

## Factores asociados al uso del servicio de urgencias en el Hospital San Vicente de Arauca entre el período septiembre de 2013 y agosto de 2014 \*

Dwyver Carolina Medina Wilches 1  
 Jaice María Alexandra Cabeza Contreras 2  
 Mirna Mayaced López González 3  
 Geovani Aguilar Peña 4  
 Carmen Alicia Cisneros Reyes 5  
 Erika Jinneth Jaimes Peláez 6  
 Wilson Giovanni Jiménez Barbosa 7

Factors associated with the use of the emergency service at the San Vicente de Arauca Hospital between september 2013 and august 2014 \*

\* Artículo original de investigación derivado del trabajo de grado para obtener el título de Especialistas en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud, de la Universidad Jorge Tadeo Lozano, convenio Cúcuta.

### RESUMEN

**Introducción:** el sistema de salud colombiano tiene falencias para responder a la demanda de servicio médico, pues algunas poblaciones exigen mayor atención y cobertura para garantizar las condiciones de atención médica. **Objetivo:** identificar los factores asociados al uso del servicio de Urgencias en el Hospital San Vicente de Arauca (HSVA), durante el período septiembre del 2013 a agosto del 2014. **Metodología:** es una investigación cuantitativa, descriptiva. Se recopilaron los datos reportados por el HSVA, mediante el consecutivo triage y las variables se agruparon en cuatro grandes categorías: factores demográficos (sexo y edad), factores relacionados con el sistema de salud (Régimen y tipo de afiliación), factores del entorno (hora y/o segmento del día, día de la semana y mes del año) y Triage (uso de urgencias por nivel de Triage y diagnóstico por nivel de Triage). **Resultados:** los factores que más determinan el uso de urgencias son el régimen, siendo más utilizado el subsidiado (58%) y el sexo, siendo mayor el uso por parte de las mujeres (56,7). Otro factor relevante fue el grupo etario, siendo el de 19 a 44 años el que más utilizó el servicio con un 41,5%. **Conclusión:** el uso de los servicios de urgencias está asociado a sexo, nivel socioeconómico y grupo etario, al menos la mitad de los usuarios que asisten al servicio pueden estar haciéndolo de forma no oportuna, lo que hace más notable las fallas en la garantía de acceso oportuno a la atención ambulatoria, que impulsan a que los pacientes busquen solucionar sus problemáticas asistiendo a urgencias.

**Palabras claves:** triage; emergencias médicas; atención ambulatoria

### ABSTRACT

**Introduction:** The Colombian health care system is facing issues to find an adequate response to the population demand for medical services. This is especially true among certain population groups that require better access to and coverage of health services to fulfil their needs in medical care. **Objective:** To identify factors associated with the use of emergency services in the Hospital San Vicente de Arauca (HSVA) between September 2013 and August 2014. **Methods:** We conducted a descriptive study using quantitative analysis of the data. Based on HSVA's reports, four types of factors related to use of emergency services were analyzed: demographics (age and sex), health care system-related (health insurance scheme and status), time-related factors (time of the day, day of the week, month of the year) and triage characteristics (use of emergency services and diagnosis according to triage level). **Results:** The factors that determined the use of emergency medical services were type of health insurance scheme and sex, with higher use among those in the subsidized scheme (58%) and women (56.7%). Another relevant factor was age, with the highest use among adults aged 19 to 44 years (41.5%). **Conclusion:** The use of emergency services in HSVA is associated with sex, socioeconomic level (identified through health insurance scheme) and age group. At least half of the users who attend the HSVA emergency service might not be doing it in timely fashion, which makes more noticeable the failures in ensuring timely access to outpatient care. Given those outpatient care access issues, patients are seeking to fulfil their medical needs by attending emergency services.

**Keywords:** triage; emergency service; ambulatory care

1 Especialista en Salud Ocupacional y Enfermera, Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud, Universidad Jorge Tadeo Lozano, convenio Cúcuta. Auditora en Salud Hospital San Vicente de Arauca. Contacto: > dwyverc.medina.w@utadeo.edu.co

2 Especialista en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud, Universidad Jorge Tadeo Lozano convenio Cúcuta. Odontóloga, Universidad Cooperativa de Colombia. Auditora Regional en Salud Oral, Nueva EPS Noroccidente. Contacto: > alexandrakbza@hotmail.com.

3 Especialista en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud, Universidad Jorge Tadeo Lozano convenio Cúcuta. Contadora Pública, Universidad de Pamplona, Norte de Santander. Coordinadora de Facturación Hospital San Vicente de Arauca. Contacto: > mirmay72@hotmail.com

4 Especialista en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud, Universidad Jorge Tadeo Lozano convenio Cúcuta. Bacteriólogo, Universidad de Pamplona, Norte de Santander. Gerente Emsar Ltda. y Laboratorio Clínico. Contacto: > aguila18@gmail.com

5 Especialista en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud, Universidad Jorge Tadeo Lozano convenio Cúcuta. Bacteriólogo, Universidad de Pamplona, Norte de Santander Auditora en Salud Hospital San Vicente de Arauca. Contacto: > cacr2014@hotmail.com

6 Especialista en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud, Universidad Jorge Tadeo Lozano convenio Cúcuta. Administradora en Servicios de Salud, Universidad Francisco de Paula Santander convenio con la Universidad de Cartagena. Contacto: > erikajinnethjp12@hotmail.com.

7 Doctor en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, Universidad de Manizales CINDE. Odontólogo, Universidad Nacional de Colombia. Profesor Titular Universidad Jorge Tadeo Lozano. Contacto: > wilsong.jimenezb@utadeo.edu.co

### CITACIÓN SUGERIDA

Medina Wilches DC, Cabeza Contreras JMA, López González MM, et al. Factores asociados al uso del servicio de urgencias en el Hospital San Vicente de Arauca entre el período septiembre de 2013 y agosto de 2014. Acta Odontol [en línea] 2018, 8 (1):46-59 [Fecha de consulta: dd/mm/aaaa]; Disponible desde: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontol>

Recibido	29 de mayo de 2017
Aprobado	17 de noviembre de 2017
Publicado	1 de enero de 2018

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia” (1) y cuando se pierde este equilibrio, el ser humano busca restablecerlo. Para esto, pide ayuda médica, acudiendo, en última instancia, al servicio de salud a través de los servicios brindados en el área de urgencias.

Así pues, este servicio deviene en crítico para el bienestar de una comunidad, reflejando, en buena medida, las principales problemáticas sociales que afectan a los individuos y, en general, al grupo social. Por ello, identificar las principales causas que compelen a que se haga uso del servicio de urgencias, es un objetivo que ayuda a los formuladores de políticas públicas a proponer estrategias que lleven, tanto al mejoramiento de la atención en dicho servicio, como a intervenir sobre los factores clínicos y sociales que determinan su uso.

Con base en los anteriores elementos, esta investigación se propuso identificar las principales causas y dinámicas de uso del servicio de urgencias por parte de la población que acude a El Hospital San Vicente de Arauca, localizado en la zona fronteriza con la República Bolivariana de Venezuela. Este hospital es el centro regional de referencia del departamento de Arauca. Vale la pena destacar, que este departamento ha sido azotado por la violencia de grupos de delincuencia común, narcotráfico, guerrilla y paramilitares, dada su riqueza agraria, petrolera y su posición geográfica estratégica.

Entre las causas que motivan el uso de los servicios de urgencias, por ejemplo en España, varios estudios de tipo descriptivo transversal, utilizando en su mayoría, entrevistas y aplicación de encuestas, determinaron que los usuarios acuden por causas como: cercanía del servicio, desconfianza en la Atención Primaria (AP) —donde muchas de estas consultas debieron haber sido resueltas— (2-4) y problemas de organización de otras áreas del sistema sanitario (5). Adicionalmente, se alude a otros factores, tales como: el estado de salud logra ser resuelto o manejado con mayor agilidad en urgencias que en otros servicios (4); la comodidad en términos de horarios, la disponibilidad y el fácil acceso; y, en lo referente a enfermedad, el agravamiento de problemas crónicos (6-8). En estudios latinoamericanos, se halló que también inciden aspectos como la región de residencia del usuario, el nivel de ingreso y la salud auto-percibida (9), así como los factores sociodemográficos, de desarrollo económico y de prestación de servicios de salud (10).

Por otra parte, en un estudio realizado en un hospital pediátrico de Argentina, se encontró que el principal motivo referido para realizar consultas que fueron consideradas no urgentes fue la dificultad para obtener turno con el pediatra de cabecera o medicina general en los respectivos centros de atención primaria (5). También se evidencia cómo los horarios son poco asequibles, especialmente, para quienes laboran y presentan alguna dolencia (7).

Paralelamente, otro estudio en un hospital en Chile, mostró que la demanda de atención por urgencias variaba según los meses del año: si era temporada de verano (enero-febrero) disminuía la demanda de atención; contrario a la temporada de invierno (mayo-julio), donde se aumentaba debido al incremento de enfermedades respiratorias, a

causa de la contaminación del aire, el smog y las bajas temperaturas. Sin embargo, el comportamiento era relativamente similar a lo largo de los años (11).

En Australia, una investigación encontró que la saturación del servicio de urgencias puede tener consecuencias adversas como: retraso en la atención, fallas en el derecho a la intimidad y la confidencialidad, falta de comunicación entre médico y paciente. Lo anterior puede ocasionar falencias en los cuidados adecuados, viéndose, entonces, en riesgo la ética de la atención en el servicio de urgencias (12).

Respecto al volumen de atención y origen de los pacientes, diferentes estudios realizados en España señalaron que los adultos mayores de 65 años reportan un mayor uso del servicio de urgencias (13), debido a la disponibilidad y oferta de especialidades médicas (14).

En este mismo país, otro estudio demostró que fenómenos como el crecimiento y envejecimiento de la población (3), aumentan la demanda de atención urgente dadas por el incremento de la prevalencia de patologías crónicas. Pues, éstas al agudizarse requieren del servicio de urgencias, ante la ausencia de alternativas distintas a la hospitalización convencional (5).

Una investigación llevada a cabo en Portugal, manifiesta la satisfacción del paciente como la responsable del incremento de la lealtad al centro de atención, y la “credibilidad” en el servicio. Además de “la confianza en el uso del servicio de urgencias, alcanzada, por medio de la calidad percibida”, es determinante para acudir al servicio de urgencias (15).

Llama la atención que una indagación, realizada en Francia, demostró que el grado de aceptación del paciente, a la hora de ser reorientado hacia una de las unidades de Cuidados Primarios, era menor, cuando poseía un nivel económico bajo, era desempleado o tenía cobertura sanitaria especial. Sumado a esto, comprobaron que entre los pacientes reacios o que se opusieron a ser reorientados, un poco menos de la mitad, estaba dispuesta a pagar un extra para ser atendidos en el servicio de urgencias (16).

En resumen, la negligencia del sistema al no ofrecer atención oportuna, en el nivel ambulatorio, no considera el gran costo en que se incurre al tener que dedicar más tiempo a la atención de eventos no urgentes en los servicios de emergencias. Lo anterior sacrifica a los pacientes que acuden con reales emergencias, quienes deben pasar más tiempo en observación (17).

En cuanto a Colombia, el Sistema General de Seguridad Social de Salud (SGSSS) se basa en principios de orden constitucional, y al ser un Estado social de derecho, a toda persona que resida en territorio se le debe garantizar el acceso a los servicios de salud (18). Este sistema funciona bajo dos regímenes de afiliación: el contributivo, al que pertenece la población que tiene capacidad de pago para aportar al sistema; los cuales reciben dos denominaciones **cotizante**: las personas que mensualmente pagan o se les descuenta de su salario o pensión por la afiliación de Salud. En el caso de los trabajadores independientes, se establece un ingreso mensual base de cotización, sobre el que se realizan los aportes mensuales y; **beneficiario**: son todas las personas cubiertas por la cotización realizada por el miembro de la familia con capacidad de pago. Incluyen el (la) cónyuge o el (la) compañero(a) permanente del cotizante, los hijos menores de 25

años que hagan parte del núcleo familiar y dependan económicamente del cotizante, así como los hijos mayores de 25 años con discapacidad permanente.

El régimen subsidiado se aplica según el reporte del puntaje arrojado por la encuesta del Sistema de Selección de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN), diseñada por el Departamento de Planeación Nacional, en donde se identifican las necesidades de la población más pobre y vulnerable del país (19).

Los hogares encuestados identifican un puntaje y un nivel que les prioriza para determinar la asignación de subsidios, en este caso de salud: si la familia pertenece al nivel 1 o 2, tiene derecho a afiliarse directamente al régimen subsidiado. No obstante, la misma norma (ley 100 de 1993), contempla que mientras la población logra hacer parte de alguno de los dos regímenes —para lograr la cobertura universal, los costos en salud estarán a cargo del estado, según el puntaje de la encuesta—, esta población es denominada no asegurada, sin embargo, hay dos denominaciones que son tenidas en cuenta en las instituciones que prestan servicios de salud como lo son: otro, el cual hace referencia a las personas que no se identificaron, como las pertenecientes a grupos al margen de la ley y extranjeros indocumentados; y particular, que es el usuario que accede a los servicios de salud por sus propios medios económicos.

El SGSSS registra una serie de limitantes para que los usuarios puedan acceder a una cita médica por consulta externa de manera oportuna, siendo aún más complejo lograr una consulta especializada (20). Esto ocurre, entre otras causas, por la baja oferta de consultas médicas ambulatorias y la existencia de barreras de acceso como horarios inflexibles, múltiples trámites administrativos antes de autorizar la atención, sumada a la poca disponibilidad de profesionales especializados de algunas disciplinas médicas en el país (21). Esta situación incide en que la población opte por acudir a un servicio de urgencias, independiente de la sintomatología y problemática de salud que registre, congestionándolo con condiciones de salud no urgentes. Finalmente, este circuito desborda la capacidad instalada del prestador de servicios de salud, contratado por las aseguradoras.

Las situaciones críticas se desbordan porque no existen restricciones en la atención de urgencias. La normatividad Colombiana (22) establece que se debe atender a cualquier persona sin importar su estado de afiliación al sistema de salud, su condición socioeconómica, la gravedad y urgencia de la enfermedad, lo que genera un mayor flujo de pacientes. Asimismo, parte de la población ha tomado el servicio de urgencias como estrategia de cuidado continuo sin requerir realmente de una atención inmediata (23).

Bajo el anterior contexto, se evidenció que la mayoría de estudios y artículos publicados, similares al presente, fueron desarrollados en instituciones hospitalarias localizadas en ciudades, cuya población ha sido superior a los 300 mil habitantes, rodeadas de una amplia oferta de hospitales públicos y privados a las que pueden acudir los usuarios de los servicios de urgencias. Caso contrario ocurre con el Hospital San Vicente de Arauca Empresa Social del Estado E.S.E, pues cubre una población de 88.481 habitantes (24) en el Municipio de Arauca, distribuida así en todo el territorio: el área urbana ocupa el 0,30%, el área rural concentra el 99,63%. A su vez, el área rural comporta el 0,78% destinado para la zona petrolera y para Resguardos indígenas el 0,18%. Finalmente, la densidad poblacional es de 15 hab/km<sup>2</sup> (25-26).

El municipio de Arauca está conectado a vías estratégicas nacionales que comunican con el interior del país; con la ciudad de Bogotá por vía terrestre a 15 horas; hacia el nororiente del país se requiere transitar por territorio venezolano, en trayectos que tardan entre 6 y 8 horas a la ciudad de Cúcuta y 12 horas a la ciudad de Bucaramanga. Estos últimos recorridos, al ser realizados por territorio colombiano, se incrementan a 12 y 15 horas respectivamente.

El Hospital San Vicente de Arauca se constituye en la única Institución de salud que oferta servicios hospitalarios y de urgencias de baja y mediana complejidad a nivel local y es el principal centro de referencia departamental. Da cobertura a una población departamental total de 281.435 habitantes (15), distribuida en los siete municipios que conforman el departamento de Arauca.

Este hospital, en los últimos años, ha visto desbordar su capacidad de oferta de servicios, pues no responde al incremento de su población objeto. A la fecha, se encuentra funcionando con la misma infraestructura de hace 10 años, tecnología que está cumpliendo su vida útil, sumado a las limitaciones para lograr vincular y retener personal de salud: médicos generales, especialistas y profesionales de enfermería, generándose una alta rotación. Todos estos factores han llevado a que el único servicio de urgencias a nivel local, viva congestionado de manera permanente produciendo insatisfacción en los usuarios.

Con este panorama, el presente trabajo de investigación pretendió establecer si los factores que han determinado el uso del servicio de urgencias por parte de la población de usuarios, en otros estudios realizados, son similares o diferentes en este hospital y región de Colombia o, si por el contrario, inciden otros aspectos aún no establecidos. Esto con el propósito de generar un punto de partida para realizar algunas recomendaciones técnicas de mejoramiento a la calidad de atención en este servicio y, por qué no, a la propuesta de reorganización local.

## Materiales y métodos

Se realizó una investigación cuantitativa descriptiva, desarrollada en dos etapas:

La **primera etapa** fue un acercamiento teórico, mediante la indagación de bibliografía e identificación de estudios relacionados en forma directa o indirecta con el tema de investigación, en buscadores como Cochrane, Scielo, Redalyc, Pubmed, Biomedcentral, entre otras y en bibliotecas de varias universidades de Colombia. Como criterio de selección se tuvo: estudios, documentos y publicaciones realizadas después del año 2005 y hasta el años 2014. Posteriormente, se consolidaron y clasificaron con ayuda de fichas bibliográficas en Excel, diseñadas por los autores de esta investigación, siguiendo las normas Vancouver.

Con el apoyo del área de sistemas del Hospital, se obtuvo la base de datos que contenía los registros de Triage de los usuarios del servicio de urgencias, atendidos en el período comprendido entre 1 de septiembre del año 2013 y agosto 31 de 2014, determinándose un total de 27.151 atenciones.

Para el desarrollo de la investigación, se utilizaron todos los registros de atención dados por la Institución; sin embargo, para efectos de la preservación de la privacidad de los pacientes y por aspectos bioéticos, no se utilizaron todas las variables recibidas, descartando las siguientes: documento de identificación y nombre completo. De esta forma, para identificar individualmente cada registro se empleó únicamente la columna denominada Consecutivo Triage.

Igualmente, por no requerirse para efectos de la investigación, se ocultaron de la base de datos las columnas denominadas: Código\_Empresa, Nombre\_Empresa, Día Original\_Atención, Consecutivo Diagnóstico y Nombre de Diagnóstico. Estos dos últimos por contar con una columna con los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), décima versión CIE 10, que los suple.

La **segunda fase** es cuantitativa, donde se establecen las principales causas clínicas de consulta, así como la dinámica de uso de los servicios de urgencias en el Hospital San Vicente de Arauca E.S.E. Se diseñaron tablas en excel para tabular, consolidar y analizar, mediante estadística descriptiva, la información derivada de las siguientes variables: Clasificación de Triage, sexo, edad, fecha y hora de atención, régimen de seguridad social en salud, tipo de afiliación (beneficiario o cotizante al sistema), y tipo de paciente. Finalmente se cruzaron estas mismas variables con los principales códigos de diagnóstico CIE 10.

Para determinar los principales diagnósticos CIE 10 encontrados, teniendo en cuenta la amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad; se cuantificó cada uno de los diagnósticos obtenidos y se agruparon, según la lista de tabulación de mortalidad en Colombia, dada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Además, se ordenó de mayor a menor, en el marco del total de atenciones registradas.

Finalmente, estas variables se agruparon en cuatro grandes categorías, a saber: factores demográficos (sexo y edad), factores relacionados con el sistema de salud (Régimen y tipo de afiliación), factores del entorno (hora y/o segmento del día, día de la semana y mes del año) y Triage (uso de urgencias por nivel de Triage y diagnóstico por nivel de Triage).

## Resultados

A continuación se presentan los resultados agrupados en las categorías mencionadas:

### Factores demográficos

**Sexo:** en el período comprendido de septiembre de 2013 a agosto de 2014, se realizaron 27.151 atenciones de urgencias, de las cuales se identificó que el 56,7%(15.396), fueron realizadas a mujeres y el 43,3 % (11.755) a hombres, lo cual indica que el sexo femenino es el que más consultó en el período estudiado (tabla 1).

Tabla 1. Número de atenciones de urgencias por sexo y régimen

Sexo	Contributivo		Subsidiado		Población no asegurada		Particular		Otro	
	%	Cantidad de personas	%	Cantidad de personas	%	Cantidad de personas	%	Cantidad de personas	%	Cantidad de personas
Femenino	13%	3445	35%	9541	2.1%	578	3.3%	887	3%	945
Masculino	11%	2874	23%	6224	2.5%	667	2.8%	763	5%	1227
<b>Total</b>	<b>23%</b>	<b>6319</b>	<b>58%</b>	<b>15765</b>	<b>5%</b>	<b>1245</b>	<b>6%</b>	<b>1650</b>	<b>8%</b>	<b>2172</b>

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la población que más acude al servicio de urgencias son las mujeres afiliadas al régimen subsidiado, seguido de los hombres del mismo régimen, en la categoría de “población no asegurada y “otro” asisten más hombres que mujeres a diferencia de las demás categorías.

*Edad:* La edad para este estudio se clasificó en 12 grupos según se establece para fines legales en el SGSSS, dispuestos así (tabla 2):

Tabla 2. Clasificación según grupo etario

GRUPO	EDAD	Nº DE PERSONAS	%
1	< 1 año	1436	5,3%
2	de 1 a 4 años	3473	12,8%
3	de 5 a 14 años	3357	12,4%
4	de 15 a 18 años	1654	6,1%
5	de 19 a 44 años	11255	41,5%
6	de 45 a 49 años	1364	5,0%
7	de 50 a 49 años	1211	4,5%
8	de 55 a 59 años	922	3,4%
9	de 60 a 64 años	659	2,4%
10	de 65 a 69 años	508	1,9%
11	de 70 a 74 años	478	1,8%
12	de 75 años a mayores	834	3,1%
<b>TOTAL</b>		<b>27151</b>	<b>100%</b>

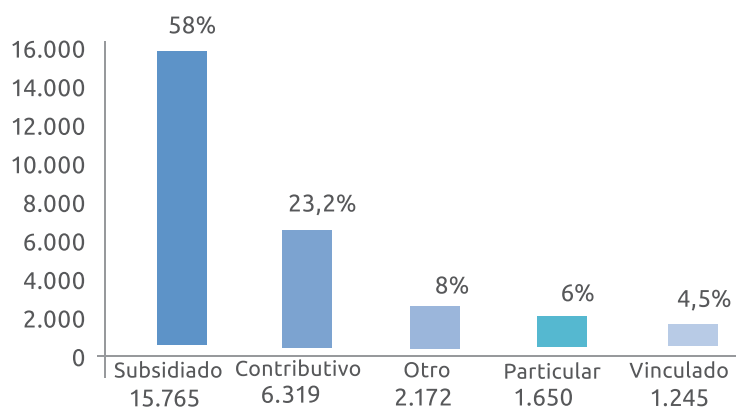
Fuente: elaboración propia.

Siguiendo esta clasificación, se observó que los pacientes del grupo 5 (19 a 44 años), fueron los que más utilizaron el servicio con un 41,5% y los del grupo 11 (70 a 74 años), representaron el 1,8%.

### Factores relacionados con el sistema de salud

*Régimen y tipo de afiliación:* se encontró que los usuarios pertenecientes al régimen subsidiado fueron los que más realizaron uso del servicio con un 58,1%, seguido del régimen contributivo 23,3%. Mientras el menor uso lo realizaron los usuarios “otro” con un 8%, particular con 6% y población no asegurada con 4,5% (gráfico 1).

Gráfico 1. Personas atendidas según régimen del SGSSS



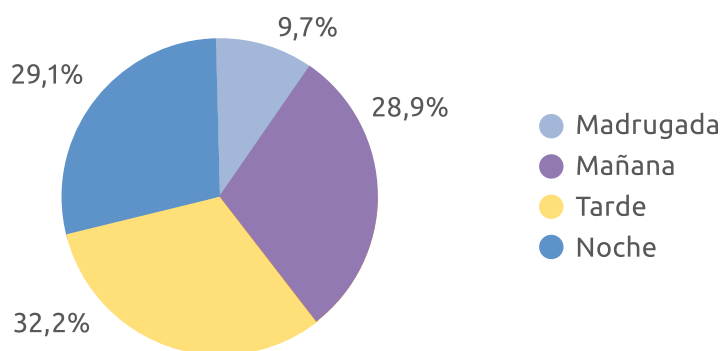
Fuente: elaboración propia.

Además, se obtuvo que del régimen contributivo los que acudieron con más frecuencia fueron los cotizantes con 59,7%, mientras que los beneficiarios lo hicieron en un 40,3%.

#### Factores del entorno

*Hora y/o segmento del día:* según lo reportado, en horas de la tarde se da el pico más alto de consultas con un 32,2%, seguido de la noche con 29,1% y la mañana del 29%. Sin embargo, se observa una disminución en la madrugada al reducirse con un 9,7 % (gráfico 2).

Gráfico 2. Porcentaje de urgencias según segmento del día



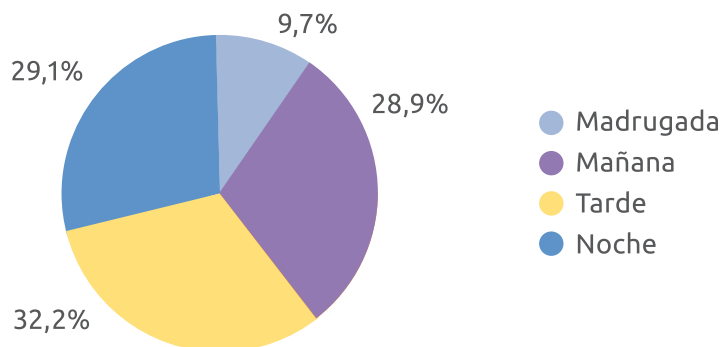
La madrugada es comprendida entre las 12:00 a.m. y 5:59 a.m.; la mañana de 6:00 a.m. a 11:59 a.m.; la tarde 12:00 p.m. a 5:59 p.m.; y la noche 6:00 p.m. a 11:59 p.m.

Fuente: elaboración propia.

*Día de la semana:* los usuarios asisten al servicio de urgencias con mayor frecuencia los lunes con un 15,8%, luego el miércoles (15%). El día sábado tuvo menor asistencia con un 12,7% (gráfico 3).



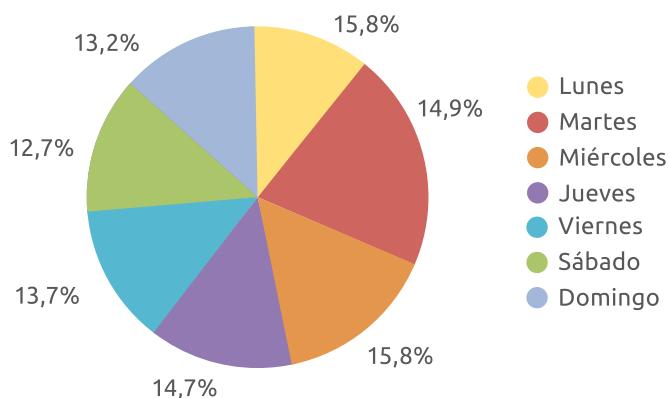
Gráfico 2. Porcentaje de urgencias según segmento del día



La madrugada es comprendida entre las 12:00 a.m. y 5:59 a.m.; la mañana de 6:00 a.m. a 11:59 a.m.; la tarde 12:00 p.m. a 5:59 p.m.; y la noche 6:00 p.m. a 11:59 p.m.

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 3. Frecuencia de atención por día de la semana



Fuente: elaboración propia.

*Meses del año:* de los 12 meses evaluados, se observó que el mes de octubre fue el de mayor asistencia con un 11,7%, se presentó una constante en los meses abril, junio y julio, ya que la frecuencia oscila entre 7,2 y 7,4%; mientras que el de menor asistencia fue febrero con un 5,9%.

Los meses enero y agosto llaman la atención, porque en ellos no hubo ninguna asistencia de Triage 1. Por el contrario, los meses de septiembre de 2013 con un 26,9% y junio de 2014 con 19,2%, fueron los más altos de esta clasificación.

## Triage

*Uso de urgencias por nivel de Triage:* el mayor número de consultas en el servicio de urgencias fueron las que se clasificaron en Triage 2; mientras que el Triage 1, correspondiente a la máxima prioridad de atención, fue el que reportó la menor frecuencia de uso (tabla 3).

Tabla 3. Número de personas según tipo de Triage

	Triage 1	Triage 2	Triage 3	Triage 4	Ginecología
Nº de casos	27	12687	5397	8072	968
% de triage	0,10%	46,7%	19,9%	29,7%	3,6%

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a ginecología se atiende solo a mujeres en estado de gestación; al respecto, resulta relevante que el 4% del total de consultas se corresponda a este servicio, lo que puede estar evidenciando fallas en el proceso de atención de las gestantes o barreras de acceso que les impiden recibir de forma oportuna los controles prenatales.

*Diagnóstico por tipo de Triage:* para este análisis se tomó como referencia la lista de tabulación de mortalidad en Colombia, dada por el DANE. En cuanto a los diagnósticos, es importante aclarar que el Hospital San Vicente de Arauca E.S.E, adicionalmente a la clasificación de Triage 1, 2, 3 y 4, prioriza la atención de las gestantes que solicitan el servicio de urgencias, por esto, dentro de las variables de clasificación aparece Ginecología. Los principales hallazgos fueron:

**Triage 1:** el diagnóstico más relevante fue signos, síntomas y afecciones mal definidas con un 23%. Las menos relevantes, enfermedades infecciosas intestinales y factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud con un 3,8%.

**Triage 2:** en este se evidenció, nuevamente, que el diagnóstico más representativo fue signos, síntomas y afecciones mal definidas con un 52,7%.

**Triage 3:** en este nivel la mayor prevalencia también fue signos, síntomas y afecciones mal definidas con 37,2%.

**Triage 4:** para el caso de este nivel, sin diagnóstico fue la causa mayor con 30,7%.

**Ginecología:** según el estudio, de las mujeres en estado de gestación que acuden al servicio, un 0,1%, lo hace por enfermedades del sistema urinario, y el 60% por factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud.

## Discusión

El hospital regional de Arauca se encuentra localizado en una zona geográfica colombiana asociada a la violencia del país, esto convierte a sus servicios de urgencias en un potencial punto crítico de entrada a la atención en salud de las víctimas de este proceso. Por ello, comprender qué factores se asocian al uso este servicio es importante para la planeación encaminada a fortalecer este centro.

De los hallazgos de la investigación, varios son coincidentes con lo reportado en la literatura, como son: el mayor uso por parte de las mujeres. Se evidencia una correlación con lo expresado en el artículo: “Factores relacionados con la utilización de servicios de salud en Costa Rica”, Llanos, Morera-Salas, Barber-Pérez, *et al.* (6), quienes encontraron un mayor uso de los servicios de urgencias por parte de las mujeres (53%). Al hacer el comparativo con el estudio realizado por Rodríguez, Hernández, Loría Castellanos, *et al.* (8), ocurre lo opuesto, pues en éste fueron los hombres, con el 52%, los que más usaron el servicio. Hay que aclarar que este último estudio puede estar sesgado, pues se aplicaron los criterios de ingreso a la Unidad de Reanimación en el Servicio de Urgencias de Adultos del Hospital General, el incremento de asistencia al servicio en horas de la tarde y noche, y el alto porcentaje de pacientes que fueron clasificados en Triage 3 y 4 (50%). Estos usuarios pueden ser considerados como no pertinentes para este servicio, dado que sus necesidades de salud pudieron ser solucionadas por parte de la atención ambulatoria de primer nivel, incluida la consulta prioritaria.

La presencia de tan alto porcentaje de pacientes considerados no pertinentes para el servicio de urgencias, hace presumir congestión del servicio, con consecuencias negativas, ya reportadas en otras investigaciones (27). Algunas de éstas son: empleo de talento humano, uso de tecnologías altamente especializadas y de elevado costo en resolver cuadros patológicos que no los ameritan, aumento del estrés por parte del personal de salud y de los pacientes, demoras innecesarias en la atención de pacientes, en especial de Triage 2 y posibles fallas dentro del proceso de atención. En complemento, el porcentaje de pacientes que al ingresar fueron clasificados como Triage 1, fue muy bajo, lo que puede hacer sospechar un posible subregistro.

Por su parte, la existencia de una clasificación adicional para la atención de urgencias maternas, es loable aunque puede estar enmascarando fallas en la cobertura y calidad de la atención de los programas de control materno infantil. Por ello, se sugiere realizar un análisis más detallado de las causas que están generando la asistencia de urgencias por parte de la población gestante, máxime, cuando el porcentaje de pacientes que ingresan por esta clasificación es muy superior al que lo hace por Triage 1.

Por otra parte, otros resultados de la investigación, si bien son coincidentes en general con lo reportado en la literatura, difieren con lo hallado en el estudio realizado por Loría-Castellanos, Flores-Maciel, Márquez-Ávila *et al.* (4), en que el día lunes, las unidades de atención primaria suelen saturarse, “obligando al paciente” a acudir a la única opción de atención médica que les queda, el servicio de urgencias. Esto sucede debido a la llamada “accesibilidad temporal y administrativa de acuerdo a la percepción de los usuarios de recibir una atención más rápida. Si bien todas las investigaciones coinciden con que el primer día hábil de la semana comporta el mayor número de casos que son atendidos en urgencias, para el caso del Hospital Regional de Arauca, realmente la diferencia entre el lunes y los demás días de la semana, en especial martes y miércoles, es muy poca.

En cuanto a qué tipo de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud prevalece, el hecho que sea del régimen subsidiado, se explica por factores como: mayor nivel de informalidad laboral y alto número de población rural.

Quizás el hallazgo más preocupante de esta investigación se relaciona con el pre-diagnóstico realizado en el Triage, ya que, para los niveles 1, 2 y 3, fueron signos, “síntomas y afecciones mal definidas”, y para el 4 “sin diagnóstico”, lo que puede estar denotando una mala calidad en la gestión del Triage. Si la función del Triage es priorizar los casos urgentes y direccionar adecuadamente la gestión del servicio, este resultado genera dudas sobre si se está cumpliendo con este objetivo. Todo esto puede afectar la eficiencia, la oportunidad y el acceso oportuno a la atención urgente de quienes lo ameritan. Por ello, sería deseable que las directivas del Hospital profundizaran en el análisis de las causas de este hallazgo, las cuales pueden ser la falta de formación del personal que adelanta la clasificación o, incluso, desmotivación o desdén frente a la atención.

## Conclusiones

Los principales factores asociados al uso de urgencias en el Hospital Regional de Arauca son: el sexo, la edad, el tipo de afiliación al SGSSS, la hora del día y el día de la semana. No se pudo determinar, en forma adecuada, qué pre-diagnóstico del Triage es el prevalente en cada nivel de esta escala, dado que, posiblemente, existen fallas en su diligenciamiento.

Igualmente, se puede concluir que al menos la mitad de los pacientes que asisten al servicio puede estar haciéndolo de forma no pertinente, lo que puede estar entorpeciendo y generando fallas en la garantía de acceso oportuno a la atención ambulatoria.

Finalmente, se recomienda al Hospital fortalecer la capacitación del personal, en especial, en gestión del Triage y en registro adecuado de las posibles patologías identificadas en él.

## Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. [en línea] 1948 [fecha de consulta: 22 de agosto de 2014] Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
2. Ruiz Giménez A, Peña García S, García López A, *et al.* ¿Por qué acuden nuestros pacientes directamente a las urgencias hospitalarias? *Revista Clínica Medicina de Familia* [en línea] 2006 [fecha de consulta: 5 de noviembre de 2014]; 1(3): 126-130. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169617622006>
3. Sánchez López J, Bueno Cavanillas A. Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. *Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias* [en línea] 2005 [fecha de consulta: 10 de mayo de 2014]; 1(3): 138-144. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1230143>

4. **Loría Castellanos J, Flores Maciel L, Márquez Ávila G, et al.** Frecuencia y factores asociados con el uso inadecuado de la consulta de urgencias de un hospital. *Cirugía y cirujanos* [en línea] 2010 [fecha de consulta: 8 de agosto de 2014]; 78 (6): 508-514. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2010/cc106h.pdf>
5. **Domingo Ribasa C, Ortún Rubio V.** Urgencias hospitalarias o el colapso crónico: los pacientes crónicos no deberían colapsar urgencias. *Arch Bronconeumol* [en línea] 2006 [fecha de consulta: 10 de agosto de 2014]; 42 (6): 257-259. Disponible en: [www.econ.upf.edu/~ortun/publicacions/ArchBronco.pdf](http://www.econ.upf.edu/~ortun/publicacions/ArchBronco.pdf)
6. **Pérez Carpio A.** Estimación de la utilización inadecuada del servicio de urgencias de un hospital universitario. Universidad de Salamanca [en línea] 2008 [fecha de consulta: 10 de agosto de 2014] Disponible en: <http://hdl.handle.net/10366/22513>.
7. **Espinel Vallejo M, Romero López M, Franco Fernández L, et al.** Utilización por cuenta propia de los Servicios de Urgencias Hospitalarias: Razones que dan las personas con problemas de salud de baja complejidad para utilizar estos servicios. *Política y Sociedad* [en línea] 2011 [fecha de consulta: octubre 10 de 2014]; 48(2): 329-352. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/36640>
8. **Moreno Rodríguez J, Russi Hernández M, Loría Castellanos J, et al.** Aplicación de los criterios de ingreso a la unidad de reanimación en el servicio de Urgencias de adultos del Hospital General «la raza». *Archivos de Medicina de Urgencia de México* [en línea] 2012 [fecha de consulta: 30 de Octubre de 2014]; 4 (2): 51-58. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/urgencia/aur-2012/aur122b.pdf>
9. **Llanos A, Morera Salas M, Barber Pérez P, et al.** Factores relacionados con la utilización de servicios de salud en Costa Rica. *Rev de Salud Pública* [en línea] 2009 [fecha de consulta: 20 de Julio de 2017]; 11(3): 323-335. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642009000300002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642009000300002)
10. **Molina-Rodríguez JF, Poblano Verástegui O, Carrillo Ordaz CE, et al.** Utilización de servicios de salud en México. *Salud en Tabasco* [en línea] 2006 [fecha de consulta: 5 de Noviembre de 2014]; 12(1): 427-432. Disponible en: <http://www.re-dalyc.org/pdf/487/48712104.pdf>
11. **Reveco C, Weber R.** Gestión de capacidad en el servicio de urgencia en un Hospital público. *Revista Ingeniería de Sistemas* [en línea] 2011 [fecha de consulta: 4 de noviembre de 2014]; 25: 57-75 Disponible en: <http://www.dii.uchile.cl/~ris/RISXXV/hospital.pdf>
12. **Aacharya R, Gastmans C, Denier Y.** Emergency department triage: an ethical analysis. *BMC Emergency Medicine* [en línea] 2011 [fecha de consulta: 10 de noviembre de 2014]; 11 (16). Disponible en: <https://bmcemergmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-227X-11-16>

13. Font I, Izquierdo A, Puiguriguer J. Análisis de las consultas a un servicio de urgencias hospitalario según el origen de los pacientes. *Emergencias* [en línea] 2009 [fecha de consulta: 20 de julio 20 de 2017]; (21): 262-268. Disponible en [https://www.researchgate.net/publication/45812185\\_Analisis\\_de las\\_consultas\\_a\\_un\\_servicio\\_de\\_urgencias\\_hospitalario\\_seun\\_el\\_origen\\_de\\_los\\_pacientes](https://www.researchgate.net/publication/45812185_Analisis_de las_consultas_a_un_servicio_de_urgencias_hospitalario_seun_el_origen_de_los_pacientes)
14. Palanca I, Elola J, Mejía F. Unidad de urgencias hospitalarias, estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política Social [en línea] 20092009 [fecha de consulta: 7 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/plancalidadesns/docs/uuh.pdf>.
15. Correia L, González M. Calidad y satisfacción en el servicio de urgencias hospitalarias: análisis de un hospital de la zona centro de Portugal. *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa* [en línea] 2010 [fecha de consulta: 22 de julio de 2017]; 16 (2): 27-41. Disponible en: <http://redaedem.org/articulos/iedee/v16/162027.pdf>
16. Gentile S, Vignally P, Durand A, et al. Nonurgent patients in the emergency department? A French formula to prevent misuse. *BMC Health Serv Res* [en línea] 2010 [fecha de consulta: 30 de octubre de 2014]; 10 (66). Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-10-66.pdf>
17. Marín Gómez J P. (2008). Causas y efectos de la saturación del servicio de emergencias de la Clínica de Chomes, Puntarenas. Puntarenas. Instituto Centroamericano de Administración Pública – ICAP; 2008.
18. Colombia - Asamblea Nacional Constituyente. Bogotá: Gaceta Constitucional Constitución Política de Colombia N° 116 (20 de julio 1991).
19. Ministerio de Salud y Protección Social. Aseguramiento al sistema general de salud [en línea] 2017 [fecha de consulta: mayo de 2017] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsidiado/Paginas/aseguramiento-al-sistema-general-salud.aspx>
20. Arango Pinilla M, Arias Ruiz S, Arrubla P, et al. Demandas inadecuadas en urgencias e identificación del uso inapropiado de la Hospitalización en el centro piloto de Assbasalud E.S.E. en Manizales. *Archivos de Medicina* [en línea] 2009 [fecha de consulta: 20 de julio de 2017] 9 (1): 25-34 Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/2738/273820380005/>
21. Ministerio de la Protección Social. Los Recursos Humanos de la Salud en Colombia Balance, Competencias y Prospectiva [en línea] 2004 [fecha de consulta: 17 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/LOS%20RECURSOS%20HUMANOS%20DE%20LA%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>

22. Colombia – Congreso de la República. Ley 1751, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Diario oficial N° 40.427 (16 de febrero de 2015).
23. Ruiz Rubiano D. Diseño y evaluación de intervenciones en organizaciones empresariales desde la dinámica de sistema: triage [Trabajo de grado para optar al título de Administrador de empresas] Bogotá: Universidad del Rosario; 2014.
24. Departamento Nacional de Estadística –DANE. Proyecciones de Población 2005-2020 Colombia y Tablas abreviadas de mortalidad Nacionales y Departamentales 1985-2020. Bogotá Septiembre de 2007 (2005).
25. Alcaldía de Arauca. Plan de Desarrollo Municipal. Progreso, trabajo y desarrollo. Arauca, Colombia (2012-2015). [fecha de consulta: 2 de julio de 2017] Disponible en: [https://www.arauca-arauca.gov.co/Institucional/Infancia%20Adolescencia%20y%20Juventud/CAPITULO%20-%20Diagnostico%20Arauca%20final\\_infancia\\_ni%C3%B1ez\\_ado\\_juventud%20PLAN%20DSRROLLO.pdf](https://www.arauca-arauca.gov.co/Institucional/Infancia%20Adolescencia%20y%20Juventud/CAPITULO%20-%20Diagnostico%20Arauca%20final_infancia_ni%C3%B1ez_ado_juventud%20PLAN%20DSRROLLO.pdf)
26. Ministerio del Trabajo y Fundación Panamericana para el Desarrollo – FUPAD. Documento Diagnóstico del Departamento de Arauca [en línea] 2012 [fecha de consulta: mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.mintrabajo.gov.co/documentos/20147/18983328/Diagnostico+Arauca.pdf/98e10f77-d8ab-0f7f-4c3b-5e65b4f0e499?download=true>
27. Molano Gutiérrez FL, Escobar Grisales CM, García Vargas MA, *et al.* Motivo de uso de los servicios de urgencias. *Acta Odontol Col* [en línea] 2016 [fecha de consulta: 15 de junio de 2017]; 6(1): 123-126. Disponible en <http://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/58854>.