

**EVALUACION DE LAS POLITICAS Y ESTRATEGIAS GERENCIALES EN EL
SERVICIO DE URGENCIAS, HOSPITAL NIVEL I EL BORDO – ESE
MUNICIPIO DEL PATIA, DEPARTAMENTO DEL CAUCA.**

MAURICIO BUENAVENTURA NARVAEZ NARVAEZ

ELIZABETH AUSECHA GARZON

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
ESCUELA DE ADMINISTRACION DE NEGOCIOS “EAN”
UNIDAD DE POSTGRADOS
ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION HOSPITALARIA
POPAYAN, JULIO DE 2010**

**EVALUACION DE LAS POLITICAS Y ESTRATEGIAS GERENCIALES EN EL
SERVICIO DE URGENCIAS, HOSPITAL NIVEL I EL BORDO – ESE
MUNICIPIO DEL PATIA, DEPARTAMENTO DEL CAUCA.**

MAURICIO BUENAVENTURA NARVAEZ NARVAEZ

ELIZABETH AUSECHA GARZON

Trabajo Integral de grado para optar al título de
ESPECIALISTA EN ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA

ASESOR

MAGÍSTER CARMEN OFELIA DAZA CORDOBA

**UNIVERSIDAD EAN
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA**

UNIVERSIDAD DEL CAUCA

POPAYAN, JULIO DE 2010

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

- Al** personal que labora en el Hospital Nivel I El Bordo –ESE- municipio del Patía, Departamento del Cauca, principalmente al área de Urgencias.

- A** todo el cuerpo docente de la Escuela de Administración de Negocios “EAN”, Unidad de Postgrados, Universidad del Cauca, Especialización en Administración Hospitalaria, por su orientación, colaboración y apoyo.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION.	1
1. RESEÑA HISTORICA	2
1.1 HOSPITAL I EL BORDO ESE	4
1.1.1 Características del Servicio de Urgencias	4
1.1.2 Urgencias	4
1.1.3 Prestación de los Servicios de Urgencia.	4
1.1.4 Procedimientos	5
1.1.5 Personal	6
1.1.6 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
3. JUSTIFICACION	9
4. OBJETIVOS	11
4.1 OBJETIVO GENERAL.	11
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
5. MARCO REFERENCIAL O TEÓRICO.	12
5. 1 MARCO CONCEPTUAL.	12
6. ESTADO DEL ARTE	23
7. METODOLOGIA	28
7.1 TIPO DE ESTUDIO	28
7.2 POBLACION Y MUESTRA	28
7.3 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	29
7.4 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	30
7.4.1 Procedimientos de recolección de información	30
7.4.2 PLAN DE ANÁLISIS	33
8. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	34
9. PRESUPUESTO	35

10. RESULTADOS	36
10.1 ANALISIS DE RESULTADOS	37
10.2 ACCESIBILIDAD.	37
10.2.1. Accesibilidad Geográfica	38
10.2.2. Accesibilidad por Tipo de Afiliación	38
10.3. OPORTUNIDAD	39
10.3.1 Oportunidad en la consulta médica	40
10.3.2 Oportunidad en Imágenes Diagnósticas	41
10.3.3 Oportunidad en Laboratorio Clínico	41
10.4 SEGURIDAD	42
10.5 PERTINENCIA	42
10.6 CONTINUIDAD	43
11. DISCUSION	47
12.CONCLUSIONES	48
BIBLIOGRAFIA	49
ANEXOS:	50
ANEXO N° 1. DEFINICIÓN Y OPERAZIONALIZACIÓN DE VARIABLES	52
ANEXO N° 2. LISTA DE INDICADORES	53
ANEXO N° 3. FORMATO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION DE ATENCION MEDICA, DE RX Y LABORATORIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ESE HOSPITAL NIVEL I EL BORDO.	55

LISTA DE GRÁFICAS		Pág.
GRÁFICA Nº 1 - Oportunidad en la atención de urgencias Hospital Nivel I de el Bordo – ESE		27
GRAFICA Nº 2- Flujograma de Atención en el Servicio de Urgencias ESE Hospital Nivel I El Bordo.		31
GRAFICA Nº 3- Accesibilidad Geográfica de los Pacientes		37
GRAFICA Nº 4- Afiliación en Salud de los Pacientes		38
GRAFICA Nº 5- Oportunidad en la Atención de la Consulta Médica en el Servicio de Urgencias.		39
GRAFICA Nº6- Oportunidad en la Atención del Servicio de Imágenes Diagnosticas		40
GRAFICA Nº 7- Oportunidad en la Atención del Servicio de Laboratorio		40
LISTA DE TABLAS		
TABLA Nº 1- Indicadores de calidad ese Hospital Nivel I El Bordo año 2008 – 2009		27
TABLA Nº 2- Cronograma de Actividades Informe Final de Investigación		34
TABLA Nº 3- Presupuesto IFI		35
TABLA Nº 4- Consolidado de Resultados Junio 23 al 30 de 2010		36
TABLA Nº 5- Seguridad en la Infraestructura del Hospital		41
TABLA Nº 6- Seguridad		41
TABLA Nº 7-Pertinencia		42
TABLA Nº 8- Continuidad		42

INTRODUCCION

En cumplimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS y conforme con el modelo de la Política Nacional de Prestación y Desarrollo de servicios, cualquier empresa debe garantizar la accesibilidad, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud.

El estado de Salud de una población es el reflejo de las condiciones culturales, económicas y sociales de la región, el cambio en los estilos de vida de la población, exponen al ciudadano de manera potencial a la demanda en la atención de servicios de urgencia, debido a factores que ponen en riesgo la vida, como la violencia, la falta de cumplimiento de las normas de tránsito y el consumo irresponsable de sustancias embriagantes entre otras.

La prestación de los servicios de salud en el área de Urgencias para la población del departamento del Cauca y con lo que refiere al objeto de el siguiente estudio, en el Hospital de Primer Nivel ESE del Bordo, debe garantizar los más altos estándares de calidad, teniendo en cuenta que el hospital es el principal centro de referencia y contra referencia a nivel rural y urbano del Municipio del Patía y municipios circunvecinos

1 .RESEÑA HISTORICA

El Hospital Nivel I El Bordo, es una Empresa Social del Estado prestadora de Servicios de Salud, de primer nivel, está ubicada en el Municipio de Patía Departamento del Cauca, inaugurado en 1960 como puesto de salud y según la ordenanza N° 027 del 7 de septiembre de 1993, expedida por la Asamblea Departamental del Cauca lo ubica como Hospital local del Patía. A medida que se fueron incrementando sus servicios, avanzando la tecnología y el aumento de la población, se fue ampliando la planta física y fue entonces que mediante el acuerdo N° 027 del 5 de noviembre de 1997 y 041 del 21 de agosto de 1999 proferido por el Concejo Municipal de Patía se convierte en ESE a partir de marzo de 1999, de acuerdo a la certificación con oficio N° 9043 del 13 Septiembre de 1999 expedido por la Dirección Departamental de Salud del Cauca (DDSC) con los requisitos exigidos por el Ministerio de Salud para ser E.S.E. el decreto N° 1189 del 14 /11/00 expedido por el Gobernador del Cauca Cesar Negret Mosquera, Inicia a partir de esta fecha el verdadero funcionamiento del hospital como Empresa Social del Estado E.S.E. con Nit No. 981500-736-0.

En el año 1994 se hizo la primera ampliación del área de urgencias, para poder tener más capacidad resolutive, en el 2006 se hace la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, en el año 2008 se hizo la segunda ampliación, para dar cumplimiento a los requisitos exigidos para habilitación, cuya visita se realizó del 08 al 13 de marzo de 2010, en la cual se obtuvo una calificación favorable para el servicio de urgencias.

Entre las políticas está la de mejorar el sistema de elaboración, archivo de historias clínicas, se ha implementado la historia clínica sistematizada, con lo que se busca mejorar la calidad de la misma, esta se puso en marcha desde el día 15 de abril de 2010. Además para mejorar la accesibilidad de los usuarios

especialmente del área rural, se ha dispuesto de una ambulancia, que se encarga de traer a los usuarios que requieren del servicio, especialmente a las gestantes, con el fin de disminuir la mortalidad perinatal, este servicio se implementó desde el mes de febrero de 2010.

1.1 HOSPITAL NIVEL I EL BORDO ESE

1.1.1 Características Del Servicio De Urgencias

A continuación se describen las características del servicio de urgencias del Hospital Nivel I El Bordo –ESE- Municipio de Patía, Departamento del Cauca, institución donde se realizó el estudio.

1.1.2 Urgencias

La consulta de urgencias es la atención inmediata prestada por un equipo de profesionales de la salud, a los usuarios que han sufrido una alteración en su estado de salud y que pone en riesgo la vida o la o sin riesgo de muerte.

1.1.3 Prestación de los Servicios de Urgencias

Atención médica general: Las 24 horas del día.

- Unidad de cuidados al paciente crítico.
- Sala donde se presta la atención de emergencias al usuario en estado de salud muy delicado.
- Sala de observación para 4 usuarios con valoración del médico general
- Apoyo del personal de enfermería para su estabilización y/o tratamiento que amerite el usuario en el servicio de urgencias por un período mínimo de 24 horas.
- Servicio de ambulancia: existen dos ambulancias para prestar la atención necesaria y garantizar el traslado de usuarios en estado crítico que requiera el sistema de referencia y contrarreferencia.

1.1.4 Procedimientos

Los procedimientos más relevantes efectuados en la unidad de urgencias son:

- Prescripción de estudios y tratamientos según el caso.
- Extracción de cuerpos extraños.
- Lavado gástrico.
- Reanimación cerebro-cardiopulmonar.
- Lavado de oídos y ojos.
- Curaciones y suturas.
- Pequeñas cirugías.
- Hidratación.
- Inmovilización.
- Cateterismo vesical
- Oxigenoterapia.
- Electrocardiograma.
- Inyectología.
- Monitoria fetal.
- Crioterapia.
- Cauterización.
- Terapia Física y respiratoria.
- Nebulizaciones.

1.1.5 Personal

En el servicio de urgencias rotan 10 médicos generales, 2 médicos rurales, los turnos son de 12 horas, un médico por turno, hay dos auxiliares de enfermería y un enfermero jefe quien hace la clasificación del triage, el servicio de laboratorio y rayos x se presta en horario habitual, los fines de semana y en las noches el servicio es por demanda.

2 .PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el servicio de urgencias del Hospital I El Bordo ESE, para año 2008 el número de consultas en el servicio urgencias fueron 10.037 y para año 2009 de 10.909, para un promedio de 1,2 consultas/hora, que está por debajo del estándar para el servicio de urgencias que es de 2 consultas/hora¹. En cuanto a la oportunidad en la atención del servicio de urgencias es de 10.58 minutos en el año 2008 y de 13.01 minutos para el año 2009, las principales causas por consulta de urgencias en el año 2009 fueron las heridas, las fracturas, los traumatismos, embarazo, parto y puerperio entre otras. En el Hospital se atiende población de todas las especialidades básicas Pediatría, Ginecobstetricia, Medicina Interna y Trauma.

En el año 2009 se presentaron 16 casos de mortalidad perinatal, las autoridades de la institución conscientes de esta problemática de salud en la región, en el año 2010, ponen en marcha un plan de mejoramiento tendiente a disminuir el número de casos y consiste en traer en ambulancia a las gestantes del área rural, lo mismo que a los pacientes politraumatizados o que son objeto de violencia.

En cuanto a la referencia de pacientes, en el servicio de urgencias se presentan patologías que ameritan el nivel II y III de complejidad, se deben remitir en ambulancia con auxiliar de enfermería o médico si la patología lo requiere. Se presenta un problema que se va acentuando cada vez más y es la falta de capacidad instalada en los niveles superiores, los pacientes deben ser comentados al nivel correspondiente o a la EPS y se debe esperar a que el paciente sea aceptado para poderlo enviar y con frecuencia nuestros pacientes no son aceptados oportunamente por falta de cama, o falta de especialista, sólo las

¹ Resolución 5261 de 1994 del Ministerio de Salud, Mapipos.

urgencias vitales se remiten sin necesidad de solicitar cupo con anticipación; en el segundo semestre del 2009, las remisiones de este hospital hacia los otros centros de referencia muestra los siguientes resultados: centros de baja complejidad: 3, centros de mediana complejidad: 918, alta complejidad: 368, para un total de 1289 remisiones, de estas 387 se enviaron a la red pública y 941 a la red privada.

En el segundo y tercer nivel de complejidad, hay limitante en la capacidad de camas, lo que conlleva a que los pacientes que requieran de estos niveles, tengan que esperar para poder ser ubicados, poniendo en peligro la vida del paciente, en algunos casos estos usuarios terminan en Instituciones de Cali o Pasto, incrementando los costos y el riesgo para el paciente.

Toda la situación descrita anteriormente evidencia la necesidad de realizar la evaluación de las políticas de algunas características de calidad en la atención de la prestación del servicio de urgencias del Hospital I El Bordo ESE

3. JUSTIFICACION

La Prestación de la atención del Servicio de Urgencias debe garantizarse por obligación de acuerdo a las políticas en salud establecidas en nuestro país. Este servicio debería ser prestado de manera expedita sin mediar condición alguna más que garantizar y salvaguardar la vida del paciente, pero son frecuentes las complicaciones (muerte, limitación, discapacidad) o desenlaces adversos en la prestación del servicio.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben implementar mecanismos y procedimientos para garantizar el acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la población. Son muchos los esfuerzos realizados por los hospitales públicos en cumplimiento al Sistema de Seguridad Social en Salud y demás normatividad vigente. El Hospital Nivel I ESE del Bordo –Patía, no está ajeno a cumplir con los objetivos de mejoramiento de la calidad de los servicios y en especial en el área de Urgencias, la cual fue objeto para la realización del presente estudio, debido no sólo por la importancia del mismo, sino por que es considerado uno de los servicios con mayor demanda del municipio del Patía y centro de referencia del suroccidente del Departamento del Cauca y norte del Departamento de Nariño.

Para el cumplimiento de lo dispuesto anteriormente y con el fin de ir construyendo un modelo de Evaluación de las Políticas y Estrategias en el Servicio de Urgencias el cual favorezca en la identificación y establecimiento de indicadores orientados a medir el nivel de oportunidad, seguridad, continuidad y pertinencia en el mejoramiento en la calidad de la prestación del servicio de urgencias del Hospital Nivel I ESE I Bordo (Cauca), el cual contribuirá en la toma de decisiones para

asumir los correctivos oportunamente y mejorar la calidad y el bienestar de los habitantes del Municipio del Patía (Cauca).

4 .OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Evaluar las políticas relacionadas con algunas características de la Calidad de Atención Medica en el Servicio de Urgencias de la Institución” ESE Hospital Nivel El Bordo”, de el municipio de EL Patía.

4.2 Objetivos Específicos

1. Evaluar la accesibilidad al servicio de urgencias de la ESE
2. Evaluar la oportunidad en la atención de la consulta de urgencias
3. Evaluar la Seguridad de la atención en el servicio de urgencias
4. Evaluar la pertinencia de la atención en el servicio de urgencias
5. Evaluar la continuidad de la atención en el servicio de urgencias

5. MARCO REFERENCIAL O TEORICO

La legislación colombiana está basada en **la Constitución Política Nacional** de 1991, por eso es importante conocer algunas generalidades de la normatividad en salud en Colombia sobre todo en los aspectos que competen los factores que intervienen en el desarrollo del presente estudio.

5.1 MARCO CONCEPTUAL NORMATIVO

Las normas de aplicación en el País, incorporan el tema de las urgencias, con el propósito de garantizar la atención inicial de urgencias sin que medie ningún tipo de condición, en el **artículo 2** de la Constitución Política de Colombia dice: “Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia Nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo”; también se consagra en el **artículo 48**: “La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. La ley definirá los medios para que los recursos

destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante”, por otro lado en el **artículo 49** dice lo siguiente: “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control...La Ley señalará los términos en que la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria”.

Más adelante en el **artículo 356. Modificado. A.L. 1/93, Art. 2º Modificado. A.L. 1/2001, art. 2º**: “Los recursos del Sistema General de Participaciones de los departamentos, distritos y municipios se destinarán a la financiación de los servicios a su cargo, dándole prioridad al servicio de salud y los servicios de educación preescolar, primaria, secundaria y media, garantizando la prestación de los servicios y la ampliación de cobertura”.

En la Política Nacional de Prestación y Desarrollo de Servicios de 2005, en el Eje de Calidad se concibe como un elemento estratégico que se basa en dos principios fundamentales: el mejoramiento continuo de la calidad y la atención centrada en el usuario

La calidad de la atención en salud es de vital importancia para preservar la vida y la integridad de las personas y evitar complicaciones, de ahí que cada persona que esté involucrada en la atención de urgencias, debe tener la capacidad técnico-científica y además contar con el recurso físico y tecnológico para brindar un servicio apropiado a las necesidades de una población.

En la **Ley 10 del 10 enero de 1.990** Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones, en su **artículo 1º.**” **Servicio público de**

Salud. La prestación de los servicios de salud, en todos los niveles, es un servicio público a cargo de la Nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional y administrado en asocio de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas privadas autorizadas, para el efecto, en los términos que establece la presente ley. El Estado intervendrá en el servicio público de salud conforme a lo dispuesto en el Artículo 32 de la Constitución Política”; por otro lado establece la obligatoriedad de la atención en salud, en su **artículo 2.** “Asistencia Pública en Salud, aparece:...todas las instituciones o entidades que presten servicios de salud están obligadas a prestar la atención inicial de urgencias, con independencia de la capacidad socioeconómica de los demandantes de estos servicios, en los términos que determine el Ministerio de Salud”.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) está basado en lo establecido en la **Ley 100** de diciembre de 1993 Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones en el Artículo 1o. Sistema de Seguridad Social Integral. El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

El Sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro.

En cuanto a la atención de urgencias, se establece como de obligatorio cumplimiento, sin importar el tipo de IPS, en este sentido la **Ley 715 de 2001**, de manera categórica, el **artículo 67** establece lo siguiente: “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...”

En el año 2007 se modificó la Ley 100 de 1993 con la **Ley 1122 de 2007** mediante el cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, continua enfatizando en la garantizar la atención de urgencias, en el **artículo 20**, en el párrafo dice:” se garantiza a todos los colombianos la atención inicial de urgencias en cualquier IPS del país. Las EPS o las entidades territoriales responsables de la atención a la población pobre no cubierta por los subsidios a la demanda, no podrán negar la prestación y pago de servicios a las IPS que atiendan sus afiliados, cuando estén causados por este tipo de servicios, aún sin que medie contrato. El incumplimiento de esta disposición, será sancionado por la Superintendencia Nacional de Salud con multas, por una sola vez o sucesivas, hasta de 2000 salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMLMV) por cada multa, y en caso de reincidencia podrá conllevar hasta la pérdida o cancelación del registro o certificado de la institución”.

También para el Estado, además de garantizar los servicios de salud, busca que haya **calidad** en la misma y para ello emite el **decreto 1011 del 3 Abril de 2006** Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS).

En el **artículo 4**, define la **CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD** así: “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”., Decreto 1011 de 2006

En el **artículo 3**, se definen las características del SOGCS

Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la

verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Accesibilidad a los servicios de salud, entendida como la condición que relaciona la población que necesita servicios de salud, con el sistema de prestación de servicios

En el acceso se pueden identificar tres factores

El que corresponde a la capacidad de los usuarios para buscar y obtener atención.

El que corresponde al tipo y forma de organización de los servicios, para garantizar la atención a los ciudadanos de manera oportuna e integral.

El de las relaciones que se establecen entre la población, los aseguradores, las entidades territoriales y prestadores de servicios de salud.

En este contexto, se tienen en cuenta las siguientes dimensiones:

Geográficos: en términos de distancias, facilidades de transporte, condiciones topográficas, etc.

Económicos: en términos de la capacidad de pago, de los costos de acceso al lugar de la atención, y de la prestación del servicio.

Cultural: en términos de los conocimientos, actitudes y prácticas de la población en relación con la utilización de los servicios.

Organizacional: en términos de las condiciones locativas, administrativas y de información de las instituciones a cargo de administrar o prestar los servicios.

Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

La ESE Hospital Nivel I El Bordo, comprometido con la calidad de atención en salud, ha implementado el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGCS), de acuerdo al decreto 1011 de 2006, del Ministerio de la Protección Social, que además hace referencia a los 4 componentes del SOGCS, que nos permite tener un referente en cuanto al cumplimiento de los estándares de calidad, en el sistema de salud, estos cuatro componentes son:

El Sistema Único de Habilitación (Resolución 1043 de 2006, Resolución 2680 de 2007, Resolución N° 3763 de 2007), establece las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención. La Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud - Vigilancia y Control de la Oferta de la Secretaría Distrital de Salud, ofrece procesos de capacitación

colectiva, personalizada y asesoría permanente, relacionados con diversos aspectos requeridos para facilitar:

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.

Resolución 1043 del 3 de abril de 2006 , Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, Guías Básicas para la implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud del Ministerio de la Protección Social, 2007.

El Sistema Único de Acreditación, Resolución 1445 de 2006, del Ministerio de la Protección Social.

El Sistema de Información para la Calidad, Resolución 1446 de 2006, del Ministerio de la protección Social.

También para agilizar la atención de los usuarios y mejorar los aspectos administrativos, el Ministerio de la Protección Social, emite el **Decreto 4747 de 2007**, Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. Establece entre otras disposiciones, las siguientes:

- 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...
- El procedimiento de verificación de derechos será posterior a la selección y clasificación del paciente, y no podrá ser causa bajo ninguna circunstancia para posponer la atención inicial de urgencias
- El diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia y la operación del sistema de referencia y contrarreferencia es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen

la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.

Para garantizar las condiciones en las que las IPS deben prestar los servicios, el Ministerio de la Protección Social, emite la **resolución 4445 de 2 de diciembre 1996**, Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares de riesgo, que son de obligatorio cumplimiento por las empresas promotoras de servicios de salud (E.P.S.) y las instituciones prestadoras de servicios de salud (I.P.S.) del sistema general de seguridad social.

También el Gobierno, establece los requisitos esenciales para la atención en salud, mediante la **Resolución 4252 de Noviembre 14 de 1997**, del Ministerio de la Protección Social: "Por la cual se establecen las normas técnicas, científicas y administrativas que contienen los requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud, se fija el procedimiento de registro de la Declaración de Requisitos Esenciales y se dictan otras disposiciones".

Toda la información de la atención de los usuarios por parte de los prestadores debía ser registrada debidamente y para ello el Gobierno saca la Resolución 03374 de diciembre 27 de 2000 – RIPS, Por la cual se reglamentan los datos básicos RIPS que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados.

Para una adecuada medición de la calidad de la atención en salud, el Ministerio de la Protección Social emite la Resolución 1446 del 8 de mayo de 2006, Por la cual se define el Sistema de información para la Calidad y se adoptan los indicadores de Monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en Salud; para una mayor eficacia en la información, la Superintendencia Nacional de Salud, emite la circular 030 de 2006, en la que se dan instrucciones para la

evaluación de los indicadores de calidad: oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de los servicios de salud.

A continuación se incluyen algunas definiciones que guardan relación con la urgencia médica, porque son las que la legislación colombiana de manera explícita ha incorporado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, escenario dentro del cual se desarrolla el presente estudio.

Decreto 0412 de 1992. Por el cual se reglamenta parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones; en su artículo 2º, dispone que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2º de la Ley 10 de 1990, todas las instituciones que ofrezcan servicios de salud están obligadas a prestar atención inicial de urgencia independientemente de la capacidad socioeconómica de los solicitantes de este servicio. Artículo 3º. **DEFINICIONES.**

Atención inicial de urgencia. Denominase como tal a todas las 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 tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

Atención de urgencias. Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.

Servicio de urgencia. Es la unidad que en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de Salud para esa unidad.

Red de urgencias. Es un conjunto articulado de unidades prestatarias de atención de urgencias, según niveles de atención y grados de complejidad, ubicado cada uno en un espacio poblacional concreto, con capacidad de resolución para la atención de las personas con patologías de urgencia, apoyado en normas operativas, técnicas y administrativas expedidas por el Ministerio de Salud.

La red actuará coordinadamente bajo una estructura conformada por subsistemas de información comunicaciones, transporte, insumos, educación, capacitación y de laboratorios.

Resolución 5261 de 1994. Artículo 9o. Urgencia. Es la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen 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.

ARTICULO 10. Atención de Urgencias. La atención de urgencias comprende la organización de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros de un proceso de cuidados de salud indispensables e inmediatos a personas que presentan una urgencia. Todas las entidades o establecimientos públicos o privados, que presten servicios de consulta de urgencias, atenderán obligatoriamente estos casos en su fase inicial aún sin convenio o autorización de la E.P.S. respectiva o aún en el caso de personas no afiliados al sistema.

Las urgencias se atenderán en cualquier parte del territorio nacional sin que para ello sea necesario autorización previa de la E.P.S. o remisión, como tampoco el pago de cuotas moderadoras. La I.P.S. que presta el servicio recibirá de la E.P.S. el pago correspondiente con base en las tarifas pactadas o con las establecidas para el S.O.A.T. En todo caso es el médico quien define esta condición y cuando el paciente utilice estos servicios sin ser una urgencia deberá pagar el valor total de la atención.

PARAGRAFO. <Modificado por el artículo 1o. de la Resolución 2816 de 1998. El nuevo texto es el siguiente:> Cuando la IPS no pertenezca a la red de prestadores de las EPS, informará la atención de los afiliados en el servicio de urgencias, en las 24 horas hábiles siguientes al ingreso del paciente; en caso contrario, deberá remitir esta información con la periodicidad que se haya pactado entre las dos instituciones.

6 .ESTADO DEL ARTE

En cuanto a la revisión de estudios de evaluación de la calidad en la Prestación del Servicio de Urgencias cabe resaltar el realizado en Cataluña “Servicios de urgencias: indicadores para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria” de abril del 2001, en donde se selecciono indicadores de ocho áreas de actividades específicas desarrolladas en urgencias, siete áreas de trabajo de estos servicios a partir de la identificación de las patologías atendidas con más frecuencia en los servicios de urgencias de Cataluña siendo un referente exhaustivo sobre indicadores de calidad aplicados a la medicina de urgencias debido a la preocupación por desarrollar las actividades de los servicios de urgencias con calidad, ha sido motivo de interés y debate en las reuniones del Grupo Intercomarcal de Servicios de Urgencias Hospitalarias de Cataluña (GISUHC) desde 1992. Teniendo como conclusión que los “indicadores de calidad” miden aspectos concretos y específicos de la atención, facilitándose de este modo el conocimiento del nivel de calidad del servicio y que El indicador es una “señal de alarma” precoz a la hora de identificar áreas de mejora y por lo tanto poder adecuar las medidas correctoras a los déficits detectados. De la misma manera, el indicador identifica áreas de excelencia.²

En el estudio “Acceso a los Servicios de Urgencias en Medellín, 2006” en cual describe el acceso y la oportunidad de la atención en 27 servicios de urgencias de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de tercero, segundo y primer nivel de atención durante una semana, se obtuvo que de 9. 730 pacientes que

² Felisart J, Requena J, Roqueta F, Saura R. M^a, Suñol R, Tomàs S. Servicios de urgencias: indicadores para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria. Barcelona. Abril 2001

accedieron a los diferentes servicios de urgencias 1.027 (10,6 %) no fueron admitidos.

Se identificó que la principal causa de no admisión a los servicios de urgencias fue por considerarse la causa de consulta como no urgente. Es posible que las personas que están utilizando los servicios de urgencias para la atención de consultas no urgentes puedan estar haciéndolo como un sustitutivo de la atención en una consulta externa considerando la atención de los servicios de urgencias más rápida y de más fácil acceso.

Se observó como personas que estaban siendo atendidas en los niveles 1 de atención presentaron hasta tres remisiones previas, lo que refleja que no es adecuada la direccionalidad de la remisiones y la escasa concordancia entre el nivel de atención de la institución que remite y la institución receptora.

La mediana del tiempo de espera observada en los servicios de urgencias es alta (40,2 minutos en el nivel 1 y 15 minutos en los niveles 2 y 3 respectivamente), si se considera que una resucitación requiere de actuación inmediata, que la valoración médica para una emergencia debe ser inferior de 15 minutos y para una urgencia menor de 30 minutos³

En los servicios de urgencias de la ciudad de nivel I se atendieron un importante número de maternas con embarazos terminados en aborto, con complicaciones de parto y del puerperio al igual que las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades isquémicas del corazón y las cerebro-vasculares que debieron ser atendidas en otros niveles.

En este estudio se concluyó que una importante proporción de personas no están accediendo a los servicios de urgencias indicados para el tratamiento de su

³ Domínguez C, Ruiz JF. Clasificación de pacientes en urgencias. Un instrumento para el control y la reflexión. Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico 2005; 5: 10-13.

enfermedad, de igual forma los servicios de urgencias están atendiendo eventos que deben ser resueltos en otro nivel de atención. En la ciudad existen barreras de acceso que impiden la atención de todos los pacientes y que pueden incrementar la morbilidad y la mortalidad en la población.⁴

En cuanto al el estudio de la “Oportunidad en la Atención del servicio de Urgencias de La Clínica de la Costa Barranquilla del año 2006 “mediante el cual se dio a conocer el porcentaje de calidad por medio de variables que intervienen en la Prestación del Servicio y que este depende esencialmente, pero no exclusivamente de un acto médico siempre se debe actuar en un quipo interdisciplinario para obtener un resultado de calidad.

Otro aspecto a resaltar es que no solamente se encontró falta de oportunidad sino la falta de recursos e insumos lo cual repercute en un 100% al paciente.

En conclusión comparando la oportunidad en la atención dela Clínica de la Costa en el servicio de urgencia la cual es de carácter privado, referida en un 70% de los 100 usuarios encuestados y en la muestra de 239 tomada de la ESE José Prudencia Padilla en el año 2003, la cual fue de un 17% catalogada como oportuna.⁵

Teniendo en cuenta el estudio de La Evaluación del sistema de habilitación e implementación del plan de mejoramiento en la IPS E.S.E. Hospital Nivel I de El Bordo realizada en el 2007, en donde se obtuvo que según lo establecido por el Hospital Nivel I El Bordo en la auto evaluación presentaban un 100% en los estándares de habilitación argumentando que la norma exigía el 100% de cumplimiento para poder habilitarse, y los procesos o áreas a mejorar no eran de difícil consecución a corto y mediano plazo. Pero al verificar los estándares con el

⁴ Valencia Sierra Marta, González Echeverri Germán, Agudelo Vanegas Nelson, Acevedo Arenas Liliana, Vallejo Zapata Isabel C. Acceso a los Servicios de Urgencias en Medellín, 2006. Rev. Salud pública

⁵ Acosta Evelin, Castillo Gisell, Díaz Karen, Guerra Catherin, Sandoval Kerylin, Oportunidad en la Atención del servicio de Urgencias de La Clínica de la Costa Barranquilla del año 2006

anexo 1 de la resolución 1043 del decreto 1011, se encontró que el cumplimiento en promedio fue del 76% en las diferentes áreas.

En cuanto a la Infraestructura, instalaciones físicas y su mantenimiento en el área de urgencias hay una sola área para observación pediatría y adultos. Hay solo dos manómetros para oxígeno.

No hay equipo de órganos para el servicio de urgencias, en la actualidad cuenta con uno pero solo tiene otoscopio.

En los procesos prioritarios de asistencia:

No hay guías de atención médica inicial y definición de conducta. No hay un plan actualizado atención de emergencias. No hay plan de contingencia para emergencias. El Triage no está socializado

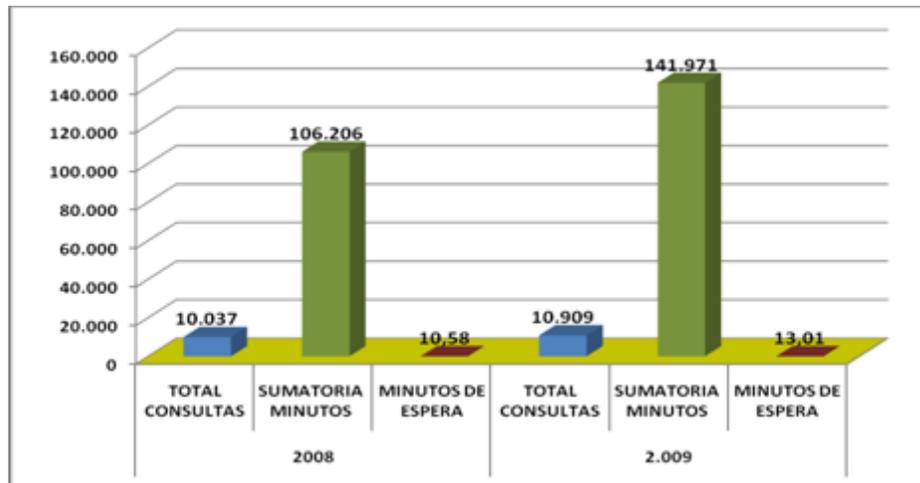
La brecha de la ESE HOSPITAL NIVEL I EL BORDO entre lo esperado y observado fue del 12.5% el cual se considera alcanzable, si se tiene en cuenta que se implementara el PAMEC bajo apoyo, supervisión y direccionamiento de la gerencia, con el talento humano, recurso físico, necesario para la implementación del proceso.

Además las áreas mostraron un porcentaje deficiente de cumplimiento fueron Infraestructura, instalaciones físicas y su mantenimiento, dotación y su mantenimiento, procesos prioritarios asistenciales, medicamentos, dispositivos médicos y su gestión, historia clínica y registros clínicos.⁶

Respecto al reporte de información de los indicadores de calidad de la Resolución 1446 de 2006, de la Dirección General de Calidad de Servicios Ministerio de la Protección Social a corte del 31 de diciembre de 2006 e informe del segundo semestre de 2006, en la tabla 1 muestra que la oportunidad en la atención de urgencias en el primer nivel de atención es de 24 minutos, en la ESE Hospital Nivel I El Bordo, se ha evaluado la oportunidad en la atención de urgencias y para

⁶ Melo Calderón David, Muñoz Jiménez Alma, Caballero Neil, Cujar María del Pilar, Evaluación del Sistema de Habilitación e Implementación del Plan de Mejoramiento en la IPS E.S.E. Hospital Nivel I El Bordo

el año 2008 y 2009, con 10,58 y 13,01 minutos respectivamente, esta evaluación se hace en el mes de julio y enero para el primero y segundo semestre respectivamente.



Fuente: Informe Estadístico ESE, feb. 2010

GRAFICO No 1. Oportunidad en la atención de urgencias ESE Hospital Nivel I El Bordo. 2008 2009.

TABLA No 1. Indicadores de calidad ese Hospital Nivel I El Bordo año 2008 - 2009

INDICADOR	Unidad de medida	2008	2009
Oportunidad en la asignación de la cita de consulta externa de medicina general.	Días	1	0.99
Oportunidad de la atención en consulta de urgencias.	Minutos	10.58	13.01
Oportunidad de la atención en servicios de Imagenología.	Días	1	1
Oportunidad de la atención en consulta de odontología general.	Días	1	1
Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados.	Tasa x100	0	0.6
Proporción de pacientes con Hipertensión Arterial controlada***	Proporción	17	77
Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas	Tasa	0.2	0
Tasa de infección intrahospitalaria.	Tasa	0	0
Proporción de vigilancia de Eventos Adversos.	Proporción	0	1
Tasa de Satisfacción Global de usuarios.	Porcentaje	88.42	884.5

7 .METODOLOGÍA

De acuerdo al informe de estadística en cuanto a morbilidad por el servicio de urgencias en el año 2009, se encontró lo siguiente: en el servicio de urgencias del Hospital nivel I El Bordo, se atendió un total de 10.909 consultas, no hay registro de a cuántas personas se les ordenó exámenes de laboratorio ni radiografías, pero dentro de las diez primeras causas de morbilidad por atención en el servicio de urgencias, cuatro de ellas tienen que ver con pacientes que han sufrido algún tipo de traumatismo mayores (964 pacientes) y por ello se supone requirieron de la toma de Rayos X, estos representan el 8% de las atenciones por urgencias, cinco causas tienen patologías que requieren exámenes de laboratorio clínico (5081 pacientes) que representan un 46% de las urgencias

7.1. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en el cual se utilizó en gran porcentaje las fuentes de información secundarias disponibles del servicio de urgencias del Hospital de Primer nivel del Bordo, Cauca.

7.2 .POBLACIÓN Y MUESTRA

La población quedó conformada por (909) pacientes, que se atendieron en el servicio de urgencias y la muestra fue constituida por un total de 90 personas que correspondieron al 10% de la población, de los cuales fueron distribuidos de la siguiente manera: 90 pacientes evaluados en consulta médica, (45 con patologías quirúrgicas y 45 con patologías no quirúrgicas), para evaluar la oportunidad en el servicio de laboratorio clínico, oportunidad en imágenes

Diagnósticas como la continuidad se tomó los mismos 90 pacientes y se registraron estas tres variables, en el caso que hayan requerido de alguno de estos servicios, de lo contrario estas variables quedarán sin reporte, es decir la muestra fue de los 90 pacientes y de estos 90 se tomo la información requerida.

7.3 .DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Un indicador de proceso se construye desglosando en variables los atributos esenciales del proceso.

Debe tenerse en cuenta que cuando se trata de medir cualidades y no magnitudes, sólo es posible obtener el indicador (unidad de información) a través de un procedimiento que permita valorar las percepciones. El acercamiento a la valoración objetiva se realiza sintetizando las percepciones individuales subjetivas en una percepción global intersubjetiva. Se obtiene preguntando y preguntándose (sondeo), utilizando la observación, entrevistas, reuniones, cuestionarios, escalas de valoración, etc.

Un proceso de calidad, como ya se ha indicado en otros apartados, conduce a resultados de calidad. Se identificaron los siguientes atributos de un proceso de calidad.⁷

Para medir la calidad en el servicio de urgencias de la ESE se utilizaron los siguientes indicadores ver anexo 2. Tabla de indicadores.

⁷ Betancur López Sonia Inés, Departamento de Salud Publica Fac Ciencias de la Salud Universidad de Caldas

7.4 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la presente investigación se diseñó un formato de recolección de información bajo el título **FORMATO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION DE ATENCION MEDICA, DE RX Y LABORATORIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ESE HOSPITAL NIVEL I EL BORDO** ver anexo 3, donde se registro la información prospectiva, utilizando la observación directa, los libros de registro del servicio de urgencias, historia clínica, libros de laboratorio y rayos x para el servicio de urgencias.

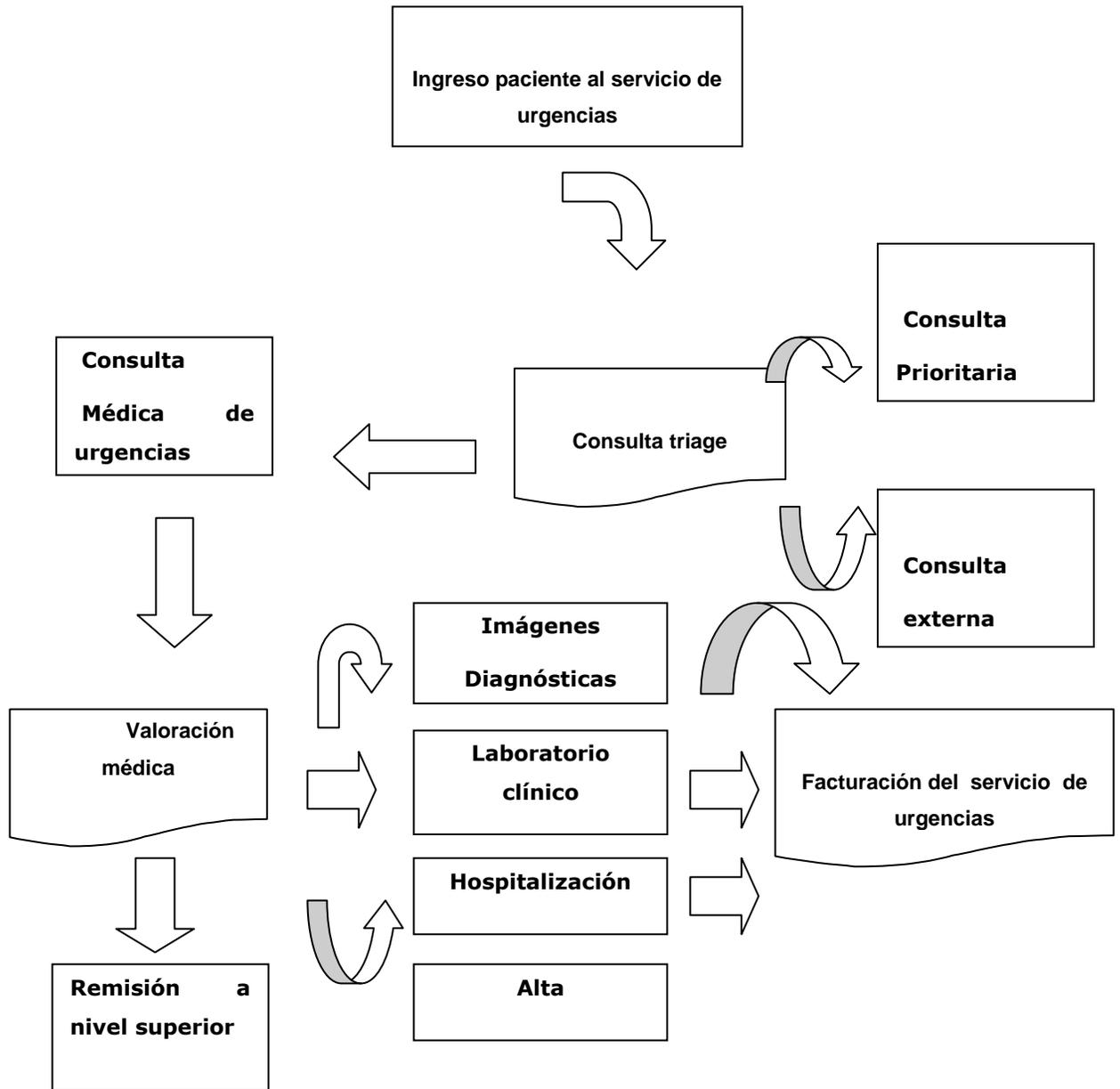
En el instrumento se recolecto la siguiente información

- Accesibilidad geográfica y por régimen de salud.
- Oportunidad en la consulta de urgencia, en laboratorio clínico y en imágenes diagnósticas.
- Seguridad: en infraestructura y en los procesos
- Pertinencia: ver qué consultas son verdaderas urgencias y cuáles no.
- Continuidad: tiempo de espera para que el usuario que se remita sea aceptado en el nivel superior.

7.4.1 Procedimientos de recolección de información: se efectuó de la siguiente forma: El paciente ingreso al servicio de urgencias, fue atendido por el auxiliar de enfermería, el Enfermero Jefe realizo el Triage, se clasificó como urgencia, consulta prioritaria o consulta externa, en los dos últimos casos se envió a consulta externa. Si fue una urgencia, se le envió al área de facturación donde le hicieron el ingreso al sistema, para programarlo en la agenda del médico, quien debió atenderlo de acuerdo a la demanda de usuarios y la complejidad de la patología; En el caso que el paciente haya requerido exámenes de laboratorio, se ordenaron, debió facturarlos, se tomaron por parte de laboratorio y se procesaron, si es de noche o en fines de semana se llama al bacteriólogo disponible, para los

Rayos X se ordenan, se facturan y se llama al técnico para la toma, si es fin de semana o en la noche, se hace por llamado a la persona disponible.

ATENCION DE PACIENTE EN URGENCIAS



GRAFICA No 2.Flujograma de Atención en el Servicio de Urgencias ESE Hospital Nivel I El Bordo.

Para diligenciar el formato, de recolección de la información de atención médica, de Rayos X y Laboratorio en el servicio de Urgencias (Ver anexo 2) el auxiliar de turno en el servicio de urgencias, fue capacitado, registrando en forma completa la información requerida, para ello utilizó la observación directa los libros de registro de urgencias, laboratorio clínico, rayos X, la historia clínica, registros de llamadas tanto a nivel local como las que se hagan al nivel superior para el caso de las remisiones. La información del formato, se diligenció de manera completa con cada una de las preguntas cada día se revisó la información, si algún formato quedo incompleto, se volvió a hacer revisión de los libros y se diligenció en forma completa.

La prueba piloto se realizó el día 23 de junio de 2010, se tomo una muestra de 10 pacientes, se diligencio en el respectivo formulario de recolección de la información de manera completa, se llevo a la tabla para verificar si la información obtenida proporcionaba respuesta a los interrogantes sobre la calidad de la atención en el servicio de urgencias.

En el presente trabajo, la información se recolectó de fuente primaria directamente de los pacientes en el Servicio de Urgencias de la ESE Hospital Nivel I El Bordo, específicamente en lo relacionado con la atención a las personas por parte del médico, la toma de RX y exámenes de laboratorio, las variables referentes a la procedencia de los usuarios, afiliación en salud, la seguridad del servicio de urgencias en cuanto a infraestructura y protocolos y flujogramas, la pertinencia o no de las consultas en el servicio de urgencias y la continuidad en los servicios específicamente en lo relacionado con la referencia al nivel superior de atención.

7.4.2 PLAN DE ANÁLISIS

Se verificaron el número total de formularios aplicados, que correspondieran con el número de la muestra (90 pacientes), además de que estuvieran diligenciadas todas y cada una de las variables.

De la información de los formularios se obtuvo, cada una de las variables con sus respectivos componentes, se realizó la tabulación de los datos y se consiguió los nueve indicadores para el servicio de urgencias, que permitieron evaluar el HOSPITAL NIVEL I ESE EL BORDO, con respecto al cumplimiento de los indicadores de calidad en el servicio de urgencias. El procesamiento de la información se realizó en el Programa EXCEL y se manejaron promedios y porcentajes para determinar los indicadores.

9. PRESUPUESTO

TABLA No 3. Presupuesto IFI

DETALLE	UNIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Tutora del Trabajo	6 HORAS	45.000	452.000
Investigador Uno	20	15.000	300.000
Investigador Dos	20	15.000	300.000
Persona que recoge la información	20 HORAS	5.000	100.000
Teléfono	60 MINUTOS	200	12.000
Impresión	190 HOJAS	500	95.000
TOTAL			1.260.164

10. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de la evaluación realizada durante la fecha de aplicación a 90 pacientes atendidos en el Servicio de urgencias del Hospital Nivel I ESE Bordo-Patía.

TABLA No 4. Consolidado de Resultados atención en urgencias ESE Junio 23 al 30 2010

ACCESIBILIDAD												
TOTAL CONSULTAS	GEOGRAFICA			TIPO DE AFILIACION								
	URBANO	RURAL	TOTAL	CONTRIBUT	SUBSIDIADO	VINCULADO	TOTAL					
	27	24	51	5	45	1	51					
%	52.9	47.1	100	9.87	88.23	1,9	100					
SEGURIDAD												
DETALLE	SEGURIDAD EN INFRAESTRUCTURA			SEGURIDAD EN FLUJOGRAMAS Y GUIAS DE ATENCION								
	SI	NO	TOTAL	SI	NO	TOTAL						
TOTAL DE CASOS ATENDIDOS	51	0	51	51	0	51						
PORCENTAJE	100	0	100	100	0	100						
PERTINENCIA												
LA CONSULTA FUE CATAOGADA COMO				URGENCIA	CONSULTA PRIORITARIA	CONSULRA EXTERNA						
NUMERO DE CASOS				51	27	12						
PORCENTAJE				56,6	30	13,4						
CONTINUIDAD												
NUMERO TOTAL DE HORAS DE ESPERA PARA LA REMISION						3,4						
TOTAL DE REMISIONES						5						
PROMEDIO DE ESPERA EN HORAS						0,68						
OPORTUNIDAD												
TIEMPO DE ESPERA	CONSULTA MEDICA				IMÁGENES				LABORATORIO			
	< 15 M	15-30	31-59	TOTAL	<1 H	1-3 H	> 3 H	TOTAL	<1 H	1-3 H	> 3 H	TOTAL
SUMATORIA	200	298	155	653	2,83	5,26	0	8,09	3,88	6,18	0	10,06
PROMEDIO	6,25	18,6	51,6	12,8	0,35	1,31	0	0,67	0,64	1,23	0	0,91
NUMERO DE CASOS	32	16	3	51	8	4	0	12	6	5	0	11
PORCENTAJE	62,6	31,2	6,2	100	66,66	33,34	0	100	54,54	45,46	0	100

10.1 ANALISIS DE RESULTADOS

Una vez se recolectó la información se realizó la tabulación de los indicadores de calidad en el servicio de urgencias de la ESE Hospital Nivel I El Bordo, obteniendo los siguientes resultados:

10.2 ACCESIBILIDAD.

10.2.1 Accesibilidad Geográfica: de las 90 consultas, 27 correspondieron a pacientes del área urbana, que representa el (52,9%) y del área rural fueron 24 pacientes que representan el 47.1 %.

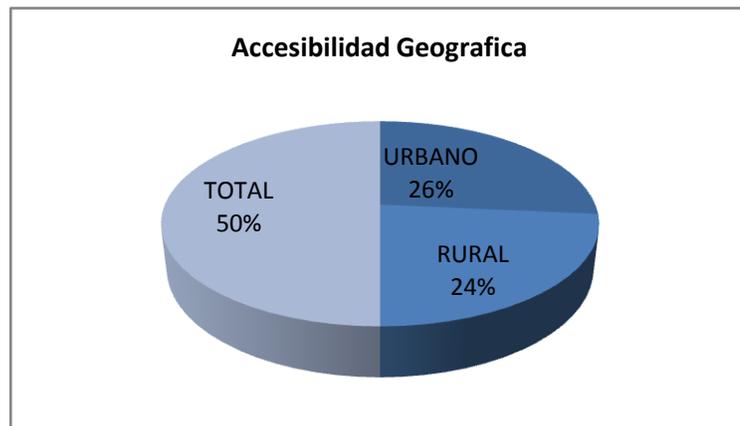


FIGURA No 3. Distribución porcentual de los pacientes de Urgencias de acuerdo a la Accesibilidad Geográfica ESE Hospital Nivel I El Bordo. 2010.

10.2.2 Accesibilidad por Tipo de Afiliación: de los 90 pacientes, 5 pertenecen al del Régimen Contributivo (9.87 %), 45 del Régimen Subsidiado (88.23 %) y 1 vinculado (1,9 %).

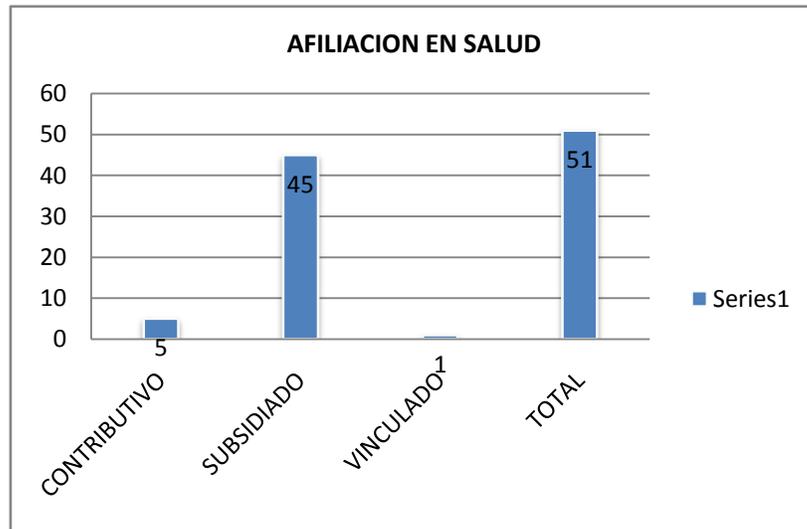


FIGURA No.4 Afiliación en Salud de los pacientes que consultan al servicio de urgencias ESE Hospital Nivel I El Bordo. 2010.

10.3 OPORTUNIDAD

10.3.1 Oportunidad en la consulta médica: la evaluación mostró que de las 90 consultas, en 51 pacientes (56,6%) se consideró como una verdadera urgencia, se evaluó la oportunidad de la atención de acuerdo al tiempo de espera, entre el ingreso del paciente y la atención. En los primeros 15 minutos 32 pacientes fueron atendidos los cuales representaron el (62,6 %), 16 pacientes (31,2 %) fueron atendidos con una oportunidad comprendida en un periodo entre 15 y 30 minutos y 3 pacientes (6,2%) entre los 31 a 59 minutos.

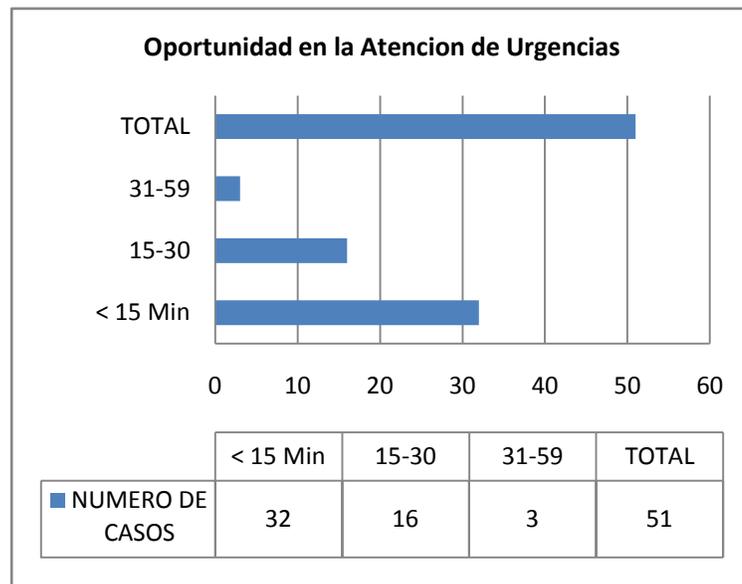


FIGURA No 5. Oportunidad en la Atención de la Consulta Médica en el Servicio de Urgencias ESE Hospital Nivel I El Bordo. 2010.

10.3.2 Oportunidad en Imágenes Diagnósticas: la evaluación mostró que de los 51 pacientes, 12 pacientes representaron el (23,53%) requiriendo de la toma de Rayos X, de acuerdo al tiempo de espera entre la solicitud del examen y la toma, se encontró que la oportunidad de la atención correspondió de la siguiente manera: En una hora para 8 pacientes (66,66%) ; entre 1 y 3 horas: 4 pacientes (33,33%) y ninguno en un tiempo mayor de tres horas, con un promedio de espera de 40,2 minutos.

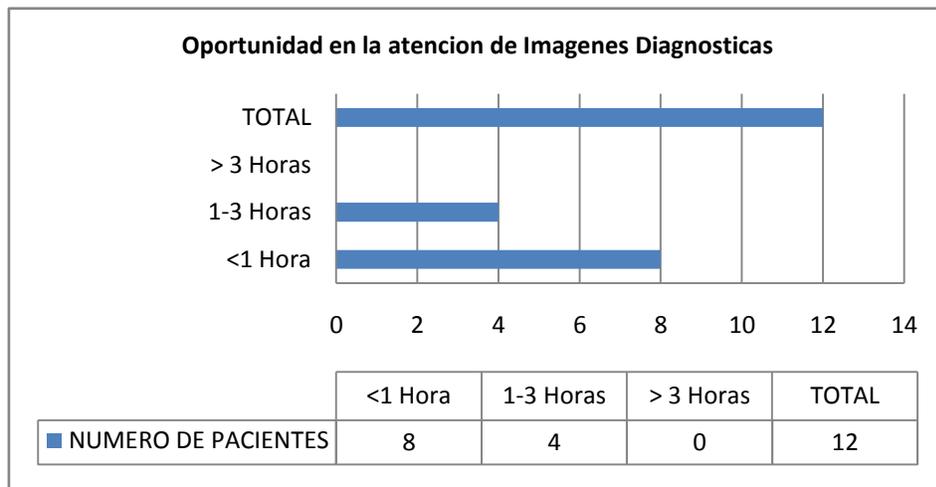


FIGURA No 6. Oportunidad en la Atención del Servicio de Imágenes Diagnosticas en urgencias ESE Hospital Nivel I El Bordo. 2010

10.3.3 Oportunidad en Laboratorio Clínico la evaluación mostró que de los 51 pacientes, a 11 pacientes (21,56%), se les ordenó exámenes de laboratorio, sobre estos se evaluó la oportunidad de atención, de acuerdo al tiempo de espera entre la solicitud del examen y la atención: en una hora: 6 pacientes fueron atendidos representando el (54,54%) ; entre 1 y 3 horas: 5 pacientes (45,46%) y ninguno en un tiempo mayor de tres horas, con un promedio de espera de 54,6 minutos.

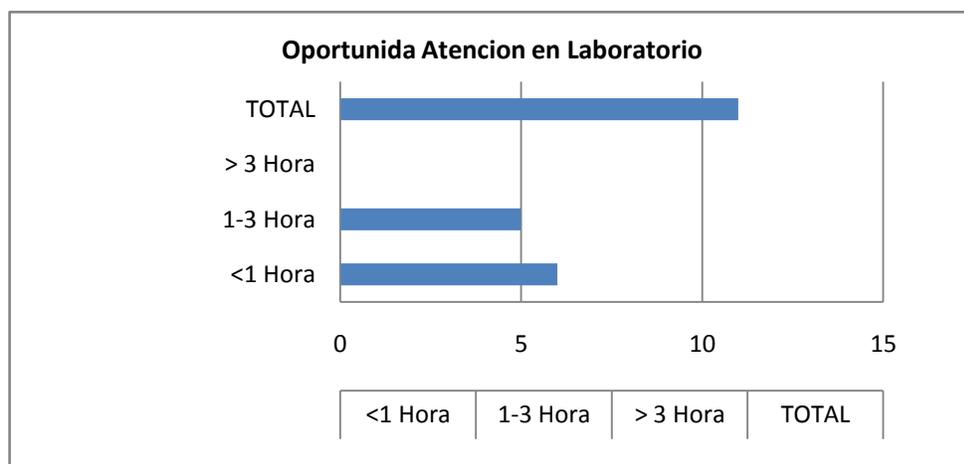


FIGURA No 7. Oportunidad en la Atención del Servicio de Laboratorio en urgencias ESE Hospital Nivel I El Bordo. 2010

10.4 SEGURIDAD: de los 51 casos que se atendieron como urgencia se les verificó la seguridad de la atención en cuanto a:

10.4.1 Seguridad en la infraestructura física: de los 51 pacientes ninguno requirió atención en el servicio de emergencia, por lo tanto el 100% recibió atención con seguridad en la infraestructura física.

TABLA No 5. Seguridad en la Infraestructura en urgencias ESE Hospital Nivel I El Bordo.

SEGURIDAD EN LA INFRAESTRUCTURA			
	SI	NO	TOTAL
NUMERO DE CASOS	51	0	51
%	100	0	100

10.4.2. Seguridad en el flujograma y Guías de Atención: los 51 pacientes recibieron atención acorde al flujograma y las guías de atención.

TABLA No 6. Seguridad en flujograma y guías de atención ESE Hospital Nivel I El Bordo.

SEGURIDAD EN FLUJOGRAMAS Y GUIAS DE ATENCION			
	SI	NO	TOTAL
NUMERO DE CASOS	51	0	51
%	100	0	100

10.5 PERTINENCIA de los 90 casos, 51 pacientes (56,6%) correspondían a consulta de urgencias, 27 pacientes (30%) fueron catalogados como consulta prioritaria y 12 pacientes (13,4%) como consulta externa.

TABLA No 7. Pertinencia de la consulta médica en el servicio de urgencias ESE Hospital Nivel I El Bordo.

PERTINENCIA			
LA CONSULTA FUE CATAOGADA COMO	URGENCIA	CONSULTA PRIORITARIA	CONSULTA EXTERNA
NUMERO DE CASOS	51	27	12
PORCENTAJE	56,6	30	13,4

10.6 CONTINUIDAD de los 51 casos atendidos solo 5 pacientes necesitaron ser remitidos al nivel superior que representa (9,8) % de todas las consultas por el servicio de urgencias, el promedio de espera fue de 0,68 horas es decir 41,4 minutos.

TABLA No 8. Continuidad en la atención de urgencias ESE Hospital Nivel I El Bordo.

CONTINUIDAD	
NUMERO TOTAL DE HORAS DE ESPERA PARA LA REMISION	3,46
TOTAL DE REMISIONES	5
PROMEDIO DE ESPERA EN HORAS	0,68

11. DISCUSION

La ACCESIBILIDAD en el servicio de urgencias de la ESE Hospital Nivel I El Bordo es buena, teniendo en cuenta que se presta la atención a todos los usuarios, sin importar el lugar de procedencia sea el área urbana o rural o el régimen de salud al cual pertenezcan los usuarios, teniendo accesibilidad a los servicios tanto de consulta médica, imágenes y en laboratorio clínico, cumpliendo con la normatividad.

Hay un número ligeramente mayor de usuarios procedentes del área urbana comparado con los del área rural, y la accesibilidad entonces es igual para cualquier usuario, esto es el reflejo de que la población del Municipio de El Patía está distribuida de manera similar en el casco urbano como en el área rural, de acuerdo a la proyección del censo DANE del 2005, pero no ocurre lo mismo antes de llegar al Hospital, porque los del área rural tienen mayor dificultad debido a las distancias mayores y a la falta de transporte en muchos de los casos y en otros por falta de recurso económico, esta situación es similar a la encontrada por un estudio de la Universidad del Valle en el año 2007⁸,

Según el tipo de afiliación no hay discriminación para la atención, y tienen la misma posibilidad de acceder a los servicios de urgencias El Municipio está llegando a la cobertura total en el régimen subsidiado con más del 95% de la población afiliada y de ahí que el mayor porcentaje de consultas por urgencias pertenezcan al régimen subsidiado, y en menor proporción los del régimen contributivo y un mínimo porcentaje a la población pobre no está asegurada, esto es contrario a lo observado en un estudio de la Universidad de Caldas del 2004⁹ donde mostró que el 74% de las consultas al servicio de urgencias de los

⁸ Colombia Médica, Volumen. 36 No.1, Universidad del Valle 2007

⁹ Delgado Realpe Cecilia, Universidad de caldas, 2004

hospitales de Caldas pertenecían a la población pobre no asegurada y el 26% al Régimen subsidiado, pero esta situación ha cambiado por el incremento del aseguramiento a nivel nacional¹⁰

LA OPORTUNIDAD en el servicio de urgencias es considerado bueno de acuerdo a los indicadores y se pudo ver en los resultados encontrados en el presente trabajo donde la mayoría de los usuarios tiene una oportunidad en la atención en consulta médica por debajo de los 15 minutos, un menor porcentaje recibe la atención en un periodo entre 15 y 30 minutos y un número mínimo recibió atención entre 30 y 59 minutos, con un promedio general de 12,8 minutos, tiempo que está por debajo del rango de los 15 minutos que se considera óptimo, para la atención en a baja complejidad, el valle del Cauca¹¹ tiene por departamentos el tiempo de espera más bajo entre los prestadores que reportan esta información con un tiempo de 19,2 minutos, según el informe del Departamento de Calidad del Ministerio de la Protección Social del año 2009, esto se debe a la que el Hospital al implementar el sistema del triage pasa al médico sólo las urgencias y así el médico no pierde tiempo valorando a pacientes no urgentes y esto lleva a que estemos 6 minutos por debajo del promedio en el Valle del Cauca.

La oportunidad en imágenes diagnosticas es considerada buena si se tiene en cuenta que la mayoría tuvo un tiempo de espera de menos de una hora y ninguno un tiempo mayor a tres horas, según un estudio realizado en la Fundación Santa Fe de Bogotá en el año 2005¹², el tiempo promedio de espera par toma de rayos-x fue de 58 minutos, en El Hospital de EL Bordo, el tiempo promedio fue de 40,2 minutos, esto podría explicarse por el hecho de que la demanda del servicio de imágenes en El Hospital es muy baja y hay disponibilidad del técnico y del equipo

¹⁰ Gilberto Barón L Seminario: El gasto social en la crisis: Santiago de Chile 16 y 17 de junio de 2009

¹¹ Informe del Departamento de calidad de Ministerio de la Protección Social al Senado de la República, julio de 2009

¹² Informe del Departamento de calidad de Ministerio de la Protección Social al Senado de la República, julio de 2009

de rayos-x, además de la disponibilidad permanente de la persona encargada de las tomas.

La oportunidad en el laboratorio clínico es considerada buena, con un promedio de atención de menos de una hora y una variación casi similar entre los que se les toma exámenes en menos de una hora y de 1 a 3 horas; en un estudio hecho en el Hospital San Rafael de San José de Costa Rica, en el año 2007, se encontró que el promedio era de 70 minutos, esto se debe a que se está dando prioridad a la atención de urgencias en todos los niveles y también por la baja demanda de los servicios de laboratorio por urgencias, porque un bajo porcentaje de los que acudieron a urgencias requirieron de exámenes de laboratorio de manera urgente.

LA SEGURIDAD de la atención en el servicio de urgencias es considerada buena, debido entre otras cosas a la remodelación de esta área que se realizó en el año 2009, dejando la parte de infraestructura física acorde con los estándares de habilitación exigidos por el ministerio, de ahí que los 51 usuarios que solicitaron el servicio en urgencias se les atendió con seguridad en parte de infraestructura y ninguno requirió del manejo en sala de emergencias donde no se cumple a cabalidad con los requisitos de habilitación; en el informe del estudio IBEAS que se realizó en el 2008¹³, se encontró que el 10% de los pacientes presentaron eventos adversos al no ser atendidos con seguridad en la parte de infraestructura, este estudio corresponde a la atención de los hospitales seleccionados en Colombia.

La seguridad en el flujograma y guías de atención también es buena, pues los 90 usuarios recibieron la atención acorde al flujograma y las guías de atención, porque el Hospital buscando habilitarse ha hecho esfuerzos para dar cumplimiento a los requerimientos en materia de calidad y se ha capacitado al personal y desde febrero de 2010 se nombró a un subgerente de calidad con lo que se busca dar atención con mejor calidad en todas las áreas.

¹³ Ministerio de la Protección Social, Estudio IBEAS, Noviembre 2008.

LA PERTINENCIA de la consulta en el servicio de urgencias no es buena, sólo un poco más de la mitad de los que requieren el servicio son verdaderas urgencias y un porcentaje casi similar son consultas prioritarias o consultas externas, llevando a un desgaste en el personal encargado del triage, esto se debe a que el usuario busca una atención pronta, no quiere pedir su cita previa para la atención ambulatoria o no sabe reconocer lo que es una urgencia, este fenómeno se ha ido mejorando y a través de las campañas en los medios de comunicación se hace educación continuada para que el usuario optimice los servicios y el Hospital evite glosas por no pertinencia y por otro lado el esfuerzo médico se dirige a resolver la problemática de los pacientes que realmente necesitan el servicio; si comparamos con la situación presentada en los servicios de urgencias en Medellín, publicado en la Revista de Salud Pública del año 2007, que mostró que sólo el 10% de los pacientes no fueron admitidos como urgencias, que se explica por el hecho de tener un mayor conocimiento por parte de la población, sobre lo que es una urgencia, pues llevan mucha ventaja respecto a los hospitales de departamentos como el Cauca, en los que los avances en materia de salud han sido más lentos y la misma población desconoce aspectos como diferenciar una consulta urgente de otra que no lo es.

LA CONTINUIDAD de la atención en la ESE Hospital Nivel I EL Bordo es buena, los pacientes que requirieron continuar su manejo en el nivel superior fueron ubicados en un tiempo relativamente corto, de sólo 41,4 minutos, comparado con los reportes del Departamento del Valle¹⁴ donde la oportunidad para la atención de pacientes remitidos es de más de dos horas, debido a la alta demanda de los servicios de urgencias en el II y III nivel de atención, de acuerdo al informe del periódico El Pulso de abril de 2010, donde muestra que el 79,7% de la remisiones se originan en la baja complejidad. El tiempo corto en la aceptación de los

¹⁴ Colombia médica, Volumen 36 N° 1, 2005

pacientes en el nivel superior puede ser solo un hecho aislado pues en el departamento del Cauca, pese a haber un centro regulador de urgencias y emergencias, no es operativo y los hospitales de II y uno de III nivel, no tienen la suficiente capacidad para recibir toda la demanda de los diferentes municipios, encontrando que se debe esperar más horas para ser ubicado en el nivel superior y en algunas de ellas en otro departamento como el Valle y Nariño

12. CONCLUSIONES

Al evaluar la calidad de la atención en el servicio de urgencias del Hospital Nivel I ESE El Bordo, se encontró que es buena, por lo siguiente:

- La accesibilidad a los usuarios está garantizada independiente de su procedencia urbana o rural o de el tipo de afiliación en salud, es decir la institución cumple con la normatividad vigente
- La oportunidad de la atención médica en el servicio de urgencias está dentro de los parámetros estipulados para considerar una atención oportuna, de esta manera se evita posibles complicaciones por demora en la atención.
- La oportunidad en la toma de Rayos X en el servicio de urgencias es buena, en parte por la baja demanda del servicio.
- La oportunidad en el laboratorio clínico es buena con un promedio de 56,4 minutos, debido a la baja demanda del servicio en urgencias y la política de atención integral y oportuna a los usuarios.
- La seguridad de la atención en el servicio de urgencias en cuanto a infraestructura, flujograma y guías de atención es bueno porque en esta área se ha invertido recurso humano y financiero y es una de las áreas cumple con los requisitos de habilitación.
- La pertinencia en la consulta de urgencias es mala por falta de conocimiento de los usuarios sobre las verdaderas urgencias.
- La continuidad de la atención por parte de la ESE se garantiza, solo que depende de un tercero para que el paciente acceda al nivel superior para continuar su manejo y en esto la Secretaría de Salud del Departamento debe seguir haciendo esfuerzos para mejorar la oferta de servicios de II y III nivel de atención
- Se recomienda seguir trabajando en dar atención con calidad en todos los servicios de la ESE Hospital Nivel I El Bordo, incluido el área de urgencias

- Para mejorar la pertinencia de la atención en el servicio de urgencias, se debe seguir educando a la población para que utilicen mejor el servicio.

BIBLIOGRAFIA

BETANCUR LÓPEZ, Sonia Inés. Operacionalización de variables Facultad de Ciencias para la Salud, Universidad de Caldas. 2004.

LEY 1122 del año 2007 por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Normas de Habilitación del Ministerio de la Protección Social.

Resolución 1043 del 3 de marzo de 2006 y sus anexos.

Decreto 1011 del 3 de marzo de 2006 y sus anexos

PARDO DE V., Graciela; CEDEÑO C., Marlene. Investigación en salud. Factores sociales. Bogotá: Interamericana. 1997.

PINEDA, DE ALVARADO, E.L. y DE CANALES, F.H. Metodología de la investigación en salud. Washington: OMS, OPS. 2 ed. 1994

POLÍTICA NACIONAL PRESTACIÓN DE SERVICIOS del 2005 Con el propósito de garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios.

RESOLUCION 3374 del 2000 Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados.

RESOLUCIÓN 1043 de 2006 Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL “Ley 100 de 1993” por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se adoptan otras disposiciones.

ANEXOS

ANEXO 1.

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Nivel de medición	Dimensión	Indicador	Unidad de medida	Pregunta del instrumento
ACCESIBILIDAD	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	<p>1.Geográfica: En términos de distancias, facilidades de transporte, condiciones topográficas</p> <p>Decreto 1011 Resolución 1446 Circular. 030</p> <p>viabilidad de recibir la atención medica en urgencia según régimen de salud:</p> <p>Personas que acceden a la atención de urgencias provenientes de la zona rural.</p> <p>Personas que acceden a la atención de urgencias provenientes de la zona urbana.</p>	Cualitativa	Nominal	<p>Porcentaje de usuarios de la zona urbana y el porcentaje de usuarios de la zona rural.</p> <p>URBANO: es la población de la cabecera municipal, es decir El Bordo.</p> <p>RURAL: población que está por fuera de la cabecera municipal y pertenecen al municipio de El Patía.</p>	<p>U: Urbano R: Rural TC: Total de Consultas.</p> <p>$\frac{U}{TC} \times 100\%$</p> <p>$\frac{R}{TC} \times 100\%$</p> <p>OPTIMA: si el 100% de la población tiene accesibilidad al servicio de urgencias. BUENO: si el 70 – 99% de la población tiene acceso REGULAR: si el 40 -69% de la población tiene acceso.</p>	Porcentaje	<p>Accesibilidad según procedencia</p> <p>U(Urbano) <input type="checkbox"/></p> <p>R(Rural): <input type="checkbox"/></p> <p>Pregunta 1.2</p>

		<p>2. Tipo de afiliación</p> <p>Contributivo</p> <p>Subsidiado</p> <p>Vinculados</p> <p>Personas con afiliación al SGSSS</p> <p>La accesibilidad es universal según la ley 110 de 1993 Características del SOGCS según el Decreto. 10111 de 2006</p>				<p>MALO: si menos del 40% tiene acceso</p> <p>% de usuarios con régimen contributivo</p> <p>% de usuarios del régimen subsidiado</p> <p>% vinculados</p>	<p>Accesibilidad según régimen</p> <p>CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/></p> <p>SUBSIDIADO <input type="checkbox"/></p> <p>VINCULADOS <input type="checkbox"/></p>
--	--	---	--	--	--	---	---

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Nivel de Medición los niveles de medición son razón, ordinal, intervalo y nominal	Dimensión	Indicador	Unidad de medida	Pregunta del formulario
2 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.	<ul style="list-style-type: none"> Oportunidad en el Servicio de Urgencias DEC1011 RES 446 Circular. 030 Oportunidad en el Servicio de imágenes DEC 1011 RES 1446 CIR. 030 Oportunidad en el Servicio de Laboratorio. DEC 1011 RES 1446 CIR. 030 	Cuantitativa	Razón	El tiempo en la atención de los usuarios frente al tiempo de respuesta en la consulta de urgencia, laboratorio e imágenes	<ul style="list-style-type: none"> Sumatoria de todos los minutos transcurridos desde la solicitud de la atención de urgencias, hasta ser valorado por el médico en un periodo X Total de usuarios que requieren el servicio de urgencias durante el periodo X Usuarios atendidos durante los primeros 16 a 30 minutos de la llegada al servicio de urgencias durante el periodo X Total de usuarios que requieren el servicio de urgencias durante el periodo X 	Minutos	<p>Pregunta 2.1</p> <ul style="list-style-type: none"> Oportunidad en el Servicio de Urgencias: Hora de Ingreso: _____ Hora de Atención: _____ <p>Pregunta 2.2</p> <p>Oportunidad en imágenes diagnósticas</p> <p>Hora de realización de toma de imágenes (RX)</p> <p>Pregunta 2.3</p> <p>Oportunidad en el Servicio de de laboratorio _____</p> <p>Hora de realización del examen Laboratorio: _____</p>
3 SEGURIDAD.		<p>Seguridad en la Estructura (Física) en el servicio de urgencias DEC 1011 RES 1446 CIR. 030</p> <p>Seguridad en los procesos (flujograma, instrumentos) en el servicio de urgencias DEC 1011 RES 1446 CIR. 030</p>	Cuantitativa	Existencia y cumplimiento de flujograma en la atención de urgencias	Cuantificar el porcentaje de cumplimiento de los requisitos mínimos de habilitación de habilitación en cuanto a infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> Usuarios atendidos durante los primeros 31 a 60 minutos de la llegada al servicio de urgencias durante el periodo X Total de usuarios que requieren el servicio de urgencias durante el periodo X 	Tiempo en horas, transcurrido desde la solicitud del examen hasta la toma	<p>Pregunta 3.1</p> <p>Formulario del anexo técnico 1 de la res 1043 de 2006</p> <p>Pregunta 3.2</p> <p>Atención acorde a un flujograma</p> <p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Pregunta 4</p> <p>urgencias <input type="checkbox"/></p> <p>Consulta prioritaria <input type="checkbox"/></p> <p>Consulta externa <input type="checkbox"/></p> <p>Pregunta 5</p>
4. PERTINENCIA	Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en		cualitativa	Porcentaje de Consulta de urgencias que son catalogadas como verdaderas urgencias	Verificación de la existencia y aplicación de flujogramas de atención en el	Numero de requisitos cumplidos en infraestructura / número total de requisitos de habilitación x 100	Tiempo en minutos, transcurrido desde la llegada del paciente al servicio hasta el momento de la atención	

<p style="text-align: center;">5</p> <p>CONTINUIDA D.</p>	<p>evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias</p> <p>DEC 1011 RES 1446 CIR. 030</p> <p>Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales</p> <p>DEC 1011 RES 1446 CIR. 030</p> <p>Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones</p>	<p>Número de Consultas por el servicio de urgencias que realmente son catalogadas como una urgencia</p> <p>DEC 1011 RES 1446 CIR. 030</p> <p>Tiempo de espera para ser aceptados los pacientes que son remitidos al nivel superior</p> <p>DEC 1011 RES 1446 CIR. 030</p>	<p>cuantitativa</p>	<p>Porcentaje de pacientes que son aceptados en el nivel superior en un tiempo prudencial</p>	<p>servicio de urgencias</p> <p>Porcentaje de personas que solicitan el servicio de urgencias, catalogados como verdaderas urgencias</p> <p>Bueno</p> <p>Regular</p> <p>Malo</p> <p>Tiempo transcurrido entre la solicitud de la remisión y la aceptación por parte del nivel superior.</p>	<p>Número de usuarios atendidos siguiendo un flujograma preestablecido/ número total de usuarios atendidos en el servicio de urgencias x 100</p> <p>Número de consultas catalogadas como verdaderas urgencias / número total de consultas en el servicio de urgencias x 100</p> <p>Sumatoria de todas las horas transcurridas desde la solicitud de la atención en nivel superior, hasta ser aceptados en dicho nivel en un periodo X / total de pacientes remitidos</p>	<p>porcentaje</p> <p>porcentaje</p> <p>Porcentaje</p>	<p>Hora de solicitud de cupo en el nivel superior _____</p> <p>—</p> <p>Hora de aceptación en dicho nivel: _____</p>
--	--	--	---------------------	---	---	--	---	--

	es requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimient o científico							
--	---	--	--	--	--	--	--	--

ANEXO 2
LISTA DE INDICADORES

1. ACCESIBILIDAD (Res 1446 de 2006 y Circular 030 de 2006)

Se evaluó la accesibilidad geográfica (urbana y rural) y la afiliación en régimen de salud (contributivo, subsidiado y vinculado)

1.1. Geográfica.

Número de pacientes del área rural
_____ X 100

Número total de consultas de urgencias

Número de pacientes del área urbana
_____ X 100

Número total de consultas de urgencias

1.2. Tipo de afiliación:

Número de pacientes con régimen contributivo
_____ X 100

Número total de consultas de urgencias

Número de pacientes con régimen subsidiado
_____ X 100

Número total de consultas de urgencias

Número de pacientes vinculados
_____ X 100

Número total de consultas de urgencias

2. OPORTUNIDAD (Resolución 1446 de 2006 y Circular 030 de 2006)

2.1. Oportunidad en el Servicio de Urgencias:

Sumatoria de todos los minutos transcurridos desde la solicitud de la atención de urgencias, hasta ser valorado por el médico en el periodo junio 24 a junio 30 de 2010

Total de usuarios que requirieron el servicio de urgencias durante el periodo junio 24 a junio 30 de 2010

2.2 Oportunidad en imágenes diagnósticas:

Usuarios atendidos durante los primeros 16 a 30 minutos de la llegada al servicio de urgencias durante el periodo junio 24 a junio 30 de 2010

Total de usuarios que requirieron el servicio de urgencias durante el periodo junio 24 a junio 30 de 2010

2.3 Oportunidad en el Servicio de Laboratorio:

Usuarios atendidos durante los primeros 31 a 60 minutos de la llegada al servicio de urgencias durante el periodo junio 24 a junio 30 de 2010

Total de usuarios que requirieron el servicio de urgencias durante el periodo junio 24 a junio 30 de 2010

3. **SEGURIDAD:** (Resolución 1446 de 2006 y Circular 030 de 2006),

3.1 **Seguridad en la Estructura (Física) en el servicio de urgencias:** los pacientes que fueron atendidos en el área de urgencias, recibieron atención con seguridad porque esta área cumplió con los estándares de habilitación, no ocurre lo mismo si el paciente va a emergencia donde no se cumple con los estándares de habilitación.

Número de requisitos cumplidos en infraestructura

X 100

Número total de requisitos de habilitación

3.2 Seguridad en los procesos (flujograma, guías de atención) en el servicio de urgencias

$$\frac{\text{Número de usuarios atendidos siguiendo un flujograma preestablecido}}{\text{Número total de usuarios atendidos en el servicio de urgencias.}} \times 100$$

4. PERTINENCIA ()

$$\frac{\text{Número de consultas catalogadas como verdaderas urgencias}}{\text{Número total de consultas en el servicio de urgencias.}} \times 100$$

Guías de atención de urgencias ESE Hospital Nivel I El Bordo.

5. CONTINUIDAD ((Resolución 1446 de 2006 y Circular 030 de 2006)

Tiempo de espera para ser aceptados los pacientes que son remitidos al nivel superior

Sumatoria de todas las horas transcurridas desde la solicitud de la atención en nivel superior, hasta ser aceptados en dicho nivel en el periodo junio 24 a junio 30 de 2010

Total de pacientes remitidos en el periodo junio 24 a junio 30 de 2010

ANEXO 3.

FORMATO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION DE ATENCION MEDICA, DE RX Y LABORATORIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ESE HOSPITAL NIVEL I EL BORDO

FECHA DE CONSULTA -----FECHA DE RECOLECCION DE LA MUESTRA -----	
NOMBRE-----.IDENTIFICACION----- EDAD----- AÑOS <input type="text"/> MESES <input type="text"/>	
1 ACCESIBILIDAD (marque con una x)	1.1 PROCEDENCIA URBANO <input type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/>
	1.2 AFILIACION CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/> SUBSIDIADO <input type="checkbox"/> VINCULADO <input type="checkbox"/>
2 OPORTUNIDAD	
2.1 OPORTUNIDAD EN ATENCION MEDICA (coloque el valor en número utilizando la hora militar)	
Hora de ingreso del paciente Hora -----Min----- Hora de atención Hora-----Minutos-----	
2.2 OPORTUNIDAD EN LA TOMA DE RX EN URGENCIAS (coloque el valor en número utilizando la hora militar)	
Hora de solicitud de rayos X Hora-----Minutos----- Hora de la toma Hora-----Minutos-----	
2.3 OPORTUNIDAD EN TOMA DE LABORATORIOS (coloque el valor en número utilizando la hora militar)	
Hora de solicitud de exámenes de laboratorio Hora-----Minutos----- H. de reporte Hora-----Minutos-----	
3 SERGURIDAD (marque con una x)	
3.1 LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA BRINDA SEGURIDAD Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
3.2 RECIBIO ATENCION DE ACUERDO AL FLUJOGRAMA Y LAS GUÍAS DE ATENCIÓN Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
4 PERTINENCIA (marque con una x)	URGENCIA <input type="checkbox"/>
LA CONSULTA DEL PACIENTE FUE CATALOGADA COMO	CONSULTA PRIORITARIA <input type="checkbox"/>
	CONSULTA EXTERNA <input type="checkbox"/>
5 CONTINUIDAD (coloque el valor en número utilizando la hora militar)	
Hora de solicitud de remisión Día-----Hora-----Min----- Hora de aceptación Día-----Hora-----Min-----	

Responsable de recolección de la información-----