

**ESTUDIO DE OFERTA DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN LA E.S.E CENTRO DE SALUD DE  
RICAURTE. CUNDINAMARCA - 2012**

**ESTUDIO DE OFERTA DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN LA E.S.E CENTRO DE  
SALUD DE RICAURTE. CUNDINAMARCA - 2012**

**UNIVERSIDAD EAN  
Facultad de Postgrados  
Especialización en Auditoría y Garantía de Calidad en Salud**

Wilson José Echeverría Galezo

Juan Carlos Zapata Hoyos

Edwin César Triana Villa

Informe final presentado como requisito para optar el título de especialistas en  
Auditoría y Garantía de Calidad en Salud

Asesor: GENTIL GÓMEZ MEJÍA  
Médico y Abogado; especialista en Administración Hospitalaria  
y en Auditoría y Garantía de Calidad en Salud.  
Docente – Tutor U.T. – U. EAN

Ibagué, Colombia  
2012.

**DEDICATORIA**

A nuestro señor JESUCRISTO por darme la vida y fortaleza:

A mi madre, mis hermanos.

A mis compañeros.

Wilson Echeverría

A Dios por darme el don de la vida, salud y libertad.

A mis padres, a mi padrino Pedro Guayana.

A Ivette Cruz, Juan Zapata y Wilson Echeverría

Edwin Triana

A Dios por darme la vida

A mis padres, mi novia.

A mis compañeros Dr. Wilson Echeverría y Dr. Edwin Triana

A la Universidad EAN

Juan Zapata

## PRÓLOGO

Los servicios de urgencias poseen una disponibilidad inmediata de recursos para proporcionar tratamiento médico inmediato, a cualquier hora del día o de la noche. Estos servicios deben disponer de una infraestructura para la atención oportuna y con calidad especialmente para aquellos pacientes que solicitan atención por eventos agudos y graves. La atención inicial de las urgencias abarca todas las acciones realizadas en una persona con patología urgente, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial. El conjunto articulado de las unidades prestadoras de atención de urgencias conforma la red de urgencias, que según niveles de atención y grados de complejidad deben actuar coordinadamente. La efectividad de los servicios de urgencias hospitalarios depende de los determinantes externos que se derivan de la demanda de los usuarios. También depende de los determinantes internos derivados del modelo organizativo de la institución. En Colombia, la ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias de atención de urgencias estableció que esta atención debe ser prestada en forma obligatoria a todas las personas independientemente de su capacidad de pago y del régimen del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS)

El acceso a los servicios de urgencias se entiende como el proceso mediante el cual se logra conseguir una atención médica inmediata y oportuna. En nuestra población existe una proporción de personas que acceden a los servicios de urgencias pero que no son admitidas. También sucede que algunas de las personas admitidas no son atendidas oportunamente o han tenido varias remisiones previas o algunas de ellas no acceden al nivel de complejidad adecuado

La finalidad del servicio de urgencia en el Municipio de Ricaurte Departamento de Cundinamarca es estimar el acceso y la oportunidad de atención a los servicios de urgencias, información de gran importancia para la planeación y mejoramiento de los servicios de este municipio.

## **AGRADECIMIENTOS**

Dr. Gentil Gómez Mejía, Médico de la Universidad de Caldas y Abogado de la Universidad Cooperativa de Colombia, por su persistencia en el ahondamiento del conocimiento ya adquirido por nuestra universidad, la cual se puede ver reflejada en dicho trabajo con capacidad de entendimiento y con lenguaje práctico, con gran posibilidad de retroalimentación; de antemano le estaremos eternamente agradecidos, por su confianza y paciencia para con sus estudiantes.

Dr. Andrés León, médico general y auditor de la Universidad del Bosque; sus estudiantes con admiración y respeto le quedamos en deuda por su capacidad y confianza como docente, como amigo y por su incondicionalidad además de brindarnos conocimientos siendo una persona de apoyo en cualquier momento es por esto que le estaremos agradecidos por tener el privilegio de ser uno de sus estudiantes de la cual sabremos en un futuro cercano aplicar sus enseñanzas y reflejarlo en nuestras respectivas profesiones.

## CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA	2
PRÓLOGO	3
INTRODUCCIÓN .....	8
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	9
2. JUSTIFICACIÓN.....	10
3. ANTECEDENTES.....	11
3. OBJETIVOS .....	12
3.1 OBJETIVO GENERAL .....	12
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
4. MARCO DE REFERENCIA .....	13
4.1 MARCO SOCIOGEOGRÁFICO .....	13
4.2 DEFINICIONES .....	14
4.2.1 Urgencia médica	14
4.2.2 Consulta prioritaria	14
4.2.3 Tipos de gravedad	15
4.2.4 Qué es una consulta programada	15
4.2.5 Qué es una consulta preventiva	15
4.2.6 Demanda observada o efectiva	16
4.2.7 Demanda de salud	16
4.2.8 Demanda potencial o esperada	16
4.2.9 Demanda real	16
4.2.10 Demanda satisfecha	16
4.2.11 Oferta.	17
4.2.12 Oportunidad	17
4.2.13 Triage de urgencia.	17

**ESTUDIO DE OFERTA DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN LA E.S.E CENTRO DE SALUD DE  
RICAURTE. CUNDINAMARCA - 2012**

4.2.13.1.1	Triage no profesional.....	17
4.2.13.1.2	Triage básico .....	17
4.2.13.1.3	Triage avanzado .....	17
4.2.13.1.4	Triage médico.....	18
4.2.13.1.5	Triage en equipo.....	18
6.	MARCO LEGAL .....	19
6.1	CONSTITUCIÓN POLÍTICA .....	19
6.1.1	Política nacional de prestación de servicios de salud	19
6.2.	PROBLEMAS ACUMULADOS.....	19
6.2.1.	Baja capacidad resolutive.	19
6.2.1.1.	Falta del sistema integral de información en salud.	19
6.2.1.2.	Ausencia de un sistema de rendición de cuentas.	20
6.2.1.3.	Debilidad en los procesos de articulación departamento / municipio.	20
6.2.1.4.	Debilidades en la gestión.	20
6.2.1.5.	No se ha logrado la universalidad en el aseguramiento.	20
6.3.	PROBLEMAS EMERGENTES .....	21
6.3.1.	Fragmentación y atomización en la prestación de servicios.	21
6.3.2.	El Sistema obligatorio de garantía de calidad no ha desarrollado el componente del sistema de información.	21
6.3.3.	Limitaciones en los sistemas de contratación y pago utilizados para la compra de servicios de salud.	21
6.3.4.	Desequilibrio de la oferta de servicios de salud frente a la demanda.	21
6.3.5.	Ejes de la política, estrategias y líneas de acción	22
6.3.6.	Calidad	22
6.3.7.	Eficiencia	22
6.4.	DECRETOS Y RESOLUCIONES. ....	22
6.4.1.	Decreto 1011 del 3 de abril del 2006	22
6.4.1.1.	Artículo 3: Características del sogos. ....	23
6.4.1.2.	Artículo 6o.- sistema único de Habilitación. ....	23
6.4.1.3.	Artículo 7°.- Condiciones de capacidad tecnológica y científica. ....	24
6.4.1.4.	Artículo 16. Contratación en el Régimen Subsidiado y EPS Públicas del Régimen Contributivo .....	24
6.4.1.5.	Artículo 20.....	25

**ESTUDIO DE OFERTA DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN LA E.S.E CENTRO DE SALUD DE  
RICAURTE. CUNDINAMARCA - 2012**

6.4.2.	Resolución 5261 de 1994	25
6.4.2.1.	Artículo 9o. urgencia.....	25
6.4.2.2.	Artículo 10. Atención de urgencias.....	26
6.4.4	Resolución 1446 del 8 de mayo del 2006	26
6.4.4.1	Artículo 3°. Indicadores de monitoria del sistema obligatorio de garantía de la calidad.....	26
7.	METODOLOGÍA .....	27
7.1	TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO .....	27
7.2	ÁREA DE ESTUDIO.....	27
7.2.	POBLACIÓN Y MUESTRA .....	28
7.3.	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	29
7.3.1.	Recolección de la muestra.....	29
7.3.2.	Análisis de Datos.....	31
8.	RESULTADOS .....	32
10.	RECOMENDACIONES .....	38
11.	BIBLIOGRAFÍA.....	39

## **INTRODUCCIÓN**

Con el presente proyecto buscamos plantear unas directrices funcionales para la Habilitación y posterior prestación del servicio de Urgencias médicas en la E.S.E Centro de Salud de Ricaurte.

Nuestros objetivos buscan proteger la vida, los derechos a la seguridad social y a la salud de todas las personas residentes en Ricaurte – Cundinamarca, así mismo, tenemos a cargo la organización, dirección y reglamentación de los servicios de urgencia y la prestación de este servicio de salud.

Nos apoyamos en los deberes legales que rigen a nivel nacional para cada uno de los servicios en salud, teniendo en cuenta el control de calidad de bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad, así como la información a suministrarse a los usuarios

Teniendo clara la necesidad de habilitar dicho servicio por la gran demanda en salud que requiere el municipio, garantizándole a los usuarios para el 2014 un servicio de salud completo y acorde con los altos estándares de calidad y servicio.

## 1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) son unidades diseñadas para proporcionar tratamiento médico oportuno capaz de garantizar la atención, inmediata a pacientes que requieran o necesiten cuidados urgentes, a cualquier hora del día o de la noche, resolviendo así sus problemas de salud de una forma integral.

En los SUH se han realizado mejoras estructurales en cuanto a espacio y dotación; algunos cambios organizativos, entre otros, se puede pensar que en los SUH hay ciertas mejoras y más hacia la oferta, tanto en calidad como en cantidad, ante un aumento progresivo y constante de la demanda.

Todo esto conlleva a que se sigan presentando problemas de saturación, aglomeración, esperas excesivas de los usuarios para la asistencia inicial y realización de pruebas diagnósticas, etc.

El incremento de la demanda es atribuido al crecimiento de la población, al aumento 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 Servicios de Urgencias, pero no lo hace el mayor porcentaje de pacientes graves.

Debido a la descentralización del municipio de Ricaurte nace la necesidad de tener el acceso al servicio de urgencias, y a la vez se tiene que tener en cuenta la modernización que han influenciado en el cambio de estilo de vida de la población: como el porte de armas, que estimulan la violencia, la apertura económica que han aumentado el número de vehículos que circulan en la vías panamericanas (en el caso de Ricaurte, la vía principal que comunica la capital del País con los municipios de Girardot, Flandes, Ricaurte y con el departamento del Tolima), lo que a su vez ha incrementado los accidentes de tránsito, todo esto ha estimulado el desplazamiento de la demanda del servicio de urgencias.

La ley de atención inicial de urgencias estableció que es obligatorio prestar la atención inicial, sin ningún condicionamiento, la cual se presta cuando se estabilizan los signos vitales del usuario, y la norma establece que la entidad que no cumpla con este requisito recibirán severas sanciones, incluso el cierre de la entidad. Por esta razón es vital que se preste el servicio de urgencias en el municipio de Ricaurte.

## 2. JUSTIFICACIÓN

El análisis de la viabilidad SUH, se realizará teniendo en cuenta el estudio de oferta y demanda del servicio; haciéndolo así autosostenible, lo cual será verificado en este estudio.

Para lograr esto buscamos diseñar estrategias que logren cumplir con estándares que proporcionen tratamientos médicos oportunos capaces de garantizar la atención; inmediata a pacientes que requieran o necesiten cuidados urgentes, a cualquier hora del día o de la noche, resolviendo así sus problemas de salud de una forma integral.

Tenemos como punto de referencia que para el año de 1996 se inicia la descentralización del municipio de Ricaurte, posterior a este se crea el Fondo local de Salud.

La subsiguiente creación del mismo nos ayuda a entender la relación y compromisos adquiridos Municipio – Gobernación. Para la gestión en salud y cumplimiento del proceso de descentralización; con atención a los principios de Complementariedad y Subsidiariedad establecidos desde la Ley 100.

En Colombia, la ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias de atención de urgencias estableció que esta atención debe ser prestada en forma obligatoria a todas las personas independientemente de su capacidad de pago y del régimen de Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

La atención inicial de urgencias abarca todas las acciones realizadas en una persona con patología urgente, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial.

La IPS municipal de baja complejidad con servicios de consulta externa ambulatorio, no cuenta con el servicio de urgencias, dicho servicio no está Habilitado ante la Secretaria de Salud de Cundinamarca, y en varias reuniones de Consejo de Gobierno con la comunidad se ha manifestado la necesidad del servicio de urgencias en la IPS, para que se atienda a la población en el mismo municipio; y por otro lado se daría la atención de baja complejidad con los principio de la SSGSSS.

La prestación de servicio de atención inicial de urgencias es en promedio 12 pacientes por cada 24 horas donde se resalta signos y síntomas propios de una urgencia. La estadística de las IPS Privada y Pública de la región no es muy concreta.

**ESTUDIO DE OFERTA DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN LA E.S.E CENTRO DE SALUD DE  
RICAURTE. CUNDINAMARCA - 2012**

**3. ANTECEDENTES**

El municipio de Ricaurte empezó su descentralización ordenada en el Acto legislativo N° 1 del 1° de enero de 1986. La consiguiente descentralización y manejo de los recursos de la Salud, previa creación del Fondo Local de Salud estipulada desde 21 de abril 1998. Luego los compromisos Municipio – Gobernación para la gestión de esa descentralización en salud y cumplimiento del proceso de descentralización con atención a los principios de Complementariedad y Subsidiariedad establecidos desde la Ley 100 en 1993. En la siguiente grafica se expondrá el normograma de la dirección local de salud en el municipio Ricaurte.

JERARQUÍA DE LA NORMA	NORMA	ENTIDAD QUE EMITE	APLICACIÓN ESPECÍFICA
	Constitución Política de Colombia 1991	Asamblea Nacional Constituyente	Disposiciones Generales
Carta Magna	100 de 1993	Congreso de la República	Establece el regimen de seguridad social
Ley	1122 de 2007	Congreso de la República	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
Ley	828 de 2003	Congreso de la República	Por la cual se expiden normas para el Control a la Evasión del Sistema de Seguridad Social.
Ley	776 de 2002	Congreso de la República	Por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales.
Ley	715 de 2001	Congreso de la República	Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios
Ley	691 de 2001	Congreso de la República	Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Etnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia.
Ley	657 de 2001	Congreso de la República	Por la cual se reglamenta la especialidad médica de la radiología e imágenes diagnósticas y se dictan otras disposiciones.
Ley	530 de 1999	Congreso de la República	Por medio de la cual se destinan los recursos excedentes de la vigencia 1998, de la subcuenta de seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía de Salud. Igualmente, se destina el 50% de los recursos excedentes de
Ley	9 de 1979	Congreso de la República	Codigo sanitario nacional
Ley	52 de 1993	Congreso de la República	Por medio de la cual se aprueban el Convenio No. 167 y la Recomendación No. 175 sobre Seguridad y Salud en la Construcción, adoptados por la 75a. Reunión de la Conferencia General de la OIT, Ginebra 1988°.
Ley	399 de 1997	Congreso de la República	Por la cual se crea una tasa, se fijan unas tarifas y se autoriza al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos,
Acuerdo	267 de 2004	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	Por el cual se autoriza la asignación de recursos de la subcuenta de solidaridad del Fosyga para ampliar cobertura en el Régimen Subsidiado de Salud mediante subsidios parciales.
Decreto	1011 de 2006	Ministerio de la Protección Social	Sistema obligatorio de garantía de la calidad
Decreto	3075 de 1997	Presidencia de la República	por la cual se reglamenta parcialmente la Ley 9 de 1979 y se dictan otras disposiciones
Decreto	2676 de 2000	Presidencia de la República	Reglamenta sobre los residuos sólidos hospitalarios
Decreto	4126 de 2005	Presidencia de la República	Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 2676 de 2000, modificado por el Decreto 2763 de 2001 y el Decreto 1669 de 2002,
Resolución	1043 de 2006	Ministerio de la Protección Social	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.
Resolución	001446 de 2006	Ministerio de la Protección Social	por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
Resolución	3028 de 2008	Ministerio de la Protección Social	Resolución por la cual se definen las áreas técnicas de producción de los establecimientos farmacéuticos
Resolución	425 de 2008	Ministerio de la Protección Social	por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales
Resolución	02183 de 2004	Ministerio de la Protección Social	Por la cual se adopta el Manual de Buenas Prácticas de Esterilización para Prestadores de Servicios de Salud.
Resolución	5261 de 1994	Ministerio de la Protección Social	Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Resolución	00002321 de 2011	Ministerio de la Protección Social	por la cual se dictan disposiciones sobre el reporte de la información de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al Sector Salud.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Realizar el estudio de oferta para la Habilitación del servicio de urgencias en la E.S.E centro de salud Ricaurte para el año 2014 y de esta manera poder satisfacer con calidad la demanda de cualquier tipo de pacientes, disminuyendo la morbimortalidad y garantizando el derecho a la salud de los usuarios.

#### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 4.2.1 Establecer variables socio demográficas de la población de potenciales usuarios del servicio de urgencias.
- 4.2.2 Determinar el perfil epidemiológico del municipio de Ricaurte como base para definir las necesidades en la Habilitación del servicio de urgencias.
- 4.2.3 Prestar los servicios de salud de primer nivel con calidad, oportunidad eficiencia, Respeto y equidad, buscando el bienestar de los usuarios.

## 4. MARCO DE REFERENCIA

### 4.1 MARCO SOCIOGEOGRÁFICO

El municipio de Ricaurte ocupa una extensión de 128 Km<sup>2</sup>, limita por el norte con el municipio de Agua de Dios (82 km) por el oriente con el municipio de Nilo (220 km) , en el sur con Flandes en el departamento del Tolima (100 km) y por el occidente con el municipio de Girardot (130 km).

En lo referente a su división político – administrativa, el municipio de Ricaurte cuenta en la actualidad con cuatro barrios (El Pesebre, Villa Diana Carolina, la Isla del sol, y Centro) en la zona urbana y en la zona rural con 14 veredas: El paso, La Virginia, Callejón, Cumaca, El Portal, Casablanca, San Francisco, Las Varas, Llano del pozo, Limoncitos, La Tetilla, La Carrera, Manuel Norte y Manuel Sur.

El municipio de Ricaurte cuenta con 8.383 habitantes de los cuales 4.177 son mujeres y 4.026 son hombres. La zona urbana cuenta con 3.445 habitantes y la zona rural 4.938; se estima que la población flotante en temporada vacacional asciende a 1.500 visitantes.

En el municipio de Ricaurte existe como prestador de servicios de salud de primer nivel el centro de salud de Ricaurte E.S.E, que se encuentra ubicado en el perímetro urbano que para el año 1996 empezó su descentralización, para lo cual se cumplieron algunas etapas las cuales fueron:

La expedición del Acuerdo 004 del Consejo Municipal de Ricaurte, de 21 de abril del 1998 mediante el cual se crea el Fondo local de salud. Luego se realiza un acta de compromiso entre el municipio de Ricaurte y la Gobernación de Cundinamarca dónde la Alcaldía se compromete a realizar los ajustes necesarios para el cumplimiento de los requisitos pendientes para la transferencia del manejo de la salud, mediante Acta de Concertación de la entrega de recursos en cumplimiento del proceso de descentralización celebrada entre la Secretaria de Salud de Cundinamarca y el municipio de Ricaurte y la ESE Hospital San Rafael de Girardot; se crean los compromisos de los actores del proceso para la entrega final de los servicios que venía prestando el Hospital San Rafael de Girardot y los empiece a asumir la Alcaldía, siendo que la prestación de servicio se realizaría básicamente a través del Centro de Salud, ya que como se dijo anteriormente el concepto de viabilidad de descentralización no contemplada la creación obligatoria de una ESE en el Municipio. (Superintendencia nacional de salud de Colombia, Circular externa No 49. De 2008)

**ESTUDIO DE OFERTA DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN LA E.S.E CENTRO DE SALUD DE  
RICAURTE. CUNDINAMARCA - 2012**

Mediante Acta de entrega de inventarios, historia clínicas y ejecuciones presupuestales, el Hospital hace entrega formal del Centro de salud, iniciándose el proceso de atención a la comunidad en el Centro de Salud de Ricaurte.

Según el Acuerdo 004 de 21 de abril de 1998, dio la creación de la Dirección Local de Salud y posteriormente con el Acuerdo 023 del 25 de noviembre del 2005 se descentralizó la ESE Centro de Salud de Ricaurte con autonomía financiera, administrativa para brindar servicios de salud a la población del municipio de Ricaurte.

A continuación definiremos terminología importante para poder entender los diferentes eventos que ocurren dentro de una institución de salud independientemente de su nivel de complejidad.

## **4.2 DEFINICIONES**

### **4.2.1 Urgencia médica**

Es la alteración de la integridad física, funcional 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 (Actualícese, 2009 ver anexo bibliográfico)

### **4.2.2 Consulta prioritaria**

La consulta prioritaria requiere un manejo' adecuado para cumplir con el objetivo de atención; es necesario realizar una clasificación para el servicio y se hace teniendo en cuenta la gravedad, la sintomatología y problema de salud, esta actividad es efectuada por el médico y es quien establece la prioridad de la atención. (Actualícese, 2009 ver anexo bibliográfico).

**ESTUDIO DE OFERTA DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN LA E.S.E CENTRO DE SALUD DE  
RICAURTE. CUNDINAMARCA - 2012**

Se le presta a aquella persona que requiere servicio de consulta externa para atenderle una patología de baja complejidad que requiere solución inmediata o dentro de las primeras ocho (8) horas, que impide su buen funcionamiento académico o laboral pero NO pone en riesgo su vida; NO se considera una atención de urgencias ya que ésta implica el montaje de infraestructura y procesos funcionales más complejos. En este caso, el usuario debe trasladarse a un Centro de atención de urgencias. (Actualícese, 2009 ver anexo bibliográfico)

#### **4.2.3 Tipos de gravedad**

Gravedad 1: Eventos graves que amenazan la vida y depende de la oportunidad de atención médica.

Gravedad 2: Pacientes con problemas de salud que requieran atención en los siguientes 15 - 20 minutos, pueden esperar en sala.

Gravedad 3: Pacientes que pueden ser atendidos en 30 - 45 minutos después de su ingreso sin que este retraso amenace su estado general.

Gravedad 4: Pacientes que su estado clínico no necesitan ser atendidos en el servicio de consulta prioritaria; (dolor de garganta, congestión nasal, lesiones en la piel mayor a 48 horas; tos, dolor de cabeza, disfonía mayor a una semana).

#### **4.2.4 Qué es una consulta programada**

Es la orientación brindada por un profesional médico a los problemas relacionados la salud que se presentan cotidianamente la cual no puede ser superior a 5 días (Circular externa 056 de 6 de octubre de 2009 de la Superintendencia nacional de salud de Colombia).

#### **4.2.5 Qué es una consulta preventiva**

Tiene como objeto promover la salud a través del fomento de estilos de vida saludables y prevenir la enfermedad realizando detección precoz de enfermedades de tal forma que se

haga una intervención oportuna de la misma. (Hospital Federico Lleras Acosta, <http://www.hflleras.gov.co/glosariohfla.pdf> .2011)

#### **4.2.6 Demanda observada o efectiva**

Nivel de uso de los servicios. (Hospital Federico Lleras Acosta, <http://www.hflleras.gov.co/glosariohfla.pdf> .2011)

#### **4.2.7 Demanda de salud**

Conducta que una persona adopta en función de una necesidad, frente a la diversidad de la Oferta existente.

#### **4.2.8 Demanda potencial o esperada**

Necesidad de atención manifiesta, captada mediante Encuestas. Volumen de personas que necesitan algún servicio de salud, pero no acuden a él. Es necesidad de atención, no convertida en Demanda. (Hospital Fedrico Lleras Acosta, 2011. ver anexo bibliográfico).

#### **4.2.9 Demanda real**

Demanda de servicios que efectúa una población. Puede ser Manifiesta o No Manifiesta, según soliciten o no, atención profesional. (Hospital Federico Lleras Acosta, 2011 ver anexo bibliográfico.)

#### **4.2.10 Demanda satisfecha**

Solicitud de atención de las personas enfermas. (Hospital Fedrico Lleras Acosta, 2011 ver anexo bibliográfico)

#### 4.2.11 Oferta.

Capacidad de producir actividades. Se mide a través de Indicadores de Cantidad (producción, productividad, rendimiento) y de Calidad (capacidad de respuesta, calidad humana, cortesía, etc.). (Hospital Federico Lleras Acosta, 2011 ver anexo bibliográfico)

#### 4.2.12 Oportunidad

Capacidad del servicio para intervenir en el debido tiempo (Hospital Federico Lleras Acosta, 2011 ver anexo bibliográfico)

#### 4.2.13 Triage de urgencia.

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. (actualícese, 2009)

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

4.2.13.1.1 **Triage no profesional:** es realizado por una recepcionista o técnico quien registra el paciente y lo envía a la sala de espera.

4.2.13.1.2 **Triage básico:** es realizado por una enfermera profesional quien valora el paciente, determina las necesidades prioritarias y le asigna un área de tratamiento.

4.2.13.1.3 **Triage avanzado:** es realizado por una enfermera profesional e incluye la valoración inicial del paciente, la solicitud de algunos procedimientos

**ESTUDIO DE OFERTA DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN LA E.S.E CENTRO DE SALUD DE  
RICAURTE. CUNDINAMARCA - 2012**

diagnósticos, un examen físico limitado en caso necesario, documentación y referencia a la valoración médica.

4.2.13.1.4 **Triage médico:** es realizado por un médico; esta función algunas veces se mezcla con el tratamiento definitivo.

4.2.13.1.5 **Triage en equipo:** la enfermera y el médico funcionan como un equipo.

En nuestro medio, se utilizan las modalidades de Triage médico, el triage no profesional y el triage básico realizado por la enfermera profesional. Una limitante observada es la poca disponibilidad de enfermeras profesionales y el costo del cubrimiento durante las 24 horas con este recurso. (Actualícese, 2009 ver anexo bibliográfico)

## **6. MARCO LEGAL**

### **6.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA**

#### **6.1.1 Política nacional de prestación de servicios de salud**

Múltiples han sido los diagnósticos sobre los prestadores de servicios de salud en Colombia. Estudios como el realizado sobre la problemática hospitalaria en 1988 por la Previsora SA, el estudio sectorial de salud, los trabajos del Ministerio de Salud, hoy de la Salud y Protección Social y del Departamento Nacional de Planeación, así como los del Centro de Gestión Hospitalaria y la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, entre otros, han evidenciado la problemática de los prestadores de servicios de salud. Dicha problemática puede clasificarse en dos grupos, de una parte los problemas acumulados, que corresponden a situaciones que aún antes del nuevo sistema de seguridad social se identificaron y continúan vigentes, y los problemas emergentes, que se presentan como consecuencia de las nuevas condiciones del sistema de salud colombiano, los cambios político administrativos de los últimos años o por las modificaciones en la situación de salud de la población.

### **6.2. PROBLEMAS ACUMULADOS**

#### **6.2.1. Baja capacidad resolutive.**

Se ha evidenciado baja capacidad resolutive de las instituciones de baja y media complejidad, con factores asociados a la deficiente actualización del recurso humano, las condiciones de la infraestructura y la forma en que se determina e incorpora la tecnología en estas instituciones (Superintendencia nacional de salud de Colombia, 2008)

##### **6.2.1.1. Falta del sistema integral de información en salud.**

La información sobre prestadores y prestación de servicios de salud es fragmentada y no responde a las necesidades del país. El sistema integral de información en salud y su componente de prestación de servicios está por desarrollarse, situación que limita el

direccionamiento, la planeación y la gestión de los prestadores de servicios. (Superintendencia nacional de salud de Colombia, 2008)

**6.2.1.2. Ausencia de un sistema de rendición de cuentas.**

El país no dispone de un sistema de rendición de cuentas cuyos ejes sean los resultados en salud y la gestión de la prestación de los servicios. El sistema debe partir de la evaluación a los responsables de las entidades territoriales, aseguradoras y prestadoras.

**6.2.1.3. Debilidad en los procesos de articulación departamento / municipio.**

El desarrollo y organización de la red de servicios en las regiones y departamentos, en muchos casos no ha respondido a las necesidades y características de la región, lo que ha generado duplicidad e ineficiencia en la prestación de los servicios. Existen serias limitantes en la capacidad de gestión de las redes de servicios por parte de los departamentos, lo que se suma a las decisiones de municipios que no consultan la realidad local ni regional.

**6.2.1.4. Debilidades en la gestión.**

Existen debilidades de gestión en las entidades de dirección, aseguramiento y prestación de los servicios, tanto públicas como privadas. Las juntas directivas en general, no ejercen el rol de direccionamiento y evaluación, y los gerentes han dejado de lado el tema de la calidad de la gestión clínica y del talento humano.

**6.2.1.5. No se ha logrado la universalidad en el aseguramiento.**

Si bien se han hecho esfuerzos por aumentar la cobertura este año ingresaron 2 millones de colombianos más al sistema, con lo cual se alcanza una cobertura del 96 por ciento a septiembre de 2012. Se requiere lograr universalización del seguro para obtener mejoras en el acceso a los servicios para la población pobre y vulnerable.

### **6.3. PROBLEMAS EMERGENTES**

#### **6.3.1. Fragmentación y atomización en la prestación de servicios.**

La ausencia de articulación y direccionamiento de la oferta, mantiene a los usuarios con servicios fragmentados que limitan el acceso y la integralidad de la atención. En el país, los conceptos de redes de servicios y de modelos de atención en salud son la opción a la fragmentación y atomización en la prestación de servicios.

#### **6.3.2. El Sistema obligatorio de garantía de calidad no ha desarrollado el componente del sistema de información.**

Si bien se definió en el país el SOGC, la información sobre la calidad de los servicios es incipiente y no existen mecanismos ni canales para determinar y divulgar la situación de la calidad de los servicios.

#### **6.3.3. Limitaciones en los sistemas de contratación y pago utilizados para la compra de servicios de salud.**

Los mecanismos de pago actualmente utilizados entre aseguradores y prestadores, básicamente consultan precio, y responden más a ejercicios intuitivos basados en actividades históricas y precios indexados, que a estudios que consulten variables como calidad y costo efectividad.

#### **6.3.4. Desequilibrio de la oferta de servicios de salud frente a la demanda.**

Existen regiones del país con limitaciones de oferta y regiones con sobreoferta de servicios. Situación generada tanto por el sector privado como por el sector público

### **6.3.5. Ejes de la política, estrategias y líneas de acción**

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 (Superintendencia nacional de salud de Colombia, 2008)

### **6.3.6. Calidad**

La calidad de la atención de salud se entiende como la provisión de servicios accesibles, equitativos, con un nivel profesional óptimo que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

El eje de calidad en la política de prestación de servicios 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 (Superintendencia nacional de salud de Colombia, 2008)

### **6.3.7. Eficiencia**

En esencia, el eje de eficiencia se refiere a la obtención de los mayores y mejores resultados, empleando la menor cantidad posible de recursos.

Si existen dos estrategias de asistencia, igualmente eficaces o efectivas, la menos costosa es la más eficiente. (Superintendencia nacional de salud de Colombia, 2008)

## **6.4. DECRETOS Y RESOLUCIONES.**

### **6.4.1. Decreto 1011 del 3 de abril del 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. (Gobierno de Colombia, 2006)

#### **6.4.1.1. Artículo 3: 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. (Gobierno de Colombia, 2006)
- **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 (Gobierno de Colombia, 2006)
- **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 (Gobierno de Colombia, 2006)
- **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 (Gobierno de Colombia, 2006)
- **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 (Gobierno de Colombia, 2006).

#### **6.4.1.2. Artículo 60.- sistema único de Habilitación.**

Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB (Gobierno de Colombia, 2006)

#### **6.4.1.3. Artículo 7°.- Condiciones de capacidad tecnológica y científica.**

Las condiciones de capacidad tecnológica y científica del Sistema Único de Habilitación para Prestadores de Servicios de Salud serán los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social. (Gobierno de Colombia, 2006)

Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en sus correspondientes jurisdicciones, podrán someter a consideración del Ministerio de la Protección Social propuestas para la aplicación de condiciones de capacidad tecnológica y científica superiores a las que se establezcan para el ámbito nacional. En todo caso, la aplicación de estas exigencias deberá contar con la aprobación previa de este Ministerio de la protección social. (Decreto 1011 de 3 de abril de 2006 Artículo 7, Gobierno de Colombia)

Ley 1122 DE 2007 (Enero 9) Reglamentada parcialmente por el Decreto nacional 313 de 2008, Modificada por el Artículo 36, decreto nacional 126 de 2010, en lo relativo a las multas por la cual se realizan modificaciones al Sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. El Congreso de la República.

#### **6.4.1.4. Artículo 16. Contratación en el Régimen Subsidiado y EPS Públicas del Régimen Contributivo**

Las Entidades Promotoras de Salud del régimen Subsidiado contratarán obligatoria y efectivamente un mínimo porcentual del gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas en el municipio de residencia del afiliado, siempre y cuando exista allí la Correspondiente capacidad resolutive. Dicho porcentaje será, como mínimo, el sesenta por ciento (60%). Lo anterior estará sujeto al cumplimiento de requisitos e indicadores de calidad y resultados, oferta disponible, indicadores de gestión y tarifas competitivas. Las Entidades Promotoras de Salud de Naturaleza pública del Régimen Contributivo, deberán contratar como mínimo, el 60% del gasto en salud con las ESE escindidas del ISS siempre y cuando exista capacidad resolutive y se cumpla con indicadores de calidad y resultados, indicadores de gestión y tarifas competitivas.

#### **6.4.1.5. Artículo 20**

*Prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda.*

Las Entidades territoriales contratarán con Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas, la atención de la población pobre no asegurada y lo no cubierto por subsidios a la demanda. Cuando la oferta de servicios no exista o sea insuficiente en el municipio o en Su área de influencia, la entidad territorial, previa autorización del Ministerio de la Protección Social o por quien delegue, podrá contratar con otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud debidamente habilitadas (Gobierno de la Republica de Colombia, 2006)

Parágrafo. 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 2.000 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.

#### **6.4.2. Resolución 5261 de 1994**

*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.*

##### **6.4.2.1. 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

#### **6.4.2.2. Artículo 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 (Gobierno de la República de Colombia, 2006)

#### **6.4.4 Resolución 1446 del 8 de mayo del 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

##### **6.4.4.1 Artículo 3°. Indicadores de monitoria del sistema obligatorio de garantía de la calidad.**

Adóptense los indicadores de monitoria del Sistema obligatorio de Garantía de la Calidad, los cuales están contenidos en la circular que para el efecto expida la Superintendencia Nacional de Salud y las fichas técnicas establecidas en el Anexo Técnico que forma parte integral de la presente resolución. (Gobierno de la Republica de colombia, 2006)

## 7. METODOLOGÍA

Realizaremos un trabajo de tipo descriptivo de la oferta del servicio de urgencias de la ESE Centro de Salud de Ricaurte, número de usuarios atendidos, oportunidad de servicios prestados, causas de morbi-mortalidad de servicio inicial de urgencias.

### 7.1 TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

Estudio de tipo Descriptivo es un tipo de estudio epidemiológico en el que el investigador no interviene en el estudio, se limita a observar y describir la frecuencia de las variables que se eligieron en el diseño del estudio.

Decidimos trabajar con este tipo y diseño de estudio ya que nos facilita medir las diferentes variables que nos arroja las encuestas, y a partir de esto ser un poco más directos con las necesidades de la comunidad; teniendo en cuenta el punto de vista de los usuarios ante los servicios prestados por el centro de salud.

Y a través de la recolección y análisis de datos los cuales van a incidir para determinar la razón por la cual es indispensable habilitar el servicio de urgencias en la IPS ESE Centro de Salud de Ricaurte.

### 7.2 ÁREA DE ESTUDIO:

Los servicios de urgencias en los municipios colombianos están reglamentados bajo el decreto 1770 de agosto de 1994. “La Red de Servicios se entiende como un sistema que organiza la totalidad de los servicios de salud existentes en el ente territorial de tal manera que se garantice su funcionamiento dinámico y fluido con el único propósito de brindar una atención oportuna, integral y humanizada al conjunto de habitantes del Ente Territorial”

La conformación de la Red de Servicios de Salud se hace a partir de los siguientes Componentes:

1. Contexto en el cual se encuentra inmersa la Red de Servicios de Salud.
2. Usuario de los servicios de salud.
3. Instituciones prestadoras de servicios de salud.
4. Relaciones entre las diferentes instituciones de salud.

**ESTUDIO DE OFERTA DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN LA E.S.E CENTRO DE SALUD DE  
RICAURTE. CUNDINAMARCA - 2012**

El análisis se hará en primera instancia como conjunto de IPS (RED) y luego a partir de cada uno de sus componentes.

Dentro del análisis de las entradas del sistema “RED DE SERVICIOS” las características de la población a atender (Demanda) ya han sido descritas en el documento UNO, por lo que el presente documento se orienta al análisis y descripción de los elementos estructurales y el proceso de la Red de Servicios.

El Servicio de consulta externa ambulatoria de la IPS ESE Centro de Salud de Ricaurte. Su principal objetivo es el acceso, demanda y oportunidad de la atención a los usuarios.

**7.2. POBLACIÓN Y MUESTRA:**

Población: el número de usuarios atendidos en atención inicial de urgencias en la ESE Centro de Salud en el último año.

Población total para el año 2011: 8.500

En el año 2011 hasta el mes de diciembre se atendieron un total de 12.578 consultas

La mayor demanda de usuarios son de la Epss *Convida* en el municipio de Ricaurte

Muestra: Usuarios que acuden a la ESE Centro de Salud de Ricaurte son:

Solsalud: 980

Ecoopsos: 477

Vinculados: 215

Convida: 3273

### 7.3. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### 7.3.1. Recolección de la muestra

Se recogerán datos sobre sexo, edad, tipo de consulta, motivo de consulta en los últimos 3 meses, ¿cuántas veces acuden al centro de salud al mes?, ¿ha requerido consulta prioritaria en los últimos 3 meses?, ¿cree que el servicio de urgencias es necesario en el municipio? (*Variables*).

Estos datos se obtuvieron mediante un cuestionario con preguntas claras y puntuales acerca del servicio de atención en la ESE centro de salud de Ricaurte; realizado por integrantes de tesis de grado a los usuarios que ingresan a la institución en un periodo de tres meses.

Aquí se presenta un ejemplo de las preguntas a contestar en el cuestionario:

#### EJEMPLO DE CUESTIONARIO

EDAD	SEXO	TIPO DE CONSULTA	EPS	MOTIVO DE CONSULTA
36	F	PRIORITARIA	CONVIDA	FIEBRE
40	M	EXTERNA	SOLSALUD	DOLOR DE CABEZA

Elaboración, presentación y análisis de datos:

a: *Elaboración:* Se recibieron 300 cuestionarios diarios durante los meses de abril, mayo y junio del año en curso.

b. *Presentación:*

De los trescientos cuestionarios realizados en los meses de abril, mayo y junio estos fueron los resultados:

**ESTUDIO DE OFERTA DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN LA E.S.E CENTRO DE SALUD DE  
RICAURTE. CUNDINAMARCA - 2012**

Tabla 1 RESULTADOS SOBRE CUETIONARIO

<b>SEXO FEMENINO</b>	<b>60%</b>
<b>SEXO MASCULINO</b>	<b>40%</b>
<b>EDAD DE 1 a 17</b>	<b>45%</b>
<b>EDAD DE 18 a 39</b>	<b>10%</b>
<b>EDAD DE 40 a 59</b>	<b>12%</b>
<b>EDAD DE 60 a mas</b>	<b>33%</b>
<b>EPS CONVIDA</b>	<b>60%</b>
<b>EPS ECOOPSOS</b>	<b>7%</b>
<b>EPS SOLSALUD</b>	<b>30%</b>
<b>VINCULADOS</b>	<b>3%</b>
<b>CONSULTA PRIORITARIA</b>	<b>40%</b>
<b>MOTIVO DE CONSULTA</b>	
TRAUMA	6%
FIEBRE	20%
ENFERMEDAD MENTAL	2%
ENFERMEDAD PERINATAL	0.7%
CARDIOVASCULAR	3%
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	4%
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	2.5%
DIABETES	6%
GESTANTES	2%
HERIDAS QUE REQUIEREN SUTURA	30%
CEFALEAS	10%
AFECCIONES OSTEOARTICULARES	3%
DERMATITIS	2%
INFECCION URINARIA	12%
<b>CONSULTA PRIORITARIA</b>	<b>40%</b>
<b>CONSULTA EXTERNA</b>	<b>60%</b>

### 7.3.2. Análisis de Datos

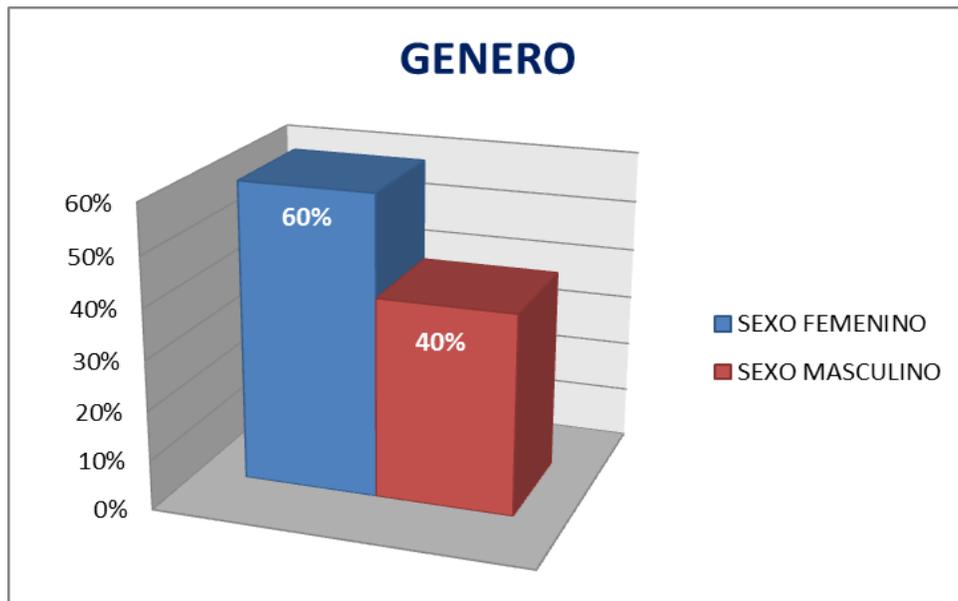
A partir de las encuestas (tabla 1), encontramos datos como: la edad, género, tipo de consulta, motivo de consulta y Eps de forma detallada cualitativa y cuantitativamente según su necesidad.

Obteniendo que por lo que más se consulta en la E.S.E centro de salud de Ricaurte referente al género es el femenino con un porcentaje del 60% del 100 % de las encuestas, en lo concerniente al grupo etario es de 45% edades comprendidas de 1 a 17 años de los 100% de paciente encuestados. En cuanto a la concurrencia de Eps convida con un 60% de 100 % de los pacientes encuestados. Se puede evidenciar que el síndrome febril es la causa de mayor consulta en la institución en un 20% del 100 % de los pacientes encuestados. Para terminar el tipo de consulta que más se presenta es la consulta externa en un 60% de un 100 % de las encuestas.

## 8. RESULTADOS

De los 300 (100%) pacientes encuestados y quienes esperaban la atención médica, ya fuera consulta prioritaria o consulta externa, nos arrojaron los siguientes resultados aquí expuestos.

Gráfico 1. Distribución de consultantes por género. En la E.S.E centro de salud de Ricaurte en los meses Abril, Mayo, y junio del 2012.

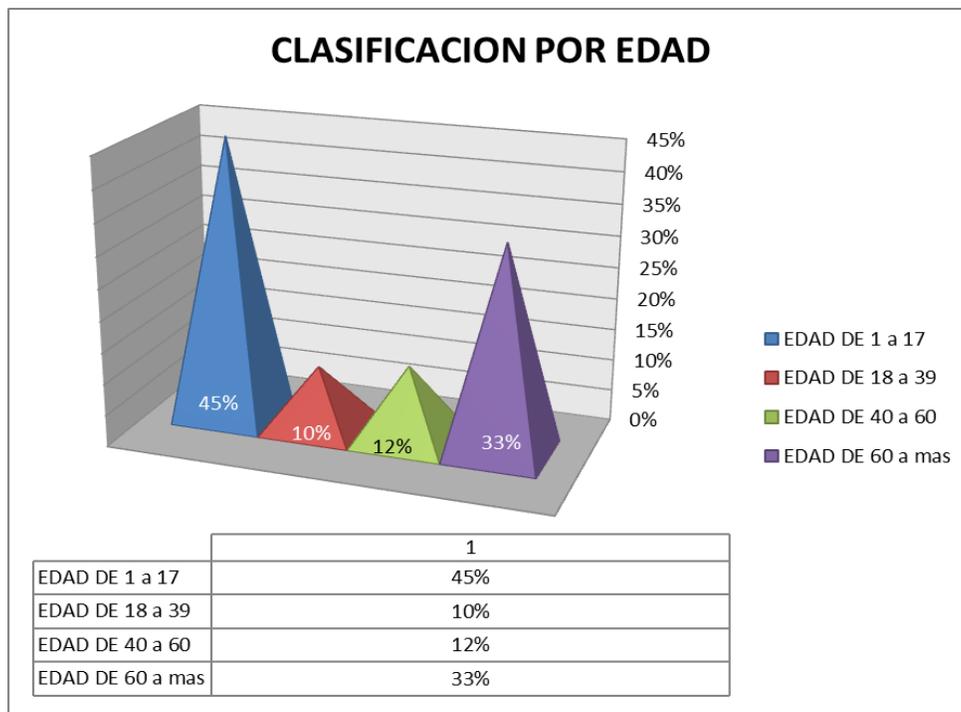


Fuente: Encuesta realizada por los Autores

En la Gráfica 1 se presenta el porcentaje en género más consultante obteniendo como resultado sobre un 100% (300 pacientes), encontramos que el 60% (180 pacientes) corresponden al sexo femenino y el porcentaje restante 40% (120 pacientes) da correspondencia al sexo masculino; a partir de esto podemos observar que el número de pacientes que más concurre al servicio de urgencias es de sexo femenino.

ESTUDIO DE OFERTA DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN LA E.S.E CENTRO DE SALUD DE RICAURTE. CUNDINAMARCA - 2012

Gráfico 2. Grupo de edades de los consultantes. En la E.S.E centro de salud de Ricaurte en los meses Abril, Mayo, y junio del 2012.

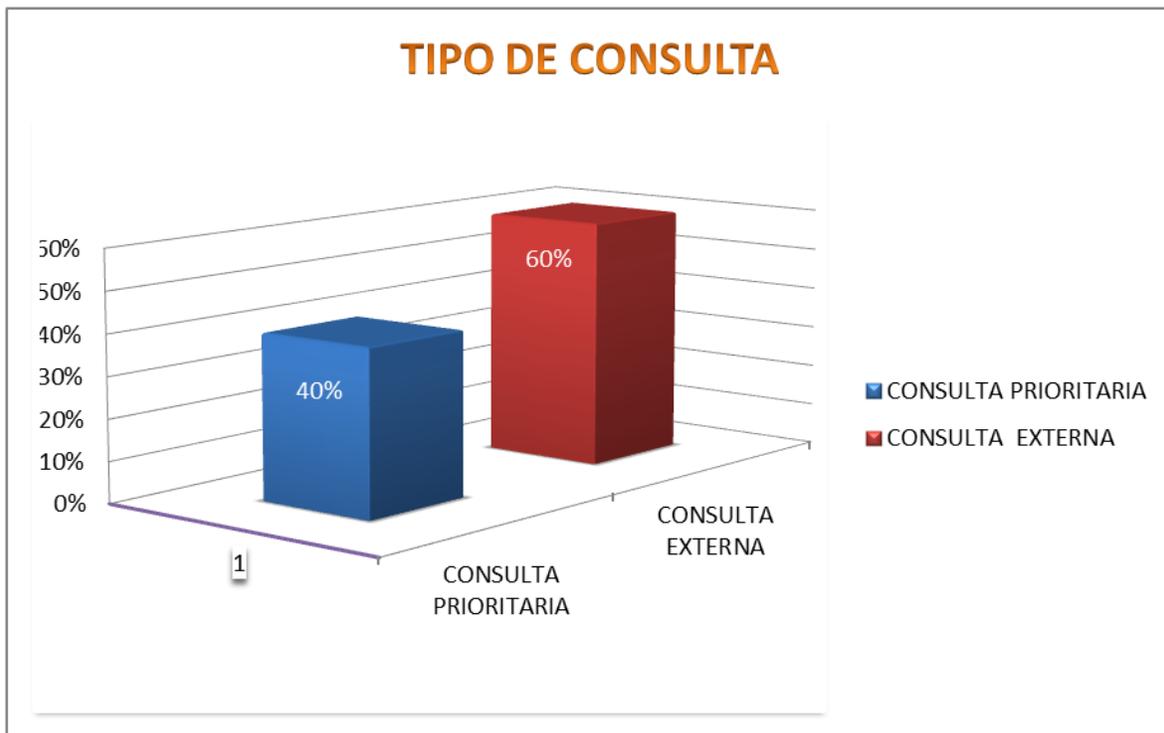


Fuente: Encuesta realizada por los Autores.

Es claro a partir de la anterior grafica que de las edades mas consultantes corresponden a la poblacion menor de edad, a lo cual damos por entendido edades entre 1 a 17 años, que corresponde al 45% (135 pacientes encuestados); en segundo lugar los adultos mayores de 60 a mas con un porcentaje del 33% (99 pacientes encuestados), por ultimo y coincide con los valores de las piramides centrales con las tasa poblacionales menos consultantes como lo son las edades de 40 a 60 años dando un 12% (36 pacientes consultantes) y en ultimo lugar adultos jovenes 20 a 40 años correspondiente a un 10% (30 pacientes encuestados). Esto no indica el grado de suceptibilidad a las distintas enfermedades según los grupos etareos de esta manera es clara la necesidad de un buen servicio de salud en nuestro municipio.

ESTUDIO DE OFERTA DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN LA E.S.E CENTRO DE SALUD DE RICAURTE. CUNDINAMARCA - 2012

Gráfico 3. Tipo de consulta. En la E.S.E centro de salud de Ricaurte en los meses Abril, Mayo, y junio del 2012.

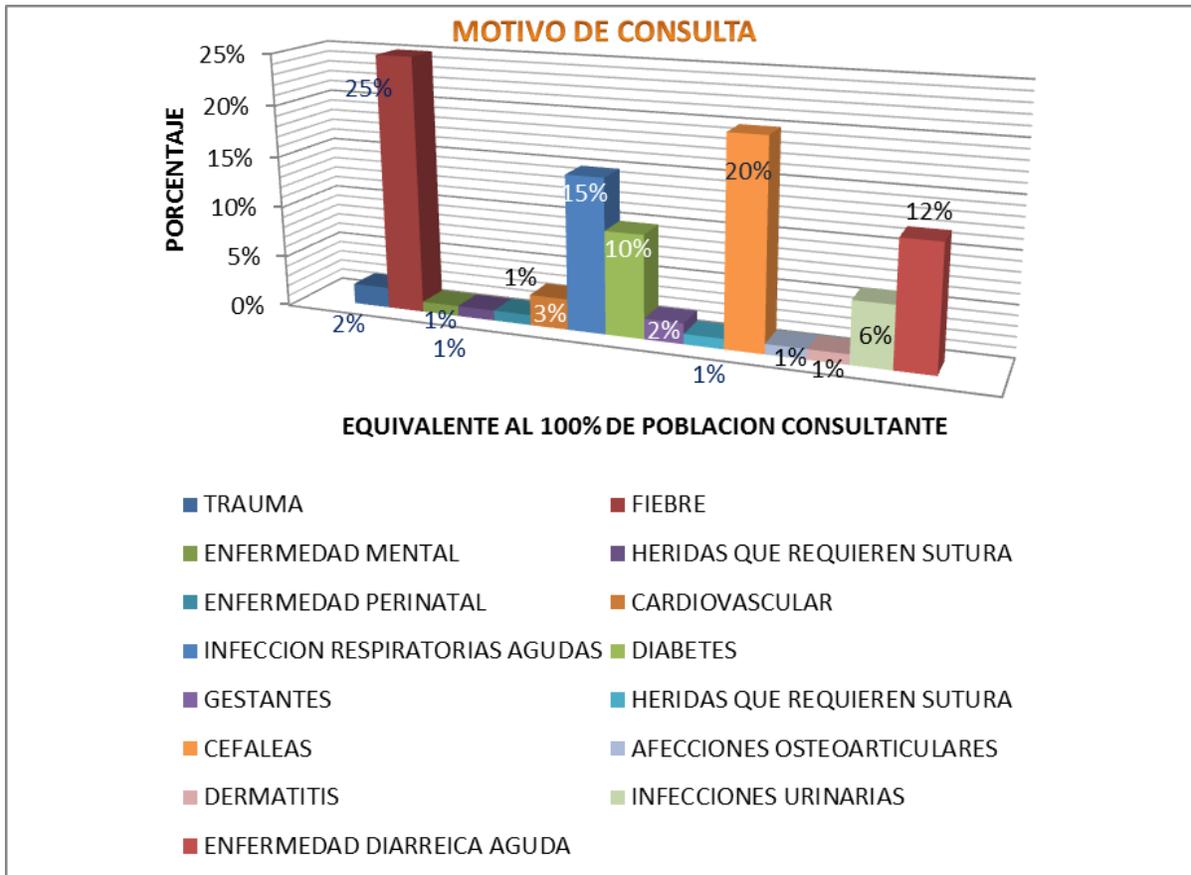


Fuente: Encuesta realizada por los Autores.

También podemos encontrar que Dicha grafica 3 nos representa sobre un 100% (300 pacientes encuestados), que la consulta externa equivale al 60% (180 pacientes encuestados), y el 40% (120 pacientes encuestados) da equivalencia los pacientes de consulta prioritaria; el tipo de consulta prioritaria obedece a un menor porcentaje; no obstante sigue siendo un porcentaje de consideración puesto que los motivos de salud por los que acuden la población tiene su nivel de complejidad que no daría espera para su manejo y conducta, presentándose en algunos casos complicaciones que se pudieron haber prevenido con una pronta atención en salud.

**ESTUDIO DE OFERTA DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN LA E.S.E CENTRO DE SALUD DE  
RICAURTE. CUNDINAMARCA - 2012**

Gráfico 4. Motivo de consulta

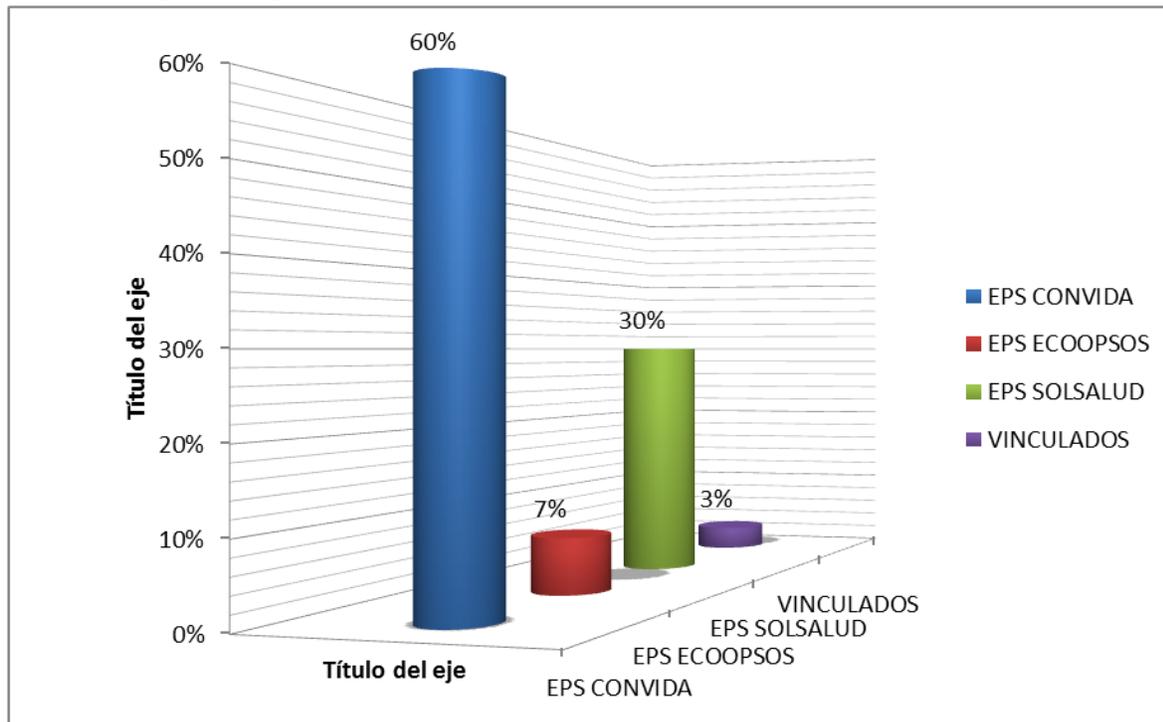


Fuente: Encuesta realizada por los Autores.

En la presente Gráfica 4 destacamos los diferentes motivos de consulta según su complejidad y concurrencia, de igual manera calificadas sobre un 100% (300 pacientes) demostrando mediante la siguiente gráfica de barras que los menos motivos de consulta corresponden a enfermedad mental, enfermedad perinatal, afecciones osteoarticulares y dermatitis equivalentes a 1% (3 pacientes), y haciendo referencia a las más frecuentes que son fiebre 25% (75 pacientes), cefalea 20% (60 pacientes), infecciones respiratorias agudas 15% (45 pacientes), enfermedad diarreica aguda 12% (36 pacientes), y a partir de esto podemos observar que tan necesario es un servicio de urgencias para dar solución inmediata a los diferentes quebrantos de salud que requieran de una pronta atención y no dar solo tratamientos paliativos, que generan pacientes multiconsultantes con los mismos síntomas.

ESTUDIO DE OFERTA DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN LA E.S.E CENTRO DE SALUD DE RICAURTE. CUNDINAMARCA - 2012

Gráfica 5 Tipos de Eps



Fuente: Encuesta realizada por los Autores.

El 60 % de las personas admitidas a los servicios que se prestan en el centro de salud de Ricaurte corresponde a la Eps convida y es evidente la cobertura de esta Eps en nuestro municipio, dejando en segundo lugar la cobertura que tiene la Eps solsalud correspondiendo a un 30% de los pacientes encuestados, esto no quiere decir que las otras dos Eps o convenios prestadores de salud sean menos importantes, pero si menos imponentes dentro de la población dejando a la Eps ecoopsos con un 7% y vinculados con un 3%, de esta forma se hace claro que es importante hacer la convocatoria necesaria entre las Eps y nuestra población para que toda la población quede debidamente afiliada y así mismo asegurar convenios con estas eps, demostrando que somos un centro de salud de referencia capaz de proveer los servicios necesarios y de calidad para cada uno de los afiliados que se encuentren en nuestro territorio, o zonas aledañas.

## 9. CONCLUSIONES

En el presente trabajo podemos orientarlos en la necesidad de oferta del servicio de urgencias en la E.S.E Centro de Salud de Ricaurte, Cundinamarca.

Al analizar el número de atenciones que potencialmente faltan para satisfacer la demanda de la población podemos magnificar el riesgo y la urgencia de replantear las redes de servicios y la necesidad de definir políticas de planeación y habilitación de servicios o un plan de contingencia que permita gradualmente aproximarse a un equilibrio racional entre oferta y demanda potencial.

Reflejando la gran importancia de cumplir los manuales de estandarización ya estipulados en la Resolución N° 1043 de 3 de Abril del 2006 referente a los procesos de habilitación en salud en Colombia.

Un sistema de atención básica de primer nivel debe ser una estructura que brinde la mejor asistencia con el menor tiempo y costo posible en donde la responsabilidad y el profesionalismo priman, al igual sin desconocer los recursos humanos comprendidos en médicos, paramédicos, enfermeros, sistemas de referencia y contrarreferencia, personal administrativo, gerencia y dirección, al igual de un sistema de salud que requiera estar íntimamente ligado a la comunidad y a la red sanitaria generando así confianza y políticas de compromisos social que apunten a la excelencia teniendo como manifestó la meta de nuestro trabajo.

## 10. RECOMENDACIONES

1. Conformación de un equipo técnico-científico que estén verdaderamente comprometido con el mejoramiento de la prestación de los servicio de salud a la comunidad
2. Mejoramiento continuo en infraestructura, tecnología y dotación de los recursos Humanos que garanticen de forma concisa la prestación de los servicios, las cuales se verán reflejadas con la satisfacción de una población necesitada.
3. Consolidar una estrategia de fortalecimiento del proceso de Habilitación en salud.
4. Crear programas de capacitación y retroalimentación continua de información referente al sistema de habilitación en salud.
5. Reestructuración de la dirección local de salud para mejorar los procedimientos del área de salud pública, calidad de la atención, manual de procesos, manual de referencias y contrarreferencia, manuales de vigilancia epidemiológica.
6. fortalecimiento del sistema de calidad realizando acompañamiento en la evaluación de requisitos de Habilitación de la red prestadora de servicio de salud.

## 11. BIBLIOGRAFÍA

- Actualícese. ( 2009). *actualicese.com*. Recuperado el 27 de mayo de 2012, de  
<http://actualicese.com/actualidad/2009/10/27/consultas-prioritarias-o-urgencias-cuando-le-puede-cobrar-o-no-atender-inmediatamente/>  
<http://actualicese.com/actualidad/2009/10/27/consultas-prioritarias-o-urgencias-cuando-le-puede-cobrar-o-no-atender-inmediatamente/>
- Gobierno de Colombia. (03 de abril de 2006). *Decreto 1011 del 2006*. Obtenido de Superintendencia de Colombia:  
<http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=decreto%201011%20de%203%20de%20abril%20de%202006&source=web&cd=1&sqi=2&ved=0CE0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.saludcapital.gov.co%2FPublicaciones%2FGarantia%2520de%2520Calidad%2FSOGC%2520%2520normatividad%2FDECRETO%25>
- Gobierno de la República de Colombia. (09 de Enero de 2007). *Alcaldía de Bogotá*. Obtenido de Ley 1122:  
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600>
- Gobierno de la República de Colombia. (08 de Mayo de 2006). *Resolución 1146 del 8 de mayo del 2006*. Obtenido de Alcaldía de Bogotá:  
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20267>
- Gobierno de la República de Colombia (Decreto 1011 de 3 de abril de 2006 Artículo 7)  
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975>
- Gobierno de la República de Colombia (Decreto 051 de 10 de mayo de 2012)  
<http://ricaurte-cundinamarca.gov.co/apc-aa-files/32376562343132316436316266376330/NORMOGRAMA.pdf>
- Hospital Federico Lleras Acosta. (2011). *hflleras*. Recuperado el 15 de octubre de 2011, de  
<http://www.hflleras.gov.co/glosariohfla.pdf>
- Instituto Mexicano de Seguridad Social - Mexico. (2009). *imss*. Recuperado el 08 de Abril de 2012, de  
<http://by160w.bay160.mail.live.com/default.aspx#!/mail/InboxLight.aspx?n=32327>

**ESTUDIO DE OFERTA DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN LA E.S.E CENTRO DE SALUD DE  
RICAURTE. CUNDINAMARCA - 2012**

[527!n=75770010&fid=539c7f08f17943a986b81e9365120382&mid=279acc80-09a7-4e57-ae7-5fb4cb5c6786&fv=1](http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=p00zv6vOjT0%3D&tabid=88&mid=550)

Superintendencia nacional de salud de Colombia. (Enero de 2008). *Superintendencia de salud*. Obtenido de Superintendencia de salud:

[HTTP://WWW.SUPERSALUD.gov.co/](http://WWW.SUPERSALUD.gov.co/). Circular 056 de 2009.

<http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=p00zv6vOjT0%3D&tabid=88&mid=550>

Velandia, M. L. (2009). *encolombia*. Recuperado el 24 de febrero de 2012, de

<http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria5102-triage.html>

ESTUDIO DE OFERTA DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN LA E.S.E CENTRO DE SALUD DE  
RICAURTE. CUNDINAMARCA - 2012

LICENCIA DE USO – AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES

Actuando en nombre propio identificado (s) de la siguiente forma:

Nombre Completo Wilson Jose Echeverria Galezo

Tipo de documento de identidad: C.C.  T.I.  C.E.  Número: 73199486 de cartagena

Nombre Completo Edwin Cesar Triana Villa

Tipo de documento de identidad: C.C.  T.I.  C.E.  Número: 11229901 de girardot

Nombre Completo Juan Carlos Zapata Hoyos

Tipo de documento de identidad: C.C.  T.I.  C.E.  Número: 15676941 de monteria

Nombre Completo \_\_\_\_\_

Tipo de documento de identidad: C.C.  T.I.  C.E.  Número: \_\_\_\_\_

El (Los) suscrito(s) en calidad de autor (es) del trabajo de tesis, monografía o trabajo de grado, documento de investigación, denominado:

Estudio de Oferta del serviciode Urgencias en la E.S.E Centro  
de Salud de ricaurte. Cundinamarca-2012

Dejo (dejamos) constancia que la obra contiene información confidencial, secreta o similar: SI  NO   
(Si marqué (marcamos) SI, en un documento adjunto explicaremos tal condición, para que la Universidad EAN mantenga restricción de acceso sobre la obra).

Por medio del presente escrito autorizo (autorizamos) a la Universidad EAN, a los usuarios de la Biblioteca de la Universidad EAN y a los usuarios de bases de datos y sitios webs con los cuales la Institución tenga convenio, a ejercer las siguientes atribuciones sobre la obra anteriormente mencionada:

- A. Conservación de los ejemplares en la Biblioteca de la Universidad EAN.
- B. Comunicación pública de la obra por cualquier medio, incluyendo Internet
- C. Reproducción bajo cualquier formato que se conozca actualmente o que se conozca en el futuro
- D. Que los ejemplares sean consultados en medio electrónico
- E. Inclusión en bases de datos o redes o sitios web con los cuales la Universidad EAN tenga convenio con las mismas facultades y limitaciones que se expresan en este documento
- F. Distribución y consulta de la obra a las entidades con las cuales la Universidad EAN tenga convenio

ESTUDIO DE OFERTA DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN LA E.S.E CENTRO DE SALUD DE  
RICAURTE. CUNDINAMARCA - 2012

Con el debido respeto de los derechos patrimoniales y morales de la obra, la presente licencia se otorga a título gratuito, de conformidad con la normatividad vigente en la materia y teniendo en cuenta que la Universidad EAN busca difundir y promover la formación académica, la enseñanza y el espíritu investigativo y emprendedor.

Manifiesto (manifestamos) que la obra objeto de la presente autorización es original, el (los) suscritos es (son) el (los) autor (es) exclusivo (s), fue producto de mi (nuestro) ingenio y esfuerzo personal y la realizó (zamos) sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es de exclusiva autoría y tengo (tenemos) la titularidad sobre la misma. En vista de lo expuesto, asumo (asumimos) la total responsabilidad sobre la elaboración, presentación y contenidos de la obra, eximiendo de cualquier responsabilidad a la Universidad EAN por estos aspectos.

En constancia suscribimos el presente documento en la ciudad de Bogotá D.C.,

NOMBRE COMPLETO: wilson echeverria  
FIRMA: [Firma]  
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 73199486  
FACULTAD: posgrados EAN  
PROGRAMA ACADÉMICO: Auditoria y  
garantia de calidad en salud

NOMBRE COMPLETO: edwin triana villa  
FIRMA: [Firma]  
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 11229901  
FACULTAD: posgrados EAN  
PROGRAMA ACADÉMICO: Auditoria y  
garantia de calidad en salud

NOMBRE COMPLETO: juan carlos zapata  
FIRMA: [Firma]  
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 15676941  
FACULTAD: posgrados EAN  
PROGRAMA ACADÉMICO: Auditoria y  
garantia de la calidad en salud

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_  
FIRMA: \_\_\_\_\_  
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: \_\_\_\_\_  
FACULTAD: \_\_\_\_\_  
PROGRAMA ACADÉMICO: \_\_\_\_\_

Fecha de firma: 15-10-2012

ESTUDIO DE OFERTA DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN LA E.S.E CENTRO DE SALUD DE  
RICAURTE. CUNDINAMARCA - 2012



Ibagué, Octubre 9 de 2012

Doctor  
**JORGE ERNESTO OCHOA MONTES**  
Director Posgrados en Salud  
Universidad EAN  
Ciudad

Apreciado Doctor:

Comedidamente me permito informarle que una vez hecho el acompañamiento y revisado el Informe Final de Investigación (IFI) elaborado por, los estudiantes; **WILSON JOSÉ ECHEVERRÍA GALEZO, EDWIN CÉSAR TRIANA VILLA Y JUAN CARLOS ZAPATA HOYOS**; identificados con cédula de ciudadanía números 73'199.438, 11'229.901 y 15'676.941 respectivamente; de la especialización **AUDITORÍA Y GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD**, Titulado: **"ESTUDIO DE OFERTA DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN LA E.S.E CENTRO DE SALUD DE RICAURTE. CUNDINAMARCA – 2012"**, cumple con los requisitos técnicos, metodológicos y de rigor Investigativo establecidos en la "Guía para la presentación y entrega de trabajos de grado en formato Digital" y por lo tanto dicho Informe es **APROBADO**.

Cordialmente,

**GENTIL GÓMEZ MEJÍA**  
Asesor del Informe Final de Investigación  
Profesor Catedrático Posgrados en Salud EAN

- **Re: Solicitud de autorización**

09:32 a.m.

Para Wilson Echeverría Galezo

De: **GLORIA LUCIA SEPULVEDA FERNANDEZ** (glsepulveda@correo.ean.edu.co)

Enviado: jueves, 11 de octubre de 2012 09:32:06 a.m.

Para: Wilson Echeverría Galezo (doctoricimo@hotmail.com)

Wilson, buenos días:

Le informo que ya se otorgó el permiso para que pueda ingresar a la Biblioteca Minerva y publicar el IFI.

Es importante que tenga en cuenta las siguientes sugerencias:

1. Recuerde que solo usted puede realizar este proceso de **publicación** en la Biblioteca Minerva.
2. El link para ingreso a la Biblioteca es: <http://repository.ean.edu.co/>
3. Debe leer detalladamente la **GUIA DE AUTOARCHIVO** que se encuentra en la parte derecha de esta página web, antes de iniciar el proceso.
4. Se recomienda utilizar el navegador Internet Explorer, para que no se les presente ninguna dificultad en el momento de la **publicación**
5. Informarme por medio de un correo la fecha en la que realizaron la **publicación** del IFI a la Biblioteca Minerva

Cualquier inquietud con gusto la atenderé.

Cordialmente.

--

**GLORIA LUCIA SEPULVEDA FERNANDEZ**  
**COORDINADORA REGIONAL**  
**UNIVERSIDAD DEL TOLIMA**  
**CEL: 3153129559.**  
**TEL: (098) 2771212 Ext. 9371**