

ARTÍCULO ORIGINAL

Morbilidad sentida de las urgencias médicas y la utilización de los servicios de salud en Medellín, Colombia, 2005-2006

Germán González ¹, Marta Lía Valencia ¹, Nelson Armando Agudelo ¹, Liliana Acevedo ², Isabel Cristina Vallejo ²

¹ Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

² Secretaría de Salud de Medellín, Alcaldía de Medellín, Medellín, Colombia

Introducción. Medellín posee una población de 2'093.624 habitantes, a quienes 47 instituciones de salud proveen los servicios de urgencias. La percepción de seriedad de una condición médica, además de la accesibilidad y la disponibilidad del cuidado, puede influir en el uso de los servicios de salud en la región.

Objetivo. Fue estimar la incidencia de las condiciones médicas urgentes percibidas por la comunidad que generan visitas a los servicios de salud.

Materiales y métodos. Se llevó a cabo un estudio transversal mediante una encuesta puerta a puerta en 1.442 hogares de 70 barrios.

Resultados. De las 612.689 personas entrevistadas, 533.718 (87,11%) informaron haber presentado una urgencia médica y visitado un servicio de salud. Los problemas respiratorios fueron la principal causa de consulta reportada en 113.153 (21,20%) de las personas. De las 533.718 visitas reportadas, 501.558 (93,97%) fueron atendidas. De las 21.042 visitas no atendidas, 42,0% no fueron consideradas urgentes por el personal hospitalario. No se pudo obtener información de las visitas admitidas, 11.118 (2,08%).

Conclusiones. En Medellín la incidencia de las urgencias médicas que generaron visitas a los servicios de salud es alta. La gran prevalencia de las urgencias respiratorias y otras condiciones que pueden ser tratadas por fuera de los servicios de urgencias hospitalarios, soporta la necesidad de la atención prehospitalaria en la región.

Palabras clave: morbilidad, encuestas de morbilidad, accesibilidad a los servicios de salud, estudios de población en salud pública, remisión y consulta.

Perceived urgency of medical condition and use of health care services in Medellín, Colombia, 2005-2006

Introduction. Medellín has a population of 2.1 million and has 47 acute care hospitals that provide emergency health care services. Perceived seriousness of a medical condition in addition to accessibility and availability of care may influence the use of health care services in the region.

Objectives. A broad-spectrum survey was conducted to rate the urgency of a health condition as perceived by the patient and how that patient proceeded to make use of health care services.

Materials and methods. The cross sectional survey was conducted, using door-to-door personal interviews in 1,442 homes from 70 neighborhoods.

Results. Of the 612,689 individuals interviewed, 533,718 (87,11%) reported that they have had a medical emergency. Respiratory difficulties were the most frequent reason for visiting a health care facility as reported by 113,153 (21.2%) of the participants. Of the 532,718 visits reported, 501,558 (93.97%) led to a hospital admission. Of the 21,042 visits not leading to an admission, 42.0% were considered as non-urgent by the hospital staff. Visits admissions reported were missing 11.118 (2.08%).

Conclusions. In Medellín, the incidence of medical emergencies leading to a health care facility visit is high. The high prevalence of respiratory emergencies and other conditions that

can be managed outside the emergency service indicates the need for a pre-hospital emergency service.

Key words: Morbidity, morbidity surveys, health services accessibility, population studies in public health, referral, and consultation.

Los servicios de urgencias son unidades diseñadas para proporcionar tratamiento médico, con disponibilidad inmediata de recursos a cualquier hora del día o de la noche (1). La atención inicial de las urgencias abarca todas las acciones realizadas en una persona con patología urgente, para estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de la urgencia (2).

En Colombia, esta atención debe prestarse en forma obligatoria en todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, independientemente de la capacidad socio-económica y del régimen al que se encuentren afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) (3).

Medellín con una población de 2'093.624 habitantes que viven en 500.550 hogares, posee 47 instituciones de salud con servicios de urgencias. Para acceder a la atención por urgencias las personas no tienen necesidad de pedir una cita, ni esperar una referencia, simplemente acuden y se les atiende. Por ese motivo, los servicios de urgencias son el refugio, tanto de la persona en real urgencia porque sufre una enfermedad, un accidente o una agresión que pone en peligro su vida, como de aquélla que por razones externas a la salud, no quiere o no puede asistir a la consulta regular (4).

Cuando las personas buscan atención por una urgencia médica en un servicio de salud, pueden hacerlo por sus propios medios o mediante referencia de otra institución de salud, en cualquier momento del día para su atención y estabilización.

Correspondencia:

Marta Lía Valencia, Dirección: Calle 32 F # 75 c 75, Medellín, Colombia.

Teléfono: 516 5568 y 413 5961, fax: 511 2506
mlia@epm.net.co, mlia@guajiros.udea.edu.co

Recibido: 04/10/06; aceptado: 15/02/07

La propia valoración y percepción de la seriedad de la condición médica, tanto del paciente como de los familiares, así como la accesibilidad y disponibilidad de los servicios de salud pueden influenciar el uso de los mismos por parte de la población.

También, es importante considerar que las personas acceden a los servicios de urgencia por problemas de salud que no requieren una atención urgente y que pueden ser resueltos en otros niveles de atención como consulta externa o una consulta programada. Este acceso a los servicios de urgencias por causas no urgentes genera una presión innecesaria sobre una oferta limitada en los servicios de urgencias, que puede traducirse en un deterioro de la calidad de la atención por la saturación del servicio.

En nuestra población existe una morbilidad no diagnosticada o percibida de la necesidad de acceder a los servicios de urgencias. Esta incidencia es desconocida a partir de fuentes primarias o secundarias de información en los servicios de salud, porque es una morbilidad que existe en la comunidad, especialmente en aquellas personas que se sintieron enfermas o sufrieron algún accidente y requerían cuidados médicos urgentes en un servicio de salud, pero que no accedieron a ellos o que accedieron pero no fueron admitidos.

Las encuestas de morbilidad sentida son herramientas epidemiológicas que permiten obtener información de la morbilidad no diagnosticada o percibida por parte de la población. Este estudio estimó la incidencia de las condiciones médicas urgentes percibidas por la comunidad que generan visitas a los servicios de salud en la ciudad y cuántas de ellas fueron atendidas o no lo fueron. Es una encuesta realizada como parte del estudio *“Los problemas de acceso a los servicios de salud de urgencia y la necesidad de los Sistemas Regionalizados de Atención. Medellín y Bogotá, 2005 -2006.”*

La percepción que tiene la población de la necesidad de cuidados médicos urgentes permitió conocer la demanda potencial de los servicios de urgencias, información de gran importancia para la planeación y el mejoramiento de los servicios de urgencias en la ciudad. Los resultados del estudio también se utilizaron para el diseño de la propuesta de las redes de urgencia materno-infantil, perinatal, cardiovascular, salud mental, quirúrgicas, clínicas y trauma de la ciudad. También se utilizaron para proponer actividades de prevención y control, proponer un sistema de vigilancia epidemiológica y de información de urgencias, y para elaborar un prototipo de modelo dinámico que orientará el diseño de políticas y la toma de decisiones en las redes de urgencias.

Materiales y métodos

Se realizó una encuesta de morbilidad sentida por urgencias en los últimos seis meses en el municipio de Medellín, en una muestra probabilística estratificada por nivel socioeconómico de 1.442 hogares efectivos de 70 barrios pertenecientes a 16 comunas.

Muestra

Se hizo un diseño muestral para un estudio epidemiológico transversal o encuesta de prevalencia. Se consideró la vivienda como unidad de análisis primaria, la cual podía estar constituida por uno o varios hogares. Fueron consideradas sujetos de análisis todas las personas integrantes de los hogares. La información fue suministrada por una persona responsable o un integrante del hogar con capacidad de suministrar información de cada una de las personas del mismo.

La muestra estimada consistió en 1.615 hogares del municipio de Medellín seleccionados mediante muestreo aleatorio simple de conglomerados en tres etapas (5), estratificado por comuna y proporcional al tamaño de la población de la comuna y del barrio (5), y aleatorio sistemático entre las manzanas y entre los hogares dentro de las manzanas. De los 1.615 hogares seleccionados en el diseño muestral, 173 (10,71%) rehusaron participar en el estudio o impidieron el acceso a ellos, quedando una muestra de 1.442 hogares efectivos en 16 comunas. Como metodología de

muestreo se realizó la encuesta puerta a puerta, previa selección de la vivienda mediante mapas de referencia según el muestreo de conglomerados.

Se obtuvo información sobre morbilidad no diagnosticada o percibida de las urgencias y sobre la valoración subjetiva de la necesidad de acceder a cuidados médicos urgentes en los servicios de urgencias. El instrumento empleado para efectuar las mediciones fue la encuesta de morbilidad sentida por urgencias traumáticas y no traumáticas. La encuesta incluyó variables de persona de cada uno de los integrantes del hogar, variables relacionadas con la urgencia médica o necesidad de cuidado médico urgente en los últimos seis meses y el acceso a los servicios de salud.

Se llevó a cabo una prueba piloto para probar el diseño de la muestra, el formulario y la metodología. Los supervisores de campo y los encuestadores fueron capacitados e instruidos sobre los estándares para el diligenciamiento de la encuesta y en la metodología de selección de hogares según el plan general de muestreo.

Se diseñó una base de datos en el programa Access®, la cual fue validada antes del proceso de digitación. Se utilizaron métodos estadísticos descriptivos en cuanto a distribuciones de frecuencias, medidas de tendencia central y análisis comparativo bivariado. Para la expansión de la muestra a toda la población, se utilizó la metodología de medición de un factor de expansión propuesto por Bautista (6).

Además, se estimaron los intervalos de confianza ponderados para las medias y la proporción expandida, con corrección por el factor de expansión (6,7). También, se estimaron los intervalos de confianza ajustados para las tasas según la distribución de Poisson, propuesta por Breslow (8) y que aparecen en Londoño (7), y el ajuste de la tasa anual.

En la obtención de resultados estadísticos univariados y bivariados, se utilizó el programa SPSS 14® y Excel. Para la estimación de los intervalos de confianza ponderados y la estimación del error estándar de muestreo corregido, se utilizó el módulo de muestras complejas de Epi-Info 6.04.

El análisis de la información se basó en la percepción de la necesidad de cuidados médicos urgentes (que son llamados "eventos" de urgencias) por persona y no por el número de personas enfermas. Con la expansión de los datos se obtuvo el número de casos o "eventos" de urgencias percibidas en toda la población de Medellín. Cada persona pudo manifestar uno o varios casos y, por lo tanto, acudir un servicio de urgencias en varias ocasiones. Por lo tanto, este número expandido de "eventos" puede superar la población total de esta ciudad. A partir de los últimos seis meses se estimó la incidencia anual.

En la base de datos de morbilidad sentida se almacenó la información de los casos presentados en 16 comunas, 70 barrios, 1.414 viviendas, 1.442 hogares y 5.655 personas; de los cuales, 1.171 se sintieron enfermas como para buscar acceso y cuidado médico en un servicio de urgencias. El número total de registros o eventos que se presentaron fue de 6.274, que expandido equivale a 2'177.035 que correspondieron a la totalidad de personas registradas en la encuesta que presentaron o no hechos urgentes. El número de "eventos" de urgencias o percepción de necesidad de cuidados médicos urgentes fue de 1.790, que expandido equivale a 612.689.

La causa de la urgencia médica fue agrupada para fines específicos del proyecto, en seis grupos de enfermedades: cardiovascular, clínicas, materno, perinatal, salud mental y trauma. Estos grupos se identificaron teniendo en cuenta la clasificación

a tres dígitos de la CIE-10, como se observa en el cuadro 1.

Resultados

Percepción de necesidad de cuidados médicos urgentes en la población

El 28,1% (IC95% 25,62-30,66) de las personas se sintieron enfermas o sufrieron algún accidente como para requerir cuidados médicos urgentes en los últimos seis meses; las mujeres fueron quienes requirieron el mayor número de esta atención en urgencias: 58,4%. El estrato socioeconómico V presentó la mayor necesidad de esta atención urgente, con una tasa anual de 755,4 por 1.000 habitantes. Sin embargo, en los estratos I, II, III y VI se presentaron tasas similares, con excepción del estrato IV que presentó las más bajas.

Los problemas clínicos fueron la principal causa de necesidad de cuidado médico, con una tasa anual de 440 por 1.000 habitantes (IC 95% 440,9-441,0), seguidos del trauma, con una tasa anual de 56,6 por 1.000 habitantes (IC95% 56,53 - 56,65).

En los menores de cinco años los problemas infecciosos, parasitarios y respiratorios aportaron el mayor número de casos por causas clínicas. La necesidad de cuidados médicos urgentes se presentó más en las personas mayores de 75 años, con una tasa anual de 1.571 por 1.000 habitantes, y en las personas entre 50 a 54 años,

Cuadro 1. Agrupación causa de la urgencia médica según clasificación internacional de enfermedades (CIE 10).

Grupo causa	Códigos CIE 10
Cardiovascular	I
Clínicas	A, B, C, D, E, G, H, J, K (no K35-K67 si K50 y K52) (no K80-k87) L (no L55-L59), M (no M15-M25), N (no N40, N81-N87), R, Y40-Y59, Y90-Y98, Z
Materno	O
Infantil	I, A, B, C, D, E, G, H, J, K, L, M, N, R, Y40-Y59, Y90-Y98, Z, F, S, T, V, W, X, Y
Perinatal	P, Q
Salud mental	F
Trauma	S, T (no T80-T88), V, W, X, Y (no Y90-Y98) (no Y40-Y59) (no Y60-Y69) (no Y70-Y84) L55-L59

Fuente: Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10). Agrupación diagnóstico de salida de los servicios de urgencias ajustada por el proyecto *Los problemas de acceso a los servicios de salud de urgencia y la necesidad de los sistemas regionalizados de atención, Medellín y Bogotá, 2005-2006*

Cuadro 2. Percepción de necesidad de cuidados médicos urgentes por grupo de edad y causa, tasa anual por 1.000 habitantes, municipio de Medellín, 2005 y 2006

Edad	Cardiovascular	Clínica	Materno	Salud mental	Trauma	Otra causa	Total
Tasa							
<1	0,0	573,2	0,0	0,0	17,0	19,9	636,5
1 a 4	0,0	494,8	0,0	0,0	68,6	5,4	568,8
5 a 9	0,0	450,0	3,5	0,0	24,4	24,8	502,8
10 a 14	12,1	420,0	6,3	1,0	35,1	4,8	479,2
15 a 19	37,1	427,1	43,7	9,1	68,8	4,8	590,6
20 a 24	17,9	342,3	12,0	11,8	93,8	7,4	491,0
25 a 29	44,2	292,2	66,9	13,3	43,2	24,4	484,2
30 a 34	12,2	247,0	3,1	0,0	36,8	20,8	319,9
35 a 39	54,5	361,7	17,4	0,0	91,7	5,7	530,9
40 a 44	85,9	517,4	0,0	5,2	51,1	19,7	679,3
45 a 49	36,8	392,0	0,0	25,3	79,3	41,1	574,5
50 a 54	71,4	875,4	0,0	5,5	94,2	16,1	1.062,4
55 a 59	23,0	469,8	0,0	5,7	22,2	25,0	559,6
60 a 64	86,6	506,4	0,0	0,0	13,6	19,5	626,2
65 a 69	259,8	691,1	0,0	0,0	9,3	25,0	985,2
70 a 74	149,4	489,1	0,0	0,0	46,1	0,0	684,6
≥75	626,8	837,5	0,0	0,0	107,4	0,0	1.571,7
Total	50,5	440,0	12,05	5,4	56,6	15,5	582,5

Fuente: Los problemas de acceso a los servicios de salud de urgencia y la necesidad de los sistemas regionalizados de atención. Medellín y Bogotá, 2005-2006. Encuesta de morbilidad sentida por urgencias traumáticas y no traumáticas, Medellín, 2005-2006. Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública – Secretaría de Salud de Medellín – Secretaría de Salud de Bogotá – Colciencias. Proyecto SATER II, 2006.

con una tasa anual de 1.062,4 por 1.000 habitantes. Los mayores de 75 años sintieron más la necesidad de cuidados médicos urgentes por causas clínicas, cardiovasculares y trauma.

Las mujeres entre los 25 y 29 años sintieron más esta necesidad por causas maternas (cuadro 2).

Los problemas respiratorios y los digestivos fueron los principales problemas de salud, y representaron, respectivamente, el 22,7% y el 13,8% de la necesidad de cuidado médico en urgencias.

Características de las personas que consultaron a una institución de salud por urgencia médica

El 87% (IC 95% 84,80-90,67) de las personas que manifestaron tener una urgencia médica consultaron a una institución de salud; de ellas, 57,99% fueron mujeres.

Consultaron más por la urgencia médica las personas del estrato V, con una tasa anual de 654,4 por 1.000 habitantes, seguidas por las del estrato I, con una tasa anual de 621,6 por 1.000 habitantes. Las personas con más de 75 años

accedieron más a las instituciones de salud, con 1.366 consultas por 1.000 habitantes.

Las personas consultaron a una institución principalmente por causas clínicas, con una tasa anual de 375 por 1.000 habitantes (IC95% 375,32 - 375,44), y, por esta causa, consultaron principalmente las personas entre los 50 a 52 y los mayores de 75 años, con tasas anuales de 714,6 y 682,4 por 1.000 habitantes, respectivamente. Por causas cardiovasculares consultaron principalmente las mayores de 75 años, con 583,0 consultas por 1.000 habitantes y las personas entre los 65 a 69 años, con 259,8 consultas por 1.000 habitantes. Los mayores de 75 aportaron el mayor número de consultas por trauma, seguidos de las personas entre los 20 y 24 años, con tasas anuales de 100,6 y 88,2 por 1.000 habitantes, respectivamente.

Las mujeres entre los 25 a 29 años fueron quienes más consultaron por causas maternas, con 66,9 consultas por 1.000 habitantes. Este mismo grupo etario aportó el mayor número de consultas por problemas mentales, con una tasa anual de 13,0 por 1.000 habitantes.

Las causas clínicas por problemas respiratorios representaron la principal causa de consulta: 21,2% (IC95% 21,19-21,20); otras causas clínicas importantes fueron los problemas digestivos 13,3% (IC95% 13,34-13,36), y los problemas infecciosos y parasitarios 9,9 % (IC95% 9,89-9,91) (figura 1).

Características de las personas que accedieron a un servicio de urgencias y fueron atendidas

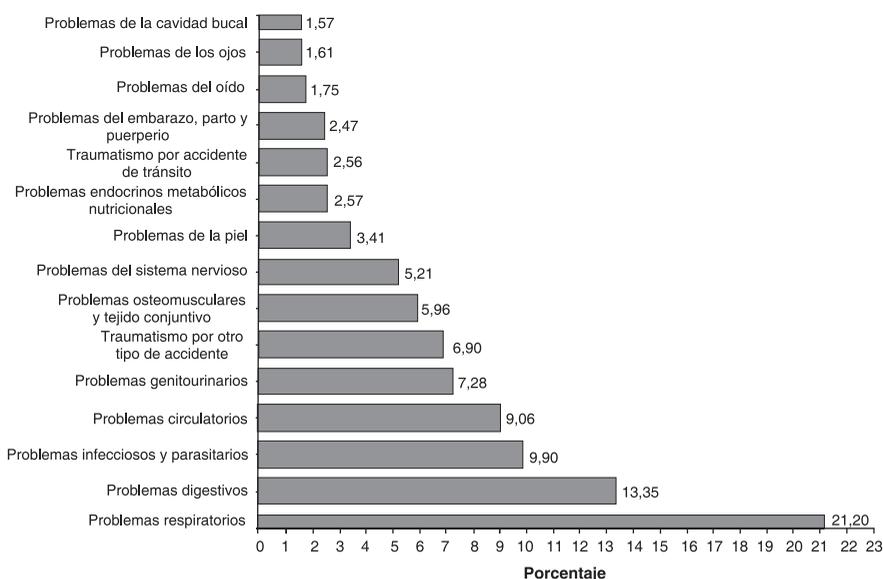
El 93,97% (IC95% 92,25-95,70) de las personas que accedieron a una institución de salud por cuidados médicos urgentes informaron que fueron atendidas. Las causas clínicas y el trauma fueron las principales causas de atención, con tasas anuales de 355,0 y 47,9 por 1.000 habitantes, respectivamente (figura 2).

De las personas que fueron atendidas en las instituciones de salud, 8,81% (IC95% 6,19-11,44) fueron remitidos directamente de una institución de salud a otra. Los problemas clínicos se presentaron como la principal causa de remisión a otra institución de salud, con una tasa anual de 25,4 (IC95% 25,36-25,48) por 1.000 habitantes.

El 0,51% (IC 95% 0,01-1,03) de las personas que fueron hospitalizadas en una institución de salud por requerir cuidados médicos urgentes murieron.

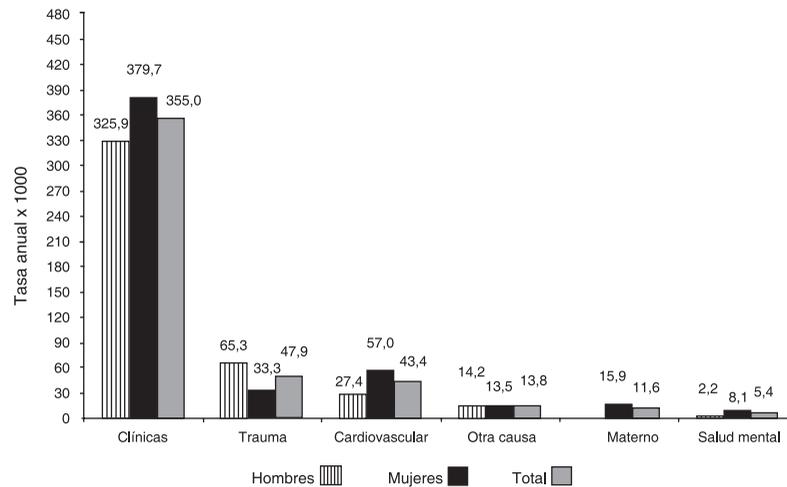
La mayoría (93,97%) de las personas que acudieron a un servicio de salud fueron atendidas. El 3,94% (IC95% 2,59-5,30) de las visitas no fueron atendidas y la principal causa de percepción de no admisión fue por considerarse la causa de consulta como no urgente, 42,0%. Sin embargo, la falta de personal, la carencia del reporte en el sistema de seguridad social y el no corresponder a la red de la Institución Prestadora de Salud (IPS) a la cual cotizaba el paciente fueron percibidas como causas importantes para la no atención.

No se pudo obtener información sobre la atención en el 2,06% (figura 3). Se incluyen dentro de otras causas de no admisión percibidas, el rechazo sin explicación, 32%; la saturación del servicio, 23%; la persona decidió irse por su propia iniciativa, 13%; la negligencia, 7%, y la atención no cubierta por el Sisbén, 6%, y otros, 7%.



Fuente: Los problemas de acceso a los servicios de salud de urgencia y la necesidad de los sistemas regionalizados de atención. Medellín y Bogotá, 2005-2006. Encuesta morbilidad sentida por urgencias traumáticas y no traumáticas. Medellín, 2005-2006. Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública–Secretaría de Salud de Medellín–Secretaría de Salud de Bogotá–Colciencias. Proyecto SATER II 2006.

Figura 1. Distribución de las 15 primeras causas de urgencia médica en las personas que consultaron en el municipio de Medellín del 2005 al 2006.



Fuente: Los problemas de acceso a los servicios de salud de urgencia y la necesidad de los sistemas regionalizados de atención. Medellín y Bogotá, 2005-2006. Encuesta morbilidad sentida por urgencias traumáticas y no traumáticas. Medellín, 2005-2006. Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública–Secretaría de Salud de Medellín–Secretaría de Salud de Bogotá–Colciencias. Proyecto SATER II 2006.

Figura 2. Causa de las urgencias médicas por sexo en personas que accedieron a un servicio de urgencias y fueron atendidas en el municipio de Medellín del 2005 al 2006.



Fuente: Los problemas de acceso a los servicios de salud de urgencia y la necesidad de los sistemas regionalizados de atención. Medellín y Bogotá, 2005-2006. Encuesta morbilidad sentida por urgencias traumáticas y no traumáticas. Medellín, 2005-2006. Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública–Secretaría de Salud de Medellín–Secretaría de Salud de Bogotá–Colciencias. Proyecto SATER II 2006.

Figura 3. Primera razón de percepción de no atención por la urgencia médica en una institución de salud del municipio de Medellín del 2005 al 2006.

Discusión

En el contexto mundial el número de asistencias urgentes crece constantemente y se ha estimado que más de la mitad de la población utiliza, por lo menos, una vez los servicios de urgencias a lo

largo de un año (9), lo que muestra la importancia de generar investigaciones que den cuenta del fenómeno.

El uso de los servicios de salud para una atención urgente depende de tres componentes fundamentales, a saber: la predisposición para la utilización de los servicios (factores predisponentes), la capacidad para obtenerlos (factores facilitadores) y el grado de enfermedad (factores de necesidad), según el esquema más utilizado para analizar los servicios de urgencias propuesto por Andersen (1,10).

Los factores que inciden en la utilización de los servicios de urgencia, que se han relacionado según el esquema de Andersen (1), son las características demográficas, como la edad, el sexo, la raza, la educación, el tamaño familiar o la actividad laboral. Existen otros factores denominados facilitadores que se relacionan con las características individuales (nivel de ingreso o tipo de seguro) y las características de la población (disponibilidad y accesibilidad del servicio), y un factor considerado de necesidad que incluye el estado de salud percibido y la posible limitación de la actividad por problemas de salud (10).

En los resultados de este estudio estos factores posiblemente incidieron para que las personas decidieran o no acceder a una institución de salud para ser atendidas por su urgencia médica. En este estudio se pudo observar que 28% de las personas se sintieron enfermas o sufrieron algún accidente como para requerir cuidados médicos urgentes y las mujeres fueron quienes sintieron esta necesidad en mayor proporción.

Por grupos de edad, las personas mayores de 75 años y las personas entre los 50 y 54 años fueron las que sintieron más la necesidad de acceder a un servicio de urgencias, principalmente por enfermedades del sistema respiratorio, consideradas como causas de tipo clínico.

Respecto a la utilización de los servicios de salud, la incidencia de las condiciones médicas urgentes que generan visitas a los servicios de salud de Medellín es alta; se observó que, por cada 100 eventos de atención urgente, se presentaron 87 solicitudes de consultas a las instituciones de salud. De igual forma, las personas de estrato V, las mujeres y los mayores de 75 años fueron las que más solicitudes de consulta presentaron.

En la mayoría de los estudios (1,10) se muestra una asociación entre la edad avanzada y la utilización de los servicios de urgencias y en nuestro estudio se revela una elevada incidencia de consulta en el grupo de más de 75 años. Otros trabajos han documentado en este grupo la existencia de antecedentes patológicos, el número de patologías asociadas, la discapacidad física y la percepción subjetiva del estado de salud, con la alta prevalencia de consulta a las instituciones de salud por una urgencia médica (1,11). Frente al sexo, otros estudios han asociado una gran incidencia de consultas urgentes por parte de las mujeres (1), comportamiento también encontrado en nuestro estudio.

Nuestros resultados muestran cómo las causas clínicas, primordialmente por problemas respiratorios, fueron la principal causa de solicitud de consultas en casi todos los grupos de edad. De cada cien eventos de solicitud de consultas urgentes, se atendieron 93, con diagnósticos principalmente relacionados con problemas respiratorios y problemas infecciosos y parasitarios.

Numerosos estudios han sugerido asociaciones entre los niveles contaminantes del aire y los problemas respiratorios, como bronquitis crónica, asma bronquial, enfisema pulmonar, rinitis y otras enfermedades agudas (12).

Respecto a la percepción de la urgencia médica de las personas que consultaron a una institución de salud, pero que no fueron atendidas debido a que la necesidad del servicio se consideró "como no urgente", es posible que estas personas que están utilizando los servicios de urgencias para la atención de consultas no urgentes puedan estar haciéndolo como un sustitutivo de la atención primaria (1,13), posiblemente, por considerar la atención de los servicios de urgencias más rápida y de más fácil acceso, sin tener en cuenta las consecuencias de su uso innecesario (14,15).

También puede ocurrir que muchas personas estén accediendo a los servicios de urgencias por un tratamiento que puede ser suministrado a través de programas de promoción y prevención o de trabajo social en la comunidad (16,17). Puede ocurrir que aquellos pacientes que ingresan frecuentemente a los servicios de urgencias por condiciones médicas crónicas, aquellos víctimas del abuso de sustancias psicoactivas o de la violencia o condiciones complejas tanto de tipo médico como social, se conviertan en pacientes frecuentes de estos servicios (16,17).

La propia valoración y percepción del propio paciente y de sus familiares de la seriedad de su problema de salud, es un aspecto importante en el momento de valorar la necesidad de acceso a los servicios de urgencias por parte de la población. No todo lo que el paciente percibe como una urgencia es una urgencia desde el punto de vista médico. Uno de los principales problemas de la calidad es ajustar las expectativas del paciente a lo que el prestador del servicio cree estar llamado a proporcionar (18).

Otra percepción de las personas para la falta de atención a las instituciones de salud por urgencia médica, estuvo relacionada con las barreras administrativas, refiriendo ellos que no fueron atendidos porque la IPS a la que ellos o alguno de los integrantes del hogar consultaron, no correspondía a la red de servicios de la

aseguradora o Entidad Promotora de Salud para la cual se cotizaba. Ésta se ha considerado como una barrera administrativa y financiera, para disminuir el ingreso de los pacientes a los servicios de urgencias (1).

En este estudio se observó que las mujeres y las personas mayores de 75 están accediendo más a las instituciones de salud de la ciudad por una urgencia médica y que los problemas respiratorios e infecciosos son causas importantes de consulta. Para la población que acude a una institución de salud es importante la resolución del problema de salud que lo aqueja y por el cual acudió a solicitar una atención urgente, y el grado de satisfacción de la atención recibida es un factor determinante para garantizar un tratamiento exitoso (19).

Las necesidades de la población para la atención de las urgencias médicas refleja el patrón del uso de los servicios de urgencias que concuerda con el perfil de la población de las causas de morbilidad. Los resultados de la morbilidad percibida por la comunidad de la atención médica urgente, hacen pensar en la necesidad de establecer una red de urgencias que incluya la atención prehospitalaria en la ciudad, de tal forma que los pacientes puedan recibir una atención oportuna en la institución indicada según su gravedad y tipo de urgencia.

La red de urgencias podría contribuir a un buen manejo de los pacientes en los niveles de atención según el sistema general de salud, disminuir las consultas en los servicios de urgencias y agilizar las distintas etapas de atención médica (20). Para el planteamiento de la red de urgencias en la ciudad, el tipo de población objetivo, sus necesidades en salud y el modelo de atención, son aspectos importantes que se deben tener en cuenta (21).

Finalmente, la incidencia de las condiciones médicas urgentes que generaron visitas a los servicios de salud es alta. Así mismo, es grande la proporción de las urgencias respiratorias y otras condiciones que pueden tratarse por fuera de los servicios de urgencias y que soportan la necesidad de una red de urgencias que incluya la atención prehospitalaria en la región. Además, el uso de los servicios de urgencias por condiciones

que pueden resolverse desde otro nivel de atención o desde la consulta programada, hacen parte de este problema de acceso a estos servicios.

También existe una gran proporción de solicitud de consultas urgentes percibidas por la población que son atendidas por los servicios de urgencias de la ciudad, pero un número importante de las solicitudes de consultas no fueron atendidas por considerarse la causa de la consulta como no urgente.

Agradecimientos

A cada uno de los integrantes de los hogares del municipio de Medellín que tuvieron la disposición y amabilidad de corresponder a nuestro estudio, a los recolectores de información y coordinadores campo, el Instituto Colombiano para el Desarrollo y la Tecnología COLCIENCIAS, la Alcaldía de Medellín, Secretaría de Salud y la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

Conflicto de intereses

Los autores declaramos que durante la realización de este estudio no existió ningún conflicto de intereses entre Colciencias, la entidad financiadora, la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia y la Secretaría de Salud del municipio de Medellín que colaboraron en la realización del estudio, ni con los integrantes de los hogares que fueron encuestados.

Financiación

Este estudio fue financiado por el contrato número 313 del 2004 celebrado entre Colciencias y la Universidad de Antioquia.

Referencias

1. **Sánchez L, Bueno A.** Factores asociados al uso inadecuado a los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias*. 2005;17:138-44.
2. **Secretaría Distrital de Salud, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.** Manual de normas técnico-administrativas para la prestación de servicios de urgencias en el sistema distrital de salud. Santa fe de Bogotá: OPS; 1994.
3. **Consejo de Medellín.** Circular número 045 de 2002, febrero 4, por la cual se realiza algunas observaciones

- adicionales sobre el Régimen de referencia y contrarreferencia y sobre la atención en urgencias. Medellín: Dirección Seccional de Salud de Antioquia; 2002.
4. **Caja Costarricense de Seguro Social.** Características de los usuarios de los servicios de urgencias. Segunda Encuesta Nacional, 2001. [Consultado: 27 julio de 2006]. Disponible en: <http://www.ccss.sa.cr/germed/dis/diess/enc01res.htm>
 5. **Cochran W.** Sampling techniques. 3. México: Continental; 1980. p.339-57.
 6. **Bautista L.** Diseños de muestreo estadístico. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1998. p.160-80.
 7. **Londoño J.** Metodología de la investigación epidemiológica. 3ra edición. Bogotá: El manual moderno; 2004. p.133-42.
 8. **Breslow NE, Day NE.** Rates and rate standardization. In: Breslow NE, Day NE, editors. Statistical methods in cancer research: the design and analysis of cohort studies. Vol 2. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 1987. p.48-79.
 9. **Tudela P, Modo J.** Urgencias hospitalarias. Med Clin (Barc). 2003;120:711-6.
 10. **Andersen R, Newman JF.** Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. Milbank Mem Fund Q Health Soc. 1973;51:95-124.
 11. **Alonso M, Hernández R, Del Busto F, Cueto A.** Utilización de un servicio de urgencias hospitalario. Rev San Hig Pub. 1993; 67:39-45.
 12. **Hernández L, Telles M, Sannin LE, Lascaña M, Campos A, Romieu I.** Relación entre consultas a urgencia por enfermedad respiratoria y contaminación atmosférica en Ciudad Juárez, Chihuahua. Salud Pública Méx. 2000;42:288-97.
 13. **Miro O, Salgado E, Tomas S, Espinosa G, Estrada C, Marti C, et al.** Derivación sin visita desde los servicios de urgencias hospitalarios: cuantificación, riesgos y grado de satisfacción. Med Clin (Barc). 2006;126:88-93.
 14. **Bolibar I, Balanzo X, Armada A, Fernández J, Foz G, Sanz E, et al.** Impacto de la reforma de la atención primaria en la utilización de servicios de urgencias hospitalarios. Med Clin (Barc). 1996;107:289-95.
 15. **Wisconsin Hospital Association, INC.** Emergency room usage. [Consultado: 3 de agosto de 2001]. Disponible en: <http://www.wha.org/toolKit/Emergency.pdf>.
 16. **Pope D, Fernandez C, Bouthillette F, Etherington J.** Frequent users of the emergency department: a program to improve care and reduce visits. CMAJ. 2000;162:1017-20.
 17. **Ovens HJ, Chan BT.** Heavy users of emergency services: a population-based review. CMAJ. 2001; 165:1049-50.
 18. **Mardones JM, Espinoza R, Cruz E.** Urgencia: calidad y costo eficacia. Boletín Escuela de Medicina. 1996;24:179-82.
 19. **Bertoni N, Rodríguez MI, Solimano G, Poupin L, Bustos S, Rodríguez J.** Capacidad resolutoria de redes descentralizadas de atención en salud. Santiago de Chile: Corporación de Salud y Políticas Sociales. CORSAPS; 1999. p.7-11.
 20. **Zamudio A, Castro I.** Efecto de la red de urgencias sobre el tiempo de atención del paciente traumatizado en el Hospital Universitario del Valle Cali, Colombia. Colombia Méd. 1994;25:23-5.
 21. **Rendón LF, Bejarano M.** Remisiones en el Valle del Cauca. Análisis y pautas para orientar la red de servicios. 2003-2004. Colombia Méd. 2005;36:23-8.