

**ESTUDIO DESCRIPTIVO OBSERVACIONAL DE ACCESIBILIDAD Y
OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN EN TRAUMA DE MANO DE LOS
USUARIOS DEL HUEM AÑO 2004**

GINA MARIA CORINALDI VICINI

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2005**

**ESTUDIO DESCRIPTIVO OBSERVACIONAL DE ACCESIBILIDAD Y
OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN EN TRAUMA DE MANO DE LOS
USUARIOS DEL HUEM AÑO 2004**

GINA MARIA CORINALDI VICINI

**Trabajo presentado como requisito para optar el título de
ESPECIALISTA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

Director

DR. HERNADO BALLESTEROS

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2005**

AGRADECIMIENTOS

A Dios, a mi esposo y amigo por su constante estímulo y apoyo, a mis padres e hijos por su compañía y apoyo, a mi amiga Janeth Elodia por su invaluable ayuda, al Doctor Hernando Ballesteros por su asesoría y consejo, a las Doctoras María Cecilia, Mary Lupe, Adriana Ochoa, a Marthica, a todos los profesores, al HUEM y a todas las personas que hicieron posible este triunfo.

GINA M. CORINALDI

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	14
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.1 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	15
1.2 JUSTIFICACION	15
1.3 OBJETIVO	16
1.3.1 Objetivo General	16
1.3.2 Objetivos Específicos	16
2. MARCO TEÓRICO	18
2.1. RESEÑA HISTÓRICA	18
2.2. NORMATIVIDAD DE LA ATENCION DE TRAUMA DE MANO	26
2.3 CONCEPTOS DE LA ATENCION DE TRAUMA DE MANO	28
3. METODOLOGIA	40
3.1 TIPO DE ESTUDIO	40
3.2 FUENTES DE INFORMACIÓN	41
3.3 INSTRUMENTO	41
3.4 MATERIALES Y MÉTODO	41
3.4.1 Universo	41
3.4.2 Muestra	41
3.4.3 Operacionalización de las variables	46
4. RESULTADOS	49
4.1 RESULTADOS	49
4.1.1 Universo	49
4.1.2 Cálculo del tamaño de la muestra	49
4.4.3 Análisis de las variables	50
CONCLUSIONES	67

BIBLIOGRAFIA

69

ANEXOS

73

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Operacionalización de las variables	46

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Esquema sobre el manejo clínico de las heridas de la mano	32
Figura 2. Esquema sobre el manejo clínico del trauma cerrado de la mano	33

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Gráfica 1. Distribución por grupos de edad de los pacientes atendidos por trauma de mano en el HUEM año 2004	51
Gráfica 2. Distribución por sexo de los pacientes atendidos por trauma de mano en el HUEM año 2004	52
Gráfica 3 Distribución por tipo de trauma de los pacientes atendidos por trauma de mano HUEM año 2004	53
Gráfica 4. Distribución por grupo de procedencia de los pacientes atendidos por trauma de mano en el HUEM año 2004	54
Gráfica 5. Porcentaje de pacientes de trauma de mano que llegaron antes de 4 horas al servicio de urgencias del HUEM año 2004	56
Gráfica 6. Distribución según seguridad social de los pacientes atendidos por trauma de mano en el HUEM año 2004	57
Gráfica 7 Porcentaje de pacientes con algún tipo de seguridad social sobre el total de pacientes atendidos por trauma de mano en el HUEM año 2004.	58
Gráfica 8. Porcentaje de población sisbenizada del área metropolitana de Cúcuta según proyecciones del DANE para el año 2002	59
Gráfica 9. Porcentaje de población sisbenizada perteneciente al R subsidiado del área metropolitana de Cúcuta según proyecciones del DANE para el año 2002	59
Gráfica10. Porcentaje de afiliados por régimen área metropolitana de Cúcuta según DANE año 1997	60
Gráfica 11. Porcentaje de pacientes con tiempo total de atención oportuno del total de pacientes atendidos por trauma de mano en el HUEM año 2004	61
Gráfica 12. Oportunidad de atención de los pacientes con trauma de mano en el servicio de urgencias del HUEM año 2004	62

Gráfica 13 Oportunidad de atención de los pacientes de trauma de mano en el servicio de cirugía de mano HUEM año 2004	63
Gráfica 14. Oportunidad de la cirugía de los pacientes de trauma de mano del HUEM año 2004	64
Gráfica 15. Comparación de la oportunidad de atención por servicio de los pacientes de trauma de mano del HUEM año 2004	65
Gráfica 16. Comparación en el N° de horas necesarias de atención por paciente y por servicio de los pacientes atendidos por de trauma de mano del HUEM año 2004	66

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Instrumento de recolección de datos	74
Anexo B. Tablas	76

RESUMEN

TÍTULO

ESTUDIO DESCRIPTIVO OBSERVACIONAL DE ACCESIBILIDAD Y OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN EN TRAUMA DE MANO DE LOS USUARIOS DEL HUEM AÑO 2004.*

AUTOR

GINA MARIA CORINALDI VICINI**

PALABRAS CLAVE

Cirugía de Mano, calidad, accesibilidad, oportunidad

El presente estudio realiza una investigación de la atención de los pacientes por patologías de trauma de mano en el Hospital Universitario Erasmo Meóz de la ciudad de Cúcuta en el año 2004 analizando la accesibilidad y oportunidad de atención de estos pacientes con el fin de establecer o no la necesidad de creación de la Unidad de Cirugía de Mano. La mano es un elemento indispensable en el desarrollo del ser humano como persona y en el interactuar con los semejantes, a través de ellas nos comunicamos; cualquier trauma o defecto que las lesione por lo tanto incide en la supervivencia del hombre. En el Hospital Universitario Erasmo Meóz de la ciudad de Cúcuta, el servicio de Cirugía de Mano realizó 570 cirugías durante el año 2004 de las cuales el 88% correspondieron a patologías por trauma de mano. La normatividad vigente en el país exige la garantía de la calidad en la atención en salud con sus atributos accesibilidad y oportunidad. En este trabajo, primeramente, se revisa la historia del trauma en el mundo y en el país; segundo, se hace una revisión de la normatividad vigente en salud y específicamente en trauma de mano y por último se investiga la accesibilidad y oportunidad en la atención de estos pacientes para llegar a establecer o no la necesidad de la Unidad de Cirugía de Mano.

* Trabajo de Investigación

** Facultad: De Salud, Departamento de Salud Pública. Programa: Especialización en Administración de Servicios de Salud. Director: DR Hernando Ballesteros

SUMMARY

TITLE

* DESCRIPTIVE OBSERVATIONAL STUDY OF ACCESIBILITY AND OPORTUNITY OF THE ATENCIÓN IN HAND TRAUMA PACIENTS OF THE HUEM 2004 YEAR.

AUTHOR

GINA MARÍA CORINALDI VICINI **

WORDS KEY

Surgery of Hand, quality, accessibility, opportunity

The present study carries out an investigation of the attention of the patients for pathologies of hand trauma in the University Hospital Erasmo Meóz of the city of Cúcuta in the year 2004 analyzing the accessibility and opportunity of these patients' attention with the purpose of settling down or not the necessity of creation of the Unit of Surgery of Hand. The hand is an indispensable element in the human being's development like person and in the interactuar with the fellow men, through them we communicate; any trauma or defect that it injures them therefore impact in the man's survival. In the University Hospital Erasmo Meóz of the city of Cúcuta, the service of Surgery of Hand carried 470 surgeries during 2004 year of which 88% corresponds to pathologies for hand trauma. The effective normatividad in the country demands the guarantee of the quality in the attention in health with its attributes accessibility and opportunity. In this work, firstly, the history of the trauma is revised in the world and in the country; second, a revision of the effective normatividad is made in health and specifically in hand trauma and lastly it is investigated the accessibility and opportunity in the attention of these patients to end up settling down or not the necessity of the Unit of Surgery of Hand.

* Work of Investigation

** Ability: Of Health, Department of Public Health. It programs: Specialization in Administration of Services of Health. Director: DR Hernando Archers

INTRODUCCIÓN

La aprehensión, inteligencia y postura eréctil distinguen a los humanos de los animales inferiores. La mano es un elemento indispensable en el desarrollo del ser humano como persona y en el interactuar con los semejantes, a través de ellas nos comunicamos; cualquier trauma o defecto que las lesione por lo tanto incide en la supervivencia del hombre. En el Hospital Universitario Erasmo Meóz de la ciudad de Cúcuta, el servicio de Cirugía de Mano realizó 470 cirugías durante el año 2004 de las cuales el 88% corresponden a patologías por trauma de mano. La normatividad vigente en el país exige la garantía de la calidad en la atención en salud con sus atributos accesibilidad y oportunidad. ¿Será adecuada la atención de los pacientes de trauma de mano en términos de accesibilidad y oportunidad? ¿Será necesaria la creación de la Unidad ambulatoria de Cirugía de Mano?

Con este trabajo se pretende, revisar algunos conceptos del trauma de mano, la normatividad vigente en salud y específicamente para trauma de Mano, investigar como está la atención de estos pacientes en cuanto a accesibilidad y oportunidad se refiere y por último definir si es o no necesaria la creación de una Unidad de Cirugía de la Mano para la atención de estos pacientes.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Es adecuada la atención de los pacientes con patologías de trauma de mano en términos de accesibilidad y oportunidad en la comunidad nortesantandereana?

1.2 JUSTIFICACION

Las patologías de trauma de mano en la comunidad Nortesantandereana se constituyen en las primeras causas de morbilidad del servicio de ortopedia del Hospital Universitario Erasmo Meóz, localizado en la ciudad de Cúcuta. El 88% de los casos que se atienden son por trauma, especialmente accidentes de trabajo y accidentes comunes en adultos y niños; el 12% restante corresponde a patologías por sobreuso (trauma repetitivo) como tendinitis, bursitis, epicondilitis, síndrome de compresión nerviosa periférica; patologías tumorales o congénitas y artritis las cuales se atienden en menor proporción.

Las secuelas que siguen a una lesión de la mano pueden ser generadas por la falta de accesibilidad, oportunidad o atención inicial incorrecta por parte de un equipo médico sin entrenamiento adecuado, o son inherencias inevitables de la misma¹

Si bien es cierto que El Ministerio de la Protección Social en el decreto 2309 de octubre del año 2002, establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en salud (SODGCS), y define los atributos de accesibilidad, oportunidad y

¹ GERSTNER, Bruns J. GERSTNER, Bruns W. "Lesiones de la mano cuidado primario y rehabilitación. Introducción, Página 9. . 3ª edición 1990 Talleres gráficos de Impresora Feriva Ltda.

pertinencia, como requisitos de una atención con calidad, no se garantiza que los usuarios la reciban.²

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones, se hace necesaria una investigación que determine si el acceso y la oportunidad de los pacientes con patologías de trauma mano atendidos en el HUEM están afectados o no y si es necesaria la creación de una unidad de Cirugía de la Mano.

1.3 OBJETIVO

1.3.1 Objetivo General. Determinar si la atención de los pacientes con patologías de trauma de mano es adecuada en términos de accesibilidad y oportunidad en la comunidad Nortesantandereana y si es necesaria la creación de la Unidad de cirugía Mano para la ciudad de Cúcuta.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Evaluar la accesibilidad geográfica de la red de los servicios de salud de Norte de Santander para la atención de los pacientes con patologías de trauma de mano para el año 2004.
- Establecer si existieron barreras de accesibilidad económica en la atención a los pacientes con patologías de mano en el HUEM durante el año 2004.
- Evaluar la accesibilidad administrativa que permitió a los pacientes atendidos por patologías de trauma de mano ser llevados a cirugía en el HUEM para el año 2004.

² Decreto 2309 del 15 de Octubre del 2002 título 2 artículo 6

- Determinar si la oportunidad de la atención de los pacientes con patologías de trauma de mano atendidos en el HUEM, fue adecuada, para el año 2004.
- Determinar si es necesaria la creación de la Unidad de Mano para atender a la comunidad Nortesantandereana que lo requiera en la ciudad de Cúcuta.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. RESEÑA HISTÓRICA

Se sabe por la evolución que antes de haber sido el hombre homo sapiens fue homo faber.

La aprehensión, inteligencia y postura eréctil distinguen a los humanos de los animales inferiores. La mano es el órgano efector del miembro superior, las especies inferiores y el ser humano las utilizan como herramienta para su manutención y auto cuidado. A través de ella podemos nosotros expresar emociones, sentimientos y nos mantenemos en contacto con el medio ambiente. Un apretón de manos, un roce, un signo o señal tienen significado social y comunicativo. Su capacidad a través del tacto para conocer el medio que nos rodea y sentir emociones la hace imprescindible en el desarrollo del ser humano siendo un ejemplo clásico el que los ciegos pueden leer a través del tacto (método Brayle). La diferencia en la función de la motricidad fina de la mano distingue algunos individuos regalando a la sociedad con artesanos, cirujanos, artistas, músicos, atletas y el gusto por el alto mundo digitalizado³

EL HOMBRE PRIMITIVO

Aunque no disponemos de testimonios escritos, el hombre prehistórico nos ha legado sus fósiles. Éstos muestran que la patología ósea ya existía en sus tiempos, de ahí que parezca improbable una causa ambiental para muchas de nuestras dolencias comunes. Se han hallado evidencias de huesos fracturados, en algunos de los cuales se produjo la consolidación con un alineamiento bastante

³ FREELAND A. E. "Hand Fractures" repair, reconstruction, and rehabilitation". ED Churchill Livingstone. 2000 Pag 1.

aceptable. Es interesante destacar esto, pues nos proporciona una manera ética de ver los efectos de no aplicar ningún tratamiento, por ejemplo, la aplicación instintiva del reposo y la movilización precoz. Es inevitable que, en algún momento, el hombre prehistórico creara alguna férula tosca, y que desde entonces se reconocieran sus ventajas. El hombre primitivo también fue probablemente el primero en realizar amputaciones de miembros y dedos, y en trepanar el cráneo.

EL ANTIGUO EGIPTO

Los cuerpos momificados, pinturas murales y los jeroglíficos, nos han mostrado que los antiguos egipcios sufrían las mismas afecciones que padecemos hoy en día. Se han hallado férulas en momias fabricadas con bambú, caña, madera o cortezas de árboles, almohadilladas con lienzo. Quizás la principal fuente de nuestro conocimiento sobre las prácticas de los antiguos egipcios proceda de un papiro llamado de Edwin Smith porque le fue vendido a él después de ser robado de una tumba en 1.862.

En el papiro se describían muchos casos y el tratamiento aplicado. Estos incluyen, la reducción de una mandíbula luxada, los signos de las lesiones espinales, el tratamiento de una clavícula fracturada así como los signos y tratamiento de otras fracturas.

LA ANTIGUA GRECIA

Se han atribuido a los Antiguos Griegos muchos de los principios que hacen referencia a distintas condiciones y su tratamiento. Pueden ser considerados como los primeros en utilizar una concepción científica; también fueron los primeros en describir en detalle su historia y progresos. Los anatomistas griegos de Alejandría, durante el siglo III antes de Cristo fueron también grandes innovadores. Hegetor, de Alejandría, del año 100 antes de Cristo, describió en detalle las relaciones anatómicas de la articulación de la cadera, y fue el primero en realizar la descripción del ligamento redondo.

En el periodo entre los años 430 y 330 antes de Cristo se recopiló un texto griego muy importante conocido como el Corpus Hipocrático. Recibe este nombre por Hipócrates, conocido como el padre de la medicina. Hipócrates nació en la isla de Cos en el 460 a.c. y murió a una edad avanzada en el 370 a.c. Es conocido por haber otorgado a la medicina una metodología sistemática y científica y por haber definido por vez primera la posición y el papel del médico en la sociedad. Aunque han transcurrido varios siglos, el juramento hipocrático siempre permanecerá en un lugar central de nuestra práctica.

Uno de los volúmenes del Corpus Hipocráticos está dedicado a las articulaciones. En él, se describe la luxación del hombro junto con varios métodos utilizados para su reducción. También tenía secciones describiendo la reducción de las luxaciones de las articulaciones acromio clavicular, temporomandibular, rodilla, cadera y codo. Describe la corrección del pie zambo. En otra parte se refiere al problema de la infección de las fracturas abiertas que trataba con pez, pomadas y compresas de vino sin vendajes apretados. Debía evitarse el sondear una fractura abierta.

Hipócrates tenía un conocimiento exhaustivo de las fracturas. Conocía los principios de la tracción y contra-tracción. Desarrolló férulas especiales para las fracturas de tibia, similares a un fijador externo. También ideó el banco Hipocrático o "scamnum". Todos los avances que Hipócrates nos ha legado, su observación clínica cuidadosa y pensamiento racional, deben ser especialmente reconocidos.

EL IMPERIO ROMANO

Durante este periodo greco-romano, hubo intentos de diseñar prótesis artificiales. Existen descripciones de piernas de madera, manos de hierro y pies artificiales. Se cree que Sorano de Éfeso fue el primero en describir el raquitismo. Rufus de Éfeso describió los gangliones tendinosos y su tratamiento mediante compresión. Antillus, del siglo III practicó tenotomías subcutáneas para liberar las contracturas

alrededor de articulaciones. Se dice que usaba suturas de lino y catgut en sus procedimientos. Durante este periodo también se fabricaron distintos taladros, sierras y escoplos.

LA ÉPOCA ÁRABE

Aunque las prácticas árabes fueron consideradas como una extensión de las griegas, el uso del yeso de Paris en el siglo X fue significativo. Con la adición de agua a un polvo de sulfato cálcico deshidratado se producía un material cristalino. Un persa conocido por el nombre de Abu Mansur Muwaffak describió la colocación de yesos para fracturas y otras lesiones óseas de los miembros.

LA ERA MODERNA

El florecimiento de los conocimientos con la introducción de los rayos X no fue tan sensacional como se esperaba. En su lugar, el cambio de siglo estuvo marcado por nuevas instituciones y asociaciones que buscaban etiquetar los tratamientos óseos como especialidad individual y en crecimiento.

Probablemente la figura más importante del cambio de siglo fue Sir Robert Jones (1855-1933). Realmente para muchos es el cirujano ortopédico más grande que el mundo ha conocido. Se decía que cuando Jones operaba, el tiempo se detenía. En 1896, Jones publicó el primer artículo del uso clínico de los rayos X para localizar una bala en una muñeca. Fundó varias asociaciones y hospitales ortopédicos. Escribió libros importantes como "Lesiones de las Articulaciones" en 1915 y "Notas sobre Ortopedia Militar" en 1917. Su Tratado de Cirugía Ortopédica es considerado como el primero en abordar de forma sistemática el diagnóstico y tratamiento de fracturas recientes. En la Primera Guerra Mundial, Jones encabezó la sección ortopédica del ejército británico. Era un defensor del trasplante tendinoso, los injertos óseos y otros procedimientos reconstructivos.

DESPUÉS DE LAS GUERRAS

En los años que siguieron a la guerra, los cirujanos ortopédicos intentaron perfeccionar el tratamiento de las fracturas, en particular con el uso de clavos metálicos y alambres en la fijación. Con la introducción de aleaciones que podían usarse eficazmente, también hubo avances en la cirugía protésica para el tratamiento de artritis y fracturas problemáticas. Los antibióticos mejoraron considerablemente así como los métodos de diagnóstico.

Se diseñaron también aparatos y mecanismos que facilitaron los procedimientos y mejoraron su ulterior cicatrización, obteniendo mejores resultados en todos los procedimientos reconstructivos.

Veinticinco años después, una nueva guerra mundial, paradójicamente, aportó a muchas especialidades y disciplinas, innumerables nuevos casos, nuevos desafíos dados en numerosos heridos, mutilados y limitados en sus funciones, listos a recuperar, Para aplicarlos en las nuevas necesidades que planteaba el devenir histórico, como en la corrección de pequeños defectos, congénitos o adquiridos, que si bien, no afectaban directamente la salud del individuo si le perturbaban en la aceptación de su imagen, mejorando la forma, introduciendo a partir de la cirugía reconstructiva, la cirugía estética.

Los médicos de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, quienes fundaron su agrupación el 22 de julio de 1902, no fueron ajenos a estos nuevos conceptos y principios, su educación de postgrado en escuelas francesas, inglesas y americanas los pusieron en contacto con esta realidad y estos principios que trajeron al país a su regreso, se convirtieron en pioneros y líderes de una nueva forma de enseñar y practicar la medicina en Colombia. Nuevos conceptos de asepsia y antisepsia, manejo de heridas y técnica quirúrgica, permitieron afrontar con mayor seguridad los riesgos de la práctica para que los fracasos iniciales poco

a poco se convirtieran en éxitos constantes, tal como nos lo cuenta el doctor José María Lombana Barrenechea en el año de 1902.

Como muestra del interés por aplicar los nuevos conocimientos y el deseo de un mejor desarrollo de su profesión nacen, entre otros, la Academia Nacional de Medicina, el Club Médico de Bogotá, la Sociedad de Cirugía de Bogotá, el Hospital San José y la Cruz Roja Colombiana. De esta época, cabe resaltar la conferencia dictada por el doctor Zoilo Cuellar, en la sesión del 22 de agosto de 1914, en la Academia Nacional de Medicina, en la que hizo una larga exposición sobre el tema del transplante de tejidos y su alcance en el terreno de la cirugía. En 1931 fue invitado el doctor Tabernier, de Francia, para dictar en el hospital una conferencia sobre el tema de injertos heterogéneos.⁴

Con el auge de los Ferrocarriles, se incrementó el número de accidentes en los trabajadores, lo que condujo a una unión de los trabajadores, patrono y gobierno naciendo así el Instituto Colombiano de Seguros Sociales y las cajas seccionales de seguros sociales.⁵

Desde 1975 el SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS), que respaldado en una base legal (la LEY 10 DE 1990) trató de darle una organización al sector y lo dividió en cuatro niveles de Dirección, Nacional- Ministerio de Salud, Seccional- Servicio seccional de salud, Regional- Unidad Regional de Salud y local- Unidad Local de salud y estableció tres niveles de atención Primario (Puesto y Centro de salud, Hospital Local); Secundario (Hospital Regional) y Terciario (Hospital Universitario o de III nivel⁶. Prestaran servicios de salud bajo la dirección del Estado y estableció las Organizó a todas las Entidades que categoría de Adscritos

⁴ http://WWW.worldortho.com/history_1.htm. Página principal de Trauma Zamora.

⁵ Ley 90 de 1946 artículos 8 - 12

⁶ Ley 10 1990 artículo 6

y Vinculados, con excepción de las fuerzas militares y creó el Régimen de Referencia y Contrarreferencia⁷

El decreto 2759 de 1991 organiza y establece El Régimen de Referencia y Contrarreferencia y lo define como el Conjunto de Normas Técnicas y Administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario el servicio de salud, según el nivel de atención y grado de complejidad de los organismos de salud con la debida oportunidad siendo la REFERENCIA, el envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de las unidades prestatarias de servicios de salud, a otras instituciones de salud para atención o complementación diagnóstica, que de acuerdo con el grado de complejidad den respuesta a las necesidades de salud y la CONTRAREFERENCIA, la respuesta que las unidades prestatarias de servicios de salud⁸

Debido a la baja cobertura de servicios (40% SNS, 23% Seguridad Social) servicios inoportunos y deficientes, Multiplicidad de Entidades de Seguridad y Previsión Social (más de 1000) y su afiliación forzosa a ellas, unido a malos manejos y corrupción administrativa, llevaron al Estado a la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), mediante la LEY 100 del 23 de diciembre de 1993.

EL SGSSS está conformado por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios⁹ y está integrado por:

1. Organismos de Dirección, Vigilancia y Control:
 - a) Los Ministerios de Salud y Trabajo;

⁷ Ley 10 de 1990. Artículo 1 Literal m

⁸ Decreto 2759 de 1991

⁹ Ley 100 de 1993 Art 8

- b) El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud;
- c) La Superintendencia Nacional en Salud;
- 2. Los Organismos de administración y financiación:
 - a) Las Entidades Promotoras de Salud;
 - b) Las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de salud;
 - c) El Fondo de Solidaridad y Garantía.
- 3. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas, mixtas o privadas.
- 4. Las demás entidades de salud que, al entrar en vigencia la presente Ley, estén adscritas a los Ministerios de Salud y Trabajo.
- 5. Los empleadores, los trabajadores y sus organizaciones y los trabajadores independientes que cotizan al sistema contributivo y los pensionados.
- 6. Los beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en todas sus modalidades.
- 7. Los Comités de Participación Comunitaria "COPACOS" creados por la Ley 10 de 1990 y las organizaciones comunales que participen en los subsidios de salud¹⁰.

Tipo de Afiliados, se definen dos tipos: Régimen Contributivo que comprende los vinculados a través de contratos de trabajo, servidores públicos, los pensionados, jubilados y trabajadores independientes con capacidad de pago. Régimen Subsidiado: personas sin capacidad de pago, cuya atención es subsidiada por el Estado y Vinculados personas que por motivos de incapacidad de pago tienen derecho a la atención de salud que presten las instituciones públicas¹¹

El SGSSS, crea el PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS), para los afiliados cotizantes según las normas del Régimen Contributivo mediante el Decreto Ley 1650 de 1977. Para los afiliados Subsidiados el CONSEJO NACIONAL DE

¹⁰ Ley 100 de 1993 artículo 155.

¹¹ Ley 100 de 1993 artículo 157

SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (CNSSS) diseñó un PLAN OBLIGATORIO DE SALUD SUBSIDIADO (POSS), que inicialmente incluye servicios de salud del primer Nivel. Incorporando progresivamente II y III nivel de acuerdo con su aporte a los años de vida saludables.

Uno de los regímenes que conforman el SGSSS es el de riesgos profesionales¹². Las entidades promotoras de salud (EPS) prestan los servicios de salud derivados de accidentes de trabajo y enfermedad profesional y estas repiten contra las entidades encargadas de Administrar los recursos del seguro de accidente de trabajo y enfermedad profesional: Administradoras de Régimen Profesional (ARP) a que está afiliado el respectivo trabajador.¹³

En el año 1993 nace también el Seguro Obligatorio de accidentes de Transito (SOAT), el decreto 663 de 1993 modifica el estatuto de creación de seguros obligatorios y establece el régimen del seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito¹⁴. y el decreto 2423 de 1996 establece el manual tarifario SOAT

2.2. NORMATIVIDAD DE LA ATENCION DE TRAUMA DE MANO

La Ley 100 de 1993 crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia y dispone que uno de los fundamentos del servicio público de salud sea la calidad y la relaciona con mecanismos de evaluación y control de los servicios de salud que garanticen unas condiciones de calidad, en términos de atención oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua, según los estándares nacionales y los procedimientos en la práctica profesional

¹² Ley 100 de 1993 artículo 8

¹³ Ley 100 de 1993 artículo 254

¹⁴ Decreto 663 de 1993 parte VI. Capítulo IV. Art 192

El ministerio de salud con la resolución 5261 de 1994 crea el manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos¹⁵, clasifica por niveles los procedimientos quirúrgicos, así:

NIVEL I..... Grupos 01,02, 03

NIVEL II..... Grupos 04,05, 06, 07, 08

NIVEL III..... Grupo 09 y siguientes; y define las intervenciones quirúrgicas y procedimientos en la especialidad de Cirugía de mano, bajo la nomenclatura y clasificación códigos 14100 al 14605¹⁶

El consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) adopta el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos para dar cumplimiento a la provisión de servicios del Plan Obligatorio de Salud por niveles de complejidad¹⁷ aprueba como indispensable y de tránsito obligatorio para poder acceder al Sistema, la consulta por medicina general y/o paramédica, es decir, la remisión es absolutamente necesaria para poder tener acceso a un nivel de atención diferente al nivel básico exceptuando la atención de urgencias¹⁸ y aprueba los niveles de complejidad planteados en los manuales que orientan la prestación del Plan obligatorio de Salud¹⁹

El decreto 2174 de 1996 organiza el sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud y define que la calidad de la atención en salud está dada por el conjunto de características técnico-científicas, humanas, financieras y materiales que debe tener la Seguridad Social en Salud, bajo la responsabilidad de las personas e instituciones que integran el sistema y la correcta utilización de los servicios por parte de los usuarios y que “Las

¹⁵ Resolución 5261 de 1994 del Ministerio de Protección Social. Artículo 116.

¹⁶ Resolución 5261 de 1994 del Ministerio de Protección Social. Artículo 19.

¹⁷ Consejo Nacional de Seguridad Social en salud Acuerdo 008 de 2004. Artículo 8

¹⁸ Consejo Nacional de Seguridad Social en salud Acuerdo 008 de 2004. Artículo 10

¹⁹ Consejo Nacional de Seguridad Social en salud Acuerdo 008 de 2004. Artículo 12

*características principales de la calidad de la atención en salud son: la accesibilidad, la oportunidad, la seguridad y la racionalidad técnica” de los cuales algunos nos ocupan en el presente estudio.*²⁰

En La Ley 715 del 2001 se reafirma el mandato de la Ley 100 de 1.993 y dispone el ajuste del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, así como la reglamentación de los Sistemas de Habilitación y de Acreditación de IPS y EPS.

El gobierno nacional con el decreto 2309 del 15 de Octubre del 2002 establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SODGCS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y establece las características del SOGCS del SGDSS: Accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad y las define.²¹

2.3 CONCEPTOS DE LA ATENCION DE TRAUMA DE MANO

Por ser la mano el instrumento con el cual el ser humano se alimenta y realiza trabajos, se considera como la herramienta mecánica necesaria para su supervivencia y bienestar, la usa cuando trabaja, se recrea, comunica, traduce su creatividad, sus habilidades para realizar tareas, fabricar y ejecutar múltiples acciones que necesita. Las manos juegan un papel importante en definir el nivel de habilidad de las actividades y el nivel de expresión social e integración. Sus funciones básicas cuales son la de prensión y pinza son necesarias para actividades tanto de fuerza como para aquellas que utilizan unos movimientos más finos.

Además de esto puede utilizarse como mecanismo de defensa, en el caso que llegue un objeto que sea lanzado de otra parte y venga hacia la cara, colocándose

²⁰ Decreto 2174 de 1996 artículo 3º.

²¹ Decreto 2309 del 15 de Octubre del 2002 título 2 artículo 6

como escudo para cubrir estructuras mas débiles como son por ejemplo la cara, los ojos, etc.

El balance de los músculos de los dedos, la función de la mano y el desempeño dependen de la integridad del esqueleto. Consecuentemente, lesiones que interrumpen esta integridad pueden amenazar la supervivencia y el estilo de vida.²²

Por lo tanto las afecciones del miembro superior y de la mano son múltiples desde el punto de vista traumático, muchos accidentes se pueden presentar, tanto laborales como deportivos, automovilísticos, accidentes de moto y, otros producidos en el desarrollos de la vida diaria como cocinar, lavar, planchar, etc. También se exponen a procesos degenerativos que conllevan necesariamente a una disminución en la capacidad de la manufactura y de la capacidad de realizar acciones con la misma, que se van manifestando con el tiempo a medida que la edad avanza como problemas de el túnel del carpo, tendinitis etc, compromisos congénitos en los cuales la persona nace que le limitan su capacidad productiva y procesos combinados en los cuales puede haber lesiones nerviosas, tendinosas, fracturas, etc.

Según Kaplan (EEUU) el 5 % de la población sufre heridas de la mano cada año; el 30 % de los accidentes de trabajo afectan la mano, además el 75 % de los pacientes son hombres y el 50% están entre los 16 y 30 años (edad productiva); son sus causas accidentes caseros 25%, accidentes industriales 25 %, lesiones deportivas 25 % y accidentes de transito 25%.²³

²² FREELAND A. E. "Hand Fractures" repair, reconstruction, and rehabilitation". ED Churchill Livingstone. 2000 Pag 1.

²³ GERSTNER BRUNS J. GERSTNER BRUNS W. "Lesiones de la mano cuidado primario y rehabilitación. Introducción, 3ª edición 1990 Talleres gráficos de Impresora Feriva Ltda..

En Colombia el número de pacientes con lesiones y enfermedades en las manos es tan alto, que se podría categorizar como un flagelo social. Durante un año se reciben tan sólo en la Clínica San Pedro Claver del Instituto de los Seguros Sociales en Bogotá, aproximadamente 12.000 pacientes para Cirugía de Mano. Las lesiones de la Mano y el miembro superior en accidentes de trabajo han representado muy constantemente durante los últimos diez años un 45% del total con respecto a las otras partes del cuerpo.

Las complicaciones que siguen a una lesión de la mano pueden ser generadas por el médico, el paciente o son inherencias inevitables de la misma; o de la disponibilidad de ayuda experta y oportunidad de las facilidades quirúrgicas en el sitio de la atención médica primaria del paciente. Las complicaciones generadas por el médico nacen como resultado de una falta de conocimiento anatomopatológico, de un examen físico deficiente, una nula comunicación con el paciente o una mala utilización de los recursos. Cualquier médico que atienda estos pacientes debe preguntarse: ¿Reconozco cuál es el problema; puedo tratarlo aquí y ahora o debo referirlo; y si necesito referirlo es urgente, es una necesidad semiurgente o electiva? la respuesta depende del conocimiento y entrenamiento del médico, de la disponibilidad, oportunidad y de las facilidades quirúrgicas en el sitio de la atención primaria del paciente.

El médico general es la persona clave en el cuidado primario de estas lesiones. Las variables esenciales para el manejo de estas lesiones son: el diagnóstico exacto, la clasificación del tipo de la lesión, el tiempo transcurrido y las facilidades para su tratamiento, si se integran estos factores, se puede determinar el cuidado primario de cualquier lesión, permitiendo que sólo un filtrado, muy seleccionado llegue referido al cirujano de mano en excelentes condiciones para una reparación primaria.

Los factores que intervienen en las lesiones de la mano son: Agente vulnerante, Medio ambiente (contaminación) y Huésped (características). Los principales agentes vulnerantes son: maquinaria, herramientas (machete, navaja), vidrios, objetos que se caen y quemaduras. El mecanismo de las lesiones es 50% fuerza (directa o indirecta), 25% aplastamiento, 20% objetos cortantes y 5 % quemaduras, mordeduras, etc. Los tejidos comprometidos son: 50% hueso, 30% piel, 20% articulación y 5% tendón y nervio.

Los traumas de mano pueden ser abiertos o cerrados según presencia o no de heridas en tejidos.

TRAUMA ABIERTO

Todas las heridas de la mano, no importa el agente vulnerante, tienen tres cosas en común y sólo difieren en su grado:

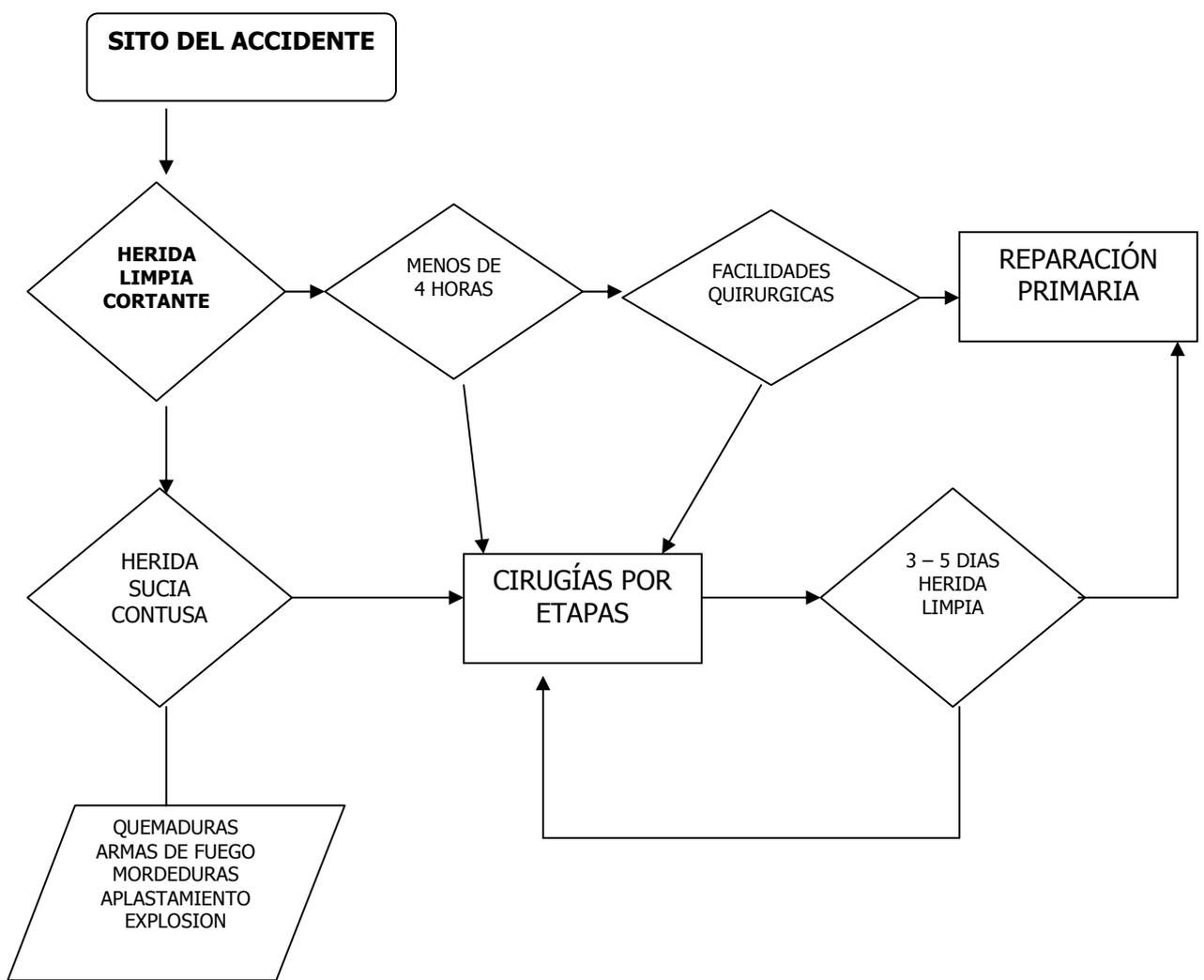
1. Lesión del tejido
2. Contaminación por organismos VS tiempo transcurrido
3. Presencia de cuerpos extraños

Las heridas se pueden clasificar en dos grandes grupos: heridas limpias cortantes y heridas sucias contusas. Una herida limpia cortante es aquella producida por instrumentos cortantes (cuchillo, navaja, vidrio, machete, etc.) sin contaminación visible y que llegan en el curso de las primeras 4 horas después de producidas (límite de seguridad); pueden lesionar estructuras importantes como tendones, nervios y articulaciones.

Una herida sucia, contusa es aquella que se encuentra en lesiones por aplastamiento, explosiones, quemaduras, armas de fuego, trapiche, etc. Hay daño considerable a varios tejidos, contaminación grande por cuerpos extraños y demora en la atención inicial; puede haber lesiones vasculares y necrosis tisular.

Entre estos dos extremos de heridas hay un área considerable de lesiones que requieren discusión y juicio quirúrgico como es el caso de las heridas cortantes que llevan más de 4 horas, las cuales se consideran contaminadas y no se deben suturar primariamente. Una demora innecesaria en la atención inicial del enfermo significa una disminución marcada de sus oportunidades de recuperación funcional.²⁴

Figura 1. Esquema sobre el manejo clínico de las heridas de la mano

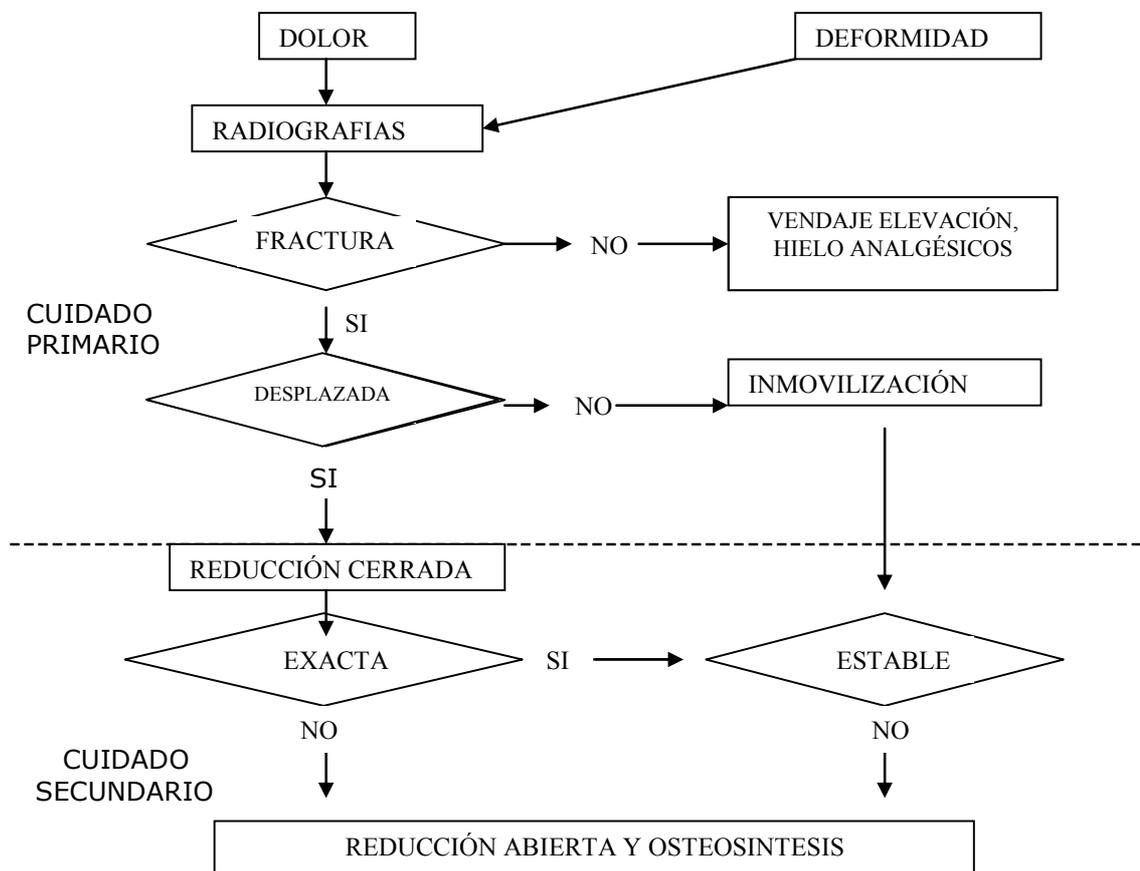


²⁴ GERSTNER BRUNS J. GERSTNER BRUNS W. "Lesiones de la mano cuidado primario y rehabilitación" Cuidado primario de las heridas de la mano. Capítulo III, 3ª edición 1990 Talleres gráficos de Impresora Feriva Ltda..

TRAUMA CERRADO:

Las lesiones cerradas de muñeca y mano incluyen fracturas, luxaciones, contusiones y esguinces y son aproximadamente un 30% de las lesiones osteoarticulares traumáticas del cuerpo; la mitad de estas lesiones y más se presentan como accidentes de trabajo. Los dos factores que más influyen en los resultados finales de estas lesiones son la severidad inicial y el método de cuidado primario ²⁵

Figura 2. Esquema sobre el manejo clínico del trauma cerrado de la mano



²⁵ GERSTNER BRUNS J. GERSTNER BRUNS W. "Lesiones de la mano cuidado primario y rehabilitación" Cuidado primario e las heridas de la mano. Capítulo VII, Pág 122. 3ª edición 1990 Talleres gráficos de Impresora Feriva Ltda..

Desde finales de los años 60's los conceptos del Dr. Avedis Donabedian, quien es la máxima autoridad mundial sobre la calidad de la atención médica adquieren gran importancia, y él define la calidad en salud así: "la calidad en salud es una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados. Es la obtención de los mayores beneficios con menores riesgos para el paciente en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes" abarca tres aspectos: estructura, proceso y resultados. Además implica varias dimensiones, la técnica, la seguridad, el servicio y el costo racional. La dimensión técnica, consiste en la mejor aplicación del conocimiento a nivel de la idoneidad profesional y la tecnología a nivel de los procedimientos y equipos disponibles en favor del paciente; la dimensión de la seguridad busca que al tratar un paciente se consiga mayor beneficio que riesgo para él mismo; en la tercera dimensión de la calidad, a nivel del servicio, es importante la oportunidad y continuidad con que se presta la atención, la relación interpersonal con el paciente, las características del lugar en que se preste el servicio y la facilidad de acceso que se tenga para la prestación del mismo y la cuarta dimensión el costo racional de la atención, entendiendo su relación con los beneficios y riesgos que se derivan de ello, ya que al mejorar la calidad puede implicar incrementar los costos, pero también, el hacer uso innecesario o inadecuado de servicios se generan aumentos de no calidad.²⁶

En cuanto a la accesibilidad, está en cabeza del Estado, y es uno de los cuatro principios específicos que también forman parte del derecho a la salud.²⁷ El decreto 2309 del 2002 define la accesibilidad como posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Implica la eliminación de las barreras geográficas, económicas, sociales, culturales, organizacionales y de infraestructura, lingüísticas y de seguridad que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de

²⁶ DONABEDIAN A. La Dimensión Internacional de la evaluación y garantía de la calidad. Salud Pública, España 1990. pág. 3-6, 78.

²⁷ Decreto 2309 del 2002 artículo.....

atención en salud. Para Malagón²⁸ también es uno de los atributos o cualidades de la calidad de la atención en salud y la define como el grado por el cual los individuos están impedidos o facilitados en sus capacidades para acceder y recibir atención y servicios del sistema de atención de salud. Entre los Factores que influyen en esta capacidad se incluyen consideraciones geográficas, arquitectónicas, de transporte y financieras, entre otras. Generalmente se refiere a si los pacientes obtienen los servicios que necesitan en el lugar y tiempo adecuados. El acceso debe ser universal y equitativo: de toda la población a los servicios de salud, independientemente de su capacidad de pago, ubicación geográfica, grupo étnico, etc.

Un estudio, realizado con recursos de Colciencias, de la Secretaría Municipal de Salud y la Escuela Nacional de Postgrados, la Universidad Cooperativa de Colombia Medellín evaluó la cobertura de afiliación al régimen subsidiado y se determinó la accesibilidad a los servicios de salud en la población más pobre y vulnerable del municipio de Medellín. se encontró que por cada 100 personas afiliadas a SISBEN nivel I y II se tienen registros de 46 afiliados que carecen de suficiente información sobre deberes, derechos y beneficios recibidos ,la imposibilidad para la elección de Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), la poca o nula participación de los afiliados en organizaciones comunitarias tipo veedurías ciudadanas o asociaciones de beneficiarios y el desconocimiento casi total sobre programas de promoción y prevención, temas estos que claramente limitan la accesibilidad a los servicios de salud.²⁹

En la presente investigación se clasificará la accesibilidad de la siguiente manera:

²⁸ M ALAGÓN LONDOÑO g, GALAN MORERA R, PONTON LAVERDE G. “Garantía de calidad en salud” capítulo IV.

²⁹ Humberto Ramírez, EST., MSP², Sergio Vélez, M.D, ESP³, Virgilio Vargas, M.D., MSP⁴, Carlos Sánchez, M.D., EGAH⁵, Jaime Lopera, M.D., MSP⁶ “valuación de la cobertura en aseguramiento y accesibilidad a los servicios de salud de los afiliados al régimen subsidiado en el municipio de Medellín” Colombia Médica 2001.32:10-13.

ACCESIBILIDAD PRE-HOSPITALARIA: Tiempo desde el momento del accidente hasta la llegada del paciente al hospital. Dentro de esta existen las barreras geográficas (distancia, vías de acceso, transporte), las barreras económicas (tipo de seguridad social y el estrato al que pertenece el paciente, o la cantidad de dinero disponible para cubrir su atención). Y las barreras culturales (creencias o práctica religiosa y educación).

Accesibilidad Geográfica (AG): Tiempo de traslado entre el sitio del accidente y el HUEM. Para este trabajo se tomará un tiempo promedio de cuatro horas acorde con el tiempo ideal para el tratamiento del trauma abierto según Gerstner³⁰ con el fin de poder medirlo y analizarlo.

Accesibilidad Económica (AE): Cantidad de dinero disponible para cubrir la atención o régimen que lo cubre. Para este trabajo se tomaron los regímenes contributivo, subsidiado, vinculado, particular y SOAT (seguro obligatorio de accidentes de tránsito).

ACCESIBILIDAD HOSPITALARIA U ORGANIZACIONAL Y ESTRUCTURAL (AOE): Se mide desde la llegada del paciente al hospital hasta la resolución de su trauma. Incluye los trámites administrativos que se deben hacer para la atención del paciente, tiene que ver con los procesos y procedimientos que se siguen en el hospital, desde el ingreso del paciente al servicio de urgencias, hasta su resolución. Es decir es el tiempo necesario para cada proceso de atención del paciente de cirugía de mano. Se refleja en la oportunidad de la atención. Para este estudio, para efectos prácticos de poderla medir se estableció un tiempo ideal de atención oportuno de 8 horas para trauma abierto y 144 horas para trauma

³⁰ GERSTNER BRUNS J. GERSTNER BRUNS W. "Lesiones de la mano cuidado primario y rehabilitación" Cuidado primario e las heridas de la mano. Capítulo III. Pág 55. . 3ª edición 1990 Talleres gráficos de Impresora Feriva Ltda..

cerrado, tiempo este establecido por el servicio de cirugía de mano en su protocolo de manejo del trauma de mano como óptimo.

Refiriéndonos al concepto de oportunidad de atención en salud, Malagón Londoño en su libro "Garantía de la calidad en salud"³¹ expone que la calidad en la atención en salud debe tener varias cualidades o atributos entre ellas la oportunidad definiéndola en su libro Auditoria en Salud como "la satisfacción de las necesidades de salud en el momento requerido, utilizando los recursos apropiados de acuerdo con las características y severidad de cada caso"³². El decreto 2309 del 2002 la define como la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios. Es decir, la satisfacción de las necesidades de la salud en el momento indicado, con los recursos adecuados y de acuerdo al caso³³.

Según la encuesta de calidad del DANE sobre "oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia", la oportunidad y la calidad de los servicios de atención en salud, fueron bien evaluadas por parte de la población colombiana y en cuanto a las razones de no uso de los servicios, la población que no utilizó los servicios de atención médica, mencionó en 64.7% de los casos ciertas "razones" para no hacerlo, que se asocian con problemas en la calidad, y entre las más importantes, tenemos las que se pueden calificar como de accesibilidad, entre ellas larga distancia hasta el oferente (accesibilidad

³¹ MALAGÓN LONDOÑO g, GALAN MORERA R, PONTON LAVERDE G. "Garantía de calidad en salud" capítulo IV

³² M ALAGÓN LONDOÑO g, GALAN MORERA R, PONTON LAVERDE G. "Auditoria en salud" Capítulo 9. Pag 93-94

³³ Decreto 2309 de 2002

"geográfica"), falta de dinero (accesibilidad "económica") y falta de credibilidad en los agentes de salud (accesibilidad "cultural").³⁴

En el presente estudio se considerarán varios tiempos de oportunidad:

OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE URGENCIAS (OAU): Tiempo transcurrido entre el accidente y la atención inicial de urgencias HUEM

OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN POR EL CIRUJANO DE MANO (OACM): Tiempo transcurrido entre la atención inicial de urgencias HUEM y la atención por el servicio de Cirugía de Mano.

OPORTUNIDAD DE LA CIRUGÍA: Tiempo transcurrido entre la atención por el servicio de Cirugía de Mano y la realización de la cirugía.

Estos tiempos además de otras variables influyen en el tiempo de Incapacidad del paciente (tiempo entre la ocurrencia del accidente y la dada de alta por parte del servicio de Cirugía de mano) y por supuesto en los resultados finales.

Aunque el tiempo de 4 horas descrito por Gestner³⁵ en el manejo de las heridas de mano es el ideal para un manejo primario (primer tiempo) para efectos prácticos de este estudio lo tomaremos como referencia de tiempo de oportunidad para trauma abierto; para trauma cerrado tomaremos como referencia 72 horas tiempo tomado en consenso entre los cirujanos de mano de Cúcuta; calificando así los tiempos de oportunidad: para trauma abierto oportuno menos de 4 horas,

³⁴ VELANDIA ECON F., ARDÓN N, CÁRDENAS J.M. JARA M.I., PÉREZ N. "Oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia, según la encuesta de calidad de vida del DANE". Colombia Médica 2001:32:4-9.

³⁵ GERSTNER BRUNS J. GERSTNER BRUNS W. "Lesiones de la mano cuidado primario y rehabilitación" Cuidado primario e las heridas de la mano. Capítulo III. Pág 55. 3ª edición 1990 Talleres gráficos de Impresora Feriva Ltda..

no oportuno mayor de cuatro horas y para trauma cerrado oportuno menor de 72 horas, no oportuno mayor de 72 horas.; analizando por separado para atención por urgencias, atención por el servicio de cirugía de mano y para la cirugía permitiendo así hacer comparación y establecer en donde radica la mayor dificultad para plantear posibles soluciones.

La necesidad de crear o no una Unidad de Cirugía de Mano va de la mano del cumplimiento de todos los criterios de manejo clínicos descritos por Gerstner³⁶ y la calidad de atención reflejada en la accesibilidad y oportunidad de atención de los pacientes de trauma de mano del HUEM.

³⁶ GERSTNER BRUNS J. GERSTNER BRUNS W. "Lesiones de la mano cuidado primario y rehabilitación" Cuidado primario e las heridas de la mano. Introducción. Pág 9 3ª edición 1990 Talleres gráficos de Impresora Feriva Ltda..

3. METODOLOGIA

Con el fin de evaluar si es o no necesaria la Unidad de Cirugía de la Mano para la población Nortesantandereana de trauma de mano, se realizarán un análisis de la accesibilidad y la oportunidad que tienen los pacientes que son atendidos por trauma de mano en el hospital Universitario Erasmo Meóz, sitio donde acuden la mayoría de estos pacientes. Para ello se harán 4 tipos de análisis:

El primero, se hará sobre la accesibilidad geográfica, estableciendo los tiempos necesarios para el acceso del paciente al servicio de urgencias del Hospital. Un segundo análisis se hará sobre la influencia de la accesibilidad económica a la atención de los pacientes con patologías de mano en el HUEM. Un tercero, sobre la accesibilidad organizacional y estructural de La ESE HUEM comparando el tiempo para cada proceso de atención del paciente de cirugía de mano con la oportunidad ya que este se refleja en la oportunidad de la atención. Por último se hará un análisis de la oportunidad de la atención de los pacientes del hospital Universitario Erasmo Meóz (HUEM) determinando la oportunidad de la atención en el servicio de urgencias en el servicio de cirugía de mano y en la cirugía comparando los tiempos en cada uno.

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo observacional de corte transversal en el cual se analizan los atributos de calidad accesibilidad y oportunidad de la atención de pacientes con trauma de mano realizada durante el año 2004, en el Hospital Universitario Erasmo Meóz.

La Unidad de análisis (Universo) será todos los pacientes atendidos por trauma en el servicio de Cirugía de Mano en el HUEM en el año 2004.

3.2 FUENTES DE INFORMACIÓN

ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA: Historia clínica HUEM y una práctica personal del investigador cronometrando el tiempo que tarda desplazándose desde un punto fijo en vehículo particular, taxi, bus y ambulancia. Oferta de servicios IDESA Norte de Santander.

ACCESIBILIDAD ECONÓMICA: Historia Clínica, Indicadores Salud DANE.

ACCESIBILIDAD ORGANIZACIONAL Y ESTRUCTURAL: Historia clínica de HUEM.

TIEMPOS DE OPORTUNIDAD: La historia clínica de los pacientes del servicio de cirugía de mano del HUEM.

3.3 INSTRUMENTO

Para la recolección de la información se diseñó un instrumento y su instructivo de diligenciamiento correspondiente. (Ver anexo N° A y B)

3.4 MATERIALES Y MÉTODO

3.4.1 Universo. Pacientes atendidos por trauma en el servicio de Cirugía de Mano en el HUEM en el año 2004.

3.4.2 Muestra. Se hará un muestreo sistemático cada cuatro pacientes, y se calculará la muestra por la siguiente formula:

$$n = \frac{n'}{1 - n'/N}$$

Donde $n' = \frac{S^2}{V^2}$

Siendo n: tamaño de la muestra

N: universo

S²: varianza de la muestra

V²: varianza de la población

Para calcular la varianza de la muestra $S^2 = P(1 - P)$ donde P es la probabilidad esperada en todos los estudios que es del 95%.

$$S = 0.95(1 - 0.95) = 0.0475$$

Para la varianza de la población (V) nos permitiremos un error estándar de 0.015%

$$V = 0.015.^{37}$$

$$n' = \frac{S^2}{V^2}$$

$$n = \frac{n'}{1 + n'/N}$$

Criterio de inclusión:

Pacientes operados por trauma en el servicio de cirugía de mano en el HUEM durante el año 2004.

³⁷ HERNÁNDEZ SAMPIERI R. Y COL Metodología de la Investigación. Ed Mac Graw-Hill 1997
Pag 215

Criterios de exclusión:

1- Historias incompletas en su diligenciamiento, es decir aquellas con carencia de registros claros y precisos de hora y fecha, en que se presentaron los diferentes eventos de atención.

2- Pacientes que no recibieron tratamiento quirúrgico.

3-Pacientes a quienes se les realizó retiro de material de osteosíntesis y que no pertenecían al periodo de estudio.

4-Pacientes de cirugía programada.

5-Las reintervenciones de los pacientes.

- VARIABLES

- Tipo de variables

A. Variables Independientes:

1. Accesibilidad geográfica: tiempo entre el momento del accidente y la atención por el Servicio de Salud.

2. Accesibilidad económica: tipo afiliación del paciente VS valor tratamiento

3. Accesibilidad organizacional y estructural: tiempo entre la llegada del paciente a urgencias y la atención por un miembro del equipo médico.

4. Oportunidad atención urgencias: Tiempo transcurrido entre el accidente y la atención en el servicio de Urgencias.

5. Oportunidad atención cirujano de mano: tiempo transcurrido entre la atención de urgencias y la atención por el cirujano de mano.

6. Oportunidad quirúrgica: tiempo entre la atención por cirujano de mano y la cirugía.

B: Variables dependientes:

1. EDAD: tiempo transcurrido desde su nacimiento hasta el momento e la investigación. Se establecieron tres grupos de edades: Grupo A 0-18 años, Grupo B 19 a 59 años y Grupo C 60 y más.

2. SEXO: Condición orgánica femenina o masculina del ser humano, animales y vegetales (F, M)

3. AFILIACIÓN: Régimen Contributivo (RC), Régimen Subsidiado, Vinculado, Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y Particulares.

4. DIAGNÓSTICO: tipo de trauma con que llega el paciente; trauma abierto (TA), trauma cerrado (TC).

5. PROCEDENCIA: Lugar de donde proviene el paciente , es el mismo donde tuvo el accidente.

○ ANÁLISIS DE LAS VARIABLES:

Para la evaluar la accesibilidad al servicio de salud por parte de los pacientes con trauma de mano se hará de la siguiente forma:

1. ACCESIBILIDAD PREHOSPITALARIA:

A. Accesibilidad Geográfica: Para su evaluación se medirá el tiempo empleado para llegar al HUEM desde Atalaya, barrio periférico de la ciudad de Cúcuta, se

por una misma ruta en vehículo particular, taxi y la ambulancia; se hará el análisis de la oferta de servicios del Instituto departamental de Salud IDESA para Norte de Santander y la aplicación de un indicador, teniendo en cuenta la escala de los tiempos de oportunidad. (Ver tabla operacionalización de las variables),

B. Accesibilidad Económica: Será evaluada mediante un indicador (ver tabla operacionalización de las variables) y el análisis de los indicadores de la población de Cúcuta.

2. ACCESIBILIDAD HOSPITALARIA

Se evaluará mediante un indicador que compare el tiempo entre la atención inicial de urgencias y la realización de la cirugía con la oportunidad. (Ver tabla operacionalización de las variables)

3. OPORTUNIDAD

Para evaluar la oportunidad de atención para trauma de mano en el HUEM, se establecieron indicadores para la atención en el servicio de urgencias, servicio de cirugía de mano y de la realización de la cirugía.

Estableciéndose una escala de tiempo oportuno en Traumas Abiertos de 0 a 4 horas y Trauma Cerrado de menos de 72 horas. (Ver operacionalización de las variables).

3.4.3 Operacionalización de las variables

Cuadro 1. Operacionalización de las variables

TIPO DE VARIABLE	NOMBRE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	OBJETIVO	DIMENSIÓN O ESCALA	TIPO DE INDICADOR	INDICADOR
Independiente cualitativa	Accesibilidad Geográfica (AG)	Mayor o menor posibilidad de tomar contacto con los servicios de salud para recibir asistencia	Tiempo de traslado entre el sitio del accidente y el HUEM	Evaluar la AG de los servicios de Salud	TA: 0-4 H AG Oportuno > de 4 H AG no oportuno TC< de 72 H AG oportuno > de 72H no oportuno	proporción	$\frac{\# \text{ pacientes oportunamente atendidos en urgencias de trauma de mano HUEM año 2004}}{\text{Total de pacientes atendidos por trauma de mano en el servicio de urgencias HUEM año 2004}} * 100$ $\frac{\# \text{ pacientes no oportunamente atendidos en urgencias por trauma de mano HUEM año 2004} * 100}{\text{Total de pacientes atendidos por trauma de mano HUEM año 2004} *}$
Independiente cualitativa	Accesibilidad económica (AE)	Mayor o menor posibilidad económica para cubrir el gasto de los servicios de salud	Cantidad de dinero disponible para cubrir la atención o régimen que lo cubre.	Evaluar la AE del paciente a los servicios de salud del HUEM	R Subsidiado R contributivo SOAT particular Vinculado	proporción	$\frac{\# \text{ pacientes con algún tipo de seguridad social atendidos por trauma de mano HUEM año 2004}}{\# \text{total de pacientes atendidos por trauma de mano HUEM año 2004}} * 100$ $\frac{\# \text{ pacientes sin algún tipo de seguridad social por trauma de mano HUEM año 2004} *}{\# \text{total de pacientes atendidos por trauma de mano HUEM año 2004}} * 100$

TIPO DE VARIABLE	NOMBRE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	OBJETIVO	DIMENSIÓN O ESCALA	TIPO DE INDICADOR	INDICADOR
Independiente cualitativa	Accesibilidad organizacional y estructural (AOE)	Mayor o menor posibilidad de tomar contacto con los servicios de salud para recibir asistencia	Tiempo entre la atención del paciente en urgencias y la realización de la cirugía	Evaluar la AOE del paciente a los servicios de salud del HUEM	TA: 0-4 Horas Oportuno > de 4 H no oportuno TC: < de 72 H oportuno > de 72H no oportuno	proporción	$\frac{\# \text{pacientes con tiempo total de atención oportuno}}{\text{total de pacientes atendidos por trauma de mano HUEM año 2004}} * 100$ $\frac{\# \text{pacientes con tiempo total de atención oportuno vinculados}}{100}$ $\frac{\# \text{total de pacientes vinculados atendidos por trauma de mano HUEM año 2004}}{100}$
Independiente, cualitativa	Oportunidad Atención urgencias	Mayor o menor posibilidad de tomar contacto con los servicios de salud para recibir asistencia	Tiempo transcurrido entre el accidente y la atención inicial de urgencias HUEM	Medir la oportunidad de atención en el servicio de urgencias del HUEM	TA: 0-4 H Oportuno > de 4 H no oportuno TC < de 72 H oportuno > de 72H no oportuno	proporción	$\frac{\# \text{pacientes oportunamente atendidos en urgencias por trauma de mano HUEM año 2004}}{\text{Total de pacientes atendidos en urgencias s por trauma de mano HUEM año 2004}} * 100$
Independiente cualitativa	Oportunidad atención por Cirugía de Mano (CM)	Mayor o menor posibilidad de tomar contacto con los servicios de salud para recibir asistencia	Tiempo transcurrido entre la atención inicial de urgencias HUEM y la atención por el servicios de CM	Medir la oportunidad de atención en el servicio de CM	TA: 0-4 H Oportuno > de 4 H no oportuno TC < de 72 H oportuno > de 72H no oportuno	proporción	$\frac{\# \text{pacientes oportunamente atendidos en el servicio de CM año 2004}}{\text{Total de pacientes atendidos por trauma de mano HUEM año 2004}} * 100$
Independiente cualitativa	Oportunidad atención en Quirófano (Q)	Mayor o menor posibilidad de tomar contacto con los servicios de salud para recibir asistencia	Tiempo transcurrido entre la atención por CM y la realización de la cirugía	Medir la oportunidad de atención en el quirófano	TA: 0-4 H Oportuno > de 4 H no oportuno TC < de 72 H oportuno > de 72H no oportuno	proporción	$\frac{\# \text{pacientes oportunamente atendidos en Q}}{\text{Total de pacientes operados por CM año 2004}} * 100$

TIPO DE VARIABLE	NOMBRE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	OBJETIVO	DIMENSIÓN O ESCALA	TIPO DE INDICADOR	INDICADOR
Dependiente cuantitativa	EDAD (E)	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la investigación	Años cumplidos	Relacionar con la atención de los pacientes de trauma de mano	Grupos de edad 0 a 18 19 a 59 60 y +	proporción	# pacientes por grupo de edad atendidos por trauma de mano HUEM año 2004 *100 $\frac{\text{Total pacientes atendidos trauma de mano HUEM año 2004}}{\text{Total pacientes atendidos trauma de mano HUEM año 2004}} * 100$
Dependiente cualitativa	sexo	Condición orgánica masculina o femenina del ser humano, animales o plantas	Calidad de Femenino masculino	Relacionar con la atención de los pacientes de trauma de mano	Femenino (F) Masculino (M)	proporción	# pacientes de trauma de mano atendidos por sexo año 2004 *100 $\frac{\text{Total pacientes atendidos por trauma de mano HUEM año 2004 CM.}}{\text{Total pacientes atendidos por trauma de mano HUEM año 2004 CM.}} * 100$
Dependiente cualitativa	Diagnóstico	Tipo de trauma que trae el paciente al llegar a urgencias	Trauma abierto Trauma cerrado	Relacionar con la atención de los pacientes de trauma de mano	TA: trauma abierto TC: trauma cerrado	proporción	# pacientes de trauma de mano atendidos por tipo de trauma año 2004 *100 $\frac{\text{Total pacientes atendidos por trauma de mano HUEM año 2004}}{\text{Total pacientes atendidos por trauma de mano HUEM año 2004}} * 100$
Dependiente cualitativa	Procedencia	Lugar de donde procede el paciente igual sitio de ocurrencia del accidente	Cúcuta, otros municipios de Norte de Santander y otros departamentos	Relacionar con la atención de los pacientes de trauma de mano	CU: Cúcuta OM: otros municipios de NS OD: otros departamentos	proporción	# pacientes por grupos de procedencia atendidos de trauma de mano HUEM año 2004 *100 $\frac{\text{Total pacientes atendidos por trauma de mano HUEM año 2004}}{\text{Total pacientes atendidos por trauma de mano HUEM año 2004}} * 100$

4. RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

4.1.1 Universo: El servicio de cirugía de mano del HUEM realizó en el año 2004, 570 cirugías de las cuales 68 (12%) fueron electivas y 502(88%) urgencias de los cuales se excluyeron por tener algún criterio de exclusión 24 pacientes (reoperados y retiros de material de osteosíntesis) quedando un universo de 478 pacientes.

4.1.2 Cálculo del tamaño de la muestra

$$n = \frac{n'}{1 - n'/N}$$

Donde $n' = \frac{S^2}{V^2}$

Siendo n: tamaño de la muestra

N: universo = 478

S²: varianza de la muestra

V²: varianza de la población

Para calcular la varianza de la muestra $S^2 = P(1 - P)$ donde P es la probabilidad esperada en todos los estudios que es del 95%. $S = 0.95(1 - 0.95) = 0.0475$.

Para la varianza de la población (V) nos permitiremos un error estándar de 0.015%
 $V = 0.015(15)$

$$n' = S^2 = \frac{(0.475)^2}{\sqrt{2}} = \frac{0.0225625}{0.000225} = 100.777778$$

$$n = \frac{n'}{1+n'/N} = \frac{100.777778}{1+100.777778/478} = 83.23$$

4.4.3 Análisis de las variables

- Variables dependientes

1. EDAD:

Indicador:

Pacientes por grupo de edad atendidos de trauma de mano HUEM año 2004
*100

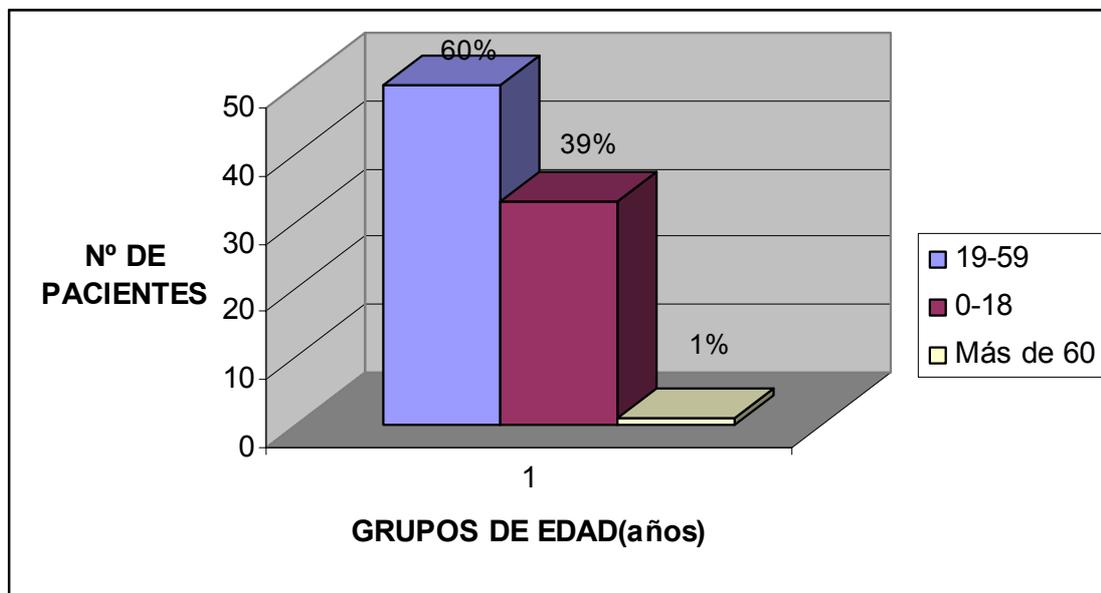
Total pacientes atendidos por trauma de mano HUEM año 2004.

0-18 años: $50 \cdot 100 / 84 = 60\%$

19-59 años: $33 \cdot 100 / 84 = 39\%$

Más de 60 años: $1 \cdot 100 / 84 = 1\%$

Gráfica 1. Distribución por grupos de edad de los pacientes atendidos por trauma de mano en el HUEM año 2004



Se atendieron 50 (60%) personas en edades entre 19 y 59 años, 33 (39%) entre 0 y 18 años y 1% (1 paciente) mayor de 60 años.

2. SEXO:

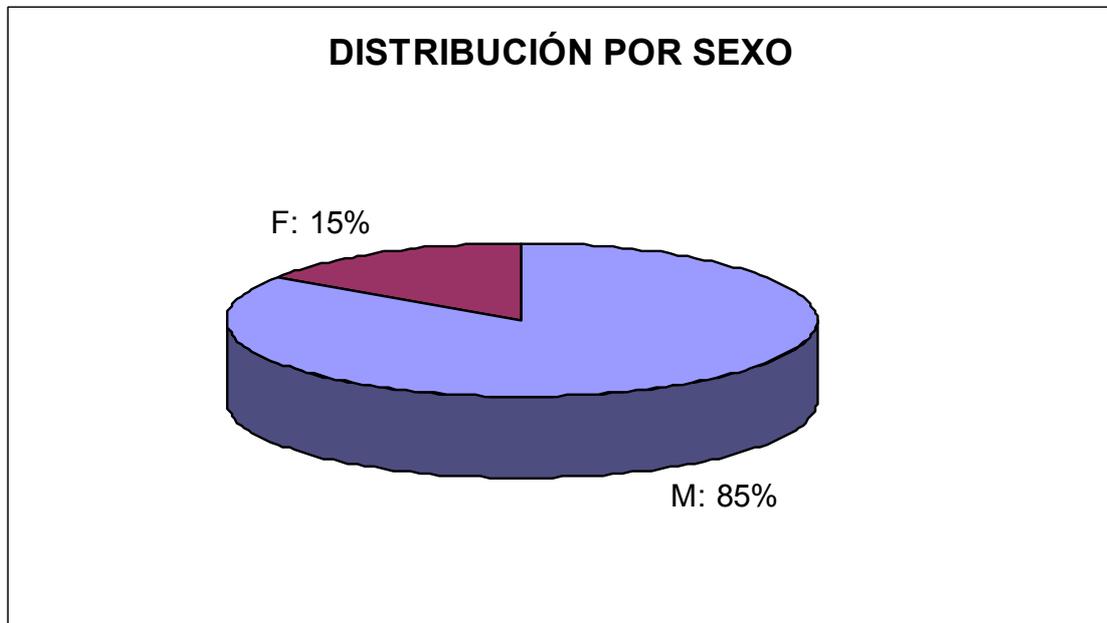
Pacientes por sexo atendidos de trauma de mano HUEM año 2004 *100

 Total pacientes atendidos por trauma de mano HUEM año 2004

Masculino: $71 \cdot 100 / 84 = 85\%$

Femenino: $13 \cdot 100 / 84 = 15\%$

Gráfica 2. Distribución por sexo de los pacientes atendidos por trauma de mano en el HUEM año 2004



EL 85% (71) fueron hombres y el 15 % (13) fueron mujeres

3. DIAGNÓSTICO

Pacientes con trauma cerrado atendidos de trauma de mano HUEM año 2004
*100

$$\frac{4}{84} \times 100 = 5\%$$

Total pacientes por trauma de mano HUEM año 2004

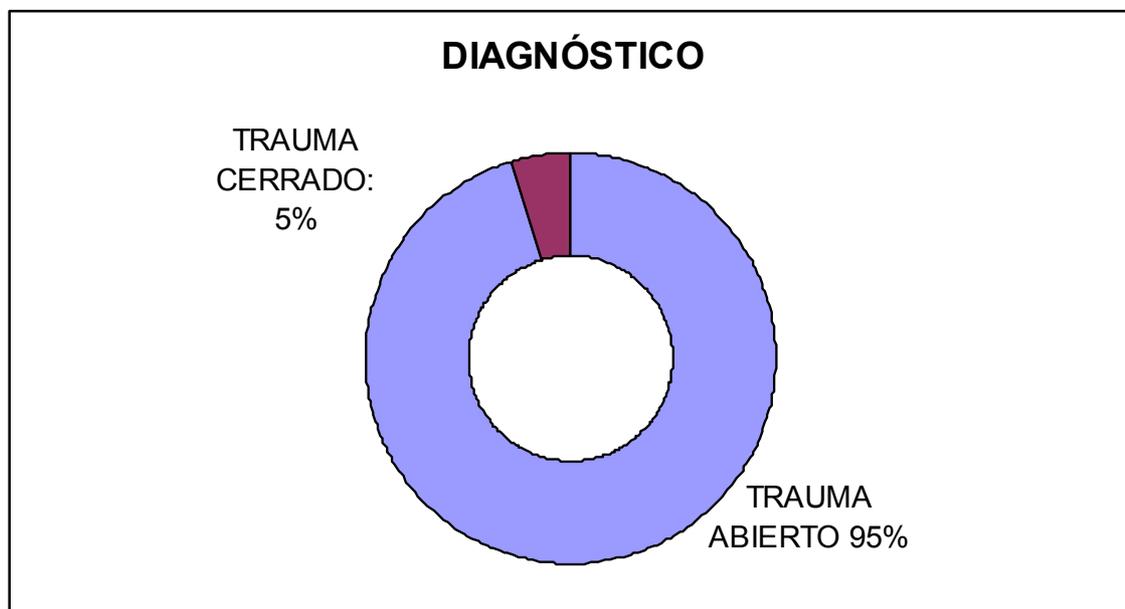
Pacientes de trauma abierto y por servicio *100

$$\frac{80}{84} \times 100 = 95\%$$

Total pacientes por trauma de mano HUEM año 2004

80*100/84= 95%

Gráfica 3 Distribución por tipo de trauma de los pacientes atendidos por trauma de mano HUEM año 2004



Por cada 100 pacientes que son atendidos por trauma de mano el 95% son por trauma abierto y el 5% por trauma cerrado.

4. PROCEDENCIA

Aplicación del indicador:

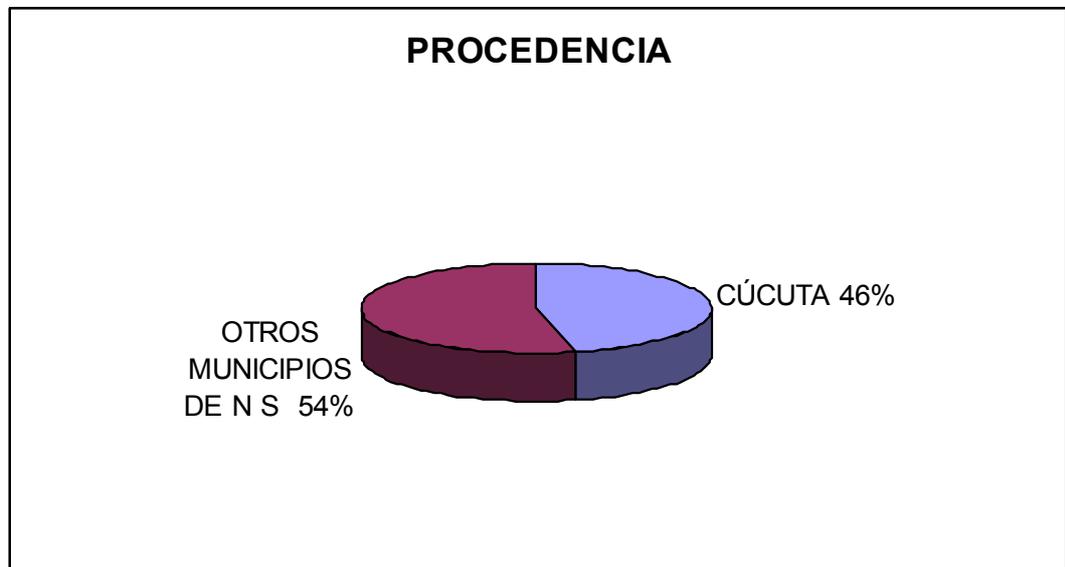
$$\# \text{ Pacientes por grupo de procedencia por trauma de mano HUEM año 2004 } * 100$$

$$\text{Total pacientes por trauma de mano HUEM año 2004}$$

$$\text{Cúcuta: } 39 * 100 / 84 = 46\%$$

$$\text{Otros Municipios: } 45 * 100 / 84 = 54\%$$

Gráfica 4. Distribución por grupo de procedencia de los pacientes atendidos por trauma de mano en el HUEM año 2004



El 46 % de los pacientes provenían de Cúcuta y el 54 % de otros municipios de Norte de Santander.

- Variables independientes

1. ACCESIBILIDAD PREHOSPITALARIA:

1.1 Accesibilidad Geográfica:

A. Medición del Tiempo

Se midió el tiempo empleado desde Atalaya (Barrio periférico de la ciudad de Cúcuta hasta urgencias del hospital Universitario Erasmo Meóz:

Vehículo particular: 20 minutos

Taxi: 15 minutos

Ambulancia: 10 minutos

B. Oferta de servicios

Según la oficina de vigilancia y control del Instituto departamental de Salud IDESA para Norte de Santander: el departamento de Norte de Santander cuenta con un sólo hospital de III Nivel la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meóz en la ciudad de Cúcuta , 5 hospitales E.S.E. de II Nivel entre los cuales está la E.S.E Hospital Emiro Quintero Cañizares de la ciudad de Ocaña y 135 I.P.S, E.S.E. Puestos y Centros de Salud de I Nivel distribuidos en todo el departamento.(ver tabla N° 2)

C. Resultado de la aplicación del indicador

#pacientes oportunamente atendidos de trauma de mano en urgencias Del HUEM
año 2004 *100

Total de pacientes atendidos por de trauma de mano en urgencias
del HUEM año 2004 *100

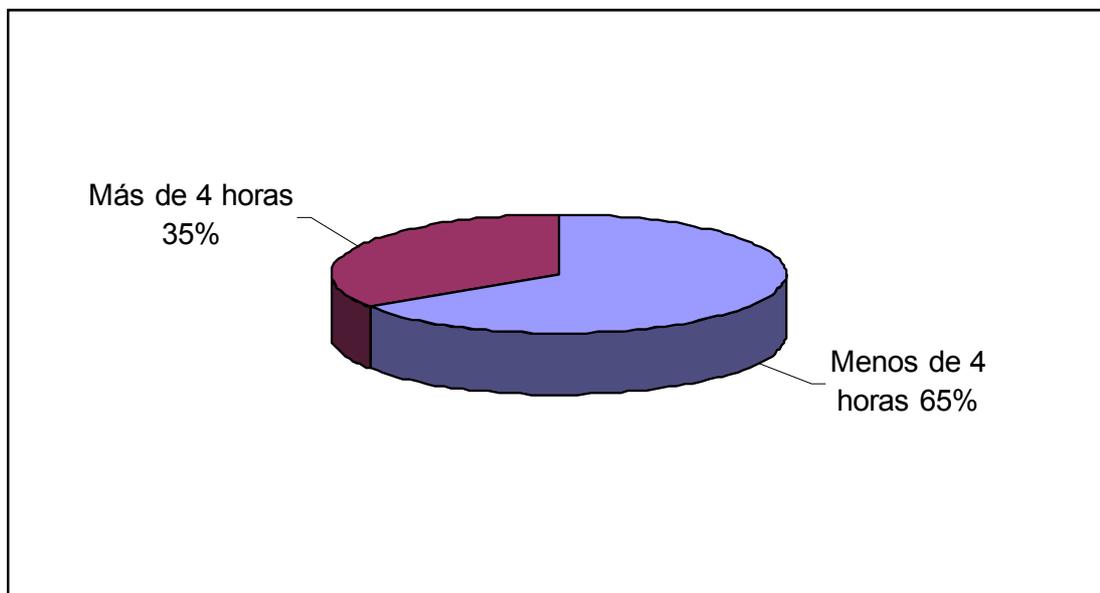
$$55 \cdot 100 / 84 = 65 \%$$

#pacientes no oportunamente atendidos en urgencias de trauma de mano en
urgencias Del HUEM año 2004 *100
*100

Total de pacientes atendidos por trauma de mano en urgencias
Del HUEM año 2004 *100

$$29 \cdot 100 / 84 = 35\%$$

Grafica 5. Porcentaje de pacientes de trauma de mano que llegaron antes de 4 horas al servicio de urgencias del HUEM año 2004

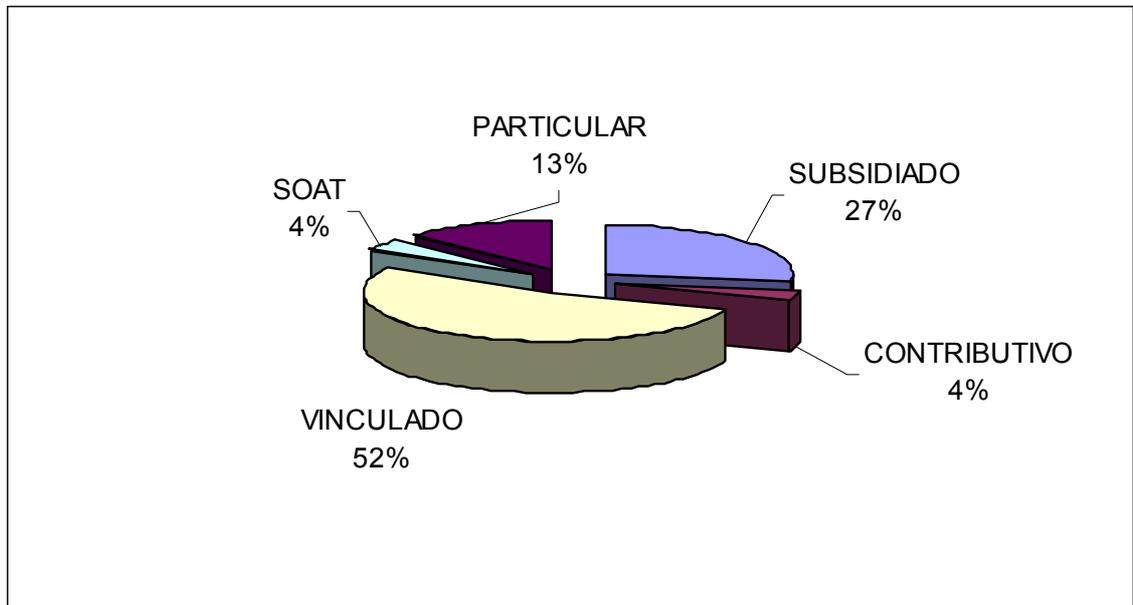


De cien pacientes que ingresan al servicio de urgencias del HUEM por trauma de mano 65 llegan antes de 4 horas y 35 no lo hacen.

1.2. ACCESIBILIDAD ECONÓMICA

1.2.1 Distribución según seguridad Social

Gráfica 6. Distribución según seguridad social de los pacientes atendidos por trauma de mano en el HUEM año 2004



De 100 pacientes atendidos por trauma de mano en el HUEM en el año 2004 52% fueron vinculados; 27% R subsidiado, 13% particular, 4% R contributivo y 4 % SOAT.

1.2.2. Aplicación del indicador

Pacientes con algún tipo de seguridad social atendidos por trauma de mano en el HUEM año 2004 *100

$$\frac{\text{\#total de pacientes atendidos por de trauma de mano en urgencias Del HUEM año 2004}}{\text{CM}} *100$$

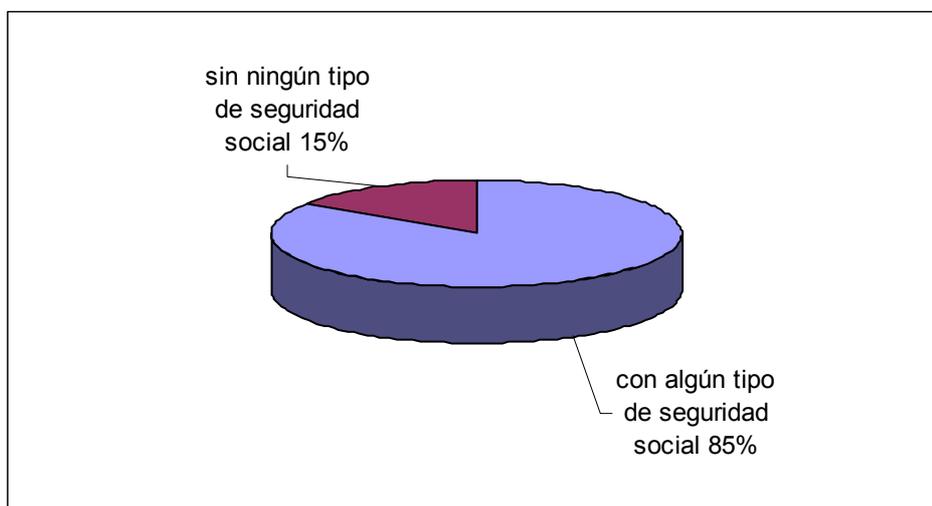
$$71*100/84= 85\%$$

Pacientes sin algún tipo de seguridad social atendidos por trauma de mano del HUEM año 2004 *100

#total de pacientes atendidos por de trauma de mano en el HUEM año 2004

$$13 \cdot 100 / 84 = 15\%$$

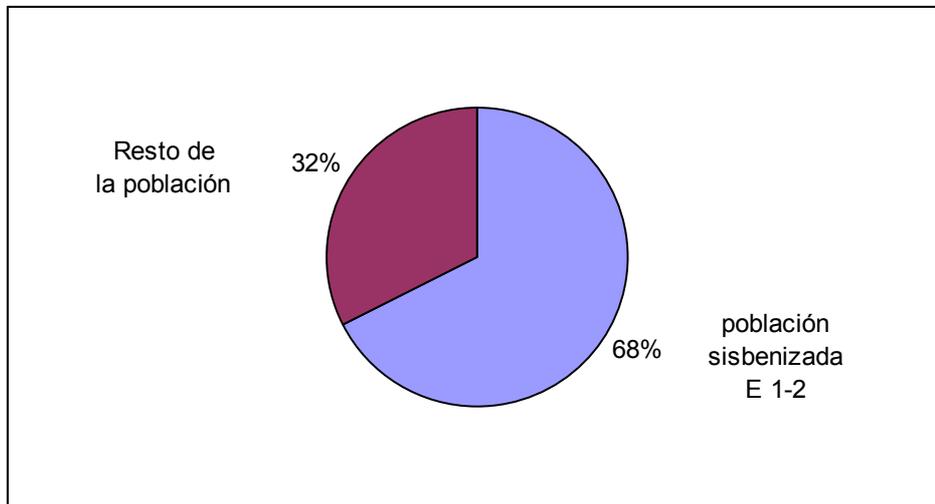
Gráfica 7 Porcentaje de pacientes con algún tipo de seguridad social sobre el total de pacientes atendidos por trauma de mano en el HUEM año 2004.



De 100 pacientes atendidos por trauma de mano en el HUEM en el año 2004, el 85% tiene algún tipo de seguridad social y 15 % no lo tienen.

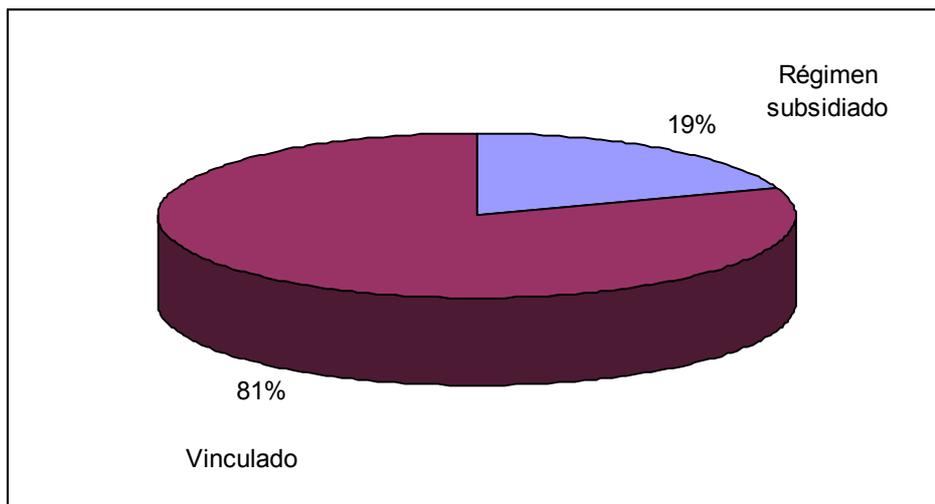
1.2.2 Revisión de indicadores Cúcuta

Gráfica 8. Porcentaje de población sisbenizada del área metropolitana de Cúcuta según proyecciones del DANE para el año 2002



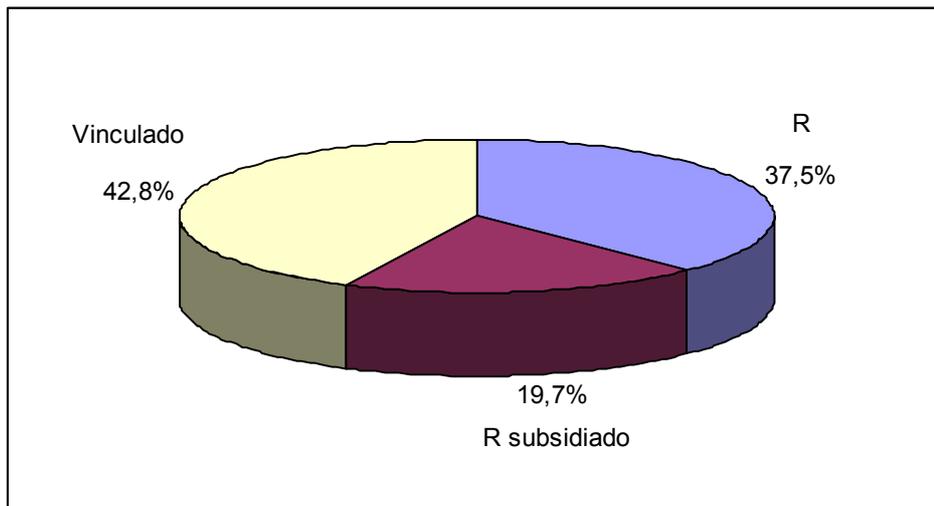
El área metropolitana de Cúcuta según proyecciones del Dane para el año 2002 tenía una población de 804000 habitantes con una población en estratos 1 y 2 de 542792 (68%) sisbenizada.

Gráfica 9. Porcentaje de población sisbenizada perteneciente al R subsidiado del área metropolitana de Cúcuta según proyecciones del DANE para el año 2002



El área metropolitana de Cúcuta según proyecciones del Dane para el año 2002 del 68% de la población sisbenizada al Régimen Subsidiado pertenecían 105.185 (19 %) y el resto 81% serían Vinculados. (tabla N° 3)

Gráfica10. Porcentaje de afiliados por régimen área metropolitana de Cúcuta según DANE año 1997



La cobertura del régimen contributivo para el año 1997 era del 37.5 %, R subsidiado 19.7% y vinculada 42.8%. (Ver tabla 4).

2. ACCESIBILIDAD HOSPITALARIA ADMINISTRATIVA U ORGANIZACIONAL

2.1 Análisis de los indicadores

Indicador N° 1

#pacientes con tiempo total atención oportuno por trauma de mano HUEM año 2004 *100

#total de pacientes atendidos por trauma de mano HUEM año 2004

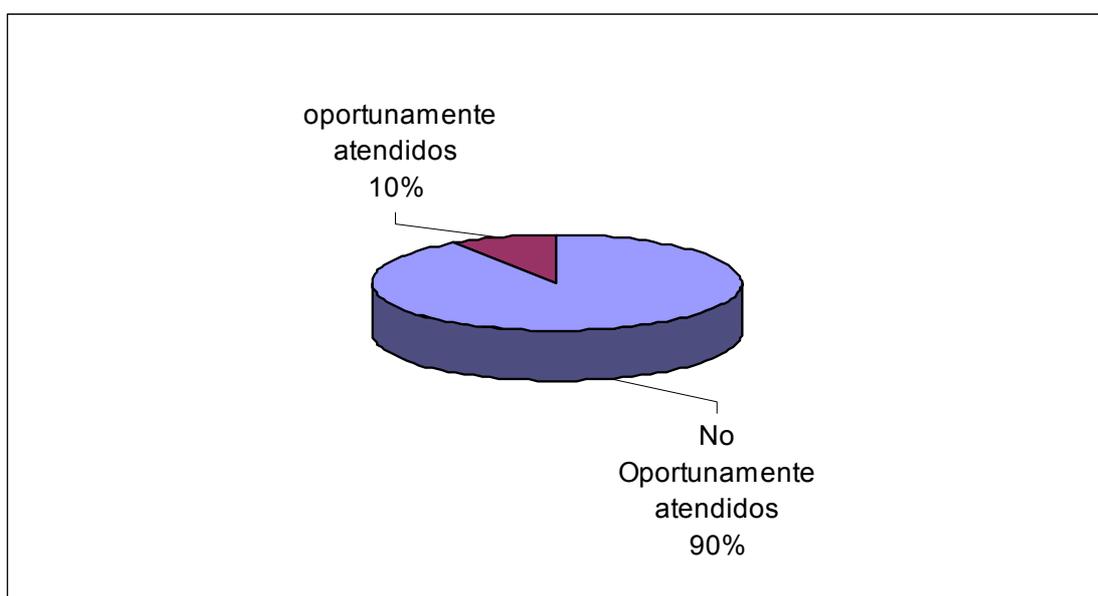
$$8 * 100 / 84 = 10\%$$

#pacientes con tiempo total atención no oportuno por trauma de mano HUEM año 2004 *100

#total de pacientes atendidos por trauma de mano HUEM año 2004

$$76 \cdot 100 / 84 = 90\%$$

Gráfica 11. Porcentaje de pacientes con tiempo total de atención oportuno del total de pacientes atendidos por trauma de mano en el HUEM año 2004



De 100 pacientes que se atienden de trauma de mano solo el 10 % son oportunamente atendidos; el 90 % no lo son.

3. OPORTUNIDAD DE ATENCIÓN POR EL SERVICIO DE URGENCIAS INDICADOR:

#pacientes oportunamente atendidos en urgencias por trauma de mano HUEM año 2004 *100

#total de pacientes atendidos en urgencias por trauma de mano HUEM año 2004

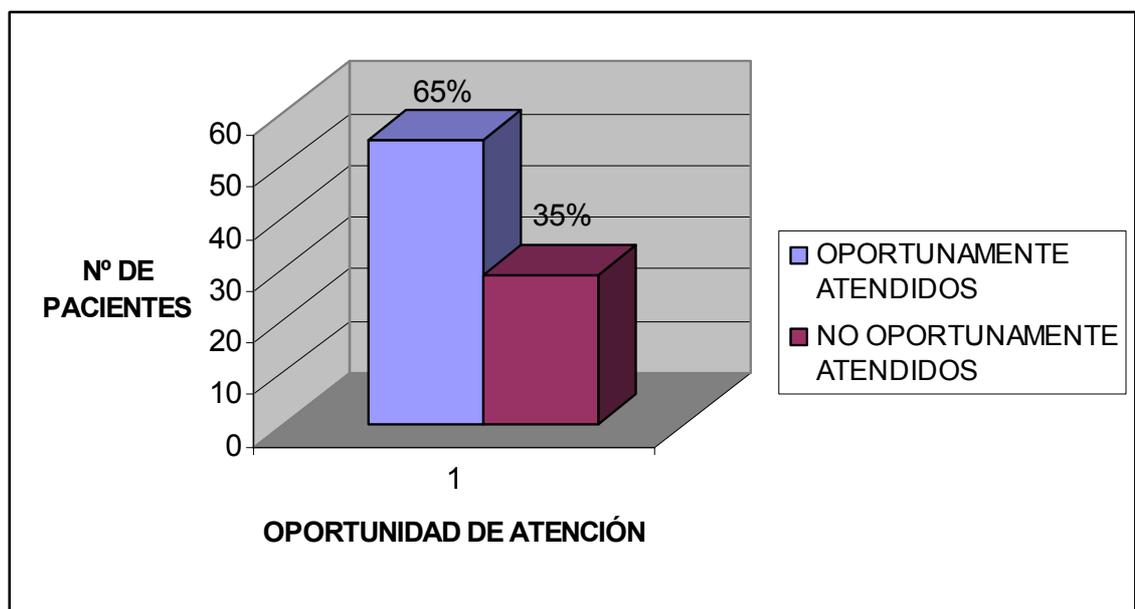
$$55 \cdot 100 / 84 = 65\%$$

#pacientes no oportunamente atendidos en urgencias por trauma de mano HUEM
año 2004 *100

#total de pacientes atendidos en urgencias por trauma de mano HUEM año 2004

$$29*100/84= 35\%$$

Gráfica 12. Oportunidad de atención de los pacientes con trauma de mano en el servicio de urgencias del HUEM año 2004



De cien pacientes de trauma de mano que se atienden en urgencias 65 se hacen oportunamente y 35 no oportunamente.

4. OPORTUNIDAD DE ATENCIÓN POR EL SERVICIO DE CIRUGIA DE MANO:

INDICADOR:

#pacientes oportunamente atendidos en el servicio de CM por trauma de mano
HUEM año 2004 * 100

#total de pacientes atendidos en CM por trauma de mano HUEM año 2004

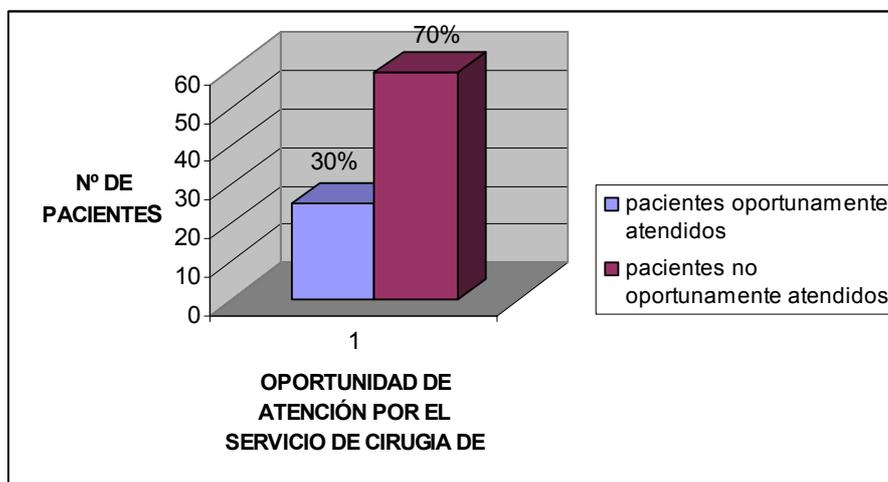
$$25*100/84= 30\%$$

#pacientes no oportunamente atendidos en el servicio de por trauma de mano
HUEM año 2004 *100

#total de pacientes atendidos por trauma de mano HUEM año 2004

$$59 * 100 / 84 = 70\%$$

Gráfica 13 Oportunidad de atención de los pacientes de trauma de mano en el servicio de cirugía de mano HUEM año 2004



De 100 pacientes que son atendidos por el servicio de cirugía de mano 30 son atendidos oportunamente y 70 no lo son.

4. OPORTUNIDAD EN LA CIRUGIA

INDICADOR:

#pacientes oportunamente atendidos en quirófano por trauma de mano HUEM año
2004 *100

#total de pacientes operados por trauma de mano HUEM año 2004

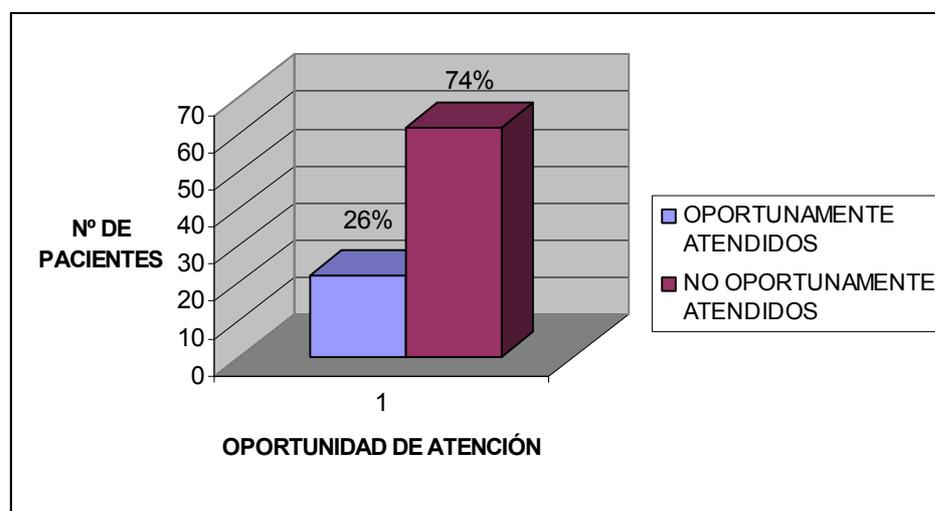
$$22 * 100 / 84 = 26\%$$

#pacientes no oportunamente atendidos en quirófano por trauma de mano HUEM
año 2004 *100

#total de pacientes operados por trauma de mano HUEM año 2004 CM

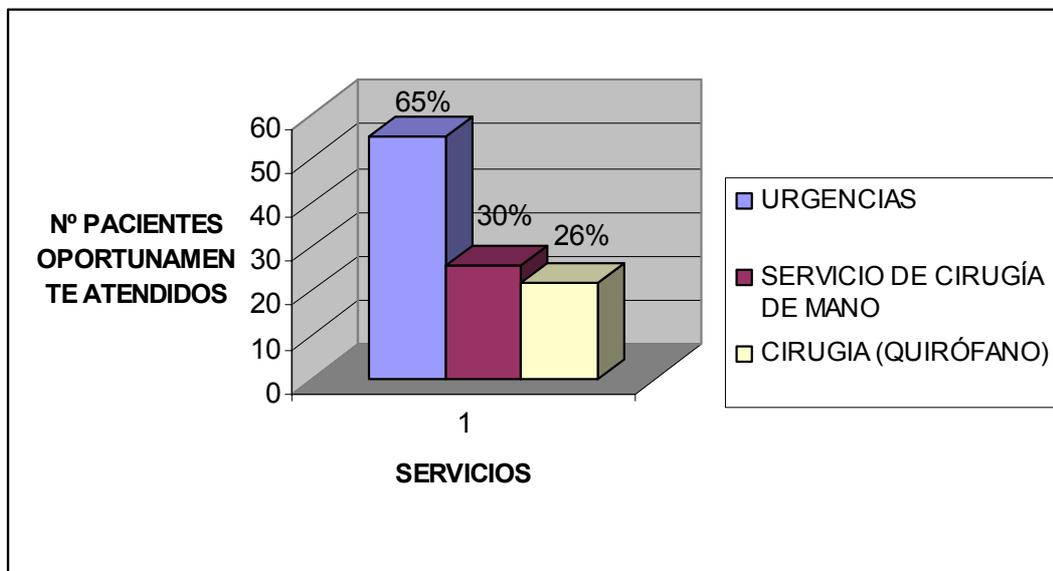
$$62 \cdot 100 / 84 = 74\%$$

Gráfica 14. Oportunidad de la cirugía de los pacientes de trauma de mano del HUEM año 2004



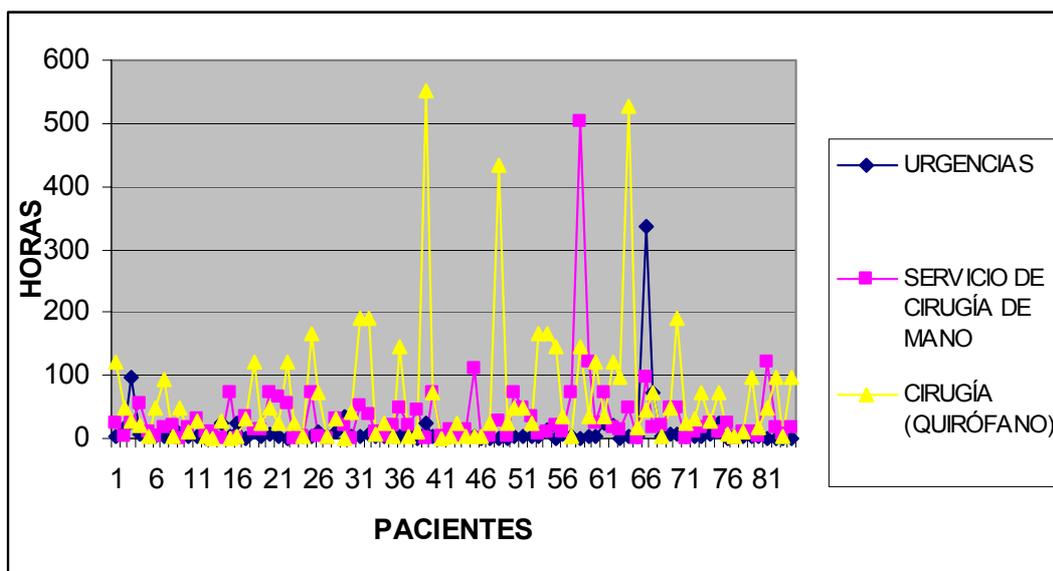
De 100 pacientes operados por el servicio de cirugía de mano 26 se hacen oportunamente y 74 no se atienden oportunamente

Gráfica 15. Comparación de la oportunidad de atención por servicio de los pacientes de trauma de mano del HUEM año 2004



Comparando estos tres tiempos de oportunidad en la atención (urgencias, servicio de cirugía de mano y cirugía) es significativamente mejor (65%) la oportunidad en la atención en urgencias que la oportunidad en la atención por el servicio de cirugía (30%) y la de la cirugía (26%); existiendo una muy leve diferencia entre las dos últimas.

Gráfica 16. Comparación en el N° de horas necesarias de atención por paciente y por servicio de los pacientes atendidos por de trauma de mano del HUEM año 2004



El número de horas necesarias para la atención de cada paciente en cada servicio es menor en urgencias (línea azul); seguido del servicio de cirugía de mano (línea rosada) y por último para la cirugía. (línea amarilla). Siendo el promedio de horas necesarias para la atención por paciente de 12 para urgencias, 33 para el servicio de cirugía de mano y 67 para la cirugía.

CONCLUSIONES

1. La realización de este estudio me permitió un crecimiento en mi desarrollo personal y además enriquecer mi capacidad técnica y científica, ampliando mis perspectivas personales, ya que el observar de manera más cercana la situación que experimentan los pacientes con trauma de mano y sus dificultades para acceder a la atención requerida, me llevó a identificar que más que una inversión económica para lograr una buena calidad de atención a los usuarios, lo que se necesita con urgencia es trabajar como administradores organizando un servicio estructural y funcional para satisfacción de todos los clientes.
2. El servicio de Cirugía de Mano de la E.S.E. Hospital universitario de Cúcuta, durante el año 2004 realizó 570 cirugías de las cuales 68 (12%) fueron programadas y 502 (88%) urgencias. El 85 % fueron hombres y el 15 % mujeres; el 60% estuvieron en el grupo de edad de 19 a 59 años, el 39% de 0 a 18 años y 1 % de más de 60 años estadísticas estas similares a las mundiales en trauma de mano. El 54% de los pacientes provenían de otros municipios y el 46% de Cúcuta; el 52 % fueron vinculados, el 27 % pertenecían al régimen subsidiado, 13 % particulares y el 4% a SOAT y Régimen Contributivo.
3. Las barreras de accesibilidad geográfica son mínimas llegando con una buena oportunidad de atención al servicio de urgencias la mayoría de los pacientes; no hubo barreras económicas, la gran mayoría de los pacientes tenían algún tipo de seguridad social que los cubría. Sin embargo si se evidenció problemas en la accesibilidad hospitalaria (administrativa) demostrada por la prolongación en la oportunidad de atención por el servicio de cirugía de mano y en la cirugía.

4. Existen otra barrera de accesibilidad como es la de accesibilidad cultural descrita por VELANDIA ECON F., ARDÓN N, CÁRDENAS J.M. JARA M.I., PÉREZ N. en su trabajo “oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia” que aunque no se midió en este estudio, debe ser tomada en cuenta para la prestación de un servicio de calidad. El cliente externo es la razón de ser de la institución, y el cliente interno el más importante. Se necesita trabajar con urgencia rompiendo paradigmas y sembrando la filosofía de trabajar siempre en la búsqueda de la satisfacción total del cliente si se quiere ser competitivo.

5. Teniendo en cuenta todo lo anterior se considera que no es necesaria la creación de la unidad para cirugía de mano ambulatoria, ya que el Hospital Universitario Erasmo Meóz posee en la actualidad infraestructura requerida para atender las necesidades de la población referentes a trauma de mano, sin embargo lo que necesita es una reorganización administrativa, una revisión de procesos y procedimientos definidos, mejorar indicadores de atención oportuna y eficiente, lo cual se reflejará en un desarrollo económico y en la satisfacción del cliente.

6. Por último quiero dejar planteada la necesidad de realizar otros dos estudios complementarios como son la búsqueda de los factores que afectan las variables (especialmente accesibilidad hospitalaria) y sus posibles soluciones y el análisis de factibilidad, los cuales finalmente podrían llevar a la creación de una verdadera unidad de cirugía de la mano.

BIBLIOGRAFIA

Consejo Nacional de Seguridad Social en salud Acuerdo 008 de 2004. Art. 8.

Consejo Nacional de Seguridad Social en salud Acuerdo 008 de 2004. Artículo 10.

Consejo Nacional de Seguridad Social en salud Acuerdo 008 de 2004. Art.12

Decreto 2174 de 1996 artículo 3°.

Decreto 2309 de 2002

Decreto 2309 del 15 de Octubre del 2002 título 2 artículo 6

Decreto 2309 del 15 de Octubre del 2002 título 2 artículo 6

Decreto 2309 del 2002

Decreto 2759 de 1991

Decreto 663 de 1993 parte VI Capítulo IV Artículo 192.

DONABEDIAN A. La Dimensión Internacional de la evaluación y garantía de la calidad. Salud Pública, España 1990. pág. 3-6, 78.

FREELAND, A. E. "Hand Fractures" repair, reconstruction, and rehabilitation". ED Churchill Livingstone. 2000. Pág 1.

GERSTNER, Bruns J. GERSTNER, Bruns W. "Lesiones de la mano cuidado primario y rehabilitación. Introducción, 3ª edición 1990. Pág. 9.

GERSTNER, Bruns J. GERSTNER, Bruns W. "Lesiones de la mano cuidado primario y rehabilitación. Introducción, 3ª edición 1990. Página 35.

GERSTNER, Bruns J. GERSTNER, Bruns W. "Lesiones de la mano cuidado primario y rehabilitación" Cuidado primario e las heridas de la mano. Capítulo III, 3ª edición 1990.

GERSTNER, Bruns J. GERSTNER, Bruns W. "Lesiones de la mano cuidado primario y rehabilitación" Cuidado primario e las heridas de la mano. Capítulo VII, 3ª edición 1990. Pág 122

GERSTNER, Bruns J. GERSTNER, Bruns W. "Lesiones de la mano cuidado primario y rehabilitación" Cuidado primario e las heridas de la mano. Capítulo III. Pág. 55.

GERSTNER, Bruns J. GERSTNER BRUNS W. "Lesiones de la mano cuidado primario y rehabilitación" Cuidado primario e las heridas de la mano. Capítulo III. Pág 55.

HERNÁNDEZ, Sampieri R. Y COL Metodología de la Investigación. Editorial Mac Graw-Hill 1997 Pag 215

<http://WWW.worldortho.com/history 1. htm>. Página principal de Trauma Zamora.

RAMÍREZ, Humberto, EST., MSP², VÉLEZ, Sergio, M.D, ESP³, VARGAS, Virgilio, M.D., MSP⁴, SÁNCHEZ, Carlos, M.D., EGAH⁵, LOPERA, Jaime, M.D., MSP⁶ "valuación de la cobertura en aseguramiento y accesibilidad a los servicios de

salud de los afiliados al régimen subsidiado en el municipio de Medellín” Colombia Médica 2001.32:10-13.

Ley 10 1990 artículo 6

Ley 10 de 1990. Artículo 1 Literal m

Ley 100 de 1993 Art. 8

Ley 100 de 1993 artículo 157)

Ley 100 de 1993 artículo 155.

Ley 100 de 1993 Artículo 254.

Ley 100 de 1993 Artículo 8.

Ley 90 de 1946 Artículos 8-12

M ALAGÓN LONDOÑO g, GALAN MORERA R, PONTON LAVERDE G. “Auditoria en salud” Capitulo 9. Pag 93-94

M ALAGÓN LONDOÑO g, GALAN MORERA R, PONTON LAVERDE G. “Garantía de calidad en salud” capítulo IV

M ALAGÓN LONDOÑO g, GALAN MORERA R, PONTON LAVERDE G. “Garantía de calidad en salud” capítulo IV.

Resolución 5261 de 1994 del Ministerio de Protección Social. Artículo 116.

Resolución 5261 de 1994 del Ministerio de Protección Social. Artículo 19.

VELANDIA ECON F., ARDÓN N, CÁRDENAS J.M. JARA M.I., PÉREZ N.
Oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en
Colombia, según la encuesta de calidad de vida del DANE” .Colombia
Médica2001:32:4-9.

ANEXOS

Anexo A. Instrumento de recolección de datos

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER

FACULTAD DE SALUD

DEPARTAMENTO DE SALU PUBLICA- ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD

HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ

FECHA _____

N° P	IDENTIFICACIÓN	EDAD			SEXO		AFILIACIÓN					DX		ACCIDENTE		URGENCIAS		OPORT				ATENCIÓN CM			OPORT			CIRUGÍA			OPORT		PROCED		
		A	B	C	M	F	RS	RC	VI	SO	PA	TA	TC	FECHA	HORA	FECHA	HORA	TAU	SI	NO	FECHA	HORA	TACM	SI	NO	FECHA	HORA	TC	SI	NO					
1																																			
2																																			
3																																			
4																																			
5																																			
6																																			
7																																			
8																																			
9																																			
10																																			
11																																			
12																																			
...																																			
TO																																			

N°P: Número de paciente, identificación: número documento de identidad; edad: A: 8-18, B:19-59, C:>60 años; M:masculino, F: femenino
 TA: trauma abierto, TC trauma cerrado RS: régimen subsidiado, RC: régimen contributivo, VI: vinculado, SO: soat, PA: particular,
 TAU: tiempo atención urgencias; CM: cirugía de Mano, TACM: tiempo atención por cirugía de mano;
 TC: tiempo de la cirugía; TH: tiempo hospitalización en días. TO: TOTALES PROCED : procedencia

INSTRUCCIONES DILIGENCIAMIENTO

1. N° P: número de orden del paciente
2. Identificación: cedula, Identidad o N° caso
3. Edad en años: coloque una x en el grupo al cual pertenece. A: 0-18 , B: 19-59 y C:>60
4. sexo: masculino M , Femenino F
5. AFILIACIÓN: Coloque una x donde corresponda RS: régimen subsidiado, RC: regimen contributivo, SO: SOAT, PA: particular, VI: vinculado
6. DIAGNÓSTICO: TA: trauma abierto, TC : trauma cerrado
7. ACCIDENTE: coloque fecha (día/mes/año números arábigos) y hora del accidente
8. ATENCIÓN URGENCIAS: fecha y hora de la atención en el servicio urgencias. TAU: tiempo entre el accidente y la atención en urgencias (horas)
9. OPORTUNO: Trauma abierto < DE 4 HORAS; Trauma cerrado: 4-72 horas
10. ATENCIÓN CIRUGÍA DE MANO: coloque fecha y hora de la atención por el servicio de cirugía de Mano; TACM: tiempo entre el accidente y la atención por el cirujano de Mano.
11. OPORTUNO: Trauma abierto < DE 4 HORAS; Trauma cerrado: 4-72 horas
12. CIRUGÍA: Fecha y hora de la realización de la cirugía. TC: tiempo entre el accidente y la cirugía.
13. OPORTUNO: Trauma abierto < DE 4 HORAS; Trauma cerrado: 4-72 horas

Anexo B. Tablas

TABLA Nº 1 TABLA DE RESULTADOS

ATENCIÓN DE PACIENTES DE TRAUMA DE MANO EN EL HUEM AÑO 2004

TABLA DE RESULTADOS																												
Nº P	IDENTIFICACIÓN	EDAD			SEXO		AFILIACION					DIAGN			OPORTUNO			OPORTUNO			OPORTUNO		TTA		OPORT		PROCE DENCIA	
		A	B	C	M	F	RS	RC	VI	SO	PA	TA	TC	TAU	SI	NO	TACM	SI	NO	T CIRUGÍA	SI	NO		SI	NO	CU	OM	
1	13474912	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	4	1	0	24	0	1	120	0	1	144	0	1	1	0	
2	88153461	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	18	0	1	3	1	0	48	0	1	51	0	1	0	1	
3	30100956	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	96	0	1	23	0	1	29	0	1	52	0	1	0	1	
4	88032003	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	8	0	1	54	0	1	20	0	1	74	0	1	0	1	
5	15813322	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	2	1	0	11	0	1	4	1	0	15	0	1	1	0	
6	26710012	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	2	1	0	3	1	0	48	0	1	51	0	1	1	0	
7	12770919	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	4	1	0	17	1	0	92	0	1	109	0	1	1	0	
8	30361924	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	18	0	1	20	0	1	4	1	0	24	0	1	1	0	
9	33633031	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	3	1	0	1	1	0	48	0	1	49	0	1	1	0	
10	13499032	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	2	1	0	17	0	1	10	0	1	27	0	1	1	0	
11	16476535	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	2	1	0	32	0	1	29	0	1	61	0	1	1	0	
12	34807238	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	12	0	1	4	1	0	16	0	1	1	0	
13	5489352	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	2	1	0	12	0	1	1	1	0	13	0	1	0	1	
14	98697952	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	24	0	1	1	1	0	29	0	1	30	0	1	1	0	
15	8,6092E+10	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	2	1	0	72	0	1	1	1	0	73	0	1	0	1	
16	13823856	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	24	0	1	1	1	0	2	1	0	3	1	0	0	1	
17	88219658	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	36	0	1	30	0	1	66	0	1	1	0	
18	10782266	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	12	0	1	13	0	1	120	0	1	133	0	1	1	0	
19	5501767	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	4	1	0	15	0	1	24	0	1	39	0	1	0	1	
20	27009674	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	6	0	1	72	0	1	48	0	1	120	0	1	0	1	

21	91507476	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	3	1	0	65	0	1	24	0	1	89	0	1	0	1
22	13507480	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	56	1	0	120	0	1	176	0	1	0	1
23	32347281	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	5	0	1	1	1	0	24	0	1	25	0	1	0	1
24	25936097	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	2	1	0	3	1	0	4	1	0	7	1	0	0	1
25	60370178	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	2	1	0	72	0	1	168	0	1	240	0	1	0	1
26	8,6092E+10	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	12	0	1	4	1	0	72	1	0	76	1	0	1	0
27	60408489	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	2	1	0	0	1	0	4	1	0	4	1	0	0	1
28	1049392	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	12	0	1	32	0	1	32	0	1	64	0	1	0	1
29	15020197	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	36	0	1	22	0	1	1	1	0	23	0	1	1	0
30	1090365200	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	3	1	0	1	1	0	43	0	1	44	0	1	1	0
31	13392607	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	2	1	0	52	0	1	192	0	1	244	0	1	0	1
32	13338807	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	6	0	1	37	0	1	192	0	1	229	0	1	0	1
33	32358408	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	2	1	0	12	0	1	8	0	1	20	0	1	1	0
34	32342609	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	5	0	1	3	1	0	25	0	1	28	0	1	0	1
35	88264412	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	3	1	0	20	1	0	2	1	0	22	0	1	0	1
36	13474912	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	4	1	0	48	0	1	144	0	1	192	0	1	1	0
37	22130415	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	12	0	1	20	1	0	4	1	0	24	1	0	1	0
38	88191417	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	44	0	1	11	0	1	55	0	1	0	1
39	5441722	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	24	0	1	1	1	0	552	0	1	553	0	1	0	1
40	28064529	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	3	1	0	72	0	1	72	0	1	144	0	1	0	1
41	31178233	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	4	1	0	1	1	0	5	1	0	0	1
42	9,012E+10	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	4	1	0	13	0	1	2	1	0	15	0	1	0	1
43	14534536	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	8	0	1	2	1	0	26	0	1	28	0	1	1	0
44	30322138	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	7	0	1	13	0	1	4	1	0	17	0	1	1	0
45	88233944	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	2	1	0	112	0	1	3	1	0	115	0	1	1	0
46	88256540	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	2	1	0	3	1	0	1	0
47	32893050	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	2	1	0	24	1	0	26	0	1	1	0
48	88224454	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	28	0	1	432	0	1	460	0	1	0	1
49	13270456	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	4	1	0	24	0	1	28	0	1	0	1

50	970428221	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	4	1	0	72	0	1	48	0	1	120	0	1	1	0
51	5493058	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	4	1	0	48	0	1	48	0	1	96	0	1	1	0
52	13507770	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	2	1	0	36	0	1	24	0	1	60	0	1	1	0
53	13444001	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	2	1	0	8	0	1	168	0	1	176	0	1	0	1
54	18503407	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	14	0	1	10	0	1	168	0	1	178	0	1	0	1
55	88221125	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	20	0	1	144	0	1	164	0	1	0	1
56	88310125	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	8	0	1	12	0	1	34	0	1	46	0	1	1	0
57	88001434	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	4	1	0	72	0	1	4	1	0	76	0	1	0	1
58	88035444	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	504	0	1	144	0	1	648	0	1	1	0
59	29701050	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	4	1	0	120	0	1	33	0	1	153	0	1	1	0
60	60328753	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	4	1	0	25	0	1	120	0	1	145	0	1	0	1
61	10181954	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	23	0	1	72	0	1	33	0	1	105	0	1	0	1
62	88027460	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	20	0	1	18	0	1	120	0	1	138	0	1	1	0
63	13456662	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	15	0	1	96	0	1	111	0	1	1	0
64	88755365	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	2	1	0	48	0	1	528	0	1	576	0	1	1	0
65	9,1112E+10	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	2	1	0	1	1	0	17	0	1	18	0	1	0	1
66	5478977	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	336	0	1	96	0	1	44	0	1	140	0	1	0	1
67	88227182	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	72	0	1	18	0	1	72	0	1	90	0	1	0	1
68	88247684	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	2	1	0	21	0	1	4	1	0	25	0	1	0	1
69	88188484	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	8	0	1	48	0	1	48	0	1	96	0	1	0	1
70	5528787	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	8	0	1	48	0	1	192	0	1	240	0	1	0	1
71	29793692	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	2	1	0	1	1	0	24	0	1	25	0	1	0	1
72	20644492	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	5	0	1	12	0	1	31	0	1	43	0	1	0	1
73	5532396	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	3	1	0	17	0	1	72	0	1	89	0	1	0	1
74	88197753	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	6	0	1	24	0	1	29	0	1	53	0	1	0	1
75	12524128	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	24	0	1	12	0	1	72	0	1	84	0	1	0	1
76	13475537	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	24	0	1	8	0	1	32	0	1	1	0
77	900840	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	3	1	0	1	1	0	2	1	0	3	1	0	1	0
78	23483846	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	2	1	0	12	0	1	10	0	1	22	0	1	0	1

79	74321637	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	3	1	0	9	0	1	96	0	1	105	0	1	1	0	
80	9,411E+10	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	2	1	0	2	1	0	17	0	1	19	0	1	1	0	
81	16509018	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	120	0	1	48	0	1	168	0	1	1	0	
82	265009	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	19	0	1	96	0	1	115	0	1	1	0	
83	88132618	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	7	0	1	3	1	0	10	0	1	0	1	
84	88220938	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	16	0	1	96	0	1	112	0	1	1	0	
TOTAL		84	33	50	1	71	13	23	3	44	3	11	80	4	978	55	29	2771	25	59	5616	22	62	8387	8	76	39	45

**TABLA N° 2 OFERTA SERVICIOS INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD IDESA
NORTE DE SANTANDER
I.P.S. PÚBLICAS SEGÚN SU COMPLEJIDAD**

1A. No.de Radicación	3. Entidad territorial que registra	4. Registro	5, NOMBRE O RAZON SOCIAL	6. Dirección de la Sede Principal
NIVEL III				
00371	IDESA	1	E.S.E. HOSPITAL ERASMO MEOZ	AV. 11 E #5AN-71
NIVEL II				
00996	IDESA	1	E.S.E FRANCISCO DE PAULA SANTANDER	AV. 11E # 5AN- 151 BARRIO GUAMARAL
00191	IDESA	1	E.S.E CENTRO DE REHABILITACION CARDIO NEURO MUSCULAR DEL N DE S	CALLE 6BN # 12E-109 B. LOS ACACIOS
00372	IDESA	1	E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA	CALLE 5 CARRERA 9 ESQUINA
00488	IDESA	1	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	CALLE 22 AV 19A Y 19B B. SANTANDER
00547	IDESA	1	E. S. E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	CALLE 7 #29-144
NIVEL I				
00069	IDESA	1	UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD HERRAN	AV.2 # 2-37
00076	IDESA	1	UNIS ECOPETROL SUPERINTENDENCIA CATATUMBO TIBU	SUPERINTENDENCIA CATATUMBO ECOPETROL
00392	IDESA	1	PENITENCIARIA NACIONAL DE CUCUTA	CRA. PANAMERICANA VIA EL SALADO
00552	IDESA	1	CENTRO DE RECLUSION DE MUJERES CUCUTA	CALLE 6 #9E-98 QUINTA ORIENTAL
00700	IDESA	1	CENTRO DE SALUD PUERTO SANTANDER	CRA 3 # 3-171
00861	IDESA	1	E. S. E. IMSALUD	AV 0 CALLE 10 EDIF APTO 303-305
00861	IDESA	1	UNIDAD BASICA LA LIBERTAD	CALLE 18 # 18-20
00861	IDESA	1	IPS SAN MATEO	REDOMA DE SAN MATEO
00861	IDESA	1	IPS SANTA ANA	AV 3 # 5-40 SANTA ANA
00861	IDESA	1	IPS SAN LUIS	AV 5 # 12-46
00861	IDESA	1	IPS SAN MARTIN	CALLE 4 # 10-45
00861	IDESA	1	UNIDAD BASICA COMUNEROS	CALLE 5 # 5-29 ATALAYA
00861	IDESA	1	IPS TOLEDO PLATA	CALLE 14 AV 17
00861	IDESA	1	IPS PALMERAS	CALLE 21 AV 48

00861	IDESA	1	IPS OSPINA PEREZ	CALLE 20 # 5-19
00861	IDESA	1	IPS EL SALADO	AV 6 # 19-07
00861	IDESA	1	IPS LA HERMITA	CALLE 35 AV 9 FRENTE A LA IGLESIA
00861	IDESA	1	IPS CLARET	MANZ 39 LOTE 17
00861	IDESA	1	IPS AEROPUERTO	CALLE 11 # 3-66
00861	IDESA	1	IPS EL CONTENTO	CALLE 17 # 7-85
00861	IDESA	1	IPS NIÑA CECI	CALLE 5 # 7-85
00861	IDESA	1	UNIDAD BASICA PUENTE BARCO	AV 4 # 17-95
00861	IDESA	1	IPS CUNDINAMARCA	CALLE 12 # 22-70
00861	IDESA	1	IPS LOMA DE BOLIVAR	CALLE 6 # 13- 78
00861	IDESA	1	IPS EL RODEO	CALLE PRINCIPAL EL RODEO
00861	IDESA	1	IPS GUAIMARAL	AV 12E # 9BN-15
00861	IDESA	1	IPS SEVILLA	AV 8 # 2AN-50
00861	IDESA	1	IPS GUARAMITO	GUARAMITO
00861	IDESA	1	IPS LOS ALPES	TRANSVERSAL 17 LOS ALPES
00861	IDESA	1	IPS SAN FAUSTINO	CORREG SAN FAUSTINO
00861	IDESA	1	IPS PALMARITO	CORREG PALMARITO
00861	IDESA	1	IPS EL PORTICO	CORREG SAN PEDRO
00861	IDESA	1	IPS BUENA ESPERANZA	CORREG BUENA ESPERANZA
00861	IDESA	1	IPS AGUA CLARA	CORREG AGUA CLARA
00861	IDESA	1	UNIDAD MOVIL No 2	AV 0 CALLE 10 EDIF APTO 303-305
00861	IDESA	1	UNIDAD MOVIL No 1	AV 0 CALLE 10 EDIF APTO 303-305
00861	IDESA	1	IPS BELEN	CALLE 26 # 27-90
00873	IDESA	1	POLICLINICA DEL ORIENTE	AVENIDA 1 #4-70
00936	IDESA	1	UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD C DE S LA PLAYA	CALLE 3 #5-62
00936	IDESA	1	PUESTO DE SALUD ASPASICA	ASPASICA
00936	IDESA	1	PUESTO DE SALUD LA VEGA DE SAN ANTONIO	
00958	IDESA	1	UNIVERSIDAD DE PAMPLONA	CAMPUS UNIVERSITARIO
01084	IDESA	1	CENTRO DE RECLUSION PAMPLONA NS	PAMPLONA
01174	IDESA	1	UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE AERONAUTICA CIVIL	AEROPUERTO CAMILO DAZA
01179	IDESA	1	DISPENSARIO MEDICO BATALLON SANTANDER	KM VIA CUCUTA

01203	IDESA	1	LABORATORIO CLINICO DE REFERENCIA	UNIVERSIDAD PAMPLONA I KM VIA B/MANGA
01219	IDESA	1	CUERPO DE BOMBEROS VOLUNTARIOS DE TIBU	CRA 10 # 0A- 00 BARRIO KENNEDY VIA AL AEROPUERO
00372	IDESA	1	CENTRO DE SALUD SANTA MARTHA	CALLE 0 CENTRO DE SALUD SANTA MARTA
00372	IDESA	1	CENTRO DE SALUD GALAN	CALLE 0 # 1-61
00372	IDESA	1	CENTRO DE SALUD PAMPLONITA	CALE 5 CRA. 3
00372	IDESA	1	CENTRO DE SALUD CHITAGA	CRA. 8 # 5 - 38
00372	IDESA	1	CENTRO DE SALUD DIVINO NIÑO CUCUTILLA	CRA. 5 # 5 - 38
00372	IDESA	1	CENTRO DE SALUD SILOS	CRA. 4 # 3-63
00372	IDESA	1	CENTRO DE SALUD CACOTA	CRA.2 # - 106
00372	IDESA	1	CENTRO DE SALUD MUTISCUA	CRA. 3 # 4-46
00547	IDESA	1	PUESTO DE SALUD AGUAS CLARAS	AGUAS CLARAS
00547	IDESA	1	PUESTO DE SALUD DE PUEBLO NUEVO	PUEBLO NUEVO
00547	IDESA	1	PUESTO DE SALUD OTARE	OTARE
00547	IDESA	1	PUESTO DE SALUD BUENAVISTA	BUENAVISTA
00547	IDESA	1	PUESTO DE SALUD CRISTO REY	CRISTO REY
00547	IDESA	1	CENTRO DE SALUD SAN CALIXTO	SAN CALIXTO
00547	IDESA	1	CENTRO DE SALUD DE TEORAMA	TEORAMA
00547	IDESA	1	CENTRO DE SALUD HACARI	HACARI
00547	IDESA	1	PUESTO DE SALUD TORCOROMA	LA TORCOROMA
00547	IDESA	1	PUESTO DE SALUD PROMESA DE DIOS	PROMESA DE DIOS
00641	IDESA	1	E.S.E HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE- CACHIRA	BARRIO KENEDY- CACHIRA
00641	IDESA	1	CENTRO DE SALUD LA VEGA	CACHIRA
00641	IDESA	1	CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA	CACHIRA - BARRIO KENNEDY
00939	IDESA	1	E.S.E. HOSPITAL JUAN LUIS LONDOÑO	ENTRADA PRINCIPAL DEL ZULIA
00939	IDESA	1	CENTRO DE SALUD ASTILLEROS	ASTILLEROS
00973	IDESA	1	E.S.E.HOSPITAL LOCAL VILLA DEL ROSARIO	CALLE 5 # 7-49
00973	IDESA	1	CENTRO DE SALUD LOMITAS	CRA 6 # 8-71
00973	IDESA	1	PUESTO DE SALUD LA PARADA	CALLE 3 # 7-18 LA PARADA
00973	IDESA	1	PUESTO DE SALUD SANTA BARBARA	CALLE 8 # 20-60 SANTA BARBARA
00973	IDESA	1	DISPENSARIO JUAN FRIO	JUAN FRIO
00973	IDESA	1	DISPENSARIO PALO GORDO	PALO GORDO

01008	IDESA	1	ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO DE LOS PATIOS	KM 8 AVENIDA 9 #7A-40 DANIEL JORDAN
01008	IDESA	1	CENTRO DE ATENCION BASICA PATIOS CENTRO	CALLE 32 # 9-09 PATIOS CENTRO
01008	IDESA	1	CENTRO DE SALUD ONCE DE NOVIEMBRE	CALLE 18 # 8-36
01020	IDESA	1	E.S.E HOSPITAL REGIONAL NOROCCIDENTAL ABREGO	CALLE 20 BARRIO SANTA BARBARA
01020	IDESA	1	PUESTO DE SALUD CAPITAN LARGO	CAPITAN LARGO
01020	IDESA	1	PUESTO DE SALUD EL HIGUERO	VEREDA EL HIGUERON
01020	IDESA	1	I.P.S. CONVENCION	BARRIO SAGOC
01020	IDESA	1	PUESTO DE SALUD DE EL ASERRIO	BARRIO EL ASERRIO
01020	IDESA	1	PUESTO DE SALUD EL HOYO	EL HOYO
01020	IDESA	1	PUESTO DE SALUD DE LA TRINIDAD	LA TRINIDAD
01020	IDESA	1	PUESTO DE SALUD DE CARTAGENITA	CARTAGENITA
01020	IDESA	1	CENTRO DE SALUD DE SAN PABLO	SAN PABLO
01020	IDESA	1	I.P.S. EL CARMEN	EL PÚENTE
01020	IDESA	1	CENTRO DE SALUD GUAMALITO	GUAMALITO
01020	IDESA	1	PUESTO DE SALUD EL LORO	EL CARMEN
01020	IDESA	1	PUESTO DE SALUD CASITAS	ABREGO
01021	IDESA	1	E.S.E HOSPITAL REGIONAL CENTRO	CALLE 9 #9- 07
01021	IDESA	1	CENTRO DE SALUD- GRAMALOTE	CALLE 8 # 6 -45
01021	IDESA	1	I.P.S. NUESTRA SEÑORA DE BELEN- SALAZAR	CARRETERA VIA CUCUTA
01021	IDESA	1	I.P.S. SAN JUAN DE DIOS ARBOLEDAS	CALLE 1 # 1- 07
01021	IDESA	1	CENTRO DE SALUD VILLACARO	VILLACARO
01021	IDESA	1	CENTRO DE SALUD - LOURDES	LOURDES
01021	IDESA	1	CENTRO DE ASLUD SANTIAGO	SANTIAGO
01021	IDESA	1	CENTRO DE SALUD SAN CAYETANO	SAN CAYETANO
01021	IDESA	1	PUESTO DE SALUD CORNEJO	CORNEJO
01021	IDESA	1	PUESTO DE SALUD VILLA SUCRE	VILLA SUCRE
01021	IDESA	1	PUESTO DE SALUD CASTRO	CASTRO
01021	IDESA	1	PUESTO E SALUD CARMEN DE NAZARETH	CARMEN DE NAZARETH
01021	IDESA	1	PUESTO DE SALUD SAN ANTONIO	SAN ANTONIO
01021	IDESA	1	PUESTO DE SALUD LA LAGUNA	LA LAGUNA
01073	IDESA	1	E.S.E HOSPITAL REGIONAL NORTE	CARRERA 3 CALLE 5 BARRIO EL CARMEN
01073	IDESA	1	IPS PUESTO DE SALUD PACHELLEY	PACHELLEY

01073	IDESA	1	IPS CENTRO DE SALUD LA GABARRA	LA GABARRA
01073	IDESA	1	IPS CENTRO DE SALUD CAMPO DOS	CAMPO DOS
01073	IDESA	1	IPS PUESTO DE SALUD DE PETROLEA	PETROLEA
01073	IDESA	1	IPS PUESTO DE SALUD TRES BOCAS	TRES BOCAS
01073	IDESA	1	PUESTO DE SA LUD BUCARASICA	BUCARASICA
01073	IDESA	1	IPS PUESTO DE SALUD PUERTO SANTANDER	PUERTO SANTANDER
01073	IDESA	1	HOSPITAL SAN MARTIN DE SARDINATA	CALLE 4 # 4-45
01073	IDESA	1	CENTRO DE SALUD LAS MERCEDES	LAS MERCEDES
01073	IDESA	1	PUESTO DE SALUD LA VICTORIA	LA VICTORIA
01073	IDESA	1	PUESTO DE SALUD LA CURVA	BUCARASICA
01073	IDESA	1	IPS CENTRO DE SALUD EL TARRA	CARRERA 3 CALLE 5
01073	IDESA	1	IPS PUESTO DE SALUD FILO DEL GRINGO	FILO DEL GRINGO
01073	IDESA	1	IPS PUESTO DE SALUD DE ORU	ORU
01083	IDESA	1	E.S.E HOSPITAL REGIONAL SURORIENTAL-CHINACOTA	CRA 3 CALLE 10 ESQUINA EL DIQUE
01083	IDESA	1	CENTRO DE SALUD RAGONVALIA	RAGONVALIA
01083	IDESA	1	CENTRO DE SALUD BOCHALEMA	CRA 3 # 2- 30 SAN BARTOLOME
01083	IDESA	1	PUESTO DE SALUD LA DON JUANA	BOCHALEMA
01083	IDESA	1	I.P.S DURANIA	AV. 4 CALLE 5 ESQUINA
01083	IDESA	1	I.P.S. TOLEDO	LA PRADERA
01083	IDESA	1	PUESTO DE SALUD SAN BERNARDO	SAN BERNARDO
01083	IDESA	1	CENTRO DE SALUD SAMORÉ	SAMORÉ
01083	IDESA	1	CENTRO DE SALUD GIBRALTAR	GIBRALTAR
01083	IDESA	1	CENTRO DE SALUD LABATECA	CALLE 4 #4 -62 LA ESPERANZA
00996	IDESA	1	E.S.E FRANCISCO DE PAULA SANTANDER	CALLE 3 # 5-14 COMUNEROS
00996	IDESA	1	E.S.E FRANCISCO DE PAULA SANTANDER	CALLE 32 #9-47 CENTRO
00996	IDESA	1	E.S.E FRANCISCO DE PAULA SANTANDER	CALLE 8E #28A- 19B CENTRO
00996	IDESA	1	E.S.E FRANCISCO DE PAULA SANTANDER	CALLE 4 # 6-35 CENTRO

Fuente: IDESA mayo 2005

TABLA N° 3 INDICADORES POBLACIÓN CÚCUTA

VARIABLES	FUENTES	UNIDAD	2002
Población Total del Municipio	Proy. SISD	Habitantes	682.325
Población Total Urbana	Proy. SISD	Habitantes	663.282
Población Total Rural	Proy. SISD	Habitantes	19.043
Total Mujeres	Proy. SISD	Mujeres	343.254
Total Hombres	Proy. SISD	Hombres	339.071
Total Mujeres en área urbana	Proy. SISD	Mujeres	333.674
Total Hombres en área urbana	Proy. SISD	Hombres	329.608
Total Mujeres en área rural	Proy. SISD	Mujeres	9.580
Total Hombres en área rural	Proy. SISD	Hombres	9.463

CUCUTA AREA METROPOLITANA

VARIABLES	FUENTES	UNIDAD	2002
Población Total Área Metropolitana	Proyecciones DANE	Personas	804.000
Población en Edad de Trabajar (12 a 65 años)	Proyecciones DANE	Personas	597.000

CUCUTA

VARIABLES	FUENTES	UNIDAD	2002
Población Subsidiada	Secretaría de Salud Mpal.	Personas	105.185
Población Niveles 1 y 2	SISBEN	Personas	542.792
Población Afiliada Régimen Contributivo	Secretaría de Salud Mpal.	Personas	N.D

TABLA N° 4.

PORCENTAJE DE AFILIADOS POR RÉGIMEN SEGÚN REGIÓN

REGIONES	POBLACION TOTAL	OTRAS EPS	REGIMEN CONTRIBUTIVO		REGIMEN SUBSIDIADO	VINCULADOS
			ISS	EXCEPCION		
ATLANTICA	100%	7.5%	18%	2.8%	13.8%	57.2%
ORIENTAL	100%	9,5%	19.8%	2.7%	33.2%	34.7%
PACIFICA	100%	12,5%	21.1%	1.2%	21.5%	43.6%
CENTRAL	100%	8,5%	18.6%	3.3%	21.5%	48.1%
ANTIOQUIA	100%	17.9%	24.7%	1.4%	20.9%	35.1%
BOGOTA	100%	23.3%	30.7%	3.8%	7.3%	34.6%
ORINOQUIA	100%	9.7%	22.7%	4.4%	33.0%	30.2%
SAN ANDRES	100%	16.3%	44.5%	0.8%	17.0%	21.4%
TOTAL	100%	12.8%	22.1%	2.6%	19.7%	42.8%

Fuente: Econometría con base Encuesta de Calidad de Vida 1997 DANE