DE ATENCIÓN	26	86,7	86,7	86,7
	SOLO A Y B	4	13,3	13,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013

**Gráfica 20. PROTOCOLO DE TRIAGE ES UTILIZADO**



Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013

### Análisis:

La tabla 21 se observa cual es la utilizado del protocolo de triaje a lo cual el personal salud respondió asignar prioridad de atención con un 86,7% seguido de solo a y b (asignar prioridad de atención y redistribución de consultas) con un 13,3%, podemos concluir que el personal de salud del servicio de urgencia conoce y aplica el protocolo de triaje.

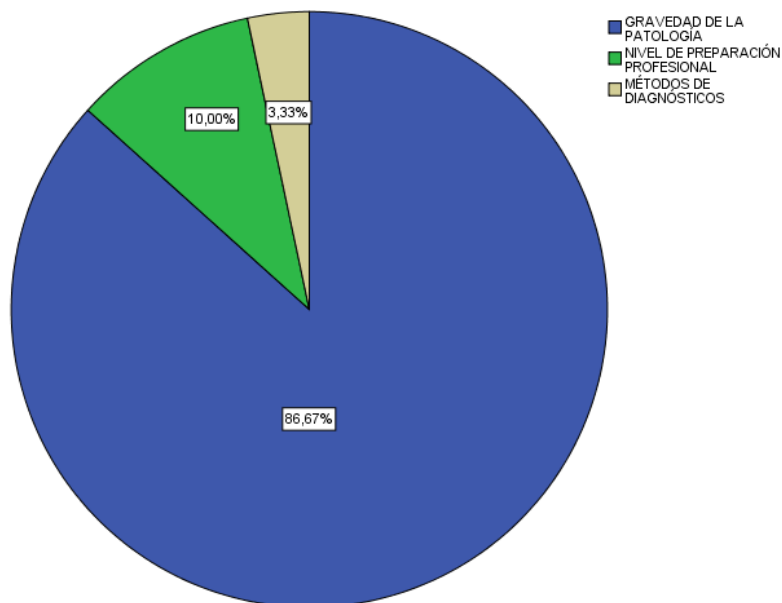
**TABLA 22. BAJO QUÉ CRITERIOS EVALÚA USTED LA URGENCIA Y APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE ADECUACIÓN DEL TRIAGE**

Variable		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
		a	e		
Válidos	GRAVEDAD DE LA PATOLOGÍA	26	86,7	86,7	86,7
	NIVEL DE PREPARACIÓN PROFESIONAL	3	10,0	10,0	96,7
	MÉTODOS DE DIAGNÓSTICOS	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013

**Gráfica 21. BAJO QUÉ CRITERIOS EVALÚA USTED LA URGENCIA Y APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE ADECUACIÓN DEL TRIAGE**





Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013

### Análisis:

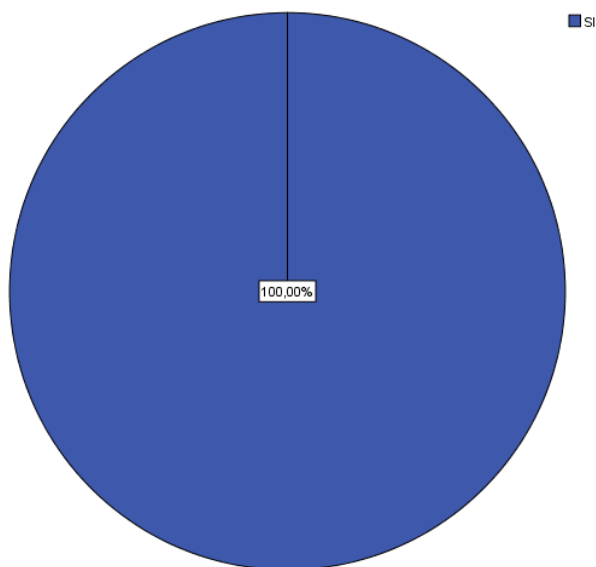
La tabla 22 se observa bajo qué criterios evalúa usted la urgencia y aplicación del protocolo de adecuación del triage siendo la gravedad de la patología la mayor con un 86,7%, seguido de un nivel de preparación profesional con 10,3%.

**TABLA 23. CONSIDERA USTED EL RECURSO EN MATERIALES, EQUIPOS Y PERSONAL HOSPITALARIO ES SUFICIENTE Y ADECUADO**

variable		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
		a	e	válido	acumulado
Válidos	SI	30	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013

**Gráfica 22. CONSIDERA USTED EL RECURSO EN MATERIALES, EQUIPOS Y PERSONAL HOSPITALARIO Es SUFICIENTE Y ADECUADO**



Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013

**Análisis:**

La tabla 23 se observa considera usted el recurso en materiales, equipos y personal hospitalario es suficiente y adecuado al que todo el personal encuestado dijo que SI con un 100% se puede concluir que el personal de salud considera que la institución cuenta con todos los recursos necesarios para brindar una atención con calidad a todos los usuarios que asistan al servicio de urgencia.

**Tabla 24. FRECUENCIA DE AÑOS DE EXPERIENCIA, TIPO DE PERSONAL, Y PROMEDIO DE PACIENTES ATENDIDOS CON RELACIÓN AL NÚMERO DE CAMAS.**

Variable		Años de experiencia laboral en el servicio de urgencia	Promedio de pacientes atendidos durante el día	Promedio de pacientes atendidos durante la noche	Promedio de pacientes por cama	Número de camas	Número de profesionales de la salud en el día	Número de profesionales de la salud por la noche	Número de médicos durante el día	Número de médicos por la noche	Numero enfermeras profesionales por la noche	Numero enfermeras auxiliares por la noche
N	Válidos	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mediana		2	13	9,5	3	21	12	6	4	2	1	3
Moda		2	15	10	3	21	12	6	4	2	1	3
Mínimo		0,3	10	5	2	20	10	5	4	2	1	3
Máximo		20	20	11	4	21	15	7	4	2	1	3

Fuente: Encuesta realizada al personal de la salud. Proyecto: ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013

**Análisis:**

Se observa en la tabla 24 con relación a los años de experiencia del personal hasta alrededor de los dos (2) años, y que además el número de pacientes atendidos durante el día oscila en 13 a 20 a pacientes lo cual no es mucha la diferencia con los pacientes atendidos durante la noche los cuales se aproximan en promedio a 10 pacientes; con relación al número de camas lo es de 21 camas lo que significa que es suficiente, lo mismo sucede con el número de profesionales ya que hay un promedio de doce profesionales entre médicos y pacientes que en proporción sería casi un profesional de atención exclusiva para los pacientes según la evaluación del triage durante el día y la noche.



## DISCUSIÓN

El uso de los servicios de urgencia como alternativa para la provisión de cuidados ambulatorios constituye un grave problema para el Sistema Nacional de Salud. A lo largo del tiempo, su frecuencia continúa en aumento a pesar de las estrategias desarrolladas para su contención. Sin duda, toda demanda al servicio de urgencias indica una necesidad que no ha sido satisfecha en otros niveles asistenciales; no obstante, la utilización de los SUH para la resolución de problemas propios de atención primaria supone una prestación sanitaria carente de continuidad. Para ello es fundamental que se alcance un consenso en los factores asociados al uso del servicio de urgencias del hospital naval de Cartagena (1).

Las personas que utilizan los servicios de Urgencia para la atención de problemas no urgentes pueden estar haciendo un uso sustitutivo de estos servicios con respecto a la Esto supone una disminución de la calidad de la asistencia sanitaria en general: pérdida de continuidad asistencial, ausencia de seguimiento de los tratamientos, fallos en la prestación de servicios preventivos y de promoción de la salud. En relación con la asistencia prestada en los servicios de urgencia la afluencia de pacientes no urgentes provoca aglomeraciones, demoras en la asistencia a pacientes que sufren situaciones de riesgo vital, largos tiempos de espera, "fugas" de pacientes que optan por marcharse sin que se les atienda, e incluso episodios de violencia (2).

La saturación excesiva del servicio de urgencia da pie a que se produzcan errores y omisiones graves, a que se realice una medicina defensiva y a que aumente la frustración del personal de salud. Reiteradamente se ha señalado una relación inversa entre la presión asistencial y la calidad de los servicios de urgencias. En

relación al funcionamiento del resto del hospital, la hipertrofia de los servicio de urgencia da pie a que se produzcan errores y omisiones graves que pueden poner en peligro la vida de un usuario. Todo lo anterior resulta en un incremento de los costes asistenciales. Incluso los pacientes catalogados como "banales" o "inadecuados" reciben pruebas complementarias innecesarias ya que su estado de salud no las requiere (1)(2).

El papel que juega el protocolo de triaje es determinante ya que es el único mecanismo con el que se cuenta en el servicio de urgencia para poder valorar a los usuarios de acuerdo a la gravedad de su patología, y de esta manera poder determinar cuál es la atención que debe prestar, para ello se debe cumplir unos criterios como lo son: Escases de recursos sanitarios o necesidad de optimizar los que se encuentran disponibles, Criterios de clasificación del sistema (signos vitales, nivel de conciencia), personal capacitado en la realización del mismo.

Es importante tener presente que la percepción de gravedad altera tanto del paciente como de la familia y su entorno haciendo que este haga uso de los servicios de urgencia de manera inmediata.

El presente estudio arrojó que los usuarios que más solicitan atención en el servicio de urgencia son aquellos en donde su actividad laboral es formal con un 31,4%, también se evidencio que la prevalencia de patologías más consultadas en el servicio de urgencia de acuerdo a la clasificación de triaje siendo el nivel 2 o naranja: la atención por el médico puede demorarse hasta 10 minutos con un 28,6%, también se observó que las patologías más consultadas por la población de pacientes que asiste al servicio de urgencias es Músculo-esqueléticas con un 18,6%, Dolor abdominal con un 14,3% Cardiopulmonar con un 14,3, con esto podemos concluir que Inherente al concepto de urgencia es la connotación de

problema de aparición súbita, demostrándose un aumento progresivo del porcentaje de urgencias inadecuadas con la duración de los síntomas, La percepción de gravedad del propio paciente o de sus familiares condiciona también la utilización del servicio de urgencias

## CONCLUSIONES

El uso del servicio de urgencia es una alternativa para la provisión de cuidados ambulatorios constituye un grave problema para el Sistema Nacional de Salud. A lo largo del tiempo, su frecuencia continúa en aumento a pesar de las estrategias desarrolladas para su contención (3). Sin duda, toda demanda al servicio de urgencias hospitalarias indica una necesidad que no ha sido satisfecha en otros niveles asistenciales; no obstante, la utilización de los SUH para la resolución de problemas propios de atención primaria supone una prestación sanitaria carente de continuidad, y a mayor coste. Identificar las características asociadas al uso inadecuado, tanto ligadas a los pacientes como derivadas del entorno sanitario, permitiría fomentar el uso adecuado de los recursos. Para ello es fundamental que se alcance un consenso en los criterios y métodos de valoración del uso inadecuado y el desarrollo de instrumentos homogéneos, válidos y reproducibles (1).

Muchos estudios señalan la carencia de servicios alternativos como una de las causas fundamentales de uso inadecuado de los servicios de urgencia. No obstante, no es la ausencia de cobertura la única limitación de la accesibilidad, sino también otras variables. Se acepta que la existencia de una buena interacción médico paciente disminuye el uso inadecuado y se ha demostrado que la ausencia de provisión de cuidados con un médico regular aumenta el uso de por problemas no urgentes mientras que por el contrario la continuidad de la asistencia primaria lo reduce (1)(3).



La definición deja en claro las condiciones que determina clínicamente si un paciente amerita o no, una atención inmediata que minimice los riesgos de morbimortalidad. Acuerdo el sistema de información que maneja la base de datos del Hospital Naval de Cartagena; durante el año 2012 25.782 pacientes consultaron al servicio de urgencias de los cuales el 28% requirió ingreso al servicio de observación, este dato muestra con interés que la gran mayoría de estos pacientes se hubieran podido definir en un primer nivel de atención (4). De la misma forma surge un cuestionamiento respecto a la educación que tiene la población sobre la palabra urgencia y si la percepción que tienen de esta los lleva hacer buen uso del servicio teniendo en cuenta que la masificación de las consultas genera impacto en la atención y oportunidad de tiempo brindada por el profesional de la salud (1)(17).

En años anteriores el Hospital Naval de Cartagena ha invertido recurso humano y económico con el fin de aumentar la capacidad de las instalaciones de Urgencias y así satisfacer las necesidades de cobertura en vista de la creciente demanda poblacional del subsistema de salud de las Fuerzas Militares. Proyectos de investigación como el propuesto, podrían dar a conocer a la alta gerencia del hospital Naval problemáticas encontradas basadas en la evidencia de un estudio confiable y así contribuir a la toma de decisiones respecto al uso inadecuado del servicio de Urgencias y la creación de procedimientos que lleven a la efectividad y eficacia del servicio con el fin de mejorar la atención de los pacientes.

El presente estudio arrojó que los usuarios que más solicitan atención en el servicio de urgencia son aquellos en donde su actividad laboral es formal con un 31,4%, también se evidenció que la prevalencia de patologías más consultadas en el servicio de urgencia de acuerdo a la clasificación de triaje siendo el nivel 2 o naranja: la atención por el médico puede demorarse hasta 10 minutos con un

28,6%. Se observó que las patologías más consultadas por la población de pacientes que asiste al servicio de urgencias es Músculo-esqueléticas con un 18,6%, Dolor abdominal con un 14,3% Cardiopulmonar con un 14,35, también cabe resaltar que el hospital naval cuenta con profesionales de salud que está capacitado para prestar sus servicios en esta sala de urgencias y que cuenta tanto con el recurso humano, recursos materiales y de infraestructura para brindar atención oportuna y de calidad a todos los usuarios. Con esto podemos concluir que Inherente al concepto de urgencia es la connotación de problema de aparición súbita, demostrándose un aumento progresivo del porcentaje de urgencias inadecuadas con la duración de los síntomas, La percepción de gravedad del propio paciente o de sus familiares condiciona también la utilización del servicio de urgencias.

## PLAN DE MEJORAMIENTO SERVICIO DE URGENCIA HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA

ITEM	Descripción de la no conformidad	Causa	Efecto	Descripción de la Meta	Fecha de Inicio	Fecha de Termino	Plazo en Semanas	Responsable
1	No hay evidencia documental de que los profesionales del servicio cuenten con los certificados que permitan laborar en urgencias	El personal no ha entregado las certificaciones de los cursos de BLS y ACLS	No hay evidencia de que el personal de salud del servicio de urgencia sea competente en atención de primeros auxilios	Solicitar certificados al personal y enviarlos a talento humano para ser incluidos en la hoja de vida	01/08/14	30/09/14	4	Jefe coordinador de Urgencia
2	El personal no cuenta con formación en atención a víctimas de violencia sexual	No se ha socializado la guía de manejo	Fallas en el abordaje del paciente con sospecha de abuso sexual, implicaciones legales	Capacitar al personal de urgencias en las guías de atención.	01/08/14	30/12/14	16	Jefe de Educación Medica
3	Se evidenció fallas en la verificación de los derechos del usuario	Fallas persistentes en la conexión a internet	Traumatismo en la atención de los pacientes	Solicitar una conexión a internet independiente a la Base Naval ARC Bolívar	01/08/14	30/12/14	16	Jefe de Informática

4	No cuenta con comunicación externa para llamar a las EPS para autorizar los pacientes externos	No ha sido instalada la línea 500 para realizar llamadas a fijos y celular	Utilización del recurso propio del personal que trabaja en urgencias y traumatismos en la atención inicial	Instalar la línea telefónica en la recepción y en la estación de enfermería	01/08/14	30/10/14	8	Jefe del taller de electrónica
5	No se encuentran definidos los criterios de referencia de las UFAP, y consulta externa al servicio de urgencia, no hay comunicación entre las partes	No ha sido instalada la línea 500 para realizar llamadas a fijos y celular para comentar las características de los pacientes a remitir	Traumatismo en la remisión y contra remisión de los pacientes	Instalar la línea telefónica en la recepción y el estación de enfermería	01/08/14	30/10/14	8	Jefe del taller de electrónica
6	Se evidenció que varios niños menores de 1 año se clasificaron en triage II, III, IV y V	Desconocimiento de la Normatividad Vigente	Complicación de la atención a los pacientes menores de 1 año	Educación al personal profesional comprometido en el triage respecto a la atención inicial de urgencias para los menores de 1 año (circular 014 de 1995)	01/08/14	30/12/14	16	Comité de Ética médica y jefe de educación médica

7	Desconocimiento de los procesos asistenciales contemplados en el estándar número 5 de la resolución 1441 de 2013 por parte del personal que labora en el servicio de urgencias	No se ha capacitado al personal en la normatividad vigente	Atención inadecuada al personal de usuarios y aumento de las no conformidades del servicio.	Socializar a todo el personal los procesos contemplados en la resolución 1441 de 2013	01/08/14	30/10/14	8	Oficina de Garantía de la Calidad – Jefe de Educación Medica
8	Desconocimiento por parte del usuario sobre los procesos de prestación de servicio del dispensarios, consulta externa y urgencias	No existe adecuados canales de comunicación para informar al usuario y educar respecto los procesos de atención	Uso inadecuado de los servicios asistenciales del Hospital	Realizar coordinaciones horizontales con la oficina de atención al usuario y las dependencias ambulatorias del hospital Naval con el fin de educar al usuario respecto al uso adecuado de los servicios asistenciales	01/08/14	30/10/14	8	Oficina atención al usuario – jefe de servicios ambulatorios



## BIBLIOGRAFIA

1. Hansagi H, Olsson M, Sjöberg S, Tomson Y, Göransson S. Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high use of other health care services. *Ann Emerg Med*. 2001;37(6):561–7.
2. Doran KM, Raven MC, Rosenheck RA. What Drives Frequent Emergency Department Use in an Integrated Health System? National Data From the Veterans Health Administration. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2013 [cited 2014 Feb 7]; Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196064413001388>
3. Cavanillas AB, López JS. Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. *Emerg Rev Soc Esp Med Urgenc Emerg*. 2005;17(3):138–44.
4. Cunningham PJ, Clancy CM, Cohen JW, Wilets M. The Use of Hospital Emergency Departments for Nonurgent Health Problems: A National Perspective. *Med Care Res Rev*. 1995 Jan 12;52(4):453–74.
5. Center for History and New Media. Zotero Quick Start Guide [Internet]. Available from: [http://zotero.org/support/quick\\_start\\_guide](http://zotero.org/support/quick_start_guide)
6. Sampayo Salazar AM, Jaimes Parra BD, Franco Aguirre DM. Auditoria de la oportunidad de la atención en el servicio de urgencias en pacientes adultos con triage dos y tres [Internet]. 2012 [cited 2014 Feb 7]. Available from: <http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/handle/10946/318>

7. Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2011 [cited 2014 Feb 7];53(Suppl 2). Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/10.pdf>
8. Millán EM. Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud? *Emerg Rev Soc Esp Med Urgenc Emerg*. 2008;20(4):276–84.
9. Jiménez JG. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. *Emerg Rev Soc Esp Med Urgenc Emerg*. 2006;18(3):156–64.
10. Jiménez JG, Boneu F, Becerra O, Cortés EA, Garrigós JF, Prats MM. Validación clínica de la nueva versión del Programa de Ayuda al Triage (web\_e-PAT v3) del Modelo Andorrano de Triage (MAT) y Sistema Español de Triage (SET). Fiabilidad, utilidad y validez en la población pediátrica y adulta. *Emerg Rev Soc Esp Med Urgenc Emerg*. 2006;18(4):207–14.
11. Paciente [Internet]. Wikipedia, la enciclopedia libre. 2014 [cited 2014 Feb 7]. Available from: <http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Paciente&oldid=72043001>
12. Gómez-Jiménez J, Becerra Ó, Boneu F, Burgués L, Pàmies S. Análisis de la casuística de los pacientes derivables desde urgencias a atención primaria. *Gac Sanit*. 2006;20(1):40–6.
13. López JS, Cavanillas AB. Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. *emergencias*. 2005;17:138–44.



14. Oterino D, Peiró S, Calvo R, Sutil P, Fernández O, Pérez G, et al. Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. *Gac Sanit.* 1999;13(5):361–70.
15. Millán EM. ¿ Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud. *Emergencias.* 2008;20:276–84.
16. Pagán MB, Lara JA, García MM, García LM, Domínguez AM, Palenzuela ML. EVOLUCIÓN DE LA FRECUENTACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL TORRECÁRDENAS SAS ALMERÍA. AÑOS 1990-94. *Emergencias* [Internet]. 1998 [cited 2014 Apr 2];10(5). Available from: [http://www.semes.org/revista/vol10\\_5/14-19.pdf](http://www.semes.org/revista/vol10_5/14-19.pdf)
17. Álvarez SL, González PA, Fernández MA. Factores que influyen en la demora del enfermo en un servicio de urgencias hospitalarias. *emergencias.* 2000;12:164–71.
18. Escobedo F, González Gil L, Salarichs M, Manzano Sarciada A, López I, Martín JA, et al. Evaluación de las urgencias hospitalarias desde un área básica de salud (ABS). *Aten Primaria.* 1997;19(4):169–75.
19. Aranaz Andrés JM, Martínez Noguerras R, Teresa Gea Velázquez de Castro M, Rodrigo Bartual V, Antón García P, Gómez Pajares F. ¿ Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarios por iniciativa propia? *Gac Sanit.* 2006;20(4):311–5.
20. Descarrega R, Gutiérrez C, Cruz L, López I. Análisis de la utilización inadecuada del servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel. *Aten Primaria.* 1994;13(9):30–5.

21. Backman A-S, Blomqvist P, Lagerlund M, Carlsson-Holm E, Adami J. Characteristics of non-urgent patients: Cross-sectional study of emergency department and primary care patients. *Scand J Prim Health Care*. 2008;26(3):181–7.
22. González Romero GM. Saturación de las Urgencias Hospitalarias. Un análisis descriptivo de motivos. *REDUCA Enferm Fisioter Podol* [Internet]. 2010 [cited 2014 Feb 7];2(1). Available from: <http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/208>
23. Reinoso Hermida S, Díaz Grávalos GJ, Robles Castiñeiras A, Pereiro Sánchez E, Fernández Cardama E, López González A. Forma de acceso a los Servicios de Urgencia hospitalarios y pertinencia de la consulta. *Rev Clínica Med Fam*. 2011;4(3):205–10.
24. Oterino D, Peiró S, Calvo R, Sutil P, Fernández O, Pérez G, et al. Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. *Gac Sanit*. 1999;13(5):361–70.
25. Honigman LS, Wiler JL, Rooks S, Ginde AA. National Study of Non-Urgent Emergency Department Visits and Associated Resource Utilization. *West J Emerg Med* [Internet]. 2013 [cited 2014 Feb 7]; Available from: <http://escholarship.org/uc/item/1k92g70r.pdf>
26. Van Uden CJT, Winkens RAG, Wesseling GJ, Crebolder H, Van Schayck CP. Use of out of hours services: a comparison between two organisations. *Emerg Med J*. 2003;20(2):184–7.
27. Norredam M, Krasnik A, Sorensen TM, Keiding N, Michaelsen JJ, Nielsen AS. Emergency room utilization in Copenhagen: a comparison of immigrant groups and Danish-born residents. *Scand J Public Health*. 2004;32(1):53–9.

28. Torrecillas DR, Rodríguez-Rosich A, Pons MG, Solé MB. Pacientes hiperfrecuentadores en los servicios de urgencias. Estudio descriptivo en un hospital de segundo nivel. *emergencias*. 2004;16:178–83.
29. Larkin GL, Weber JE, Derse AR. Universal emergency access under managed care: universal doubt or mission impossible? *Camb Q Healthc Ethics*. 1999;8(2):213–25.
30. Soler W, Muñoz MG, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias Triage: a key tool in emergency care. *Sist Sanit Navar*. 2010;33(Suplemento 1):55.
31. Soler W, Muñoz MG, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias Triage: a key tool in emergency care. *Sist Sanit Navar*. 2010;33(Suplemento 1):55.
32. Cabeza JM, Quintero BD, Sánchez JM, Álvarez BG, Romero ST, Del Río Morales E, et al. Diferencias en los motivos de consulta entre pacientes que acuden derivados y por iniciativa propia a un Servicio de Ciudadanos Críticos y Urgencias de un hospital general. *Emerg Rev Soc Esp Med Urgenc Emerg*. 2007;19(2):70–6.
33. Teresa Gea M, Hernán-García M, Manuel Jiménez-Martín J, Cabrera A. Opinión de los usuarios sobre la calidad del Servicio de Urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves\*. *Rev Calid Asist*. 2001;16(1):37–44.
34. Kenneth V. Iserson, John C. Moskop. Triage in Medicine, Part I: Concept, History, and Types. *Annals of Emergency Medicine* - March 2007 (Vol. 49, Issue 3, Pages 275-281, DOI: 10.1016/j.annemergmed.2006.05.019)

35. John C. Moskop, Kenneth V. Iserson. Triage in Medicine, Part II: Underlying Values and Principles. *Annals of Emergency Medicine* - March 2007 (Vol. 49, Issue 3, Pages 282-287, DOI: 10.1016/j.annemergmed.2006.07.012)
36. Secretaria de salud, Alcaldía mayor de Bogotá D.C. Red prestadora de servicios de salud Bogotá 2014. [citado 28 de mayo de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.saludcapital.gov.co/DASEG/Documents/Red%20Prestadora%20de%20Servicios%20de%20Salud%20-%20Bogota%202013%20-%202014.pdf>
37. Pereda Rodríguez Javier, Díaz Sánchez Ivonne, Pereda Rodríguez Reinaldo. Urgencias clínicas. Comportamiento según su gravedad. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 2001 [citado 28 de mayo de 2014]. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421252001000400004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252001000400004&lng=es)
39. Superintendencia nacional de salud. Circular Externa N°047. 30 de noviembre del 2007, Título I: Instituciones prestadoras de servicios de salud [citado 28 de mayo de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=FHBh9%2f06GVI%3d&tabid=103>.

# ANEXO

## FORMATO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: **ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013.**

**OBJETIVO GENERAL:** ANALIZAR LOS FACTORES ASOCIADOS AL INADECUADO USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013.

1. **EDAD DEL USUARIO EN AÑOS**\_\_\_\_\_
2. **SEXO:**
  - a. MASCULINO\_\_
  - b. FEMENINO\_\_
3. **RAZA:**
  - a. BLANCO\_\_
  - b. MESTIZO\_\_
  - c. NEGRO\_\_
  - d. INDIO\_\_
  - e. OTRO CUAL:\_\_\_\_\_
4. **ESTRATO SOCIOECONÓMICO**
  - a. 1\_2\_3\_4\_5\_6\_\_
5. **NIVEL DE ESTUDIO**
  - a. ANALFABETA\_\_
  - b. PRIMARIA\_\_
  - c. BACHILLER\_\_
  - d. TÉCNICO\_\_
  - e. PROFESIONAL\_\_
  - f. OTRO CUAL\_\_
6. **TAMAÑO FAMILIAR**
  - a. ENTRE DOS Y TRES INTEGRANTES\_\_
  - b. ENTRE 4 Y 6 INTEGRANTES\_\_
  - c. MÁS DE 6 INTEGRANTES\_\_
7. **ACTIVIDAD LABORAL**
  - a. FORMAL\_\_
  - b. INFORMAL\_\_
  - c. DESEMPLEADO\_\_
8. **NIVEL DE INGRESO**
  - a. < 1 SALARIO MÍNIMO\_\_
  - b. ENTRE 1 Y 2 SALARIOS\_\_
  - c. ENTRE 2 Y 3 SALARIOS\_\_
  - d. > 4 SALARIOS MÍNIMOS\_\_
9. **UBICACIÓN DE RESIDENCIA**
  - a. EN CARTAGENA\_\_
  - b. FUERA \_\_\_\_\_ DE CARTAGENA\_\_
10. **TIPO DE SEGURO O AFILIACIÓN EN SALUD**
  - a. SUBSIDIADO\_\_
  - b. CONTRIBUTIVO\_\_
  - c. ESPECIAL\_\_
11. **PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS MÁS CONSULTADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIA Y SU CLASIFICACIÓN SEGÚN EL TRIAGE:**
  - a. NIVEL 1 O ROJO: PRECISA DE LA ATENCIÓN POR EL MÉDICO DE FORMA INMEDIATA.\_\_\_\_
  - b. NIVEL 2 O NARANJA: LA ATENCIÓN POR EL MÉDICO PUEDE DEMORARSE HASTA 10 MINUTOS.\_\_\_\_
  - c. NIVEL 3 O AMARILLO: LA ATENCIÓN POR EL MÉDICO PUEDE

- DEMORARSE HASTA 60 MINUTOS.\_\_\_\_
- d. NIVEL 4 O VERDE: LA ATENCIÓN POR EL MÉDICO PUEDE DEMORARSE HASTA 2 HORAS.
- e. NIVEL 5 O AZUL: LA ATENCIÓN POR EL MÉDICO PUEDE DEMORARSE HASTA 4 HORAS.
- f. NO REQUIERE UN SERVICIO DE URGENCIA

**12. PATOLOGÍAS MÁS CONSULTADAS POR LA POBLACIÓN DE PACIENTES:**

- a. CARDIOPULMONAR\_\_\_\_
- b. DOLOR ABDOMINAL\_\_\_\_
- c. DOLOR DE CABEZA\_\_\_\_
- d. ENFERMEDADES DE LA PIEL\_\_\_\_
- e. MÚSCULO-ESQUELÉTICAS\_\_\_\_
- f. ENFERMEDADES MENTALES\_\_\_\_
- g. USO DE DROGAS\_\_\_\_
- h. INTOXICACIÓN ETÍLICA\_\_\_\_
- i. DOLOR DENTAL \_\_\_\_
- j. SINTAMOS MAL DEFINIDOS\_\_\_\_
- k. ANSIEDAD\_\_\_\_
- l. AGITACIÓN O ALTERACIONES DEL PENSAMIENTO\_\_\_\_
- m. DISMINUCIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA\_\_\_\_
- n. CRISIS COMICIALES\_\_\_\_
- o. MOVIMIENTOS ANORMALES\_\_\_\_
- p. OTRO: CUAL\_\_\_\_\_

**13. QUE DÍAS FUE ATENDIDO EL PACIENTE:**

- a. LUNES\_\_\_\_
- b. MARTES\_\_\_\_
- c. MIÉRCOLES\_\_\_\_
- d. JUEVES\_\_\_\_

- e. VIERNES\_\_\_\_
- f. SÁBADO\_\_\_\_
- g. DOMINGO\_\_\_\_
- h. FESTIVO\_\_\_\_

**14. TURNO EN QUE FUERON ATENDIDOS LA MAYOR CANTIDAD DE PACIENTES:**

- a. MAÑANA\_\_\_\_
- b. TARDE\_\_\_\_
- c. NOCHE\_\_\_\_

**15. QUE PACIENTES SON MÁS SUSCEPTIBLES DE UN SERVICIO DE URGENCIA SEGÚN SU EXPERIENCIA:**

- a. LOS QUE LLEGAN EN AMBULANCIA
- b. LOS PACIENTES QUE LLEGAN POR SUS PROPIOS MEDIOS.
- c. OTRO CUAL:\_\_\_\_\_

**16. SEGÚN SU PERCEPCIÓN QUE TIPO DE PACIENTES SON LOS QUE MÁS ATIENDE:**

- a. ESTUDIANTES
- b. VAGABUNDOS
- c. TRABAJADORES INFORMALES
- d. TRABAJADORES FORMALES
- e. OTRO CUAL\_\_\_\_

## ENCUESTA DIRIGIDA A LOS MÉDICOS Y PERSONAL DE SALUD

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: **ANÁLISIS DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013.**

**OBJETIVO GENERAL:** ANALIZAR LOS FACTORES ASOCIADOS AL INADECUADO USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA POR PARTE DE SUS USUARIOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2013.

1. **TIPO DE PERSONAL DE SALUD:**
  - a. PROFESIONAL\_\_\_
  - b. TÉCNICO\_\_\_
  - c. TECNÓLOGO\_\_\_
2. **AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL EN EL SERVICIO DE URGENCIA**\_\_\_\_\_
3. **TIPO DE PROFESIÓN:**
  - a. MEDICO\_\_\_
  - b. ENFERMERA\_\_\_
  - c. ENFERMERA AUXILIAR\_\_\_
  - d. OTRO CUAL:\_\_\_\_\_
4. **EL PROTOCOLO DE TRIAGE ES UTILIZADO PARA:**
  - a. ASIGNAR PRIORIDAD DE ATENCIÓN\_\_\_
  - b. REDISTRIBUCIÓN DE CONSULTAS\_\_\_
  - c. RECHAZAR LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES QUE NO PLANTEAN NINGUNA SITUACIÓN DE URGENCIAS\_\_\_
  - d. TODAS LAS ANTERIORES\_\_\_
  - e. SOLO A Y B\_\_\_
  - f. \_\_\_\_\_
5. **BAJO QUÉ CRITERIOS EVALÚA USTED LA URGENCIA Y APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE ADECUACIÓN DEL TRIAGE:**
  - a. EN LA GRAVEDAD DE LA PATOLOGÍA
  - b. EN LOS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICOS
  - c. EN LOS MÉTODOS TERAPÉUTICOS
  - d. EN SU NIVEL DE PREPARACIÓN PROFESIONAL
  - e. OTRO CUAL:\_\_\_\_\_
6. **PROMEDIO DE PACIENTES ATENDIDOS DURANTE EL DÍA**\_\_\_\_\_
7. **PROMEDIO DE PACIENTES ATENDIDOS DURANTE LA NOCHE**\_\_\_\_\_
8. **PROMEDIO DE PACIENTES POR CAMA**\_\_\_\_\_
9. **NÚMERO DE CAMAS**\_\_\_\_\_
10. **NÚMERO DE PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL DÍA** \_\_\_\_\_
11. **NÚMERO DE PROFESIONALES DE LA SALUD POR LA NOCHE** \_\_\_\_\_
12. **NÚMERO DE MÉDICOS DURANTE EL DÍA**\_\_\_\_\_
13. **NÚMERO DE MÉDICOS POR LA NOCHE**\_\_\_\_\_
14. **NUMERO DE ENFERMERAS PROFESIONALES DURANTE EL DÍA** \_\_\_\_\_
15. **NUMERO ENFERMERAS PROFESIONALES POR LA NOCHE** \_\_\_\_\_
16. **NUMERO DE ENFERMERAS AUXILIARES DURANTE EL DÍA**\_\_\_\_\_
17. **NUMERO ENFERMERAS AUXILIARES POR LA NOCHE**\_\_\_\_\_
18. **CONSIDERA USTED EL RECURSO EN MATERIALES, EQUIPOS Y PERSONAL HOSPITALARIO ES SUFICIENTE Y ADECUADO:**



- a. SI\_\_
- b. NO\_\_