UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA

Decreto Ejecutivo 575 del 21 de julio de 2004

Acreditada mediante Resolución No 15 del 31 de octubre de 2012

Facultad de Ciencias de la Salud

Maestría en Gerencia en Servicio de Salud con Especialización en Sistemas de Información

ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DEL HACINAMIENTO DE PACIENTES EN EL CUARTO DE URGENCIAS DE UNA INSTALACIÓN DE SALUD EN UN SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN, ENERO A JUNIO 2017.

Trabajo presentado como requisito para optar al grado de Maestría

Quintero G, Libezky M.

Tutor: Dra. De Gracia, Miriam

Panamá, Marzo,2018.

UMECIT

DEDICATORIA

Dedico este trabajo con mucho amor y cariño a mis dos grandes razones de vivir; mis hijos, Roberto Carlo y Libezky Gretell, los que cada día me impulsan a aseguir adelante, ellos son el motor de mi vida.

UNEC IT

AGRADECIMIENTO

Le agradezco primeramente a Dios por darme la fortaleza y la oportunidad de hacer unos de mis sueños realidad.

A la profesora Miriam De Gracia, a la profesora Yris Palencia por conocimiento y tiempo.

Mi compañera Julissa Rivas y Diana Miranda por su apoyo incondicional, a la Dra. Ching Mei Chou, y a todo aquel que colaboró conmigo.

UNEXT

TABLA DE C8ONTENIDO

INTRODUCCIÓN **ix**

CAPÍTULO I.

CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

Planteamiento del Problema **13**

Objetivos de la Investigación **23**

Generales **23**

Específicos **23**

Justificación e impacto de la Investigación **23**

Proyecciones y limitaciones de la Investigación **27**

CAPÍTULO II.

MARCO TEÓRICO

Antecedentes Históricos e investigativos **29**

Bases teóricas, conceptuales y legales **41**

Sistema de variables **53**

Operacionalización de las variables **54**

CAPÍTULO III.

MARCO METODOLÓGICO

Naturaleza y alcance de la Investigación **56**

Tipo y diseño **56**

Población y muestra **56**

Validez y confiabilidad **57**

CAPÍTULO IV.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Procesamiento de los Datos **59**

Análisis de Datos **60**

CAPÍTULO V.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones **69**

Recomendaciones **70**

CAPÍTULO VI.

PROPUESTA DE SOLUCIÓN AL PROBLEMA

Descripción **72**

Objetivos de la propuesta **72**

Metas **73**

Beneficiarios **73**

Productos **73**

Localización **73**

Metodología **74**

Cronograma **74**

Recursos **75**

Bibliografía **76**

UNECIT

LISTA DE TABLAS

Tabla 1	**56**
Tabla 2	**59**
Tabla 3	**61**
Tabla 4	**63**

UNECIT

RESUMEN

El presente trabajo de investigación va enfocada a una instalación de salud de segundo nivel de atención en los cuartos de urgencias. Como objetivo general tenemos el evaluar las causas de hacinamiento que se visualiza diariamente, como objetivos específicos es conocer la cantidad de médicos que atienden por turno, determinar el número de pacientes urgentes y no urgentes. La justificación e impacto es el de analizar los factores que afectan esta situación, para posibles soluciones a corto plazo. Las limitantes serían los mismos pacientes que se resistan a los cambios que se realicen. La población que se evalúa es de 90,402 pacientes con una muestra de 37,473 atendidos del mes de enero a junio 2017. El presente estudio es cuantitativo con un alcance descriptivo. Concluimos que después del análisis de los resultados obtenidos el número de médicos por turno que labora en esta instalación de salud no suple la demanda que tiene este cuarto de urgencias basada en los procedimientos de trabajo que se tiene en la actualidad. Se recomienda que se restructure la organización de la misma instalación de salud en cuanto a los cupos de los médicos de consulta externa, para que el cuarto de urgencias se dedique a la atención de las verdaderas urgencias y así ofrecer un servicio eficaz y eficiente.

ABSTRACT

The present research work is focused on a second level health care facility in emergency rooms. As a general objective we have to assess the causes of overcrowding that is seen daily, as specific objectives is to know the number of doctors who attend in turn, determine the number of urgent and non-urgent patients. The justification and impact is to analyze the factors that affect this situation, for possible short-term solutions. The limitations would be the same patients who resist the changes that are made. The population that is evaluated is 90,402 patients with a sample of 37,473 attended from January to June 2017. The present study is quantitative with a descriptive scope. We conclude that after the analysis of the results obtained, the number of physicians per shift working in this health facility does not meet the demand that this emergency room has based on the work procedures that are currently in place. It is recommended that the organization of the same health facility be restructured regarding the quotas of the doctors of external consultation, so that the emergency room is dedicated to the attention of the real urgencies and thus to offer an effective and efficient service.

UNACH

INTRODUCCIÓN

Dadas los muchos hacinamientos en los servicios de urgencias, se implementó una clasificación que es conocido como el triaje la cual proviene del vocablo francés trier que es seleccionar o escoger, a la hora de hacer la clasificación el personal médico, se adaptaría a las necesidades del paciente, ubicándolo en el nivel del triaje que le corresponda según su sintomatología. La palabra triaje se basa en la terminología sanitaria se refiere a la clasificación de los heridos y su ubicación en situaciones militares, desastres o catástrofes civiles.

El triaje nivel I representado por el color rojo, es crítico y su tiempo de espera es de 0 minutos, nivel 2 representado por el color naranja, es una emergencia y su tiempo de espera es de 10 minutos, nivel 3 representado por el color amarillo, es una urgencia y su tiempo de espera es de 60 minutos, nivel 4 representado por el color verde, es una urgencia menor y su tiempo de espera es de 120 minutos y nivel 5 representado por el color azul, no es una urgencia y su tiempo de espera es de 240 minutos.

La Constitución Política de la República de Panamá, en sus artículos 109 y 110 establece la obligatoriedad del Estado de asegurar el acceso de toda la población panameña a servicios integrales de prevención, curación y rehabilitación. Este mandato de la Carta Magna se traduce posteriormente en el Decreto de Gabinete No 1 del 15 de enero de 1969, que crea el Ministerio de Salud (MINSA) y lo consagra como la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN) y por ende consignatario de las cuatros funciones básicas que le competen. Sin embargo, algunas de ellas se encuentran separadas y concentradas en otras organizaciones gubernamentales a saber; 1. La Caja de Seguro Social (CSS), delegaría de la función de aseguramiento y seguridad social y 2. El Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), quien es responsable por el manejo financiero del país incluido la función de financiamiento del Sector Salud.

El sistema público lo conforma dos instituciones Ministerio de Salud (MINSA) y la Caja de Seguro Social, divididas en 14 regiones sanitarias, con presencia paralela y organizada por nivel de complejidad que ofrecen a la población servicios de salud acorde con su capacidad resolutiva. También está integrada por el subsector privado.

Panamá cuenta con tres niveles de complejidad de la atención en salud; el primero se ocupa del diagnóstico, tratamiento de los padecimientos particulares, de la promoción y prevención del saneamiento y mejora del ambiente y los usuarios, refiere a los otros niveles si así se amerita la situación. El propósito de este primer nivel es preservar y conservar la salud de toda la población que está bajo su responsabilidad; esto se puede realizar con promociones, protección específica, diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno de los padecimientos que se presenten.

En el segundo nivel de complejidad las actividades se basan en la restauración de la salud del usuario, con una atención a pocos daños y complejidad; los servicios que ofrece son proporcionados a pacientes que vienen referido del primer nivel de atención y a los que presentan cirugía menor con urgencias médicas o quirúrgicas.

En el tercer nivel de complejidad se enfoca a la restauración y rehabilitación de la salud a la población que lo necesite, ya que presenta padecimiento de alta complejidad de diagnóstico y de tratamiento que han sido emitidos de los otros demás niveles de atención.

El trabajo realizado se enfoca en una instalación de salud de segundo nivel de atención en el cuarto de urgencias, este servicio debe de atender solo casos críticos, pero dada las muchas anomalías en el sistema de salud los pacientes no lo utilizan para tal fin. En los cuadros y gráficas presentadas se evidenciara

el mal uso de los recursos, la gran cantidad de pacientes que frecuenta este servicio siendo no urgentes.

Se procura hacer una preparación en un mediano plazo a los usuarios que utilizan este cuarto de urgencias para así poder darle respuesta tanto a las verdaderas urgencias como a los no urgentes.

UNECIT

CAPÍTULO I

CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

UNEC IT

A. Planteamiento del problema

1. Descripción del problema

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), han creado un Manual de implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias.

La clasificación del triaje en los cuartos de urgencias, centradas en la evidencia científica disponible, es de gran benefició a los responsable de la gestión en salud, desde la perspectiva de los paciente y profesionales, se hace más oportuno cuando la repleción de estos servicios aumenta, y los recursos aprovechable disminuyen, ya que en ese momento se debe controlar el riesgo de los pacientes; el tiempo de espera del triaje es una herramienta muy útil ya que nos ayuda a definir el nivel de saturación.

El sistema estructurado del triaje moderno, es un sistema integral de calidad para los cuartos de urgencias, cuya finalidad tiene resultados positivos tanto para los pacientes como también para el personal de salud que labora a diario.

Según la OMS Y OPS (2010)

> El objetivo principal de la implementación del triaje para los pacientes, es controlar riesgos ante cualquier eventualidad que se presente, aumentar su seguridad; la implementación del triaje ayuda a la accesibilidad y disponibilidad de los profesionales antes los usuarios, así como también una información confiable de la situación de cada paciente.(p.5). (Gómez, Ramón-Pardo, & Rua, 2010)

Haciendo relación con la puesta en práctica de los diferentes niveles de atención en Panamá, se tiene los mismos criterios que es el de controlar el

riesgo de los pacientes que se encuentre en los servicios de urgencias ya que mediante la evaluación el proceso se hace más ágil para detectar los pacientes críticos. Otras de las medidas implementadas en el momento de realizar el triaje es que los profesionales de la salud se formen y los usuarios sean informados; una comunicación de ambas partes en el proceso que se está implementando.

El recurso de la clasificación del triaje de cinco niveles, es legítimo, útil, íntegro, notable y aplicable, de una estructura física y profesional, en todos las instalaciones de salud que atiendan urgencias, que permita hacer el triaje a los pacientes de calidad y mejora, es una medida para mejora eficaz de los cuartos de urgencias, proteger a los pacientes, aumentar la satisfacción de los pacientes y optimizar recursos.

Desde esta perspectiva, el uso de triaje puede ayudar a categorizar los pacientes por sintomatología, generando un proceso ajustado a la atención de calidad en los centro de salud. Tal como se señala a continuación Ayuso y colaboradores: Coinciden en la factibilidad de implantar un sistema de “triaje” para pacientes que requieren atención inmediata en un centro de salud, lo que supondría una mejora en la calidad y la eficacia de los servicios mediante una respuesta adecuada ante las necesidades de los pacientes, la gestión adecuada de la demanda y todo ello desde una perspectiva integradora humana y profesional. (Ayuso Raya & Pérez López, 2013)

En los estudios que se han realizado lo primordial es darle a los pacientes una atención adecuada en los servicios de urgencias; se coinciden en implementar el triaje como una herramienta eficiente y eficaz de darle una respuesta al paciente en el momento que este lo amerite.

Son muchos los procedimientos en los cuartos de urgencias pero no se cumplen a cabalidad por la alta demanda que se incrementado en los últimos

años. Como es el tiempo de espera de los pacientes para ser evaluados por el médico y ser clasificados por color y determinar en qué tiempo serán atendidos por el personal de salud. Se define que urgencia es todo problema médico-quirúrgico agudo que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata, que requiera de tratamiento en un espacio determinado: Servicio de Urgencias, que es el conjunto de áreas y equipamiento destinado a la atención de urgencias, ubicado dentro de un establecimiento de atención médica. (Miranda Cerda, 2012)

Desde todos los conceptos de los cuartos de urgencias se define la misma relación son instalaciones equipadas para darle atención a algún imprevisto que se presente a los usuarios que necesiten de dichos servicios.

Actualmente los servicios de salud en Panamá están colapsados son muchos los factores que forman este hacinamiento; se observa que en los servicios de urgencias hay una problemática tanto a nivel nacional como internacional, ya sea en una instalación de salud de segundo o tercer nivel de atención. Todo esto con lleva a la falta de recursos humanos y administrativos. Los usuarios suelen ver el servicio de urgencias como una solución a corto plazo, pero mayor es la demanda de la población que se registra a diario, que el personal médico que le solucione; no se le puede dar una atención eficiente ni eficaz. Son muchas las causas que con llevan al hacinamiento; el paciente acude por medicamentos sobre todos los adultos mayores que no se acostumbran a realizar sus citas por el centro de llamada, las citas con médicos generales están a largo plazo, acuden para solicitud de exámenes, cierre de instalaciones de salud cercanas al área, la mayoría de la atenciones que se registran son de morbilidad o sea de consulta externa. Se debe de buscar una estrategia para que los usuarios no utilicen los servicios de urgencias innecesariamente, y así poderle dar una respuesta en el momento preciso a las verdaderas urgencias que es el de salvar vidas.

Según el Perfil de la República de Panamá 2016 nos indica que la población con o sin seguro social puede acceder a instalaciones del MINSA a libre demanda, sobre todo porque son las instalaciones más ampliamente distribuida en el territorio nacional, mientras que la población que no cuenta con seguro social puede tener acceso a instalaciones de la CSS en el interior del país en las instalaciones amparadas bajo el Convenio de Compensación de Costos MINSA-CSS. En el caso de las regiones Metropolitana de Salud, Panamá Norte y San Miguelito esta práctica no se da porque no están cubiertas por el mencionado convenio.

No existen Redes integradas de Servicios de Salud porque el sistema es fragmentado y segmentado. El MINSA y la CSS cuenta cada uno por separado con redes de servicios de salud, organizadas por regiones sanitarias o por provincia, el ente gestor o articulador de la red es la Dirección Regional de Salud en el caso del MINSA o de la CSS, sobre todo en las provincias del interior del país. Por norma el primer nivel de atención refiere al segundo nivel y el segundo nivel al tercer nivel. En el caso de la región de Darién, Guna yala y metropolitana refiere el primer nivel a los hospitales de tercer nivel, ubicado en la capital del país, ya que no cuentan con hospitales de segundo nivel.

Dentro de las mismas se aplica un sistema de referencia hacia la mayor complejidad de acuerdo a la necesidad del paciente, no se garantiza la efectividad en casos de pacientes no urgentes ya que el mismo paciente es el encargado de llevar la referencia al siguiente nivel.

Se realiza anualmente en alrededor de 19 hospitales entre rurales Ailigandi, Isla Colón, Bocas del Toro, regionales (Hospital San Miguel Arcángel, Hospital Nicolás A. Solano, Hospital Joaquín P. Franco, Hospital José Domingo De Obaldía, Hospital Luis Chicho Fábrega, Hospital San José de la Palma, Hospital Regional de Chepo, Hospital Aquilino Tejeira, Hospital Manuel

Amador Guerrero, Hospital Rafael Hernández, Hospital Gustavo Nelson Collado, Hospital Rafael Estévez, Hospital Susana Jones Cano Y Hospital de la 24 Diciembre.) y nacionales (Hospital Santo Thomas, Hospital del Niño y Complejo Hospitalario de la Caja de Seguro Social, Hospital de Especialidades Pediátricas) y en 6 Centro de Salud (CS San Mateo, CS Veranillo, CS Santa Ana, Policentro de Colón, CS San Francisco,) del MINSA y CSS una medición de Calidad y el Desempeño de acuerdo al alcance del cumplimiento de las Normas y Guías. Este proceso se está desarrollando desde el año 2009, progresivamente se han ido añadiendo instalaciones de salud al proceso de medición del desempeño.

En el primer nivel de atención se cuenta con servicios integrados y accesibles, con personal de salud que se hace responsable por resolver la mayoría de las necesidades de salud de las personas, desarrollando una relación sostenida con la gente, y practicando en el contexto de la familia y la comunidad, podemos decir que el subsector público en nuestro país incluye 264 instalaciones. No se cuenta con información de las instalaciones de primer nivel de atención del subsector privado.

Las instalaciones del primer nivel de atención del subsector público, reconoce que tiene un territorio o población bajo su responsabilidad, del cual tiene amplio conocimiento de sus necesidades específicas y preferencias en cuestiones de salud. En las comunidades donde solo existen instalaciones del Ministerio de Salud o solamente instalaciones de la Caja de Seguro Social se facilita la definición de la población de responsabilidad. Mientras que en aquellas comunidades donde están presentes las dos instituciones se dificulta establecer la población y territorio a cargo, situación que se refleja en la asignación de la misma población de responsabilidad, el país refiere con más población asegurada que no asegurada pero la Caja de Seguro Social cuenta con menor cantidad de instalaciones (80) que el MINSA (830). Esta diferencia

se hace notar con mayor claridad en el primer nivel de atención donde CSS cuenta con 23 CAPPS, en 15 ULAPS y 26 policlínicas y el MINSA con 183 CS, 6 MINSA CAPSI y 6 poli centros. Sobre este particular, es de anotar que la CSS cuenta con más instalaciones de primer nivel con mayor complejidad que el MINSA (26 policlínicas vs 6 poli centros, 6 MINSA CAPSI). (Roa, Santamaría, & Austudillo, 2016)

De acuerdo al análisis realizado en el documento investigado hace mención de factores que influyen de manera negativa en el funcionamiento de los servicios de salud, mas sin embargo eso va a depender de la gerencia ya que se pudiera implementar políticas permitidas a nivel de la Caja de Seguro Social.

Los cuartos de urgencias en Panamá también utilizan la clasificación del triaje de Manchester; en el nivel I que son de color rojo, la prioridad es absoluta con atención inmediata y sin demora. El nivel 2 de color naranja la situación es muy urgente de riesgo vital, inestabilidad o dolor intenso; demora de asistencia médicas hasta 15 minutos. El nivel 3 de color amarillo, urgente pero estable hemodinámica con potencial riesgo vital que exija pruebas diagnostica o terapéuticas, su tiempo máximo es de 60 minutos. El nivel 4 de color verde, es una urgencia menor, el paciente no se encuentra en riesgo vitales, su tiempo de espera puede ser un aproximado de 120 minutos. El nivel 5 de color azul son las no urgencias, poca complejidad en su patología, su tiempo de es 240 minutos aproximadamente. (Álvarez, Bragulat, & Gómez, 2010)

La mayoría de los pacientes que utilizan los servicios de urgencias son evaluados por el personal médico como triaje 4 verdes y triaje 5 azul, o sea no urgencias reales. Esta situación es encontrada en todos los niveles de atención de los servicios de urgencias; por desconocimiento el usuario asiste a los niveles no acorde a su sintomatología, permitiendo una atención poca

favorable para los usuarios que requieren de atención inmediata. En una entrevista realizada por la periodista Ortiz a la jefa de urgencias de un hospital de tercer nivel de atención se afirma lo siguiente:

> El triaje comienza en un tercer nivel de atención, con la evaluación inicial por parte de un médico o enfermera, que identifica al paciente; y luego lo clasifica en función de la gravedad de su condición, para priorizar su atención. En cuanto a los pacientes que son clasificados con el color verde y azul, la jefa del servicio de urgencias señalo que estos tienen acceso a recibir atención de medicina general a través de la consulta externa de una policlínica, centros de atención promoción y prevención en salud (CAPPS) o Unidades Locales de atención primaria en salud (ULAPS) de la Caja de Seguro Social. (Ortíz, 2012)De acuerdo a lo señalado por Ortiz esta situación se vive a diario en los diferentes niveles de atención, pero si se hace relevancia que las evaluaciones que den azul o verde no se atienden en un III nivel de complejidad ya que su atención es más especializada; esto se debe a que no se canaliza de manera adecuada a estos usuarios para que así recurren a el nivel de atención adecuado a su padecimiento.

Esta situación se presenta en la Policlínica de la CSS, ubicada en el sector de las 600 de Villa Guadalupe en el Distrito de San Miguelito, Corregimiento José Domingo Espinar. Cuenta con un total de 560 funcionarios, en su mayoría (447) del área de salud que brindan sus servicios desde esta instalación segundo nivel de atención y quinto nivel de complejidad a una población estimada en el año 2017 a 109,702 derechohabientes residentes en el área de responsabilidad de la unidad ejecutora. Su infraestructura, se compone de 3 pisos en las cuales se ubica 57 consultorios compartidos por los equipos

médicos y técnicos que ofrecen sus servicios de 7:00 am a 9:00 pm los días laborables en consulta externa y las 24 horas de todos los días del año en el servicio de urgencias.

Cartera de servicios

En consulta externa contamos con Medicina General: consulta general, adscripción, clínicas del asma y de heridas, evaluación preliminar y actividades extramuros. Programas de Salud: adultos, SADI, salud ocupacional, III edad, epidemiología.

En las especialidades tenemos Dermatología: consulta general y cirugía. Medicina Interna: consulta general y evaluación preliminar. Oftalmología: consulta general, evaluación preliminar y procedimientos. Ortopedia: consulta general, cirugía y urgencias. Otorrinolaringología: consulta general y procedimientos. Urología: consulta general y procedimientos. Psiquiatría: consulta general, visita domiciliaria y clínica de alcoholismo. Pediatría: consulta general, adscripción, clínica del asma, procedimientos, crecimiento y desarrollo y actividades extramuros (programas escolar y de adolescentes). Medicina Familiar: consulta general, adscripción, clínica del asma y actividades extramuros. Ginecología: consulta general, colposcopia, ultrasonido, programa de infertilidad y procedimientos. Urología: consulta general y procedimientos. Cirugía General: consulta general y cirugía ambulatoria. Odontología: consulta general, programas de III edad, SADI, VIF, salud ocupacional y maternal, cirugía general, endodoncia, actividades extramuros, periodoncia, higiene dental y radiología dental.

Servicios de Urgencias: medicina general área de ataque, pediatría área de rehidratación, inhaloterapia y área de observación.

En los Servicios técnicos podemos mencionar; Fonoaudiología: consulta general, pruebas especiales y actividades extramuros. Fisioterapia: consulta

general y actividades extramuros. Nutrición: consulta general, programa SADI y actividades extramuros. Optometría: consulta general y evaluación preliminar. Psicología: consulta general, programas de III edad, SADI, VIF, salud mental, escolar y adolescente. Trabajo Social: consulta general, programas de III edad, SADI, VIF, salud de adultos, escolar y adolescentes, salud mental, visita domiciliaria y actividades extramuros. Salud Ocupacional: consulta general, visita a empresas, psicología y trabajo social. Estimulación Temprana: consulta general. Técnico de yeso: procedimientos.

En el departamento de enfermería contamos con los siguientes programas crecimiento y desarrollo, consulta general, visita domiciliaria y actividades extramuros. Programa ampliado de inmunizaciones y programas de adultos. Escolar: consulta general y actividades extramuros. Adolescentes: consulta general y actividades extramuros. Maternal: consulta general, visita domiciliaria y actividades extramuros. Epidemiología: consulta general, visita domiciliaria y actividades extramuros. SADI: consulta general y actividades extramuros. Salud Mental: consulta general, visita domiciliaria, programas escolares y adolescentes y actividades extramuros. Salud Ocupacional: consulta general y visita a empresas. Clínicas de curaciones, corte de punto, inyectable e inhaloterapias.

Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico son: radiología médica, ultrasonido, electrocardiogramas, laboratorio clínico y farmacia.

Este segundo nivel de atención no se escapa del hacimiento que se vive a diario, ya sea porque los adultos mayores tienen por costumbre no realizar sus citas al centro de llamada, para así obtener sus medicamentos de control, o los pacientes que necesitan una atención medica por una morbilidad que se les presente; al no obtener respuesta o solicitar una cita a largo tiempo, estos recurren al cuarto de urgencia por una atención inmediata sin requerirla.

Además, es relevante destacar el desconocimiento por parte de los usuarios sobre los rangos de evaluación determinado por el médico. En este mismo orden, se observa que los médicos asignados en el cuarto de urgencia, atienden exceso de paciente por turno en la Policlínica. La problemática antes mencionada tiene como causa principal es la falta de conocimiento y concienciación de los pacientes sobre el uso adecuado de las instalaciones; otra de las razones que se visualiza esta situación es la cantidad de personal médico durante las jornadas, generando una evaluación momentánea, que no llena las expectativas del usuario. Otras de las causas serían las suspensiones del servicio de otras instalaciones de salud que pertenecen al distrito de San Miguelito y así hace que este servicio se sature con triaje azul y verde, el cual se debería atender en la consulta externa. De continuar esta problemática la Policlínica aumenta la demanda de pacientes y a su vez el deterior físico del personal de salud. No se le daría una atención en el tiempo y momento que le corresponda.

2. Formulación del problema

Cuáles son las causas del hacinamiento en el cuarto de urgencias de esta instalación de segundo nivel de atención.

B. Objetivos de la investigación

1. Objetivo general

- Evaluar las causas del hacinamiento en el cuarto de urgencias de una instalación de salud de segundo nivel de atención.

2. Objetivos específicos

- Conocer el número de médicos por turno que laboran en los meses de enero a junio 2017.
- Determinar los números de pacientes no urgentes y urgentes que se atendieron del mes de enero a junio 2017.
- Determinar la naturaleza del caso por la cual los pacientes acuden por atención al cuarto de urgencia durante los meses enero a junio 2017.

C. Justificación e impacto

La importancia de este trabajo es hacer un análisis de los factores que afectan el hacinamiento que se observa a diario en esta instalación de salud de segundo nivel de atención; las causas que contribuyen a que esto se efectúe. Como aporte se hará propuestas para posible soluciones mediante análisis de datos estadísticos.

El impacto va dirigido tanto al personal de salud, como también a los usuarios que a diario utilizan los servicios de urgencias ya que se les ubicara y se le dará respuesta a sus necesidades de acuerdo a la morbilidad que estos presenten.

(Cubero & Medina, 2013)

> Esta panorámica no es ajena a la realidad costarricense, el desequilibrio entre la oferta y la demanda en la atención muchas veces pone en riesgo la seguridad de los usuarios (as) del sistema,

por lo que genera crisis en la atención que se brinda a las personas debido entre otros factores al limitado acceso a los servicios de salud, la insatisfacción en la atención que se brinda en el primer nivel de atención. Además, se debe considerar que hay fácil acceso a los servicios de emergencias hospitalarios para personas aseguradas y no aseguradas, aspectos que incide en la saturación de estos servicios.

En este artículo nos explica la situación que vive nuestro país vecino, que no se escapa de estos hacinamientos que se dan a diario debido al mal uso que le dan los usuarios y así no se le puede dar una respuesta precisa en un debido tiempo a las urgencias verdaderas.

Son muchos los recursos económicos que se invierten en este servicio de urgencia para los usuarios que a diario lo utilizan, pero actualmente se desconoce cuánto es el gasto del paciente aquí en Panamá.

Podemos citar a continuación un trabajo de tesis que nos manifiesta que existe una clara dificultad para obtener un costo por paciente, dado los distintos flujos que puedan seguir y los distintos recursos que tiene cada hospital para realizar la atención de urgencia. Para aplicar este indicador se utilizaron dos estudios. Primero, se presentan los resultados obtenidos por Fuentes y Henríquez (2010), tal como lo muestra en la siguiente tabla.

Productos	Costos Unitarios ($)
Consulta médica de urgencia general	12.422
Atención pacientes arribados en ambulancia	81.028
Colocación mayor de yeso	24.923

Reanimación	78.952
Sutura de heridas con nylon monofilamento	16.233
Preparación de paciente para hospitalización	12.416
Consulta médica de urgencia traumatológica	7.290
Gestión de examen imageneológico	2.707
Colocación menor de yeso	13.556
Toma de muestra de sangre	2.929
Instalación de fleboclisis	5.382
Preparación de paciente para cirugía	4.250
Nebulización	2.350
Suministración de medicamentos con receta retenida no inyectables	2.924
Suministración de medicamentos no inyectables	1.522

Fuente: Fuentes y Henríquez (2010)

En la siguiente gráfica se muestran los resultados obtenidos durante el proyecto “Modelamiento y Simulación de la Unidad de Emergencia del Hospital La Florida”, desarrollado por el Centro Avanzado de Simulación de Procesos de la Universidad del Bio y el Departamento de Control de Gestión y Sistemas de Información de la Universidad de Chile, durante el año 2013:

Fuente: Universidad de Chile y Universidad del Bio Bio. Proyecto FONDEF IT13i 10003(2013)

En ambos trabajos, se puede observar que los mayores costos vienen dados por las actividades médicas, lo cual es un punto muy importante a la hora de tomar decisiones. (Labarca, 2015)

Podemos evidenciar en este estudio los gastos que representa los pacientes, estos varían según su sintomatología; es un gasto muy representativo para el estado si no se utiliza apropiadamente.

D. Proyecciones y Limitaciones

El análisis de causas de hacinamiento va ir dirigida a los usuarios que asisten a los servicios de urgencias en esta instalación de salud de segundo nivel de atención, por morbilidades con la finalidad de mejorar y fortalecer la oferta de servicios de salud y concientizar a los usuarios sobre el uso adecuado de los cuartos de urgencias. Esto a su vez va a permitir que reciban una atención de calidad en un tiempo determinado. Los médicos se beneficiarían ya que la demanda se disminuiría y podrían darle una atención eficaz y eficiente a las urgencias críticas. Este estudio puede originar preguntas de investigación a futuro.

Dentro de las limitaciones para la realización del estudio están las regulaciones protocolares en cuanto al uso de la información que tiene el proveedor de salud y que restringe a este punto la aplicación de encuestas.

En cuanto a la implementación de nuestra propuesta, podemos encontrar la resistencia al cambio que se efectuara a mediano plazo por parte del usuario interno y externo, ya que los mismos deberán adaptarse a los cambios a través del tiempo.

UNEXT

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

UNEC IT

A. Antecedentes históricos e investigativos

En esta instalación de salud de segundo nivel de atención están los factores económicos es la utilización del presupuesto para mejores de la instalación; de lo político son las ampliaciones de las diferentes áreas ya que se debe solicitar la adecuación de las instalaciones de salud. Dentro de lo social se puede visualizar que los cierres de otras instalaciones de salud cercanas al distrito de San Miguelito afectan al área de responsabilidad de esta instalación de salud de segundo nivel de atención, y dentro de lo cultural la utilización correcta de parte de los usuarios de este servicio de urgencias.

El triaje se implementó en todos los cuartos de urgencias de la ciudad de Panamá el 16 de octubre de 2005; la cual se efectuó con el objetivo de clasificar a los pacientes de acuerdo a las urgencias críticas que esto presente y darle así una respuesta eficaz y eficiente en un tiempo adecuado, y sobre todo despejar este servicio y darle prioridad a las verdaderas urgencias. El triaje al principio era clasificado por el personal de enfermería; luego se le fue asignado al personal médico.

Los cuartos de urgencias han ido evolucionando de acuerdo a las necesidades de la población y enfermedades que esté presente; pero en los últimos años se le ha dado una muy mala utilización; ya que el área de responsabilidad a aumentando notablemente esto hace que el personal de salud se quede corto, porque mas es la demanda que el recurso.

(GL, 2018), hacinamiento en ambiente terapéuticos. Otros trabajos se han dirigido al estudio que los efectos del hacinamiento tienen sobre las personas que están obligadas a permanecer en hospitales de forma transitoria o casi permanente como en el caso de los hospitales psiquiátricos. Frecuentemente los estudios sobre diseños de hospitales muestran condiciones espaciales poco propicias para la interacción, se caracterizan por la aglomeración en las

salas, escasos espacios privados y ambientes sociopetos que dificultan el control sobre el intercambio social, aumentando las posibilidades de sufrir los efectos del hacinamiento. Algunos estudios han destacado la importancia del tamaño del hospital y el tamaño de las habitaciones sobre pacientes con patología psiquiátrica, comprobándose un aumento de la conducta aislada pasiva en aquellos pacientes que estaban obligados a permanecer en las habitaciones grandes con gran cantidad de sujetos que impedían realizar las actividades deseadas.

(Ocampo, Castillo, Centurión, & Cesar, 2015), nos define hacinamiento como la aglomeración excesiva de un número de personas en un mismo lugar, el presente estudio define como hacinamiento a la relación existente entre la cantidad de personas que habitan una vivienda sin considerar el baño, la cocina y el garaje. Se considera como vivienda hacinada aquella en la que habitan más de 3 personas por habitación, es decir, un índice de hacinamiento mayor a 3. Algunas de las causas pueden ser hallazgo que se encuentra en relación con el descrito por Cueto sobre la aparición brotes epidémicos en nuestro país, respecto a lo cual afirman que los principales factores que propiciaron a la proliferación de roedores (principales reservorios de la peste) a inicios del siglo pasado, fueron el hacimiento de las poblaciones, la tugurización de las viviendas, la precariedad de las construcciones, la acumulación de basuras y la persistencia de conductas antihigiénicas.

(Contreras, 2010), esta investigación se centra en reconocer la problemática de las familias que viven en condiciones de hacinamiento y la incidencia de esta situación en la salud, considerando que el hacinamiento constituye un terreno fértil para la diseminación de enfermedades infecciosas. El estar desprovisto de los componentes esenciales del confort como en este caso son la ventilación, el espacio y la higiene, altera la inmunidad frente a las

enfermedades, generando un nuevo conflicto que pasa de la restricción espacial a lo fisiológico.

Los autores antes mencionados nos explican, define y nos menciona las causas y consecuencias de los hacinamientos; ya que todos coinciden que son aglomeraciones que pueden provocar enfermedades tanto físicas como de estado emocional.

Las causas que se analizaran en este estudio son las siguientes: Número de médicos generales y pediatras por turnos de atención en el cuarto de urgencias y como se observa, se cuenta con dos pediatras en el turno B, esto es debido a la falta de espacio en la consulta externa, pero no pertenecen al cuarto de urgencias. En el turno C se cuenta con un pediatra que es de planta, y en los demás turnos no se cuenta con pediatras. Se observa más cantidad médicos generales asignados en el turno D, esto es debido a que ya en ese horario no se les da respuesta a los pacientes en la consulta externa o sea que todas las personas que ingresan al cuarto de urgencias se le deben de dar respuesta en dicho servicio. Los dos pediatras que laboran en el cuarto de urgencias en el turno B son de consulta externa, pero al no contar con espacio físico por remodelación están asignado al cuarto de urgencias; un pedíatra labora de lunes a viernes, la otra pedíatra labora de martes a jueves y los otros días se encuentra en la consulta externa, el tercer pediatra labora de lunes a viernes en horario de 3pm a 9pm. Los niños menores de un año sean urgentes o no urgentes deben permanecer en el cuarto de urgencias ya que no se deben enviar a la consulta externa si no hay pedíatras disponible. Es un 30% pacientes menores que se quedan después de ser evaluados en la sala el médico coordinador lo asignan a los pediatras de turno. De acuerdo al manual de procedimiento en las reglas de proceso en el punto número 12 nos enuncia que los médicos de los servicios de urgencias, deben evaluar los

pacientes que se le sean asignados por el médico de triaje y/o el coordinador de turno.

En las verdaderas urgencias y no urgencias, según el manual de organización de la Caja de Seguro Social, los cuartos de urgencias están diseñados para brindar oportunamente atención médica integral de la más alta calidad a pacientes en estado crítico con posibilidades de recuperación mediante monitoreo y soporte avanzado vital. Y la gran mayoría de los pacientes lo utiliza para consultas de morbilidad. Los pacientes no urgentes están clasificados por la escala del triaje nivel 5 color azul y los urgentes color naranja que se ubica en el nivel 2.

De acuerdo a la naturaleza de los casos se refiere a los pacientes que por algún acontecimiento imprevisible se deben atender en el cuarto de urgencias; en el Manual didáctico para el empleador sobre los riesgos profesionales indica en el Artículo 65 del Decreto de Gabinete del 31 de marzo de 1970, por que se deben de atender los pacientes de esta índole Se puede observar que los casos con mayor frecuencia en estos meses son lo de riesgo profesional con el 25%. El manual de procedimiento nos manifiesta que todo paciente de riesgo profesional que llegue al servicio de urgencias, será considerado según su condición, amarillo, naranja o rojo y por su naturaleza, será atendido con o sin documentación que lo acredite como asegurado activo. Toda información producto de la atención de este tipo de paciente (digital o física debe estar identificada como riesgo profesional.

Cantidad de pacientes por médicos, la norma establece que los médicos generales deben de ver 32 pacientes por día y los especialistas 28. Pero se hace la observación que en este servicio no se trabaja bajo esos procedimientos ya que ellos no se le miden productividad por que solo con un paciente se pueden tardar las 6 horas del turno. Hay una falla en la

organización del mismo servicio, se debe contemplar una extensión de horario en la consulta externa y estudiar las reales urgencias y asignarla a una cantidad de médicos que solo se dedique a este servicio. Se deben estudiar más a fondo los turnos que tengan más demandas de urgencias, y en base a eso se le da la asignación de médicos por turno.

(Burgos, García, & Daniela., 2014), realizaron una tesis sobre “Demanda inapropiada a los servicios de urgencia y factores asociados”. **Tipo de estudio**: se expuso un estudio mixto, cualitativo y cuantitativo. En el estudio realizado tanto el método cuantitativo como cualitativo tuvieron igual importancia, ya que la fase cuantitativa brindó la prevalencia y la caracterización usuaria y determinó los factores que se asocian a asistir a uno u otro servicio, información que permitió obtener en una segunda etapa la muestra de la fase cualitativa para explorar las percepciones de los usuarios respecto a qué entendían por situación de urgencia, qué factores estaban relacionados con estas descripciones e identificar cuáles eran los motivos de la demanda inapropiada a los servicios de urgencia. **Población y Muestra**: la población objetivo correspondió a personas entre 18 y 65 años de edad, de ambos sexos que acuden al Subdepartamento de Servicios de Urgencias del HBV o SAPUs de Valdivia; los criterios de inclusión y exclusión anteriormente descritos fueron aplicados a los usuarios del Subdepartamento de Servicio de Urgencia como a los que se encontraron en los SAPUs para realizar la fase cuantitativa. Para el cálculo de tamaño de muestra se consideró el valor tradicionalmente asignado a error tipo 1 de 5%. Además se contó con antecedentes de que la frecuencia basal o prevalencia de consultas inapropiadas o no pertinentes (usuarios clasificados como C4 y C5) del Subdepartamento de Servicios de Urgencias del HBV fue 26.8%. Se fijó una precisión de 4%. Con esto, el tamaño muestra para este rubro fue 464. **Recolección de datos**: la etapa cuantitativa se llevó a cabo mediante una

encuesta, siendo las principales variables de interés sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, previsión), clínicas (antecedentes mórbidos, número de consultas previas a los servicios de urgencias en el último mes, categorización usuaria, percepción de situación de urgencia, motivos de asistencia al servicio y percepción de la calidad de atención), tiempo y medio de llegada al centro. Posteriormente, mediante los registros de datos de atención usuaria (DAU) se identificaron los usuarios categorizados como C4 y C5, de los cuales se extrajo una muestra para la fase cualitativa de la investigación, en la que se realizó una entrevista semi-estructurada que constó de preguntas definidas previamente, pero que tanto la secuencia como su formulación fueron variando en función de cada sujeto entrevistado, de manera tal, que permitió profundizar en los factores que influyeron en la motivación de la utilización inadecuada del servicio de urgencia. **Resultados:** 43,27% corresponde a demanda inapropiada en los servicios de urgencias de la ciudad de Valdivia. Siendo los factores asociados a la elección del servicio de urgencia hospitalario, la atención por especialistas (38, 78%), la realización de estudios (20,73%), el horario de atención (4,39%), desconocer el uso de los SAPUs (4,39%), haber sido referido (3,66%), por ser más económico (3,41%), por ser el único servicio de urgencia disponible (2,44%) y porque el SAPU no resolvió su problema de salud (0,98%). Respecto a aquellos que consultaron en SAPU, 29,38% lo hizo porque es el centro de urgencia que le correspondía por sector y por nivel de urgencia. Dentro de los motivos que compartieron los usuarios de ambos servicios de urgencia, se encuentran la cercanía, la rapidez en la atención, porque considera que es mejor la atención y la indisponibilidad de horas de morbilidad en su CESFAM. **Conclusión**: el concepto y la percepción de urgencia influyen directamente en la decisión de acudir a uno u otro servicio de urgencia, al igual que la cercanía, rapidez, la calidad de atención y el conocimiento de la oferta de éstos. **Recomendación**: en este estudio son las necesidades de concientizar a la población mediante

la educación sanitaria, respecto al funcionamiento y prestaciones de los servicios de salud, tanto CESFAM como servicios de urgencias, mejorar la accesibilidad a la atención primaria y la calidad de ésta, aumentar los recursos humanos y de infraestructura en esta área. Si bien las políticas públicas, han buscado por muchos años resolver esta problemática y mejorar la atención de salud en todos los niveles, no ha sido posible del todo. Concordamos con otros investigadores, que plantean que se requiere de un cambio no sólo a nivel educacional, si no desde la reorganización de los servicios de urgencias, enfocándose en abordar la demanda real y mejorar la derivación en la red asistencial, en lugar de tratar de adecuar la demanda a los servicios de urgencia.

Lo señalado por Burgos y demás colegas coinciden que se debe de concientizar a los usuarios que necesitan de los servicios de urgencias, cuáles son sus funcionamientos en el entorno ya que ellos serán los más beneficiados en los procedimientos que se lleven a cabo; así se utilizarían los recursos adecuadamente.

(Huaman Quiña, 2014) Realizó una Tesis sobre “La Percepción de la calidad de atención en el servicio de emergencia del Hospital General I. José Soto Cadenillas Chota”. Este trabajo se realizó con el objetivo de determinar la percepción de la calidad de atención, siguiendo el Modelo de Donabedian quien hace énfasis en las dimensiones: estructura, proceso y resultado. La investigación desarrollada fue de tipo cuantitativa y por su alcance descriptiva, estudia hechos de la realidad, un proceso activo, sistemático y riguroso orientado a describir e interpretar los fenómenos o hechos de la realidad. En este trabajo se buscará evaluar las dimensiones de estructura, proceso y resultado en la calidad de atención del servicio de emergencia. Es descriptivo porque los datos se obtendrán directamente de la realidad sin que sean modificados o alterados. Se hará un análisis sistemático del problema con el

propósito de describirlo, entender su naturaleza transversal, porque estudia la variable en un determinado momento haciendo un corte en el tiempo. **Población**, está constituida por un total de 24 trabajadores que laboran en el Servicio de Emergencia y 102 pacientes. Para calcular la población de pacientes se ha tenido como fuente el libro de emergencias, donde se ha contado uno a uno los pacientes que reúnen los criterios de inclusión para este estudio a partir de 01 de agosto del 2013 al 31 de julio 2014, sumando un total de 1224 pacientes, de ellos se divide entre 12 meses resultando una población de 102 pacientes que se atendieron por mes. **Muestra** la población de trabajadores del servicio de emergencia por su pequeña se constituyera en muestra. **Método de Investigación**, lógico-Inductivo, dada la naturaleza del trabajo de investigación, se ha llegado a conclusiones generales, teniendo en cuenta los resultados de la aplicación de cuestionarios y encuestas, a quienes se les aplicó como son trabajadores del servicio y pacientes, que vendrían hacer las premisa particulares. Analítico sintético, este método permitirá al investigador analizar la información relevante respecto al marco teórico, así mismo servirá para procesar la información recogida luego de aplicar los instrumentos de trabajo de campo que permitirán formular las conclusiones finales de la investigación. Método inductivo-deductivo, este en un método de inferencia basado en la lógica relacionado con el estudio de hechos particulares, aunque es deductivo en un sentido (parte de lo general a lo particular) e inductivo en sentido contrario (va de lo particular a lo general).**Técnicas e instrumentos de recolección de datos** técnicas de gabinete, la aplicación de dicha técnica permitió recopilar información proveniente de diversas fuentes, la que se materializará mediante el empleo de los siguientes instrumentos. **Fichas de resumen**: tuvo como finalidad organizar en forma concisa los conceptos más importantes que aparecen en una o más páginas. Usamos esta ficha para sintetizar los contenidos teóricos de las fuentes primarias que servirán como contexto cultural de esta

investigación. Fichas textuales: sirvieron para transcribir literalmente contenidos de la versión original. Lo usamos para consignar aspectos puntuales de la investigación como marco conceptual, principios de la investigación. **Conclusión,** el 75% de los trabajadores del servicio de emergencias, tienen una percepción global de la calidad de atención es regular, y solo el 21% un percepción buena, en el mismo sentido lo hacen los pacientes; el 67% de los mismos perciben la calidad de atención como regular y el 32% perciben buena calidad de atención. **Recomendación**, capacitación al personal y jefaturas del servicio de emergencia sobre calidad de atención con énfasis en temas: gestión de los servicio de salud, elaboración protocolos de atención, auditorias de historias clínicas, comunicación asertiva, con el fin de mejorar la percepción de la calidad de atención al usuario interno y externo.

De acuerdo, a lo señalado por el autor, los centros de salud de segundo nivel de atención se da esta situación el abuso de los servicios de urgencias, ya que no se puede dar una atención satisfactoria por la saturación de los pacientes de consulta de morbilidad; los más beneficiados será siempre la comunidad; siempre y cuando le den un buen uso a este servicio de urgencias.

(Molina & Zavala, 2014) En el artículo “Conocimiento de la guía de práctica clínica de triaje por personal de enfermería. Del análisis de los resultados concluimos sería muy acertado implementar estrategias de capacitación al personal, para mejorar así su desempeño, brindando un seguimiento periódico e incluyendo evaluaciones que permitan medir si la capacitación es efectiva; así como el desarrollo de proyectos de mejora continua que incluyan la adopción de un sistema modelo de triaje estructurado de cinco niveles. El sistema de triaje ha de proponer adaptaciones en la estructura física, y tecnología en los servicios de urgencias, que permitan hacer el triaje de los pacientes según el modelo de calidad evaluable y continuamente mejorable. La evidencia actual establece que la mejor forma de garantizar la realización

de un triaje correcto es a través de la informatización del mismo. Por lo tanto, la introducción de programas informáticos que sirvan como guía y faciliten la derivación del paciente que acude a urgencias es un factor imprescindible para la adecuada implementación de este sistema en nuestro país. Otro factor fundamental a la hora de implantar un sistema de triaje estructurado es que los profesionales se formen y los pacientes sean informados. Formación e información van de la mano, sin olvidar que el paciente y su entorno son el centro de la asistencia.

De acuerdo a lo señalado por los autores, se deben de dar capacitaciones a el personal de salud que labora a diario a los cuartos de urgencias para que ellos sean canal de información a los usuarios que asisten; ya que en ocasiones el paciente desconoce en qué clasificación se encuentra y que tiempo se necesita esperar. También el usuario desconoce que los tratamientos que le asigne un médico privado o sea que labore en otra instalación de salud que no sea de la misma instalación donde el paciente decide aplicarse cualquier intravenosa; no se le administran ya que puede traer reacciones al paciente y no hay quien se haga responsable de cualquier crisis que esté presente.

Según (Mendoza, Medardo, & Corcho, 2016)en el artículo “Aplicación de la simulación en el área de urgencias de una Institución prestadora de servicios para disminuir perdida de pacientes”, en la actualidad el área de urgencias es uno de los factores críticos del sector salud en Colombia, debido a la baja calidad del servicio suministrado y los problemas que en ella se presentan. En esta investigación se ha evaluado el comportamiento actual del área de urgencias de una institución prestadora de servicios en el departamento del Atlántico. Se utilizó el Software de simulación Flexsim 7 para realizar la simulación discreta, con el propósito de obtener propuestas de mejora que permitan reducir el número de pacientes remitidos a otras entidades debido a

la saturación del área y el efecto que genera sobre las finanzas de la organización. Se desarrolló un modelo de simulación donde se evaluaron diferentes escenarios como implementar el triaje, asignar horarios de médicos y especialistas. Los resultados obtenidos muestran que se reduce el número de pacientes remitidos a otras instituciones, aumentando los ingresos financieros de la institución.

En este artículo podemos mencionar que como gerentes de salud debemos de buscar estrategias que puedan dar una solución al hacinamiento que se presentan a diario en estos servicios de urgencias; en ocasiones todo no será aceptado pero todo cambio tiene sus riesgo y debemos de enfrentarlos, para convencer tanto al personal de salud como a los usuarios los beneficios que se obtendrán.

Otro estudio relacionado es el realizado por (Garcés Molina, 2017) en su tesis doctoral "Organización de un servicio de urgencia", análisis de la actividad y de las medidas adoptadas para mejorar la calidad. **Tipo de estudio**: se realizó un estudio epidemiológico observacional, de carácter descriptivo, prospectivo, y con recogida de datos de forma retrospectiva. **Población y muestra:** distribución anual por sexo, el número total de pacientes atendidos en el SUH del HUSES durante el período de estudio fue de 407.650, correspondiendo el 53% a mujeres y el 47% a hombres. Distribución anual por edad, en cifras absolutas, el grupo etario más numeroso corresponde al comprendido entre los 26 y los 55 años; en segundo lugar el que incluye a los pacientes entre 0 y los 5 años, y en tercer lugar el que engloba a los pacientes entre 67 y 99 años. **Recolección de datos:** al incremento producido en la demanda del año 2009 al 2010, distintas variables analizadas, tanto asistenciales (estancia media, tiempo de la primera asistencia facultativa en función del nivel de gravedad), como indicadores de calidad (tasa de mortalidad, promedio de espera clasificación primera atención), mejoraron significativamente. **Resultados:** la

población atendida en el SUH del Hospital Universitario del Sureste (SHUSES) es mayoritariamente de sexo femenino, naturales de España, de entre 26 y 55 años de edad, y residente en Arganda del Rey consultando principalmente (80%) por patología clasificada con un nivel de gravedad no vital. **Conclusiones:** los resultados obtenidos en el presente trabajo, demuestran que los cambios organizativos/estructurales/asistenciales llevados a cabo en el SUH del HUSES han sido efectivo gracias a la gestión flexible de los recursos humanos y estructurales, lo que ha permitido adaptar los espacios físicos y modificar horarios y dotaciones de personal para garantizar la atención adecuada de los pacientes, de manera eficiente, mejorando los circuitos de atención. **Recomendaciones:** los datos estadísticos de los servicios de urgencias, vimos que era necesario aumentar, ahora que contábamos con la plantilla suficiente, los puestos de trabajo , por lo que aumentamos las presencias, tanto a diario como en fines de semana, ya que objetivamos que (aunque es un dato no reflejado en el trabajo) los fines de semana la demanda era muy elevada, incluso mayor que en algunos días laborables, lo que pusimos en relación con 2 circunstancias: el éxodo de población de la ciudad al campo, y la práctica de deporte en esos días (los datos mostraban un elevado índice de accidentes deportivos, sobre todo en el turno de mañana).

Es muy interesante la tesis realizada por el Dr. Garcés ya que él en su organización como gerente demostró que con cambios se puden demostrar avances y se obtendría buenos resultados. De igual manera como futura gerente se puede utilizar los recursos disponibles para así reorganizar o implementar nuevos procedimientos que darían cambios a mediano plazo, todo esto a beneficio del personal de salud y los usuarios que recurren a estos servicios.

Según (Quezada, 2017) en el artículo “Conceptos generales para la administración de los servicios de urgencias”, se observa que a pesar del avance de la medicina de urgencia en Chile, no ha habido cambios positivos significativos en la calidad del cuidado o la satisfacción de los pacientes, probablemente por la falta de aplicación de un método efectivo y probado para la operación de los servicios de urgencia. Aunque es un hecho conocido que las estrategias necesitan ser planificadas y elaboradas a medida, para cada departamento, existen algunos indicadores de desempeño que debiesen ser considerados al comenzar a liderar una sala de emergencias, para ser interpretados como los “signos vitales” de la unidad. Éstos permiten iniciar la mejoría de los procesos hasta el flujo continuo y contra el atochamiento, hasta que se desarrollen intervenciones locales más completas.

En este artículo podemos opinar que para realizar cambios se debe de estudiar y planificar las situaciones que se dan actualmente; para que no desperdiciemos tiempo, recurso y esfuerzo, y lo que se implemente o se realice sea efectivo y eficaz para todos.

B. Bases teóricas, conceptuales y legales

En el cuarto de urgencias de instalación de salud de segundo nivel de atención objeto de estudio, se cuenta con el área de recepción donde el paciente es registrado por el personal de registros médicos; el área de triaje es donde el médico evalúa al paciente luego lo clasifica según su sintomatología, se cuenta con el área de choque donde se ubica a los pacientes más críticos, dentro de esa área se cuenta con una incubadora, está el área inhaloterapia, hidratación e inyectable. La visión de esta instalación de salud de la CSS es constituirse en una de las instalaciones de salud de mayor aceptación entre sus usuarios al ofrecer servicios integrales de salud a través de equipos de salud de

atención primaria y especializados comprometidos con la calidad, que aplican todas las facetas de la atención de la salud, promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación de la salud comprometida y rehabilitación de sus secuelas; apoyados por equipos y herramientas de tecnología apropiada que permitan el diagnóstico oportuno y el tratamiento indicado, desarrollando estas labores en estrecho contacto con la comunidad. Su misión es brindar a la comunidad asegurada y sus dependientes, del área de responsabilidad de la instalación, servicios de atención integral de la salud con calidad y calidez, mediante el trabajo en equipo de un capital humano multidisciplinario comprendido con los principios de la Caja de Seguro Social, a saber, responsabilidad, disciplina, lealtad, bondad, cooperación, iniciativa, tolerancia y respeto; reforzando sus servicios con la capacidad continua en sus funciones.

Cuenta con un horario de cuatros turnos; el turno “A” que es de 12 medianoche a 6 am en el cual laboran dos médicos pero son por turnos pagos, no jornada regular. En el turno “B” que es de 6 am a 12 mediodía en el cual laboran 6 médicos en consulta de paciente y uno en la evaluación del triaje. En el turno “C” que es de 12 mediodía a 6 pm en el cual laboran 6 médicos y uno en la evaluación del triaje. En el turno “D” que es de 6 pm a 12 medianoche en el cual laboran 7 médicos en consulta y uno en la evaluación del triaje. Se tiene un turno especial de 3 pm a 9 pm la cual labora un médico general y un pediatra. También se cuenta con dos pedíatras que son de consulta externa pero por falta de espacio reducido en las instalaciones se reubicaron en los servicios de urgencias; uno labora de lunes a viernes en horario de 6 am a 12 mediodías y el otro solo labora los días martes, miércoles y jueves en el mismo horario, los otros dos días está en la consulta externa.

Para efectos del actual estudio, se tomara en cuenta el concepto de hacinamiento que resume las recomendaciones presentadas por ambos entes

inspectores en torno a la congestión de pacientes dentro de los servicios de emergencia. El hacinamiento es un grave problema de salud pública. (Ponce-Varillas, 2017)

El concepto de Cuarto de Urgencia contiene a los médicos que actúan en él, ya que proceden de distintas especialidades, siendo generalmente residentes en los primeros años. Por ello es necesario unificar conductas diagnósticas y terapéuticas según protocolos de actuación. El objetivo fundamental es solucionar el problema del paciente y tomar decisiones rápidas. Todos los servicios de urgencias suelen estar sobresaturados por enfermos con patología no urgente, muchos de ellos presentan problemas que se podrían haber solucionado fuera del hospital. Por ello, es fundamental seleccionar el orden de atención de los enfermos según su gravedad. (González & Jiménez, 2014)

Podemos mencionar los Niveles de Complejidad que es el número de tareas diferenciadas o procedimientos complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por ella. Se desglosan de la siguiente manera, el primer nivel de atención que es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permiten resolver las necesidades de atenciones básicas y más frecuentes, que puedan ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación .En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población. En el tercer nivel de atención se reserva para la atención de

problemas poco prevalentes, se refiere a patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología.

El concepto de Triaje es identificar rápidamente a los pacientes que sufren una enfermedad que pone en peligro su vida mediante un sistema de clasificación, válido, útil y reproducible, con el objetivo de priorizar su asistencia. Se Clasifica de la siguiente manera: Nivel 1 o rojo: precisa de la atención por el médico de forma inmediata. Nivel 2 o naranja: la atención por el médico puede demorarse hasta 10 minutos. Nivel 3 o amarillo: la atención por el médico puede demorarse hasta 60 minutos. Nivel 4 o verde: la atención por el médico puede demorarse hasta 2 horas. Nivel 5 o azul: la atención por el médico puede demorarse hasta 4 horas. (MarcadorDePosición1)

Según la Implementación del procedimiento para el abordaje del paciente en el Servicio de Urgencias, P-31. Elaborado por Sanjur, Rodríguez e Hidalgo (2017).

Reglas del proceso

1. El presente documento es de cumplimiento obligatorio para atender de manera eficiente, eficaz y oportuna, los requerimientos de atención médica de urgencia; el incumplimiento en la aplicación de cualquier de sus partes, puede considerarse una falta al Artículo No. 20, numeral 1 del Reglamento Interno de Personal.
2. En los Servicios de Urgencias se atenderá con ficha de atención o en su defecto con hija de atención.
3. Todo paciente que llegue a una Unidad Ejecutora, por demanda espontánea o traslado por personal de pre hospitalario, estamentos de seguridad con una urgencia notoria, se le debe brindar la atención necesaria (Ley 16 del 31 julio de 1986).

4. Los tiempos de espera para la atención de los pacientes en el Servicio de Urgencias, una vez clasificados por el triaje son:
    - Amarillo, hasta sesenta (60) minutos.
    - Naranja, hasta (10) minutos.
    - Rojo, de inmediato.
5. El tiempo de espera del paciente, parar ser atendido en la ventanilla de Registros Médicos (REGES), previo a la atención en el triaje, según la demanda de pacientes y disponibilidad del recurso humano, no debe ser mayor a 5 minutos.
6. Un paciente clasificado amarillo, no debe estar, más de 3 horas en el Servicio de Urgencia sin que se tenga, una definición sobre su caso (salida, traslado, hospitalización).
7. Un paciente clasificado amarillo, una vez dentro del consultorio de urgencias, debe ser evaluado por el médico, integralmente según su condición.
8. Según el horario de atención en el Servicio de Urgencia, un paciente, no debe permanecer más de 24 horas en el área de observación (Hospitales) y/o hidratación. No debe haber admisiones a observación ya que no existe proceso de admisión en Urgencia.
9. A criterio del coordinador y si la demanda es alta, se puede habilitar más de un consultorio de evaluación inicial (triaje), para clasificar a los pacientes que buscan atención en el Servicio de Urgencia.
10. Todo personal de salud, propio o procedente de otra área, asignado al área de triaje, debe recibir la inducción en el proceso de clasificación por el jefe del Servicio de Urgencia y consignarlo en su expediente.
11. En situaciones de múltiples victimas que se pueden presentar en los Servicios de Urgencia, se deben desplegar los planes de contingencias elaborados para dar respuesta a la atención del paciente rojo. En estos

casos el tiempo de atención de los pacientes amarillos y naranjas puede verse afectada.

12. Los médicos de los Servicios de Urgencia, deben evaluar los pacientes que le sean asignados por el médico de triaje y/o el coordinador de turno.
13. Las diferencias de criterio sobre el diagnóstico o manejo del paciente, deben ser llevadas, por la vía adecuada de comunicación entre los colaboradores de salud (Código Uniforme de Ética para los Funcionarios Públicos).
14. El personal que labora en el Servicio de Urgencia, debe cumplir con las medidas de bioseguridad universal y además cumplir con los procedimientos de cadena de custodia cuando maneje indicios y/o evidencias.
15. La información clínica del paciente es de carácter absolutamente confidencial y no debe ser divulgada por ningún medio (Ley 68 del 25 de noviembre de 2003 Capítulo III artículo 13).
16. La información referente a la condición del paciente, será manejada conformé a lo establecido en la Ley No 68 del 25 de noviembre de 2003, que regula los Derechos y Obligaciones de los pacientes, en Materia de información y de decisión libre e informada.
17. El cuidado de enfermería, producto de la atención ofertada en el Servicio de Urgencia, se realizará durante todo el horario en que se encuentre funcionando el servicio.
18. Las enfermeras del Servicio de Urgencia deben evaluar y dar seguimiento a los pacientes que le son asignados por los médicos de consultorio en sus respectivas áreas de responsabilidad, en cumplimiento de las indicaciones médicas.
19. Es responsabilidad de las enfermeras asignadas a las áreas de atención, monitorizar y evaluar al paciente, comunicando al médico

coordinador y/o tratante, cambios hemodinámicos, neurológicos y ventilatorios que se presenten, consignándolos en la nota de evolución del sistema de información o en la nota de enfermería.

20. Para aplicar medicamentos inyectables intravenosos, que estén dentro o fuera del listado oficial de medicamentos, inhaloterapias y venoclisis, prescritos por personal de salud externo al Servicio de Urgencia, el paciente tiene que iniciar su atención en REGES, para que le sea realizada la evaluación y dejar constancia de su atención.
21. Todo paciente al que se le va administrar una inyectable, deberá tener una prescripción médica escrita en forma clara y precisa, consignando cada medicamento por separado, la dosis, la vía y el tiempo de administración, de igual forma se procederá con las hidrataciones intravenosas e inhaloterapias generadas de la atención en el Servicio de Urgencia.
22. Los médicos especialistas nombrados en los Servicio de Urgencia, de acuerdo a sus competencias (pediatras, urgenciologos, internistas y gineco-obstetras), deben dar atención expedita a los pacientes clasificados rojos, naranjas y de ser requerido, según la demanda, disponibilidad del recurso humano o evento fortuito, también a los pacientes amarillos, que lleguen al Servicio de Urgencia.
23. Los especialistas nombrados en el Servicio de Urgencia y los que hacen turnos extras para el servicio, son el apoyo para la definición diagnóstica o de los procedimientos invasivos de su competencia a requerimiento del médico general tratante y registrar su intervención.
24. Los especialistas y sub-especialistas de la unidad, que estén de turno (presencial y/o disponibilidad), al ser requeridos por el coordinador de turno del Servicio de Urgencia, deben anotar sus evaluaciones de forma presencial, escribir, fechar, firmar y sellar sus acciones en la hoja de

atención del paciente o en el expediente electrónico del paciente que le sea asignado, como consulta médica especializada de urgencia.

25. Toda unidad ejecutora que cuente con un Servicio de Urgencia gineco-obstétrico, debe garantizar su funcionamiento con personal idóneo.
26. En el Servicio de Urgencia no se hace diagnóstico rutinario de embarazo, ni control del embarazo.
27. Descartar en toda paciente femenina en edad fértil, con politraumatismo y/o dolor abdominal, si está o no en estado de gestación, mediante estudios de laboratorio o gabinete.
28. La atención de la paciente embarazada con enfermedad aguda o patología obstétrica, es de alta prioridad y no debe ser rechazada.
29. La paciente embaraza con historia, signos y síntoma gineco-obstétricos de labor de parto, sean estos patológicos o no debe ser evaluada y estabilizada. Si se cuenta con un obstetra de turno, este deberá valorar a la paciente, de lo contrario, brindar la atención inicial y de ser necesario enviar a una unidad de mayor complejidad.
30. Los pacientes que lleguen al Servicio de Urgencia con signos evidentes de muerte, REGES le creara su ficha, para ser completada por el médico coordinador del turno, como paciente fallecido y ordenará llamar a la autoridades competentes para que se inicien los trámites legales.
31. Los casos de pacientes, que fallecen durante su atención, deben ser manejados por el médico responsable de la atención sanitaria según los procesos legales establecidos.
32. En los casos de muerte por morbilidad común, de cuidados paliativos, afiliados a médico de cabecera o con trámites legales de servicios funerarios, se realizarán los cuidados correspondientes al cadáver y será trasladado por los camilleros a la morgue o al área disponible para tal fin dentro del Servicio de Urgencias.

33. El coordinador de turno, debe informar a la jefatura de urgencia cualquier incidencia y este a su vez enviarlo al director médico y a la coordinación nacional del Servicio de Urgencia.
34. El coordinador es el responsable de que los traslados de pacientes, generados durante su turno y en turnos anteriores, por los médicos tratantes, cumplan con el procedimiento 209 del 2014, para el transporte de pacientes en ambulancias de la Caja de Seguro Social, establecido por la institución.
35. Es responsabilidad del médico coordinador de turno, supervisar todas las áreas del Servicio de Urgencia durante el turno. De existir una elevada demanda de atención, deberá reforzar de manera temporal el área correspondiente, con el personal de salud idóneo necesario, hasta controlar la alta demanda.
36. Es responsabilidad del jefe de servicio y/o coordinador de turno velar que el personal de salud, agilice los procesos atención y de envío de los pacientes a procedimientos, pruebas de laboratorio, estudios radiográficos y obtener los resultados en un tiempo prudente.
37. El jefe del servicio y/o el coordinador de turno es responsable del abordaje y clasificación del paciente horizontal que es traído al Servicio de Urgencia por personal de pre hospitalario, estamentos de seguridad o familiares.
38. Es responsabilidad del médico tratante de turno, dar seguimiento a la condición del paciente acorde con el diagnóstico, tratamiento y definir la necesidad de hidratar, observar, admitir, trasladar o dar salida. (cumplir con la alta médica y/o administrativa).
39. Si el médico tratante ya se ha retirado del Servicio de Urgencia, sin dar el alta médica y/o administrativa, se le deberá localizar para que cumpla con la directriz.

40. El médico tratante al evaluar la condición del paciente, determinará la necesidad o no de un acompañante dentro del servicio, consignándolo en la ficha de atención o en su defecto en la hoja de atención.
41. Todo paciente de Riesgo Profesional que llegue al Servicio de Urgencia, será considerado según condición, amarillo, naranja o rojo y por su naturaleza, será atendido con o sin documentación que lo acredite como asegurado activo. Toda información producto de la atención de este tipo de paciente (digital o física) debe estar identificado como Riesgo Profesional.
42. A todo paciente, que sea atendido como Riesgo Profesional, en el Servicio de Urgencia, se le debe entregar la incapacidad inicial de Riesgo Profesional, copia de la ficha de atención.
43. Todo paciente que sea atendido como Riesgo Profesional, debe ser referido a salud ocupacional, para gestionar su reevaluación y prolongación de la incapacidad, si el caso lo amerita. En el Servicio de Urgencia no se debe hacer continuación de incapacidad por Riesgo Profesional.
44. Observación es un área propia del Servicio de Urgencia hospitalario, no debe ser utilizada por los especialistas como extensión de las salas de hospitalización, ni para realizar procedimientos diagnósticos de rutina, procedimientos quirúrgicos, cirugías programadas ni atención de pacientes post quirúrgicos.
45. El paciente llega referido por otro médico de la instalación, debe pasar directamente al médico coordinador de turno quien determinará, la prioridad de atención y el manejo que se le dará.
46. Periódicamente el coordinador y el personal de salud, deben durante su turno en el Servicio de Urgencia, monitorear a los pacientes en la sala de espera, para detectar si algún paciente requiere atención prioritaria.

47. Todo paciente que requiere ser trasladado, se le debe preparar el formulario único de referencia y contra referencia (SURCO) y agregar la referencia de enfermería.
48. Para garantizar la prontitud de la atención al paciente, en las diferentes áreas de los Servicios de Urgencias todo el personal de salud tiene la responsabilidad de apoyar, colaborar o ejecutar las funciones, actividades y tareas, que sean necesarias para mantener los tiempos de atención determinados en el proceso.

De acuerdo al manual de procedimiento del abordaje del paciente hay muchos puntos que los usuarios desconocen como por lo menos las pacientes embarazadas, ellas deben de dirigirse a un tercer nivel de atención ya que cuentas con todos los equipos y profesionales idóneos para darle una atención eficaz, eficiente y oportuna. Se debería hacer un enlace con los médicos de consulta externa ya que nos darían respuesta para la atención de los triaje azul y verdes; así la aglomeración del cuarto de urgencia en esta instalación de salud de segundo nivel de atención se daría con más fluidez, en un tiempo apropiado a sus necesidades.

UNICA

Base legal

- Constitución de la República de Panamá, título III, Capítulo 6 que establece derechos y deberes individuales y la Salud Pública y Asistencia Social.
- Ley No 66 del 10 de noviembre de 1947, que aprueba el Código Sanitario que rige la salud pública.
- Ley No 1 del 6 enero de 1954, se reglamenta la carrera de enfermería y se le da estabilidad y jubilación.
- Ley No 14 de 19 de mayo de 2016, que regula las actividades y uso de sustancias controladas para fines médicos y/o científicos y dicta otras disposiciones.
- Ley No 25 del 28 de diciembre de 1982 (crea escalafón de enfermería).
- Ley No 16 del 31 julio de 1986, se dictan normas para garantizar la asistencia médica de urgencias a todas las personas que se encuentran graves en peligro de muerte.
- Ley No 68 del 25 de noviembre de 2003, que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada.
- Ley No 51 del 27 de diciembre de 2005 que reforma la ley orgánica de la Caja de Seguro Social y dicta otras disposiciones.
- Ley No 33 del 25 de abril de 2013, que crea la Autoridad Nacional de Transparencia y acceso a la información.
- Decreto de Gabinete No 16 del 22 de enero de 1969, se reglamenta la carrera de médicos internos, residentes, especialistas y odontólogos y se crea el cargo del médico general y consultor.
- Decreto No 1458 del 06 de noviembre de 2012, que reglamenta la ley 68.

- Resolución No 5 del 10 de junio de 1996 del Ministerio de Salud donde se reconoce la carrera de técnicos de Urgencias Médicas.
- Resolución No 1 del 25 de mayo de 1998 del Ministerio de Salud, se reconoce la carrera de especialista en Urgencia Médico Quirúrgica.
- Resolución No 656 del 9 de mayo de 2014 de la Caja de Seguro Social donde se establece la implementación del Sistema de información de Salud (SIS).

C. Sistema de variables

Analizaremos las siguientes variables de manera conceptual y operacional: hacinamiento, número de médicos por turno, clasificación de pacientes urgentes y no urgentes, naturaleza de los casos.

D. Operacionalización de las variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDIDA
Número de médicos por turno.	Médicos que tienen un horario determinado en el área de urgencias,	Número de Médicos según turno, que atenderán los pacientes evaluados	Turno “A” 12 mn-6 am Turno “B” 6 am-12 md Turno “C” 12 md-6 pm Turno “D” 6 pm-12 m

	para atender a los pacientes.	en el triaje ya sean rojos, naranja, amarillos, verdes y azules.	
Clasificación de pacientes urgentes y no urgentes en el triaje.	Categorización asignada por el Médico que evalúa a los pacientes, según su sintomatología al llegar al cuarto de urgencia.	Categorización donde se ubican a los pacientes, utilizando el sistema de Triaje.	Urgente (rojo, naranja y amarillo). No urgente (azul y verde)
Naturaleza de los casos.	Pacientes con imprevistos no urgentes pero dadas la naturaleza de las circunstancias se deben atender en este servicio.	Son los pacientes que por algunas condiciones, fueron víctima de agresión o maltrato, o algún suceso repentino en sus labores de trabajo.	Casos policivos Casos de Violencia Intra Familiar(VIF) Riesgos Profesionales
Hacinamiento	Es la repleción de los pacientes ya que su número sobrepasa los recursos	Número de pacientes en sala de urgencias con morbilidades de consulta externa.	Número de pacientes excedentes por mes

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

UNEXT

A. Naturaleza y alcance de la investigación

La investigación va enmarcada a un estudio observacional documental ya que se analizan datos bibliográficos, con características estadísticas, y se pretende analizar las situaciones y sucesos ocurridos, las condiciones que se den en determinado grupo de personas y todo lo relacionado con el medio que lo rodea.

B. Tipo y diseño de investigación

Es un estudio descriptivo transversal.

C. Hipótesis (si aplica)

En este estudio no aplica.

D. Población y ámbito del estudio

Todos los pacientes que acudieron al servicio de cuarto de urgencias de la instalación de salud de segundo nivel de atención ubicada en el Distrito de San Miguelito que para el período de enero a junio de 2017 fueron 37,473.

E. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Los datos fueron obtenidos de la plataforma de estadísticas médicas SEIS, que nos ofrece un expediente electrónico único para las instalaciones de salud que pertenecen a este proveedor de salud público, a la vez que nos permite obtener información estadística con respecto a los servicios y la demanda.

(worldbank.org/lacstatisticsaward, 2010), como nos detalla, el SEIS en Panamá es el Sistema de información estadística de salud, el cual se utiliza para reporte de datos en un sistema de información estadístico de salud digitalizado; base de datos para el análisis e investigaciones; información de datos estadísticos oportunos y consistentes. Es de gran ayuda para la elaboración política de salud; para estudios de morbilidad a nivel nacional y por regiones del país; información de vigilancias epidemiológicas y el análisis de situaciones en salud.

F. Validez y confiabilidad

Se reconoce dentro del sistema de salud panameño que los datos provenientes del departamento de Registros y Estadísticas Médicas son de carácter oficial y se validan por provenir de un sistema único de información de salud reglamentado por ley.

UNIBCI

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS DE RESULTADOS

UNECIT

A. Procesamiento de los datos

Los datos fueron analizados mediante el programa Excel a través de tablas de frecuencia y tasas, y sus respectivas gráficas.

UNECIT

B. Análisis de los datos

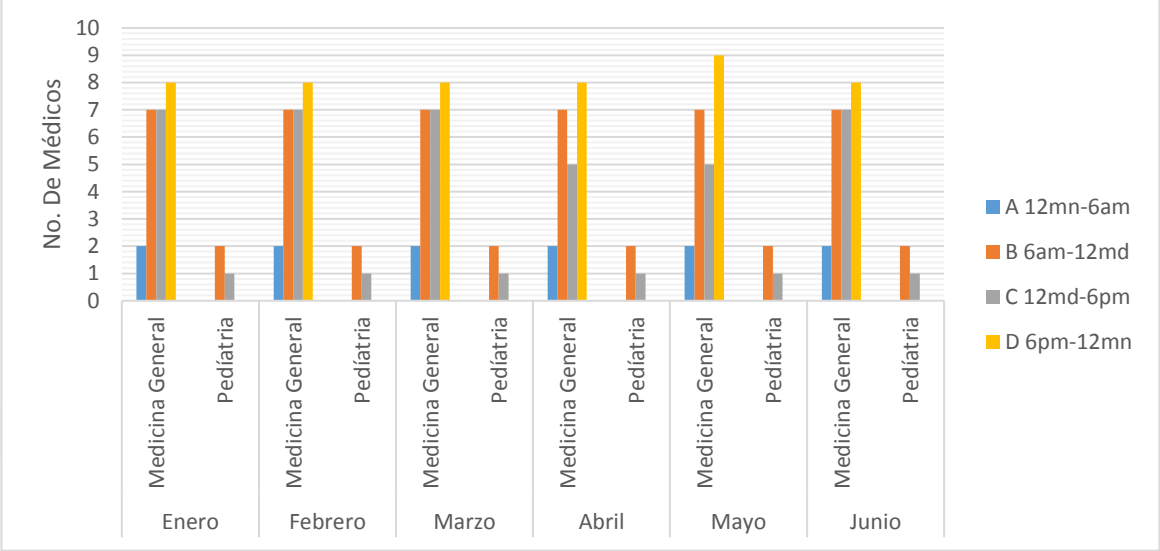
TABLA 1
CANTIDAD DE MEDICOS GENERALES Y PEDÍATRAS POR TURNO DE ATENCIÓN

Turno	Enero		Febrero		Marzo		Abril		Mayo		Junio	
	Medicina General	Pediatria	Medicina General	Pediatria	Medicina General	Pediatria	Medicina General	Pediatria	Medicina General	Pediatria	Medicina General	Pediatria
A 12mn-6am	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0
B 6am-12md	7	2	7	2	7	2	7	2	7	2	7	2
C 12md-6pm	7	1	7	1	7	1	5	1	5	1	7	1
D 6pm-12mn	8	0	8	0	8	0	8	0	9	0	8	0

Fuente: Departamento de REGES.

GRÁFICO 1

CANTIDAD DE MEDICOS GENERALES Y PEDÍATRAS POR TURNO DE ATENCIÓN



Se puede observar en la tabla 1 con cuantos médicos se cuentan en cada turno con un 70% de población adulta. En este servicio solo se deben atender verdaderas urgencias, no se tiene un número determinado de pacientes por médicos en las 6 horas laborables ya que no se le mide productividad como es el caso de los médicos generales de la consulta externa que deben atender cuatro pacientes por hora; porque con un solo paciente se pueden dilatar todo el turno esto depende del diagnóstico que esté presente. Pero aun después de agotarse los cupos de los médicos de turno extra todos estos pacientes quedan en la sala esperando una atención que se le debe brindar aunque no sean de urgencias. En este servicio se le realiza al paciente procedimientos, suturas, colocación de sondas, tubos endotraqueales, marcapasos externos, lavados gástricos, RCP avanzado entre otras. Todo depende de la complejidad del paciente, si la eventualidad que tiene es de riesgo vital el médico debe desplazarse con él en la ambulancia para que sea admitido a una instalación de salud de tercer nivel para darle así la atención adecuada. Cuando se presentan estas urgencias críticas todos los médicos de turno recurren para estabilizar al paciente y por tal motivo se paraliza la atención en la sala para darle prioridad a esta. Por tal motivo no hay un número determinado de pacientes para el médico que labora en este servicio de urgencias. Según el manual de organización se le debe brindar la atención inicial a un paciente no asegurado que presente una urgencia verdadera y luego referirlo a otro nivel de atención, como lo estipula la ley.

TABLA 2

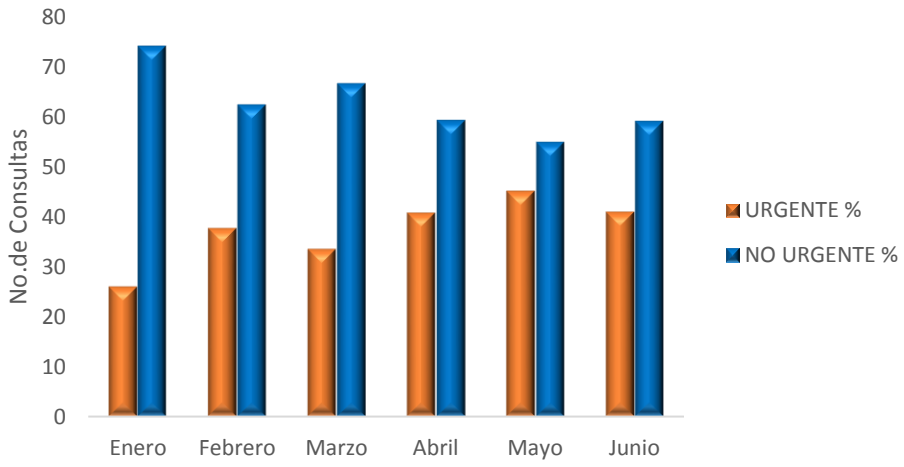
PACIENTES URGENTES Y NO URGENTES

MESES	TOTAL	URGENTE		NO URGENTE	
		No.	%	No.	%
Enero	9,949	2,591	26	7,358	74
Febrero	5,805	2,187	38	3,618	62
Marzo	2,320	777	33	1,543	67
Abril	4,484	1,827	41	2,657	59
Mayo	8,547	3,855	45	4,692	55
Junio	8,577	3,511	41	5,066	59

Fuente: Departamento de REGES.

GRÁFICO 2

PACIENTES URGENTES Y NO URGENTES



El 74% de las atenciones para el mes de enero no eran urgentes, este comportamiento se ve marcado repetitivamente en los demás meses.

UNECIT

TABLA 3

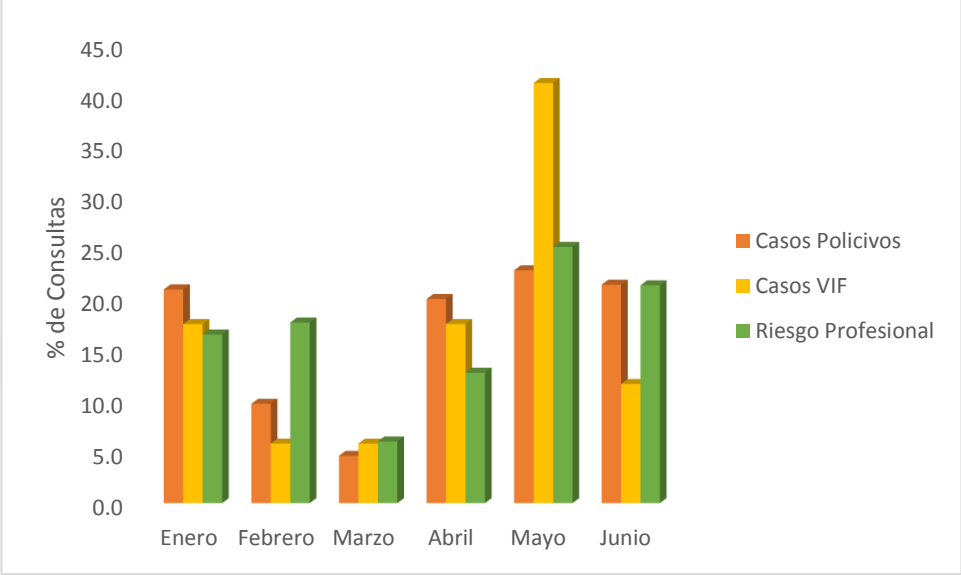
NATURALEZA DE LOS CASOS

Meses	Casos Policivos	%	Casos VIF	%	Riesgo Profesional	%
Total	**214**	**100.0**	**17**	**100.0**	**854**	**100.0**
Enero	45	21.0	3	17.6	142	16.6
Febrero	21	9.8	1	5.9	152	17.8
Marzo	10	4.7	1	5.9	52	6.1
Abril	43	20.1	3	17.6	110	12.9
Mayo	49	22.9	7	41.2	215	25.2
Junio	46	21.5	2	11.8	183	21.4

Fuente: Departamento de REGES.

GRÁFICA 3

NATURALEZA DE LOS CASOS



Tenemos los casos policivos con el 22% y los casos VIF que es el más bajo con un 3%. Dentro del Manual de normas y procedimientos para la atención integral de la violencia intrafamiliar y la promoción de formas de convivencia solidaria en el sistema nacional de salud, establece en la ley No 38 de junio de 2001 el artículo 6 y 215 D, y dentro del manual en el punto 4 atención hospitalaria en los cuartos de urgencias en la norma 24, 25 y 26, habla claramente del porque se debe de atender a estos pacientes y llenar estos formularios.

UNEC

TABLA 4

CANTIDAD DE PACIENTES POR MÉDICOS DEL MES DE ENERO A JUNIO 2017

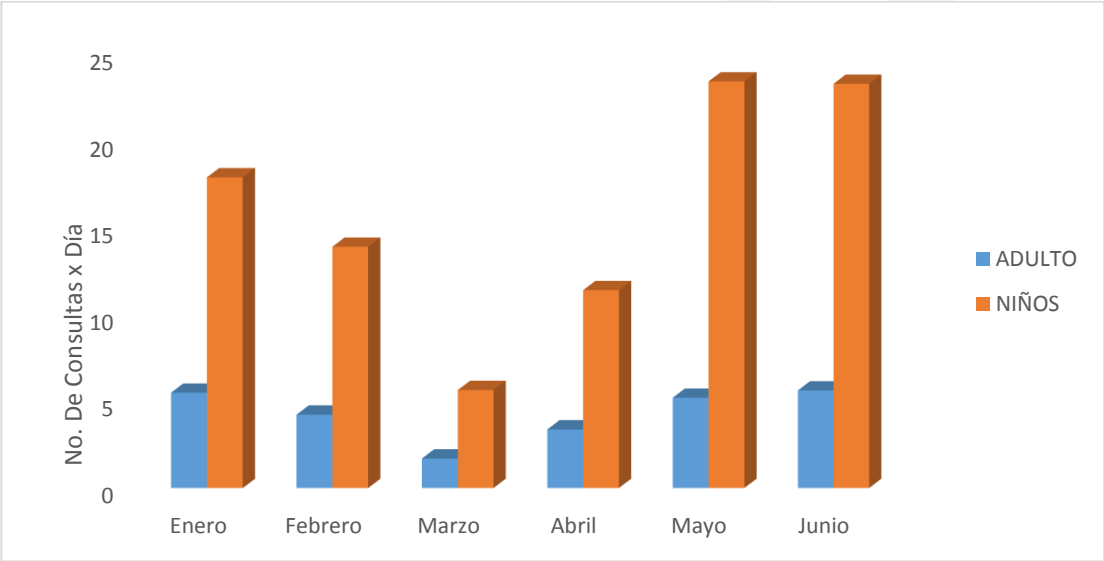
MESES	HORARIOS				PERSONAL DE SALUD		CONSULTA		CONSULTA POR DIA			
	PEDIATRIA		MEDICINA GENERAL						ADULTO		NIÑOS	
	DIAS	NO. TURNOS	DIAS	NO. TURNOS	MEDICO GENERAL	PEDIATRAS	ADULTO	NIÑOS	NO.DE TURNOS MENSUAL	NO.CONSULTAS DIARIAS	NO.DE TURNOS MENSUAL	NO.CONSULTAS DIARIAS
Enero	22	2	30	4	22	3	3,619	1,181	660	5	66	18
Febrero	22	2	30	4	22	3	2,785	917	660	4	66	14
Marzo	22	2	30	4	22	3	1,120	372	660	2	66	6
Abril	22	2	30	4	20	3	2,022	752	600	3	66	11
Mayo	22	2	30	4	24	3	3,738	1,546	720	5	66	23
Junio	22	2	30	4	21	3	3,536	1,537	630	6	66	23

Fuente: Departamento de REGES.

UNEC

GRÁFICA 4

CANTIDAD DE PACIENTES POR MÉDICOS DEL MES DE ENERO A JUNIO 2017



El resultado de esta tabla en base a una distribución equitativa de pacientes por cantidad total de turnos médicos por mes, esto debido a que no se contaba con las cifras de cantidad de consultas por turno. Cada pediatra atendió un estimado de 18 pacientes por día, los médicos generales atendieron un estimado de 5 pacientes por turno.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

UNESCIT

Conclusiones

Concluimos que después del análisis de los resultados obtenidos el número de médicos por turno que labora en esta instalación de salud de segundo nivel de atención no suple la demanda que tiene este cuarto de urgencia basado en los procedimientos de trabajo que se tiene en la actualidad. Probablemente pueda darse por la logística que no es la adecuada para un cuarto de urgencias por que no se tiene la visual que se necesite médicos en la consulta externa que atiendan estos casos de morbilidad.

Según los resultados obtenidos se observa que la mayoría de los pacientes que recurren a este cuarto de urgencia no son urgentes, motivo por el cual consideramos que se debe de reevaluar el tipo de logística de trabajo que se tiene en esta instalación. También puede ser probable que los pacientes que acuden a este servicio por cultura general desconocen el uso adecuado de este.

A través de este estudio concluimos que los casos que más se ven en este cuarto de urgencia son los de riesgo profesional ya que está establecido en el Artículo 65 del Decreto de Gabinete 68 del 31 de marzo de 1970 del porque se deben de reportar.

UNEXT

Recomendaciones

Se recomienda que se restructure la organización de la misma instalación de salud en cuanto a los cupos de los médicos de consulta externa, para que el cuarto de urgencias se dedique a la atención de las verdaderas urgencias y así ofrecer un servicio eficaz y eficiente.

Capacitación de los pacientes por parte del personal de atención al usuario para que estos creen conciencia del uso adecuado de este cuarto de urgencias.

UNEC IT

CAPÍTULO VI

PROPUESTA DE SOLUCIÓN AL PROBLEMA

UNEC IT

A. Denominación de la propuesta

Capacitar a los pacientes sobre el uso adecuado del cuarto de urgencias.

B. Descripción

Se quiere orientar al paciente, para que estos se ubiquen según su sintomatología en el nivel de atención y consulta adecuada.

C. Fundamentación

Se fundamenta en los resultados obtenidos en el estudio para así tratar de disminuir el hacinamiento en el cuarto de urgencias.

D. Objetivos de la propuesta

1. Objetivo general

- Diseñar talleres de capacitación para mejora de los servicios a los pacientes en este segundo nivel de atención.

2. Objetivo específicos

- Identificar las causas que mo
- tivan a los pacientes hacer uso del cuarto de urgencias.
- Clasificar las diferentes sintomatologías para hacer uso apropiado de los servicios de urgencias.
- Describir los servicios que presta los diferentes niveles de atención a los usuarios.

UNECT

E. Metas

Para el año 2019. Se realizaran charlas del uso adecuado de los servicios de urgencias los meses de enero, mayo, agosto y diciembre. Charlas de las principales sintomatologías que tienen prioridad en el cuarto de urgencia se realizaran los meses de febrero, junio y septiembre. Charla de la clasificación del triaje se realizaran los meses de marzo, julio y octubre. Y por último se distribuirá trípticos de la información de las charlas realizadas los meses de abril y noviembre.

F. Beneficiarios

La población que asiste a esta instalación de salud de segundo nivel de atención y a los médicos porque así atenderían las verdaderas urgencias en el momento adecuado.

G. Productos

La población que se capacitaría por turno un aproximado de 80 personas por turno.

H. Localización

Se realizaría en la sala de espera de esta instalación de salud de segundo nivel.

UNEC

I. Metodología

Charlas, trípticos, dispositivos audiovisuales, contaremos con la ayuda del departamento de atención al asegurado.

J. Cronograma

Actividades	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Charlas del uso adecuado de los servicios de urgencias	X				X			X				X
Charlas de las principales sintomatologías que tiene prioridad en el cuarto de urgencias		X				X			X			
Charla de la clasificación del triaje			X				X			X		
Se distribuirá trípticos con estas informaciones				X							X	

UNEXT

K. Recursos

Los recursos serían propios de la instalación de salud de este segundo nivel de atención, como son los dispositivos audiovisuales, el recurso humano ya que contara con el apoyo del departamento de atención al usuario.

UNEC IT

BIBLIOGRAFÍA

(s.f.). 50-62.

Álvarez, A., Bragulat, E., & Gómez, M. (2010). El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *Scielo Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 55-58.

Ayuso Raya, M. C., & Pérez López, N. (2013). Valoración de un proyecto de "triaje" de urgencias por enfermería en atención primaria. *Scielo Clínica de Medicina de Familia*, 144-151.

Burgos, E., García, C., & Daniela., M. (2014). Demanda inapropiada a los servicios de urgencias y factores asociados. *Demanda inapropiada a los servicios de urgencias y factores asociados*. Valdivia, chile.

Contreras, S. (30 de abril de 2010). El hacinamiento y su incidencia en la salud. *LABLAT*, pág. 1.

Cubero, C., & Medina, K. (2013). Los procesos de clasificación de usuarios y su impacto en la atención en las salas de urgencias a nivel hospitalario. *Revista Electrónica Enfermería actual en Costa Rica*, 11.

Garcés Molina, F. J. (noviembre de 2017). Organización de un servicio de urgencias: análisis de la actividad y de las medidas adoptadas para mejorar la calidad. Madrid, España.

GL, M. (31 de marzo de 2018). Obtenido de www.academia.edu/6545294/Hacinamiento

Gómez, J., Ramón-Pardo, P., & Rua, C. (2010). MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE TRIAJE PARA LOS CUARTOS DE URGENCIAS. *MANUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE TRIAJE PARA LOS CUARTOS DE URGENCIAS*. Washington, DC: OPS, Estados Unidos.

González, J., & Jiménez, J. (2014). Manual de protocolos y actuación en urgencias. *Capítulo 2 Servicio de urgencias conceptos y organización*. Madrid, España.

Hernández Sampieri, R. (2014). Metodología de la investigación. México, México.

Huaman Quiña, S. (2014). Percepción de la calidad de atención en el servicio de emergencias del hospital general I "José Soto Cadenillas". Chiclayo, Perú.

Labarca, A. (octubre de 2015). "Modelo de medición de desempeño en unidades de urgencias". *tesis para optar al grado de Magister en Control de Gestión*. Santiago, Chile.

Mendoza, D., Medardo, C., & Corcho, R. (2016). Aplicación de la simulación discreta en el área de urgencias de una institución prestadora de servicios para disminuir perdida de pacientes. *INGENIARE*, 21.

Miranda Cerda, G. (2012). Qué es una Urgencia. *Archivo de Medicina de Urgencia de México*, 81-84.

Molina, R., & Zavala, E. (2014). Conocimiento de la guía de práctica clínica de triaje por personal de enfermería. *CONAMED*, 11-16.

Ocampo, N., Castillo, E., Centurión, & Cesar. (2015). Asociación entre hacinamiento en viviendas y casos de peste sospechosos en un distrito de la libertad. *Scielo*, 22-24.

Ortíz, Y. (23 de 3 de 2012). CSS establece un nuevo proceso en el cuarto de Urgencias del Complejo. *CSS establece un nuevo proceso en el cuarto de Urgencias del Complejo*.

Pineda, E., Alvarado, E., & Canales, F. (1994). metodología de la investigación. *Manual para el desarrollo de personal de salud*. Washington D.C., Estados Unidos.

Ponce-Varillas, T. (2017). Hacinamiento en los servicios de emergencias. *Scielo Perú Anales de la Facultad de Medicina*, 218-223.

Quezada, R. (2017). Conceptos Generales para la administración de los servicios de urgencias. *Revista médica clínica Las Condes*, 2.

Roa, R., Santamaría, I., & Austudillo, N. (2016). Perfil de Salud de la República de Panamá. *Perfil de Salud de la República de Panamá*. Panamá.

UNEXT