

**AUDITORIA DE LA OPORTUNIDAD DE LA ATENCION EN EL SERVICIO DE  
URGENCIAS EN PACIENTES ADULTOS CON TRIAGE DOS Y TRES.**

**EN UNA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD DE II, III Y IV  
NIVEL DE COMPLEJIDAD EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER**

**AURY MILEN SAMPAYO SALAZAR  
BORIS DAMIAN JAIMES PARRA  
DIANA MARIA FRANCO AGUIRRE**

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CES - UNAB  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESPECIALIZACION AUDITORIA EN SALUD  
BUCARAMANGA - COLOMBIA  
2009**

**AUDITORIA DE LA OPORTUNIDAD DE LA ATENCION EN EL SERVICIO DE  
URGENCIAS EN PACIENTES ADULTOS CON TRIAGE DOS Y TRES.**

**EN UNA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD DE II, III Y IV  
NIVEL DE COMPLEJIDAD EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER**

**AURY MILEN SAMPAYO SALAZAR, Médico  
BORIS DAMIAN JAIMES PARRA, Médico  
DIANA MARIA FRANCO AGUIRRE, Médico**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de  
Especialista en Auditoria de Servicios de Salud**

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CES – UNAB  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESPECIALIZACION AUDITORIA EN SALUD  
BUCARAMANGA – COLOMBIA  
2009**

## **AGRADECIMIENTOS**

Los autores expresan sus agradecimientos a:

A la Universidad Autónoma de Bucaramanga en convenio con la Universidad CES por permitirnos formar parte de la familia académica logrando en nosotros una formación profesional e integral.

A la Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad por facilitarnos el acercamiento a la realidad empresarial como actora en el gran escenario de la salud, y el desarrollar la presente investigación.

A los directivos y docentes de la facultad de postgrados y del programa por sus conocimientos impartidos; a la Doctora Amparo Rueda por su dirección y acompañamiento durante el desarrollo de la presente investigación.

A nuestros compañeros de la especialización en Auditoría en Servicios de Salud, por todos los momentos compartidos por que gracias a estos nuestro carácter se fortaleció.

Aury Milen, Diana María y Boris Damián.

## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1.- INTRODUCCION	1
2.- PROBLEMA	3
2.1.- Formulación del problema	3
2.2.- Descripción del problema	3
3.- JUSTIFICACION	6
4.- DELIMITACION	7
4.1.- Conceptual	7
4.2.- Espacial	7
4.3.- Temporal	11
5.- OBJETIVOS	14
5.1.- General	14
5.2.- Específicos	14
6.- PROPOSITO	16
7.- MARCO TEORICO	18
7.1.- Marco legal de los servicios de urgencias	18
7.2.- Calidad de la atención	19
7.3.- Oportunidad de la atención	21
7.4.- Triage	23
8.- VARIABLES	32
9.- DISEÑO METODOLOGICO	33
9.1.- Tipo de estudio	33
9.2.- Población	33
9.3.- Muestra	34
9.4.- Técnicas e instrumentos	34
10.- PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS	36
10.1.- Descripción de resultados	36
10.2.- Análisis de resultados	48
10.3.- Conclusiones	51
10.3.- Recomendaciones y limitaciones	54
BIBLIOGRAFIA	57
ANEXOS	59
GLOSARIO	61

## TABLA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfica 1. Mapa conceptual	9
Grafica 2. Cronograma de actividades	13
Gráfica 3. Numero de pacientes atendidos en el servicio de urgencias	37
Grafica 4. Tipo de triage	40
Grafica 5. Tiempo de espera triage	41
Grafico 6. Tiempo de atención triage	43
Grafico 7. Tiempo de atención urgencias	44
Grafico 8. Promedio de tiempos previos a la consulta del medico de turno	46

## TABLA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Operacionalización de Variables	32
Cuadro 2. Numero de pacientes atendidos en el servicio de urgencias	36
Cuadro 3. Tipo de espera triage	39
Cuadro 4. Tiempo de espera triage	41
Cuadro 5. Tiempo de atención triage	42
Cuadro 6. Tiempo de atención urgencias	44
Cuadro 7. Promedio de tiempos previos a la consulta del medico de turno	45

## INTRODUCCION

A partir de 1992 en el territorio colombiano se reglamentaron los requisitos de obligatorio cumplimiento en cuanto a los servicios de urgencias, direccionando así el que hacer de las instituciones prestadoras de servicios de salud en la ejecución de la atención inicial de alteraciones en la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología.

Consecuente, dentro de los esfuerzos de los responsables de legislar a favor de los derechos de los ciudadanos del territorio colombiano, en los últimos años, específicamente a partir del 2006 a través del Decreto 1011, se ha instado no solo a prestar el servicio, sino que a su vez se deben brindar las garantías necesarias que soporten la idoneidad del mismo, es decir, que el talento humano, materiales, insumos y equipos, entre otros, que intervengan en la atención requerida por el usuario, las institución pública o privada deben cumplir con los estándares de calidad establecidos por el Decreto expuesto.

Por lo tanto, la Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad en el departamento de Santander, una de las instituciones con mayor cobertura y reconocimiento dentro del Departamento de Santander, a propendido por el cumplimiento de los requisitos legales competencia de su actividad económica como organización, y a su vez, por su alto sentido de responsabilidad

social está reestructurando gradualmente los diferentes procesos inmersos dentro de los servicios que ofrece y en particular, dentro del servicio de urgencias, donde se introduce el presente trabajo de investigación con base en la legislación, la recopilación, estructuración y análisis de los datos correspondientes a la oportunidad de la atención de los usuarios adultos que ingresan a la Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad en el departamento de Santander, y que son clasificados como triage dos y tres, para ser atendidos por el médico de turno del servicio de urgencias.

Esta investigación se efectuó con una muestra poblacional de trescientos cuarenta y uno casos clasificados como triage dos y tres, registrados durante el trimestre de Octubre a Diciembre de 2008. Otros datos contemplados son: el tiempo invertido en cada etapa previa a la atención propiamente dicha por parte del médico de urgencias, la suma y la capacidad medica instalada, entre otras. Lo cual facilito al equipo investigador la identificación de parámetros para la mejora continua de la atención del servicio de urgencias de la Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad en el departamento de Santander, debidamente contenidos dentro del presente documento.



## **2. PROBLEMA**

### **2.1. FORMULACION DEL PROBLEMA**

En la Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad en el departamento de Santander, no se ha cuantificado la oportunidad de la atención a los usuarios clasificados como triage 2 y 3 en el servicio de urgencias.

### **2.2. DESCRIPCION DEL PROBLEMA**

En la actualidad, en la Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad en el departamento de Santander, se ha generado la necesidad de cuantificar la oportunidad de atención que tienen los pacientes adultos que ingresan al servicio de urgencias y que son clasificados como triage dos (urgencia no crítica) y triage tres (no urgencia). Dicha necesidad surge como medida preventiva para evitar los impactos negativos potenciales de tipo administrativo, representados en la imagen de la organización frente a las instituciones que contratan sus servicios u otras partes interesadas, al igual que en los pacientes que acuden al servicio de urgencias, complicando así el cuadro clínico inicial con el que ingresa. De igual forma no se debe desconocer los

impactos potenciales de carácter legal que se pueden presentar por las consecuencias de la no oportunidad en la atención en el servicio de urgencias.

Como se menciona con anterioridad, frente a la cuantificación de la oportunidad en la atención de pacientes adultos clasificados como triage dos y tres, es necesario conocer los tiempos comprendidos entre las etapas de: toma de datos generales y signos vitales por parte del auxiliar de enfermería, clasificación del triage por parte del médico, diligenciamiento administrativo de la hoja frontal en admisiones, una vez se ha clasificado el triage, todo lo anterior previo a la atención de urgencias por el médico de turno.

Como la Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad en el departamento de Santander es conocedor de la importancia de cuantificar la oportunidad en la atención de los pacientes adultos clasificados como triage dos y tres, desde aproximadamente el mes de Julio de 2008, se implemento el sistema aplicativo llamado Gestión Medica, como una medida de mejora continua, para garantizar un mayor grado de confiabilidad en cuanto a la sistematización de los datos necesarios para la estructuración de información requerida por la organización y las partes interesadas. Cabe aclarar que el programa Gestión Medica, se ha venido fortaleciendo de manera progresiva, debido a que se requirió crear una cultura en los funcionarios que tienen acceso al sistema, para el almacenamiento, estructuración y análisis de la información.

Por lo tanto, pese a la existencia de una fuente de datos, como el programa de Gestión Médica, la información suministrada por los funcionarios de la unidad (y la observación por parte de los autores del presente trabajo investigativo) aún no se ha establecido con claridad el tiempo promedio que debe invertir un paciente adulto clasificado como triage dos y tres en el servicio de urgencias, para ser atendido por el médico de turno.

### **3. JUSTIFICACION**

La Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad en el departamento de Santander, definió dentro de sus estándares de calidad, la oportunidad de la atención para los pacientes que consultan al servicio de urgencias, según la clasificación establecida. Hecho que sumado a su extensa cobertura e importancia para el departamento de Santander, le posiciona como una organización con un alto grado de responsabilidad social.

De esta manera, y con el propósito de establecer acciones de mejoramiento con decisiones basadas en hechos y datos, es necesario recopilar la información contenida en el sistema informático Gestión medica, que alberga la base de datos de clasificación de los triage, para cuantificar o en su defecto hacer una aproximación más tangible y objetiva sobre la oportunidad de la atención que reciben los usuarios.

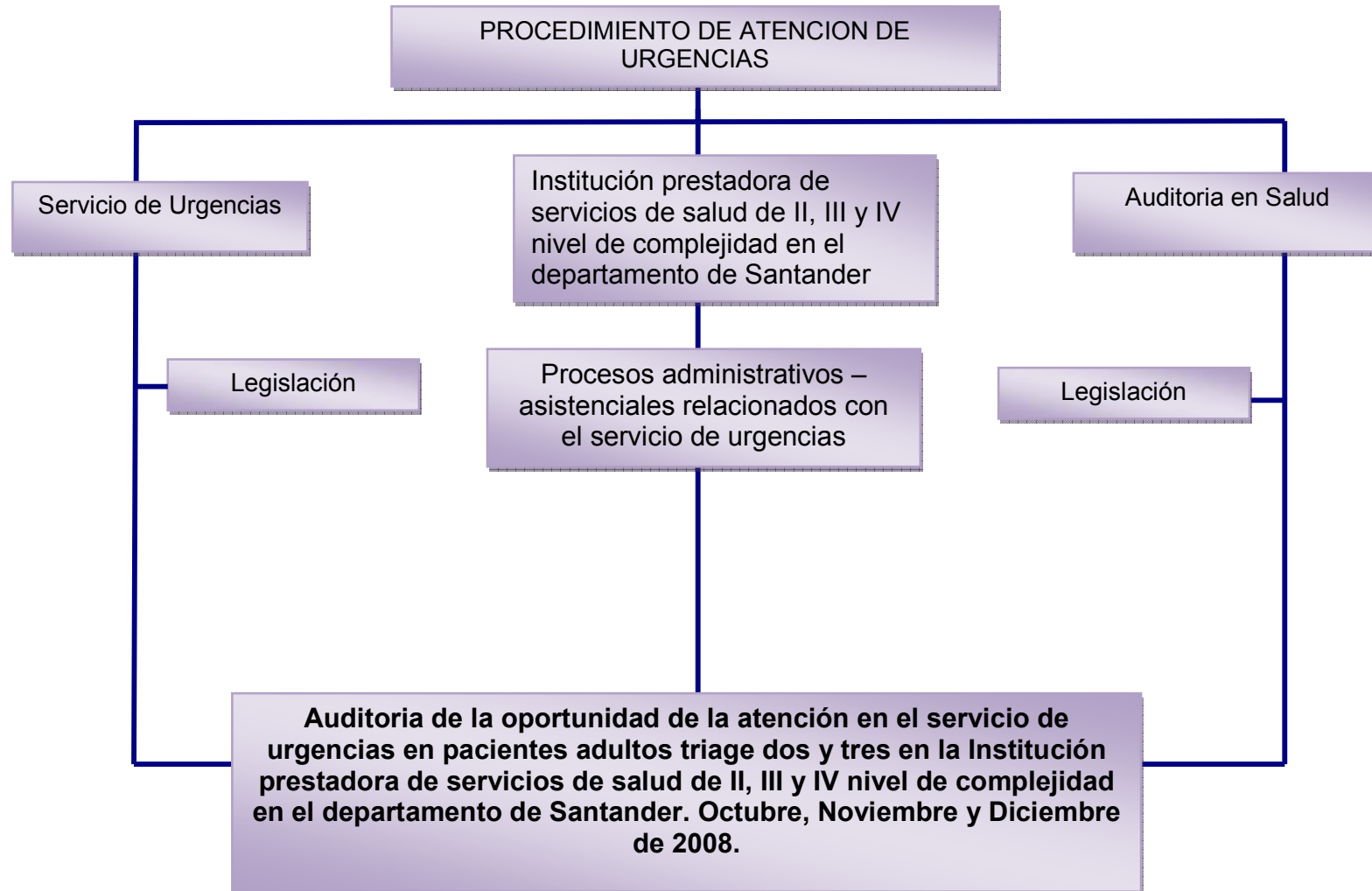
#### **4. DELIMITACIÓN**

4.1. Conceptual. La presente investigación se basó en la consulta y análisis de los datos suministrados por Sistema Gestión Medica del servicio de urgencias de la Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad en el departamento de Santander). Para tal fin se requirió la búsqueda de información respecto a la constitución del servicio de urgencias y relacionada en el Decreto 412 de 1992, donde se reglamentan parcialmente estos mismo servicios; Resolución 5261de 1994, a través del Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (MAPIPOS), la Ley 715 de 2001 y Ley 100 de 1993. De igual forma se requirió la recopilación de información con respecto a los procesos administrativo – asistenciales entre ellos el servicio de urgencias y, finalmente lo concerniente a la conceptualización de la auditoria de los servicios de salud, basados desde los requerimientos del Decreto 1011 de 2006, creando el Sistema Obligatorio de Garantía de calidad. Cabe aclarar que el análisis planteado por la presente investigación se encuentra bajo la cobertura de la legislación actual y vigente dentro del periodo comprendido para la elaboración del mismo. (Ver mapa conceptual)

4.2. Espacial. La presente investigación se desarrolló en la Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad en el departamento de Santander, la cual se encuentra ubicada en Bucaramanga – Colombia. La

Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad en el departamento de Santander, es una Institución pública de orden departamental, prestadora de servicios de salud de mediana y alta complejidad con estándares de calidad; centro de referencia de la red de servicios, de investigación científica y formación de talento humano en salud.

**Grafica 1. MAPA CONCEPTUAL**



Sus propósitos están orientados a contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad del Nororiente Colombiano, mediante el trabajo de un equipo humano calificado, con apoyo tecnológico, a través de un proceso administrativo transparente y el compromiso con la academia, apoyado en la investigación y generación de conocimiento.

La Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad, será una organización consolidada y Líder del Sector Salud en el Nororiente Colombiano y el modelo de Hospital Público Universitario para el País, mediante la integración de procesos asistenciales y académicos, la administración eficiente con rentabilidad social y viabilidad financiera.

En cuanto a los servicios que presta la Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad en el departamento de Santander, encontramos que a nivel de la subgerencia de servicios de alto costo se encuentran adscritos: cirugía plástica y quemados, oncología, UCI adultos, UCI pediátrica y unidad renal. En la subgerencia de servicios ambulatorios y apoyo terapéutico se encuentran adscritos: consulta externa, rehabilitación, nutrición clínica, y lactario. En la subgerencia de servicios médicos están adscritos: medicina interna, y urgencias adultos. En la subgerencia de servicios de la mujer y la infancia están adscritos: ginecobstetricia, pediatría y urgencias pediátricas. En la subgerencia de servicios de apoyo diagnóstico están adscritos: imágenes diagnósticas, laboratorio clínico, banco de sangre, patología, medicina nuclear.



La subgerencia de servicios de enfermería cuenta con un programa denominado: “La Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad en el departamento de Santander, en su hogar”; este nuevo programa, pone a su disposición los servicios de atención y hospitalización domiciliaria, con el fin de promover la recuperación de las personas en la comodidad de su hogar, con la más alta calidad, soportados en los principios de humanización, responsabilidad social, calidad y oportunidad. Con un equipo científico técnico cualificado y humanizado, y el constante apoyo de un cuidador seleccionado de su núcleo familiar.

La subgerencia de servicios quirúrgicos cuenta con servicios adscritos en las especialidades de: cirugía general y sus subespecialidades, ortopedia traumatología, cirugía pediátrica, urología, otorrinolaringología, oftalmología, neurocirugía, cirugía plástica, anestesiología y reanimación.

4.3. Temporal. El proceso de investigación para la conformación del presente proyecto, tuvo su inicio en la tercera semana del mes de Noviembre de año 2008, con la recolección de la información del estudio, de igual forma se contempló el problema, su descripción, formulación, delimitación y objetivos propuestos.

El proceso investigativo continua en la primera semana del mes de Diciembre de 2008, donde se realizó la descripción del marco teórico que incluyó los antecedentes y bases teóricas con su respectiva recopilación bibliográfica. Se

seleccionó la muestra poblacional con la respectiva toma de datos hasta la cuarta semana del mismo mes. Durante los meses de Enero a Febrero de 2009, se desarrolló el capítulo cuatro, análisis de resultados, conclusiones y recomendaciones (Ver cronograma de actividades).

**Grafica 2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

ACTIVIDAD	NOV	DIC				ENE				FEB			
	SEM 3	SEM 1	SEM 2	SEM 3	SEM 4	SEM 1	SEM 2	SEM 3	SEM 4	SEM 1	SEM 2	SEM 3	SEM 4
Presentación de la propuesta	■												
Revisión bibliográfica	■												
Elaboración del problema, justificación, objetivos.	■												
Elaboración del propósito.	■												
Desarrollo de los antecedentes históricos, legales, investigativos	■	■											
Elaboración de bases teóricas	■	■											
Elaboración de variables		■											
Selección y evaluación de la muestra poblacional.		■											
Toma de datos del sistema operativo		■	■	■	■								
Desarrollo del diseño metodológico						■							
Análisis de resultados							■	■	■	■			
Conclusiones y recomendaciones											■	■	
Entrega final del proyecto													■

Fuente: Los autores.

## **5. OBJETIVOS**

### 5.1. General.

Evaluar la oportunidad de la atención en el servicio de urgencias en pacientes adultos clasificados con triage dos y tres en la Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad en el departamento de Santander, durante el periodo Octubre a Diciembre de 2008.

### 5.2 Específicos.

Determinar el número de pacientes adultos atendidos por el servicio de urgencias en el trimestre octubre a diciembre de 2008.

Determinar el porcentaje de pacientes adultos, clasificados en el nivel de triage 2 y 3 durante el rango de tiempo seleccionado para el estudio.

Definir el tiempo de espera para la atención de los pacientes clasificados como triage dos y tres por parte del auxiliar de enfermería hasta la atención por el médico de triage.

Señalar el número de médicos en urgencias promedio para la evaluación de la capacidad medica disponible.

Plantear recomendaciones que permitan intervenir en las principales causas que se asocian a la no oportunidad en la atención de urgencias.

## **6. PROPÓSITO**

Esta investigación tiene como propósito identificar las causas que influyen tanto directa, como indirectamente en la oportunidad de la atención para los usuarios adultos clasificados en físico 2 y 3 en la Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad en el departamento de Santander, para que, de esta forma estudiantes y profesionales especialistas en auditoría de servicios de salud, de la misma organización o de otras organizaciones, cuenten con una herramienta útil en el momento de correlacionar estrategias oportunas, desde cualquiera de sus enfoques: previsorio, preventivo y/o correctivo; esto, para las diferentes contingencias enmarcadas con anterioridad y que afecten a la organización, tanto en su rentabilidad como en su permanencia dentro del mercado, es decir, su nivel de competitividad.

A partir de esta investigación se proporciona información sistematizada a profesionales de la salud y de otras áreas que se interesen por el tema, creando nuevas expectativas que conduzcan hacia nuevas investigaciones, facilitando el manejo adecuado de los diferentes fenómenos relacionados directa e indirectamente con la oportunidad en la atención en los servicios de urgencias, que fortalezcan los procesos internos de las organizaciones, y porque no, como físico va es de políticas públicas en el tema.

Los resultados de este proyecto están dirigidos a beneficiar ha la Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad en el departamento de Santander, en cuanto al fortalecimiento de la imagen organizacional, y a su vez evitar el compromiso negativo de la institución por posibles incumplimientos frente a requisitos puntuales de las necesidades y expectativas tanto de los clientes (internos y externos), como de las partes interesadas y de las obligaciones de ley.

## 7. MARCO TEORICO

### 7.1. Marco de legal de los servicios de urgencias

El marco legal de las urgencias es el decreto 412 de 1992, quien en su artículo 2, reza:

*De la obligatoriedad de la atención inicial de las Urgencias. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 2º. de la Ley 10 de 1990, todas las instituciones que ofrezcan servicios de salud están obligadas a prestar atención inicial de urgencia independientemente de la capacidad socioeconómica de los solicitantes de este servicio.<sup>1</sup>*

La anterior disposición legal reglamenta parcialmente los servicios de urgencias, aplicado a todas las entidades prestadoras de servicios de salud, públicas y privadas, tratando la obligatoriedad de la atención inicial de las urgencias, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad de cada entidad; si el paciente es remitido, su responsabilidad llega hasta el momento en que éste ingrese a la entidad receptora. Los servicios de urgencias poseen una disponibilidad inmediata de recursos para proporcionar tratamiento médico inmediato, a cualquier hora del día o de la noche. La efectividad de estos servicios depende de

---

<sup>1</sup> Decreto 412 de 2006. Por el cual se reglamenta parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones.



los determinantes externos que se derivan de la demanda de los usuarios. También depende de los determinantes internos derivados del modelo organizativo de la institución.

Una vez entendida la obligatoriedad de los servicios de urgencias nos vemos en la necesidad de remitirnos a que no es suficiente según la normatividad actual y vigente, que se esté desarrollando la anterior disposición, siendo necesaria en la actualidad contar con garantías de calidad, para lo cual se presentara a continuación los elementos pertinentes de complemento a la temática analizada.

## **7.2. Calidad de la atención**

Continuando con el marco conceptual y legal que cobija los servicios de urgencias en el país, se retomara la definición suministrada en el Decreto 1101 de Abril de 2006 del Sistema Obligatoria de Calidad de Atención en Salud (SOGCS) donde se reza:

*Calidad de la atención de Salud: Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre*

*beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios<sup>2</sup>.*

La definición establecida por dicho Decreto, se fundamenta inicialmente en el entendido de provisión, es decir interviene un actor como proveedor y al cual se le dirige la atención para que este se autorregule de tal manera que, en su función de proveer, en este caso, servicios de salud, ofrezca las mayores garantías de eficacia y eficiencia. Otros de sus fundamentos son dos de los principios de constitucionalidad de la accesibilidad a los servicios de salud, sin restricciones según ameriten los casos, y se comprometa la integralidad del estado de salud de los ciudadanos. A su vez se contempla la provisión de servicios de salud equitativamente, como un principio de justicia e igualdad, esto, salvaguardado por las garantías por parte del individual o colectivo prestador del servicio o atención, según las necesidades del solicitante y las exigencias de los diferentes estamentos de control asignados para tal fin.

No siendo suficiente con dos de los principios orientados a la participación de los servicios en salud, se continúa en la reiteración por parte de la norma, en cuanto a que esto debe estar acompañado de calidad, que para la comprensión de tan grandiosa palabra, y para practicidad en su utilización dentro del presente proyecto de investigación, la definiremos como un conjunto de cualidades de una

---

<sup>2</sup> Decreto 1011 de Abril de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

cosa o persona que le permiten satisfacer necesidades implícitas y explícitas<sup>3</sup>. Sin olvidar que esta definición tiene un propósito específico como fin último la satisfacción del usuario y/o cliente. Para el cumplimiento de tal propósito el concepto planteado por el decreto, crea la necesidad de una relación dinámica de continuo ajuste entre los elementos correspondientes a los beneficios, los riesgos y los costos, en convergencia con la ya mencionada satisfacción del usuario, representada en la fidelización y credibilidad.

### **7.3. Oportunidad de la atención**

Continuando con las indicaciones provistas por el Decreto 1101 de 2006, se destaca la definición para oportunidad, término ubicado dentro del cuerpo de la norma en el artículo 3 del SOGCS, numeral 2, el cual reza:

*Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.*<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> <http://aherna.comunidadcoomeva.com/blog/uploads/iso9000.ppt>

<sup>4</sup> Decreto 1101 de Abril de 2006.

Esta definición ofrecida por el Decreto 1101 de 2006, orienta la comprensión hacia la visión de la oportunidad como una posibilidad que tiene el usuario de recibir una respuesta en salud a las necesidades que le apremien en un momento determinado, y como se observaba en la definición de calidad en los servicios de salud, quien provee no exponga al solicitante a ningún tipo de riesgo en la integralidad de la salud, por retrasos inoperantes. Por lo tanto, la definición, amparada por los estamentos legislativos, alude a la coordinación y estructuración de la oferta y la demanda en servicios de salud, al igual que se insta a quien con anterioridad hemos llamado proveedor, que gestione institucionalmente el acceso a los servicios, es decir, se debe coordinar la interacción de oferta – demanda de servicios con la capacidad de respuesta, para este caso, oportuna.

Para el presente proyecto investigativo, como ya se ha venido exponiendo desde la óptica jurídica que la calidad en los servicios de salud y la oportunidad, son directrices adecuadas y obligatorias (por su carácter legal) para las instituciones y organizaciones creadas con razón social de prestar servicios de salud, es competente su aplicación dentro de la Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad en el departamento de Santander, en el servicio de urgencias, en cuanto a la oportunidad de la atención de pacientes adultos clasificados como triage dos y tres.

Por lo tanto, las instituciones que prestan servicios de salud podrán determinar el tiempo de espera para la atención, una vez identificadas las áreas o fases en las

que el paciente tiene que desarrollar algún requisito previo a la atención de urgencia por el médico de turno, propiamente dicho; actividades que conllevan la utilización de un tiempo específico. Una vez identificados y registrados los tiempos invertidos por el paciente, se deberán adicionar los mismos, para cuantificar el total del tiempo transcurrido, así con cada paciente facilitando el consolidado de tiempo total a través de un promedio, según el periodo de interés, sin olvidar el cálculo se deberá hacer hasta el momento de inicio de la consulta de urgencias. El periodo transcurrido de consulta médica por parte del médico de turno, será tomado en cuenta cuando se desee conocer el tiempo total desde el ingreso del paciente hasta la atención final, una vez este último se dispone a abandonar la institución.

#### **7.4. Triage**

Continuando con la revisión conceptual y legal de los conocimientos pertinentes dentro del proyecto de investigación, en cuanto al marco conceptual de la obligatoriedad de los servicios de urgencias, la calidad y oportunidad en los servicios de salud, presentaremos a continuación y de manera secuencial, como se ha venido desarrollando la temática, lo referente al triage.

Inicialmente en el Decreto 4747 de Diciembre de 2007, en su capítulo III Proceso de atención, en su artículo 10 se reza:

*Sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias “triage”. El Ministerio de la Protección Social definirá un sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, denominado “triage”, el cual será de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud que tengan habilitados servicios de urgencias y de las entidades responsables del pago de servicios de salud en el contexto de la organización de la red de prestación de servicios.<sup>5</sup>*

En el artículo en mención, se muestra al Ministerio de Protección Social como el responsable de establecer el sistema de selección y clasificación mas idóneo frente a las necesidades requerida por los pacientes de los servicios de urgencias, clasificación que se le definirá con la palabra triage, como una derivación del término francés TRIER que significa clasificar o escoger. Aunque al buscar una legislación específica para lo que respecta al triage, en la página electrónica del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGC) del Ministerio de Protección Social, se observa frente a la pregunta de si existe en Colombia alguna norma legal que establezca el triage para atención en servicios de urgencias, se da la siguiente respuesta:

---

<sup>5</sup> Decreto 4747 de Diciembre de 2007. Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones

*Con respecto a la obligatoriedad del triage, no hay normatividad específica al respecto. Los estándares de habilitación cuando lo mencionan hacen referencia a si está instaurado en el servicio de urgencias, pero no a su obligatoriedad.<sup>6</sup>*

Por lo tanto, se retoman algunas definiciones como un acercamiento conceptual a lo que es o puede ser un triage:

*“Según Cook y Sinclar el triage es el proceso mediante el cual un paciente es valorado a su llegada para determinar la urgencia del problema y asignar el recurso de salud apropiado para el cuidado del problema identificado; el paciente es clasificado de acuerdo con prioridades.*

*Trauma Life Support (ATLS), el triage se define como el método de selección y clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles.<sup>7</sup>*

Una vez aproximados a definiciones del lo que es el triage desde la percepción de autores como Cook y Trauma Life Support, adicionamos la establecida por el Hospital Universitario de Santander, y contemplada dentro del instructivo de triage, para su posterior análisis y comparación con las ya mencionadas. Dicha definición es la siguiente:

---

<sup>6</sup> <http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/newsdetail.asp?id=15877&idcompany=11>

<sup>7</sup> <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria5102-triage.htm>

*TRIAGE: Método para la selección y clasificación de los pacientes basándose en las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles.<sup>8</sup>*

*(6) Esta definición contempla el triage como un proceso dinámico, con capacidad de adaptación a factores cambiantes incluso dentro de una misma institución (número de pacientes, hora del día, disponibilidad de recursos, etc.)”*

Al observar la definición de la Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad, en cuanto a triage, y el planteamiento realizado por el autor Cook (a pesar de ser presentado por otro autor), este último se centra en la evaluación del paciente para la posterior clasificación y atención según las prioridades encontradas. De igual forma se observa un agregado importante en la definición de triage del Trauma Life Support (ATLS), que es la misma de la Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad en el departamento de Santander, lo cual corresponde al recurso disponible, es decir, como se observo en las definiciones de calidad y oportunidad del servicio de salud, se influye al proveedor de los servicios en la comprensión de la necesidad de su autorregulación constante, garantizando los diferentes medios, herramientas y otros recursos necesarios para la prestación de los mismos.

Aunque el Ministerio de Protección Social ha determinado que no se encuentra una legislación específica en cuanto a la obligatoriedad del triage en los servicios

---

<sup>8</sup> Instructivo Triage. Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad.



de urgencias, en el mes de Marzo del año 2006, mediante Circular Externa No. 010, en su numeral 1, se establece:

*Obligatoriedad de la aplicación de triage por personal idóneo de salud. La realización del triage (clasificación de la prioridad para la atención de urgencias) o la toma de decisiones acerca de si un paciente debe recibir o no atención de urgencia en una Institución Prestadora de Servicios de Salud siempre debe estar a cargo de un profesional de salud debidamente entrenado para tal efecto.<sup>9</sup>*

Por lo tanto, si una institución desarrolla actividades de triage, este deberá ser ejecutado por personal plenamente capacitado para tal fin, al igual que en la determinación de la prioridad en su clasificación. De acuerdo a la especificación desarrollada por la anterior Circular, la Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad en el departamento de Santander, cuenta con el personal idóneo de Salud y debidamente capacitado en requerimientos actuales y vigentes, para el pleno ejercicio de tal función.

Una vez conocida la definición establecida por la Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad en el departamento de Santander, en cuanto al triage, presentaremos las establecidas para la

---

<sup>9</sup> Circular Externa 010 de 2006. Instrucciones sobre la atención oportuna a la población, especialmente cuando está en peligro la vida de los pacientes.

clasificación del mismo, según lo preestablecido dentro del instructivo de triage creado para su unidad de urgencias. La clasificación es la siguiente:

*URGENCIA CRÍTICA: Es una afección súbita, grave e imprevisible que implica inminente peligro para la vida del paciente, esta puede ser de origen orgánico u ocasionado por traumas, y requiere atención inmediata.*

*URGENCIA NO CRÍTICA: Es una afección no súbita, que no implica inminente peligro para la vida del paciente, esta puede ser de origen orgánico u ocasionado por traumas, no requiere atención inmediata.<sup>10</sup>*

Para una mayor comprensión, la Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad en el departamento de Santander, asignando un nombre a cada nivel, es decir, el triage 1, es una urgencia crítica, el triage 2, es una urgencia no crítica y, finalmente el triage 3, es una no urgencia. De esta última no se evidenció dentro del instructivo de triage una definición. En cuanto a los pacientes una vez ingresan al servicio de urgencias son clasificados según los tipos tres triage establecidos, en consideración de la prioridad presente, es decir, todos los pacientes son atendidos por hasta el momento de la clasificación del triage, que una vez definido por usuario en ocasiones no siguen el proceso hasta la atención por el médico de urgencias, pues se realizan algunas remisiones a

---

<sup>10</sup> Instructivo Triage. Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad.

otras instituciones (mientras sea posible y conveniente, según criterio médico) por el inadecuado manejo de la red de servicios, ya sea por el desconocimiento del paciente o por la equivocación en la respectiva remisión. De igual forma en ocasiones se clasifica al usuario y se observa la no necesidad de atención por el servicio de urgencias, por lo tanto no es atendido por el médico de turno, sino es remitido a consulta externa.

En cuanto a los pacientes clasificados como triage 1, la atención es inmediata por parte del médico de turno, por lo tanto la atención es previa al diligenciamiento de la hoja frontal y la admisión dentro del sistema. Como estos pacientes reciben una atención inmediata, el presente trabajo investigativo se centro en los triage dos y tres donde hay requisitos que cumplir previos al momento de la atención por el médico.

Para conocer el tiempo transcurrido una vez ingresa el paciente a la institución hasta el momento de la atención por parte del médico de turno, explicaremos los pasos previos:

Una vez llega el usuario a la institución es decepcionado por el vigilante quien es capacitado para orientar al paciente según la necesidad a urgencias adultos, pediatría y/o mujeres en periodo gestante, lugares que son exclusivos para cada uno, y que cuentan con su respectiva base de datos. Cuando se ubica el paciente en la respectiva unidad de emergencias la auxiliar de enfermería ingresar al sistema de Gestión Médica, los datos básicos de la persona, al igual que

municipio y provincia con el fin de que se pueda determinar el nivel del hospital. A continuación la auxiliar debe tomar los signos vitales de la persona, ingresarlos al sistema e indicarle que será llamado para ser atendido.

Posteriormente, El médico de turno del servicio de urgencias, hace llamado a la persona para realizar la clasificación del triage y la respectiva valoración médica. En esta actividad, el médico de turno debe realizar la valoración inicial lo cual permite definir si la persona es admitido o es remitido a un nivel de menor complejidad.

Si el paciente es admitido el paciente o en general el acompañante se debe dirigir a admisiones a diligenciar la hoja frontal para que una vez cumplido con los requerimientos le sea emitida la orden de atención y así pueda ser valorado por el médico de turno en la atención de urgencias.

Como se observara posteriormente se hace alusión a dos poblaciones con la característica común de “atendidos” y otros “no atendidos”, esto quiere decir que todos los pacientes son atendidos y clasificados y que como ya se menciona con anterioridad por motivos tales como: inadecuada remisión, la no necesidad de la atención de urgencias, remisión a otros niveles de menor complejidad y remisión a consulta externa, entre otras, no se dirigen a diligenciar la hoja frontal, por lo tanto no son admitidos para la creación de un número de consulta dentro del sistema. Es por esto que en la base de datos todos tienen clasificación pero no todos tienen un número de consulta.

Por lo tanto, se puede decir que la Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad en el departamento de Santander, da cumplimiento a su responsabilidad y obligación en la atención de todos los usuarios que acudan solicitando atención de urgencias, lo cual es de expresa obligatoriedad en el cuándo establece: *...además que el procedimiento de verificación de derechos será posterior a la selección y clasificación del paciente, “triage” y no podrá ser causa bajo ninguna circunstancia para posponer la atención inicial de urgencias.*<sup>11</sup>

En cuanto a la estandarización de los tiempos invertidos por el usuario desde el momento que es asistido por la auxiliar de enfermería hasta que es atendido por el médico de turno, aun no se encuentran definidos dentro del instructivo de triage. Lo cual convierte el presente proyecto de investigación una adecuada herramienta en la aproximación de la definición de los mismos.

---

<sup>11</sup> Decreto 4747 de Diciembre de 2007. Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.

## 8. VARIABLES

**Cuadro 1. Operacionalización de variables**

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ÍNDICE
OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	Clínica	Total de pacientes clasificados en triage	2 3
		Tiempo transcurrido desde el momento del triage de la auxiliar de enfermería hasta la atención por parte del medico.	5 a 10 minutos 10 a 20 minutos 20 a 30 minutos 30 a 40 minutos Superior a 40 minutos
		Número de médicos por día	1 a 3 4 a 6 7 a 9 Superior a 10

Fuente. Los autores.

### **VARIABLES CUANTITATIVAS:**

En la presente investigación, las variables utilizadas son cuantitativas, dado de que se le asigna un valor, numérico, mediante simple tabulación de la información. A su vez, estas variables se clasifican en dependientes (consecuencia de la combinación de efectos causados por una variable independiente) e independientes (causa en una relación entre variables).

**Variable dependiente:** En el presente trabajo encontramos la oportunidad en la atención en el servicio de urgencias como la variable dependiente, es decir, que se ve influenciada o toma su valor a partir de las variables independientes.

**Variables independientes y cuantitativas:** Dentro de las independientes se encuentra: el total de pacientes clasificados como triage dos y tres, el tiempo transcurrido desde el momento del triage de la auxiliar de enfermería hasta la atención por parte del médico, tiempo de clasificación de triage por parte del médico, tiempo de diligenciamiento de la hoja frontal – admisión, tiempo de consulta médica y finalmente, el número de médicos por día.

## 9. DISEÑO METODOLÓGICO

**9.1. TIPO DE ESTUDIO:** La presente investigación es un trabajo de corte cuantitativo y de tipo descriptivo como lo expresa (Danhake, 1989), reportado por Hernandez: “Los estudios descriptivos buscan identificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis”. Los estudios descriptivos miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es recolectar datos (para investigadores cuantitativos, y recolectar información para la investigación cualitativa).

En un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas, para así (vélgase la redundancia) describir lo que se investiga. Los estudios descriptivos pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren. (Hernández 1998). De igual forma el estudio en su temporalidad es retrospectivo.

**9.2. POBLACIÓN:** Pacientes adultos, que dentro del servicio son todos aquellos con una edad igual o superior a los 13 años de edad, clasificados como triage 2 y triage 3, atendidos en el servicio de urgencias de la Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad del departamento de Santander, durante el periodo octubre a diciembre de 2008, fecha que se

seleccionó debido a que el sistema informático “Gestión Medica” se implemento y empezó a funcionar a partir de Junio del 2008 con un periodo de prueba hasta Septiembre del mismo año por esta razón el periodo tomado para la presente investigación corresponde al ultimo trimestre de 2008. No se seleccionaron pacientes menores de 13 años ni tampoco embarazadas ya que a estos no se les realiza triage ya que estos pasan directamente a su respectivo servicio de urgencias de pediatría y ginecobstetricia los cuales están ubicados dentro del mismo servicio de urgencias.

**9.3. MUESTRA:** El cálculo de la muestra de pacientes se halló tomando la sumatoria de pacientes atendidos por el médico de turno en los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre del 2008, que fue en total de 3001 a este total que corresponde al trimestre, y al cual se le aplico el programa Statstm v.2, con un nivel deseado de confianza del 95% y un error máximo aceptable del 5% el calculo que nos arroja dicho programa es de 340.6648 aproximado 341.

#### **9.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:**

Para la pertinencia metodológica del presente estudio, las técnicas que fueron utilizadas para la recolección de los datos requeridos fueron:

Observación simple semiestructurada



La base de datos de información perteneciente al año 2008, obtenida la Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad en el departamento de Santander:

Instructivo triage de la Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad:

.

Entrevistas con el Coordinador encargado de la Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad.

## 10. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

### DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

Con base en la información recopilada en la base de datos suministrada por la Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad en el departamento de Santander y mediante el cruce de variables y el análisis estadístico de la información obtenida durante los meses de octubre a diciembre de 2008, se presenta a continuación la descripción de los resultados de seguimiento de la población objeto de estudio, mediante el uso de cuadros y Gráficas.

**Cuadro 2. Número de pacientes atendidos por meses:**

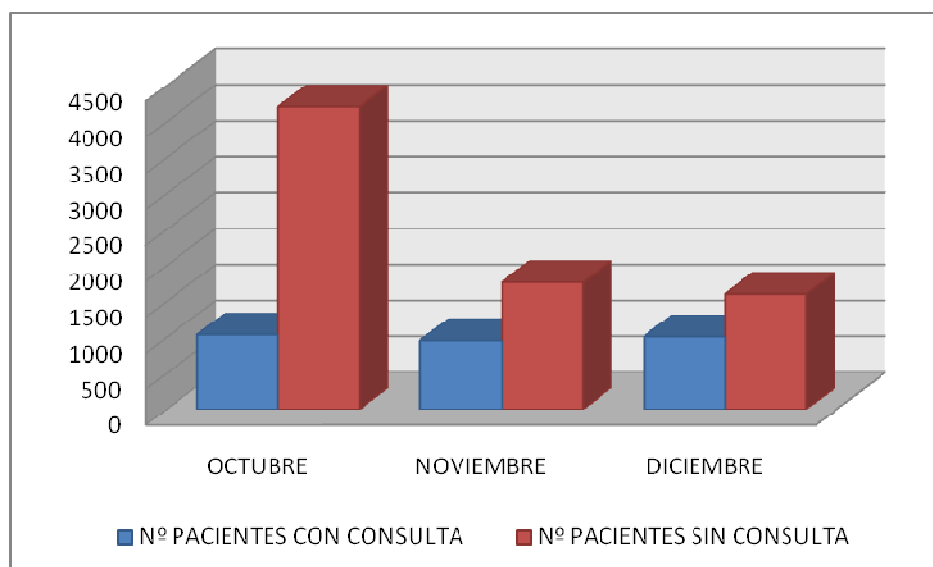
MES	Nº PACIENTES CON TRIAGE CON CONSULTA MEDICA( VER GLOSARIO)	Nº PACIENTES CON TRIAGE SIN CONSULTA MEDICA(VER GLOSARIO)	TOTAL PACIENTES ATENDIDOS
<b>OCTUBRE</b>	1037	4207	5244
<b>NOVIEMBRE</b>	957	1765	2722
<b>DICIEMBRE</b>	1007	1603	2610
<b>TOTAL</b>	3001	7575	10576

Fuente: Sistema aplicativo Gestión Medica

El presente cuadro muestra la correlación entre el número de pacientes que fueron clasificados en el triage por el medico y que requirieron de la consulta médica (triage 2 y 3) y los pacientes que fueron clasificados en el triage por el medico

igualmente y que no requirieron la consulta médica en el servicio de urgencias (pacientes remitidos a consulta externa o se contrarremiten a nivel a institución de menor complejidad o con remisión inadecuada). y el tiempo seleccionado para la toma de la muestra del estudio, el cual se estableció durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2008. El total de numero de pacientes que recibieron finalmente la consulta medica fue en total 3001, de esta cifra se tomo la muestra representativa para este estudio.

**Gráfica 3. Número de pacientes atendidos en el servicio de urgencias.**



Fuente: Sistema aplicativo Gestión Medica

La Gráfica 3, muestra la relación entre el número de pacientes atendidos en el servicio de urgencias de la Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV

nivel de complejidad en el departamento de Santander, con y sin consulta médica en los meses de octubre a diciembre de 2008. De esta forma se pudo determinar que durante el mes de octubre fueron atendidos en total 5244 pacientes adultos de los cuales 1037 fueron atendidos por consulta médica de urgencias, es decir el 19.8% y 4209 fueron atendidos sin requerir el servicio de consulta médica de urgencias, es decir el 80.2%.

Este último porcentaje hace referencia a aquellos pacientes por cuyas evidencias clínicas no se hace necesaria su atención en consulta por el médico de turno en dicho servicio.

En lo que respecta al mes de noviembre, fueron atendidos un total de 2722 pacientes, de los cuales el 35.6 %, es decir 957 pasaron por consulta médica, y el 64.4 % no mostraron evidencias o necesidad para ser remitidos a consulta médica de urgencias o en su defecto fueron remitidos a otro nivel de atención.

Para el mes de diciembre fueron atendidos en total 2610 pacientes de los cuales, 1007, es decir el 38.6 % recibieron atención en consulta médica de urgencias y 1603, es decir el 61.4 % fueron atendidos sin ser remitidos a consulta médica de urgencias o fueron remitidos a otro nivel de atención.

Con base en los datos anteriormente descritos, y con el fin de cumplir con los objetivos trazados como meta para el presente estudio en cuanto al análisis del tiempo que toma el proceso de clasificación del triage, en la atención oportuna de

los pacientes que requieren del servicio de urgencias en la Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad en el departamento de Santander, se determinó que del total de 3001 pacientes que clasificaron para ser atendidos por consulta médica, durante el trimestre de Octubre a Diciembre de 2008, se debía tomar una muestra representativa aleatoria de 114 casos para los meses de Octubre y Noviembre, para Diciembre se tomaron 113, es decir, para un total de 341 casos que logren esquematizar el dato real de tiempo que es requerido por el sistema para la atención del paciente por la consulta médica de urgencias. En cuanto a los pacientes sin consulta, son usuarios atendidos pero que por diferentes motivos no llegaron hasta la instancia de atención de urgencias por parte del médico de turno.

Por esta razón y para dar respuesta al problema de investigación a continuación se mostrará la información obtenida específicamente en lo que refiere a los triage 2 y 3 requeridos para el análisis del funcionamiento del sistema en la Unidad de urgencias de la Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad.

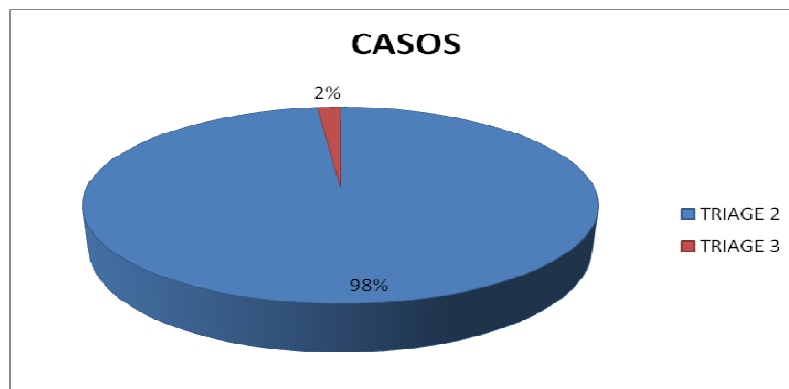
### **Cuadro 3. Tipo de triage**

<b>TIPO DE TRIAGE (minutos)</b>	<b>CASOS</b>	<b>PORCENTAJE (%)</b>
TRIAJE 2	335	98.2
TRIAJE 3	6	1.7
TOTAL	341	100

Fuente: Sistema aplicativo Gestión Médica

El cuadro 3, presenta los porcentajes obtenidos, mediante la correlación entre el número de casos de pacientes adultos seleccionados como muestra de estudio (341) y la clasificación por asignación de triage 2 y 3 en el servicio de urgencias durante los meses de octubre a diciembre de 2008.

#### **Grafico 4. Tipo de triage**



Fuente: Sistema aplicativo Gestión Medica

El Gráfico 4, pone en evidencia el porcentaje correspondiente al tipo de triage asignado para los 341 casos seleccionados como muestra de estudio durante el periodo de octubre a diciembre de 2008.

De esta forma se pudo constatar que durante el periodo de octubre a diciembre de 2008, el 98 % del total de los casos seleccionados fue clasificado como triage 2 y el 2% restante (aproximadamente) como triage 3.

Lo anterior, permite afirmar con certeza que, para el caso de esta investigación se presentaron más casos de urgencias no críticas, es decir, aquellas que según el mismo Instructivo Triage del servicio de urgencias de la Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad en el departamento de Santander, se califican como: “una afección no súbita, que no implica inminente

peligro para la vida del paciente, esta puede ser de origen orgánico u ocasionado por traumas, no requiere atención inmediata”.

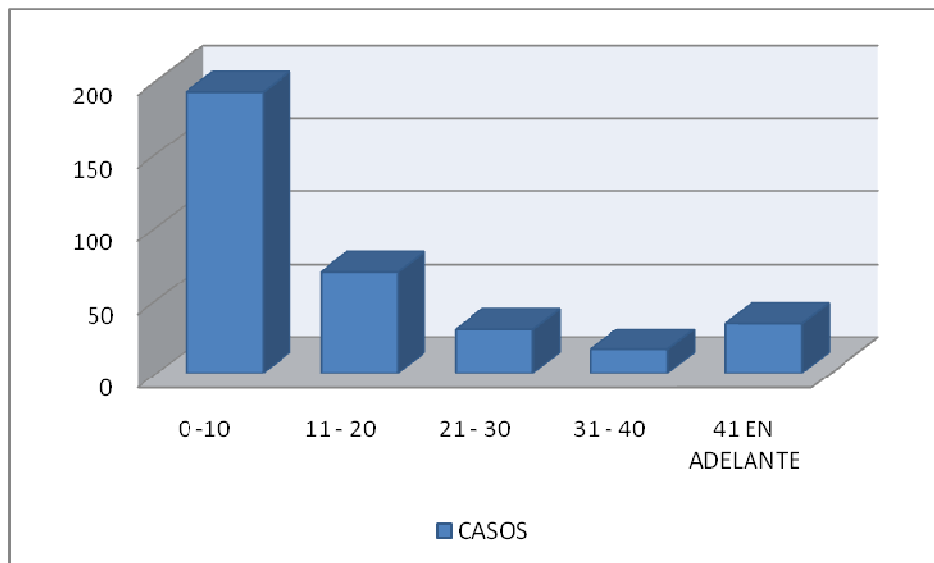
**Cuadro 4. Tiempo de espera triage**

TIEMPO ESPERA TRIAGE (minutos)	CASOS	PORCENTAJE (%)
0 -10	192	56.3
11 – 20	69	20.2
21 – 30	30	8.8
31 – 40	16	4.7
41 EN ADELANTE	34	10
TOTAL	341	100

Fuente: Sistema aplicativo Gestión Medica

El cuadro 4, pone de manifiesto los rangos en los que se clasifica el tiempo de espera antes de la asignación del triage de los pacientes, frente a los porcentajes de casos de acuerdo con la muestra seleccionada. Los rangos se definen bajo el criterio de tiempo ascendente, es decir, de menor a mayor tiempo de espera. Dichos intervalos están conformados de la siguiente manera: de 0 a 10 minutos, de 11 a 20, de 21 a 30, de 31 a 40 y de 41 minutos en adelante.

**Grafico 5. Tiempo de espera triage**



Fuente: Sistema aplicativo Gestión Medica

El Grafico 5, permite deducir que existe un amplio porcentaje de casos de tiempo de espera antes de la asignación del triage que se clasifica dentro del rango de los 0 a 10 minutos, en el cual se ubica aproximadamente en un 56% de los pacientes seleccionados en la muestra, es decir más de la mitad de los casos elegidos aleatoriamente.

Le sigue un 20.2% correspondiente a los pacientes que esperaron entre 11 y 20 minutos, un 8.8%, es decir un 9% se encuentra ubicado en el rango de 21 a 30 minutos de espera, un 4.7% se ubica en el rango entre los 31 a 40 minutos y finalmente un 10% de los pacientes seleccionados en la muestra se ubica en el rango de los 41 minutos en adelante

#### **Cuadro 5. Tiempo de atención triage**

<b>TIEMPO ATENCION MEDICO TRIAGE (minutos)</b>	<b>CASOS</b>	<b>PORCENTAJE (%)</b>
0 -10	281	82.4
11 – 20	32	9.3
21 – 30	12	3.6
31 – 40	6	1.8
41 EN ADELANTE	10	2.9
TOTAL	341	100

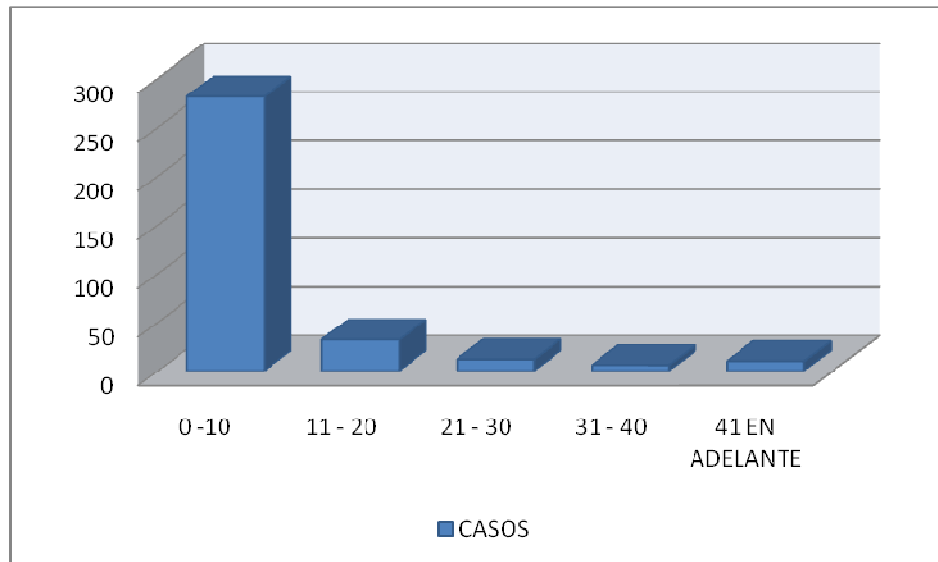
Fuente: Sistema aplicativo Gestión Medica

El Cuadro 5, muestra la relación entre el variable tiempo de espera del paciente durante la clasificación del Triage, y el porcentaje correspondiente de casos de acuerdo con la cantidad de pacientes ubicados en cada rango. Dichos rangos se ajustan a la clasificación para el tiempo de atención en triage obtenido por el



análisis de la base de datos y se dividen en tiempo en minutos de la siguiente manera: de 0 a 10, de 11 a 20, de 21 a 30, de 31 a 40 y de 41 en adelante.

**Grafico 6. Tiempo de atención triage**



Fuente: Sistema aplicativo Gestión Medica

El gráfico 6, pone en evidencia el amplio porcentaje de casos que se ubican en un tiempo de espera de atención para la clasificación del triage por parte del médico de urgencias, que va en un rango de 0 a 10 minutos, y que corresponde a un 82.4% del total de casos seleccionados como muestra para el estudio.

Le sigue en su orden de porcentaje un 9.3% correspondiente al rango de tiempo de espera para la clasificación del triage de 11 a 20 minutos y finalmente un 3.6% aproximado de los casos que se ubican en el rango de 41 minutos en adelante .

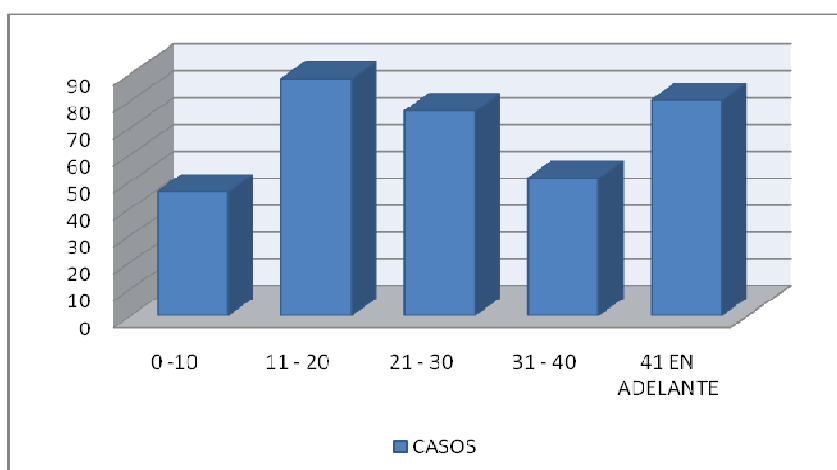
**Cuadro 6. Tiempo de atención urgencias**

<b>TIEMPO ATENCION URGENCIA (minutos)</b>	<b>CASOS</b>	<b>PORCENTAJE (%)</b>
0 -10	46	13.5
11 – 20	88	25.8
21 – 30	76	22.2
31 – 40	51	14.9
41 EN ADELANTE	80	23.5
TOTAL	341	100

Fuente: Sistema aplicativo Gestión Medica

El cuadro 6, revela la relación porcentual entre los rangos de los tiempos de espera para recibir la pertinente atención en consulta del servicio de urgencias por parte del médico de turno, y los casos tomados como muestra representativa de la investigación. Tales rangos se clasifican de menor a mayor tiempo de espera de la siguiente manera: entre 0 y 10 minutos, entre 11 y 20, entre 21 y 30, entre 31 y 40 y finalmente de 41 minutos en adelante.

**Grafico 7. Tiempo de atención urgencias**



Fuente: Sistema aplicativo Gestión Medica

De acuerdo con los resultados mostrados en el gráfico 7, la relación porcentual más destacada en lo que respecta al tiempo de espera del paciente frente a la atención médica de urgencias, se encuentra en el rango entre los 11 y 20 minutos, con un 25.8% de los casos seleccionados para la muestra.

Le sigue un 23.5% de los casos ubicado en el rango de tiempo de espera en atención de urgencias más alto, de 41 minutos en adelante. El 22.2% se ubica en el rango entre los 21 a 30 minutos de espera, un 15% entre los 31 a 40 minutos y el 14.9% restante de los casos pertenece al tiempo de espera en atención de urgencias en el menor rango de tiempo, que se encuentra entre los 0 a 10 minutos.

**Cuadro 7. Promedio de tiempos previos a la consulta del médico de turno**

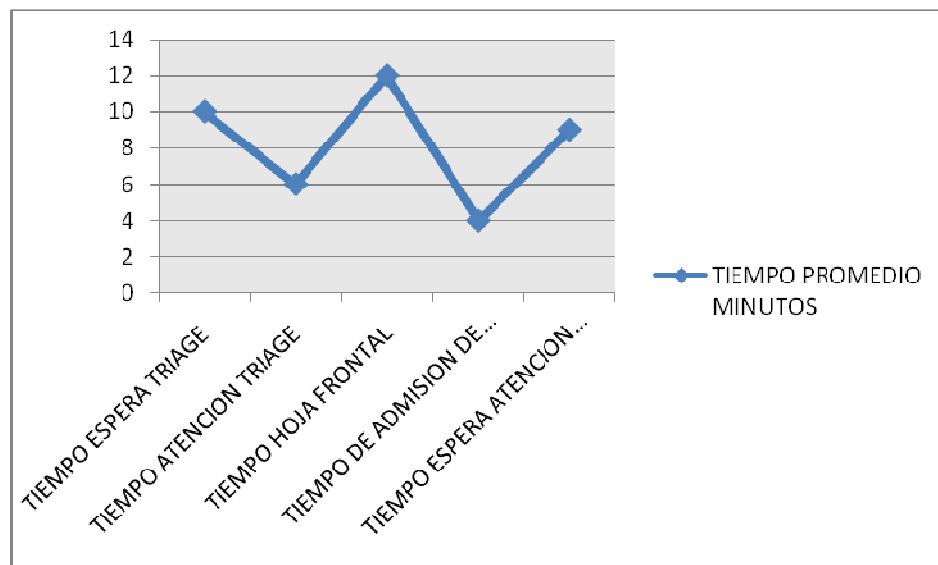
	<b>TIEMPO ESPERA TRIAGE</b>	<b>TIEMPO ATENCION TRIAGE</b>	<b>TIEMPO HOJA FRONTAL</b>	<b>TIEMPO DE ADMISION DE URGENCIAS</b>	<b>TIEMPO DE ESPERA PARA ATENCION DE URGENCIA</b>
<b>TIEMPO PROMEDIO MINUTOS</b>	10	6	12	4	9

Fuente: Sistema aplicativo Gestión Medica

El cuadro 7, corresponde a los promedios de los 5 tiempos analizados en el proceso de atención oportuna del servicio de urgencias a los pacientes seleccionados como muestra del presente estudio. Tal es el caso del tiempo de espera para el triage, el tiempo de espera durante la atención en triage por parte del médico y, finalmente el tiempo de atención en el la consulta médica de

urgencias. Para ampliar esta información se presenta el gráfico que se muestra a continuación.

**Gráfico 8. Promedio de tiempos previos a la consulta del médico de turno**



Fuente: Sistema aplicativo Gestión Medica

El gráfico 8, evidencia los promedios de tiempo más importantes en lo que respecta al análisis de la atención oportuna del servicio de urgencias que presta la Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad en el departamento de Santander, como eje central que conduce a la pregunta de investigación del presente estudio. De esta manera, y en lo que respecta al tiempo de espera para el triage, este se encuentra ubicado en un promedio de 10 minutos, obtenido del total de los casos analizados dentro de la muestra de estudio.

El segundo tiempo importante para el pertinente análisis de la investigación tiene que ver con el tiempo promedio de espera en la clasificación del triage por parte del médico de turno, el cual oscila alrededor de los 6 minutos.

El tiempo promedio en la hoja frontal es de 12 minutos aproximadamente, el tiempo de admisión es de 4 minutos en promedio y el tiempo de espera triage es de atención de urgencias es de 9 minutos. Por lo tanto, el tiempo promedio invertido por un paciente previo a la atención de urgencia por el médico de turno es de 41 minutos, sin contar el tiempo de atención de urgencias propiamente dicha, el cual se encuentra en los 42 minutos aproximadamente.

Como dato importante en la descripción de resultados ya que responde a uno de los objetivos de la investigación, se logró determinar permanencia en el Servicio de Urgencias de 4 médicos por día, distribuidos en las siguientes áreas:

Consultorios: 1

Pequeñas cirugías: 1

Salas: 1

Triage: 1

A estos profesionales se suma la presencia de 2 internos: uno en el área de pequeña cirugía y otro en consultorios.

## **10.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS**

Tomando como punto de referencia la información recopilada en el sistema de Gestión Médica de la Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad en el departamento de Santander, y posteriormente cotejada con los datos obtenidos mediante la observación simple semiestructurada y los contenidos del Instructivo de Triage perteneciente a esta misma organización, se puede inferir:

El tiempo de espera promedio que toma la Auxiliar de enfermería para realizar la toma de datos personales y de signos vitales es de 10 minutos.

De acuerdo con el Instructivo de Triage de la Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad en el departamento de Santander, el cual sirve de guía para los funcionarios responsables de la atención a los pacientes en el servicio de urgencias, no existe un patrón de tiempo establecido que permita comparar la información obtenida en el presente estudio, con el tiempo estipulado como parámetro interno de la misma organización para determinar la eficacia o ineficacia en la respuesta de atención a los pacientes desde su ingreso hasta su salida o despacho de la unidad.

El tiempo promedio que toma un médico en realizar la impresión diagnóstica y por consiguiente la clasificación del triage para la atención de un paciente en el

servicio de Urgencias es de 6 minutos aproximadamente. Nuevamente, y debido a la ausencia de un dato inicial propuesto en el instructivo de la organización, el cual permita comparar los datos obtenidos en la investigación con un tiempo de atención ponderado, se hace necesario revisar un referente de tiempo que permita realizar un ejercicio crítico frente a la situación real de la Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad en el departamento de Santander, en el manejo eficiente de la oportunidad de atención en urgencias.

El tiempo promedio que debe invertir un paciente desde el momento que es atendido por la auxiliar de enfermería, pasando por las diferentes etapas hasta llegar al momento de la atención por el médico de turno, en promedio es de 41 minutos. Por lo tanto, también se podría deducir el tiempo de atención en consulta es de 42 minutos aproximadamente (Véase Cuadro 7). Podría considerarse que este resultado de tiempo es relativamente alto, teniendo en cuenta el concepto de oportunidad en la atención de los pacientes en los servicios de urgencias, aspecto que podría convertirse en un criterio de mejora para esta unidad.

El resultado del análisis de este tiempo promedio puede estar relacionado con dos aspectos importantes: el primero está directamente relacionado con una proporción de urgencias importante frente a la cual la oferta asistencial sigue siendo suficiente respecto a la demanda, dando soporte a de eficiencia en cuanto a la capacidad instalada en la unidad.

El segundo aspecto que revela el posible análisis causal de relación de esta variable tiene que ver con un posible margen de error en la observación intervalos de tiempo muy altos, que sobrepasan del promedio y que pueden responder a un olvido esporádico, como consecuencia de que el sistema queda abierto y continúa contabilizando un tiempo muerto en la atención del servicio hasta que el sistema es cerrado o detenido. El software no impide el acceso a la continuación del diligenciamiento de la historia clínica, lo cual permite en ocasiones el olvido involuntario por parte del personal para cerrar el sistema.



### **10.3. CONCLUSIONES**

Como resultado del proceso de observación realizado en las instalaciones del servicio de urgencias de la Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad en el departamento de Santander, como herramienta para la recolección de la información pertinente a la presente investigación, y gracias a la información de la base de datos recopilada del servicio de urgencias y facilitada por el Software de Gestión Médica de la institución, se logró concluir:

La carencia de una señalización adecuada en la zona donde se clasifica el triage, dificulta la ubicación de los usuarios, razón que entorpece y retrasa en términos de tiempo la oportunidad de atención en dicho servicio.

Se puede establecer, que no existe un cálculo aproximado del tiempo que los usuarios invierten desde el ingreso o llegada al servicio de urgencias en su paso por la portería, hasta su llamado para la clasificación del triage. Es en este rango de tiempo donde se pueden hacer cambios físicos para el mejoramiento en la oportunidad del servicio, si se logra establecer un cálculo real del mismo.

Los vigilantes, ya sea por su capacitación en el cargo o por sus años de experiencia frente al mismo, son las primeras personas encargadas de realizar la clasificación inicial de los usuarios que ingresan al servicio de urgencias. Sin embargo, el sistema no realiza un seguimiento mediante el cual se logre

establecer si dicha clasificación esta dada acorde con las necesidades de los usuarios que ingresan al servicio de urgencias de la institución

La Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad en el departamento de Santander, como organización cuenta con un equipo de profesionales idóneo (médicos e internos) que conforman el staff de atención del servicio de urgencias. Dicho equipo ha sido debidamente capacitado tanto en los procesos que desarrollarán en su área (protocolos, guías, etc.), como en el uso del software de Gestión Médica, mediante el cual se logra establecer el tiempo en la oportunidad de atención de los pacientes que ingresan al servicio de urgencias, razón que facilita y agiliza el proceso de clasificación de triage y la atención oportuna en consulta médica.

Teniendo en cuenta lo anterior, y con base en el proceso de observación realizado se pudo corroborar la existencia de una rotación frecuente de internos en el servicio de urgencias (rotaciones cada 10 o 15 días), aspecto que de alguna manera incrementa la necesidad de capacitar constantemente a esta población flotante, con el fin de brindar un servicio más rápido y efectivo en la unidad.

Como dato importante y poco común en lo que respecta a la toma del tiempo de atención en triage, se pudo observar que en ocasiones este tiempo marca cero desde la toma inicial, debido a que es el mismo médico quien recibe al paciente

desde el tiempo de espera del triage, razón por la cual se hace más rápida su atención y clasificación.

De esta forma se pudo determinar que aunque no fue objeto de la presente investigación, el tiempo en la realización de la Hoja frontal en el servicio de urgencias de la Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad en el departamento de Santander, puede sumar un record importante a tener en cuenta en la oportuna atención al paciente que ingresa a dicho servicio.

#### **10.4. RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES**

En aras a mejorar la oportunidad en la atención del servicio de urgencias de la Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad en el departamento de Santander, y gracias a las conclusiones derivadas del presente estudio, se lograron establecer las siguientes recomendaciones:

Se hace necesario mejorar la señalización en la zona de Triage, con el fin de propiciar una rápida ubicación de los usuarios a su ingreso al servicio, razón que aportará beneficios en cuanto a la oportunidad de atención de los pacientes.

Con el fin de llevar un cálculo más exacto sobre el tiempo que los usuarios invierten desde el ingreso a la unidad de urgencias, hasta la toma de datos y signos vitales, sería debería propender por sistematizar la llegada de los pacientes desde su paso por la portería, en búsqueda de obtener nuevos datos e información sobre posibles errores que se estén omitiendo en el proceso de ubicación de los usuarios por parte del personal de vigilancia encargado del direccionamiento de las personas al triage.

Como aspecto importante a resaltar, el presente estudio busca ser una herramienta de apoyo para el mejoramiento de la oportunidad de atención en el servicio de urgencias de la Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad, Por tal motivo y de acuerdo con los lineamientos del

Decreto 412 de 1992, se hace prioritario establecer como determinantes internos de la organización los datos referentes a los tiempos estipulados de espera de los pacientes, de acuerdo con la clasificación del triage, dentro del mismo instructivo que maneja la institución.

De esta forma y en base a lo anterior, es importante adoptar medidas de control y seguimiento tanto en el sistema de Gestión médica, como al proceso de oportunidad en la atención de los pacientes, previamente establecidos por la institución en sus manuales, guías o normas técnicas, alcanzando de esta forma la meta de mejoramiento continuo.

Lo anterior facilitaría el proceso de comparación entre la calidad observada en datos reales y la calidad esperada, que se traduce en metas aplicadas a mejorar la gestión de la capacidad médica disponible (recurso humano y técnico) y la calidad asistencial en el servicio de urgencias.

Así mismo, sería interesante auditar o evaluar internamente al personal de médicos y enfermeras, a través del uso de indicadores de gestión tendientes a medir la sobrecarga de trabajo en el servicio, con el fin de determinar la posible disminución de la calidad asistencial, contribuyendo a su vez en la reducción de los intervalos de tiempo en las diferentes fases de atención previas a la atención del médico de turno, y sobre las cuales se ha hecho alusión en el desarrollo del trabajo investigativo. De igual forma, contribuiría en la oportunidad de la atención al orientar las acciones de mejora que faciliten la retroalimentación del proceso, al

fortalecer y reafirmar las acciones actuales que se estén desarrollando acorde a las diferentes necesidades del usuario, partes interesadas y propias de la organización.

Finalmente, la Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad en el departamento de Santander, puede tomar los resultados registrados dentro del presente trabajo como una aproximación hacia la estandarización de los tiempos que han de acompañar las diferentes actividades a desarrollar dentro del proceso de urgencias, en procura de la mejora continua de la oportunidad en la atención de los usuarios.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Decreto 412 de 2006. Por el cual se reglamenta parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones.
2. Decreto 1011 de Abril de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
3. <http://aherna.comunidadcoomeva.com/blog/uploads/iso9000.ppt>.
4. Decreto 1101 de Abril de 2006.
5. Decreto 4747 de Diciembre de 2007. Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la
6. <http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/newsdetail.asp?id=15877&idcompany=11>
7. <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria5102-triage.htm>
8. Instructivo Triage. Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad.
9. Circular Externa 010 de 2006. Instrucciones sobre la atención oportuna a la población, especialmente cuando está en peligro la vida de los pacientes.
10. Instructivo Triage. Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad.
11. Decreto 4747 de Diciembre de 2007. Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.

## ANEXO A

A continuación se presenta un aparte del instructivo de triage suministrado por el departamento de calidad de la Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad. La información restante es de estricta confidencialidad, lo cual no permite su publicación total dentro del presente documento.

No.	Actividad	Descripción de Actividad	Responsable	Documento
1	Llegada de la Persona	El vigilante de Turno debe realizar la recepción de la persona en la portería del servicio de Urgencias.	Vigilante de turno	
2	Direccionamiento de la persona Triage	En esta actividad el vigilante debe indicarle a la persona y/o a su acompañante la ubicación de la ventanilla para realizar el respectivo triage.	Vigilante de Turno	
3	Toma de Datos y Signos Vitales	Posteriormente, la auxiliar de enfermería debe ingresar al sistema de Gestión Médica (GM), los datos básicos de la persona, al igual que municipio y provincia con el fin de que se pueda determinar el nivel del hospital. A continuación la auxiliar debe tomar los signos vitales de la persona, ingresarlos al sistema e indicarle que será llamado para ser atendido.	Auxiliar de Enfermería	Formato Tarjeta de Triage (URG-R-01) físico o sistematizado
4	Direccionamiento del paciente al consultorio	El médico de turno del servicio de urgencias, hace llamado a la persona y le indica en que consultorio se realizará la respectiva valoración médica.	Auxiliar de Enfermería	
5	Valoración Inicial médica y decisión final del estado de la persona	En esta actividad, el médico de turno debe realizar la valoración inicial lo cual permite definir si la persona es admitido o es remitido a un nivel de menor complejidad. <b>FIN</b>	Médico Turno Urgencias	



## ANEXO B

A continuación se presenta una de las pantallas del programa Gestión Médica de la Institución prestadora de servicios de salud de II, III y IV nivel de complejidad, a diligenciar tanto para el auxiliar de enfermería como para el médico de turno.

**Atencion Inicial de Urgencias**

Fecha / Hora Llegada    Nro Atención    Inicio de Atención    Imprimir

**Información Paciente**    Antecedentes    Revisión x Sistema    Examen Físico    Análisis    Destino    Grabar

Tipo    Identificación    1er Nombre    2do Nombre    1er Apellido    2do Apellido

CC    Buscar    S

Edad    Sexo    Ingreso    Dpto - Sisben    Municipio - Sisben

45    Años    Masculino    SANTANDER    BUCARAMANGA

Es Remitido:    Institución Remisión:    Cual:

Sí     No    Hospital Local Del Norte de Bucaramanga

Causa Externa    Cual

**Motivo Consulta**

PCTE QUIEN INGRESA REMITIDO POR TRAUMA EN FALANGE DISTAL POR APLASTAMIENTO, TRAE RX QUE QUE EVIDENCIA.

**Enfermedad Actual**

APROXIMADAMENTE 1 HORA. REFIERE DOLOR DE CABEZA, VERTIGO, NAUSEAS DEPUES DEL ACCIDENTE DE TRABAJO.

## GLOSARIO

- **Pacientes con consulta medica:**

Son aquellos pacientes que asistieron al servicio de urgencias y que fueron clasificados en el triage por el medico de turno, que posteriormente son admisionados y finalmente reciben la consulta médica

- **Pacientes sin consulta medica:**

Son aquellos pacientes que asistieron al servicio de urgencias y que fueron clasificados en el triage por el medico de turno, que no son admisionados para recibir consulta medica de urgencias.