

SERVICIOS DE URGENCIAS EN COLOMBIA, EL CASO MEDELLÍN

JOSÉ DAVID BRAVO CORRALES
DIANA PATRICIA FLOREZ LEMOS
ERIKA MARÍA SALAZAR CORREA

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
GERENCIA DE IPS
2008**

SERVICIOS DE URGENCIAS EN COLOMBIA, EL CASO MEDELLÍN

JOSÉ DAVID BRAVO CORRALES
DIANA PATRICIA FLOREZ LEMOS
ERIKA MARÍA SALAZAR CORREA

Trabajo de Grado para optar el Título de Gerencia de IPS.

Asesor:

IVÁN DARÍO ARROYAVE

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
GERENCIA DE IPS
2008**

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	7
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
2. JUSTIFICACION	9
3. OBJETIVOS	11
4. MARCO TEORICO	12
4.1 DEFINICIONES	13
4.1.1 Urgencia	13
4.1.2 Atención inicial de urgencia	14
4.1.3 Atención de urgencias	14
4.1.4 Servicio de urgencia	14
4.1.5 Red de urgencias	14
4.1.6 Atención extra-hospitalaria	14
4.1.7 Atención hospitalaria	14
4.1.8 Urgencia subjetiva	15
4.1.9 Urgencia real u objetiva	15
4.1.10 Emergencia	15
4.1.11 Extrema urgencia	15

4.1.12	Primera urgencia	15
4.1.13	Segunda urgencia y siguientes	15
4.1.14	Atención médica prioritaria	15
4.1.15	Urgencia vital	15
4.1.16	Referencia	16
4.1.17	Contrareferencia	16
4.1.18	Remisión	16
4.1.19	Interconsulta	16
4.1.20	CRU o CRUE	17
4.1.21	Triage	17
4.2	ATENCIÓN PREHOSPITALARIA	17
4.2.1	Atención prehospitalaria básica	17
4.2.2	Atención prehospitalaria avanzada	17
4.3	DEPARTAMENTO DE URGENCIAS	19
4.4	CLASIFICACION DE LA PRIORIDAD PARA LA ATENCION DE URGENCIAS	20
4.5	ATENCION INICIAL DE URGENCIAS	23
4.6	ATENCION DE URGENCIAS	26
4.7	COBERTURA	28
4.8	CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA	29

4.9 RED DE URGENCIAS	30
4.10 REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	31
4.11 CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y COORDINADOR DE EMERGENCIAS EN SALUD (C.R.U.E.)	32
4.12 DERECHOS DE LOS USUARIOS	32
5. PANORAMA ACTUAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN COLOMBIA	35
5.1 SECUENCIA DE ATENCIÓN EN URGENCIAS	35
6. PARA RESOLVER LA PROBLEMÁTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	40
7. CONCLUSIONES	42
BIBLIOGRAFÍA	43
ANEXOS	46

INTRODUCCION

A la fecha, cursando finales del 2008, es más de una década desde la modificación del sistema de salud en nuestro país (1993), no es de extrañar que para ese entonces se generaran confusiones en los usuarios y en los prestadores, en relación con los pagos, los sitios de consulta y mecanismos de remisión; entre otros. Lo llamativo y por demás preocupante, es que aún no las hallamos aclarado y que por el contrario cada día se produzcan más obstáculos para el acceso a los servicios de urgencias; por ejemplo.

Los antecedentes normativos de la asistencia de los pacientes en los servicios de urgencias avocan a las instituciones a prestar la atención de urgencias a todas las personas independientemente de su capacidad económica o su condición de aseguramiento, hasta que se logre la estabilidad y se proceda a la ubicación de los mismos en el sitio que más le convenga.

Aunque se creería que con esto se cuenta con todas las herramientas para que se brinde ayuda de la mayor calidad y se ha procurado modificaciones de la norma en vista a la gravedad de la crisis, estas no han sido suficientes para solucionar la problemática de la demanda desbordada y de la incapacidad para la contención.

En esta normatividad vigente, su aplicación a los servicios de salud, la interacción entre ellos y la actual situación de los mismos reconocemos claras deficiencias que hacen de la atención en urgencias un verdadero víacrucis que lastimosamente conduce a muertes innecesarias, a la creación de términos como “el paseo de la muerte” para describir las dificultades de los usuarios y a la constitución de figuras como la atención prioritaria que no se ha reglamentado, para tratar de suplir las deficiencias en aumento día con día.

La finalidad de nuestro análisis, lejos de convertirse en una crítica incipiente pretende sugerir algunas opciones para mejorar la atención partiendo de modelos reconocidos en otros países y que tienen como punto clave la valoración del riesgo vital del paciente.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde el momento mismo de la creación de la ley 100 se ha pretendido normativizar la atención en urgencias de tal forma que se garantice para todos los colombianos la atención inicial, su estabilidad y posterior ubicación en el centro más indicado para el manejo de su patología, independiente de su aseguramiento.

Con el transcurso del tiempo, soportados en una estructura hospitalaria por demás insuficiente para la población colombiana y aunado a la inversión de la pirámide poblacional tal directriz, de obligatorio cumplimiento, ha hecho que cada servicio de urgencias en el país se enfrente a diario al enorme problema de evaluar adecuadamente el riesgo y direccionar de manera apropiada la avalancha de pacientes que acude hora tras hora.

Los servicios de urgencias se han convertido entonces, en un reto no solo médico, en que se identifican herramientas emergentes para manejar la demanda desbordada, como el triage, la atención prioritaria, los servicios de traslado primario entre otros. Sino también administrativo en el que el costo efectividad hace fundamental la adecuada implementación de procesos eficientes y la acertada gestión de recursos para hacer de estos servicios económicamente viables.

2. JUSTIFICACION

Los servicios de urgencias del país se han transformado durante los últimos años, no solo por las modificaciones requeridas para la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, la acreditación y la habilitación, sino por el colapso con el que se convive a diario. Hoy no es extraño ver tanto en hospitales públicos como privados, camillas en los pasillos y más preocupante aún, sillas en donde son valorados y medicados los pacientes.

El crowding¹ ha dejado de ser entonces, un problema ajeno para convertirse en una de las mayores amenazas para el buen funcionamiento de los servicios de urgencias. (Bernstein & Asplin, 2006).

A pesar de la emergencia funcional que a diario se declara en la mayoría de los hospitales, la normatividad existente impone a estos servicios de urgencias brindar atención a todo aquel que la solicite independiente de la gravedad y del régimen de aseguramiento que cubra lo cubra.

Y desde el plano más humano se esperaría que aquel que necesite un atención determinada de acuerdo a la complejidad de su necesidad no sea sometido a esperas prolongadas que conducen en la mayoría de los casos a que las ventanas terapéuticas se sobrepasen y los pacientes deban vivir de allí en adelante con secuelas físicas y psicológicas.

Para solventar dichas crisis, las instituciones han implementado múltiples herramientas, algunas basadas en modelos internacionales y otras creadas por la propia necesidad que lastimosamente no han resuelto el problema y más preocupante aún ni siquiera vislumbran una esperanza al final del túnel.

Ante tan angustiante problema y en aras que es allí de donde se nutre la vocación que se eligió, se decide ahondar en los antecedentes normativos y escudriñar en

¹ Crowding condición cuando las necesidades de los pacientes en el servicio de urgencias y en la sala de espera excede las capacidades del departamento.

la aplicación de las mismos en los cada vez más caóticos servicios de urgencias del país y más precisamente de Medellín.

3. OBJETIVOS

Resumir las definiciones sobre los diferentes elementos que interactúan en los servicios de urgencias.

Revisión bibliográfica de la normatividad vigente en Colombia sobre los servicios de urgencias, especificando igualmente la falta de legislación para algunos elementos emergentes y el incumplimiento ante algunos tópicos importantes.

Describir el panorama actual de los servicios de urgencias en Colombia haciendo hincapié en la ciudad de Medellín.

Esquematizar los procesos para la atención de urgencias en Colombia y las dificultades más comunes para los pacientes.

4. MARCO TEORICO

El sector de la salud se encuentra atravesando uno de los momentos más críticos de la historia en nuestro país, debido a diversos factores; en principio que debe enfrentarse y adaptarse a un nuevo modelo de prestación que modificó la relación médico paciente dejando a la salud en un segundo plano, primando discusiones sobre temas financieros para los que el personal asistencial en general no estaba preparado, además de los continuos avances de la ciencia y los desarrollos de la tecnología, los cambios permanentes del perfil epidemiológico y de las formas de enfermar y morir de las comunidades, que cada vez tienen mayor complejidad.

El sistema nacional de salud fue creado en 1975 hasta 1990, cuando se promulgó y entró en vigencia la ley 10 del mismo año; pero en 1991 se cambia La Constitución colombiana y otro es el ordenamiento jurídico del país y se hace necesario adaptar la prestación de los servicios de salud a ese nuevo ordenamiento, lo que se realiza en 1993, con la Ley 100 que establece para el territorio nacional el esquema de aseguramiento de la salud de los colombianos y hasta el momento, esta ley se reglamenta por un sin número de decretos y resoluciones; de las cuales debe resaltarse que cada vez pretenden mejorar la prestación del servicio, enfatizando en la solidaridad, eficiencia y la calidad. (Cohen Cajiao, 2008).

La triste realidad que nos envarga es que estas modificaciones no han sido introspectadas por los diferentes actores del sistema. En los usuarios esta nueva realidad se convirtió en fuente de conflictos, los prestadores reclaman normalización de la atención en urgencias que les permita racionalizar la atención, hacerla más humana, de mayor calidad, planear el crecimiento de los mismos servicios, mejorar la rentabilidad y disminuir los riesgos medico-legales implícitos en su operación (De Brigard Pérez A. M., 2006).

Por último y más preocupante es que los servicios de salud se convirtieron en un negocio donde se compran y venden los servicios, se contrata al mejor postor, independiente de la calidad del mismo y el personal asistencial trabaja con salarios subóptimos ya que regidos por la ley los hospitales tanto públicos como privados, deben ser autosostenibles y las EPS que tiene como negocio el aseguramiento, perdiendo el norte de su creación, la prestación de servicios de salud.

4.1 DEFINICIONES

4.1.1 Urgencia. Según la “OMS”, se considera urgencia a toda situación que, en opinión del paciente, su familia o quién quiera que tome la decisión, requiere una atención médica inmediata. (Garrote Fernandez de Santos, Leonor, & Francisco)

Dentro de la medicina de urgencias podría considerarse como todo padecimiento de orden agudo o crónico agudizado, que produce una descompensación súbita del funcionamiento del organismo que condiciona discapacidad permanente o evolución a la muerte, y que requiere de atención inmediata. (Villatoro Martinez, 2005).

Considerando la definición se incluyen:

- * La Dificultad respiratoria repentina (disnea súbita).
- * La Hemorragia activa por cualquier vía.
- * El Dolor torácico súbito y persistente (aun sino es coronario).
- * Perdida del conocimiento sin recuperación espontánea.
- * Heridas extensas y/ o amputación.
- * Las crisis convulsivas.
- * Parálisis súbita de cualquier extremidad.
- * Ingestión de sustancias tóxicas
- * Presencia de cuerpos extraños en vías respiratorias o digestivas.
- * Retención aguda de orina.
- * Mordeduras o piquetes de animales venenosos.
- * Quemaduras de 1° grado > al 15% de SCT,
- * Quemaduras de 2° grado >10% y de SCT 3° grado > 5%
- * Quemaduras de cara, articulaciones, genitales, aun con menos porcentaje.

Dentro del marco normativo vigente en Colombia es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte. (Decreto 412, Artículo 3, 1992).

De acuerdo al Decreto 412, Artículo 3 de 1992 se establecen las siguientes definiciones

4.1.2 Atención inicial de urgencia. Denominase como tal a todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a 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 urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

4.1.3 Atención de urgencias. Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.

4.1.4 Servicio de urgencia. Es la unidad que en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de Salud para esa unidad.

4.1.5 Red de urgencias. Es un conjunto articulado de unidades prestatarias de atención de urgencias, según niveles de atención y grados de complejidad, ubicado cada uno en un espacio poblacional concreto, con capacidad de resolución para la atención de las personas con patologías de urgencia, apoyado en normas operativas, técnicas y administrativas expedidas por el Ministerio de Salud.

La red actuará coordinadamente bajo una estructura conformada por subsistemas de información, comunicaciones, transporte, insumos, educación, capacitación y de laboratorios.

4.1.6 Atención extra-hospitalaria. Es la que se brinda en el lugar de la emergencia y durante el traslado del paciente al hospital. (OPS, 1998)

4.1.7 Atención hospitalaria. Comprende la atención al paciente cuando ingresa a la institución de salud, dirigida a estabilizar su condición, y el tratamiento definitivo. (OPS, 1998).

Existe una inestabilidad conceptual de la urgencia en el propio saber médico y al revisar la literatura se confirma la misma pues se encuentran múltiples definiciones relacionadas con la inminencia de atención, los compases de espera, las crecías

propias de individuo, etc. Se debe partir entonces del concepto básico de la urgencia como aquello que se debe hacer sin demora.

4.1.8 Urgencia subjetiva. Solicitud de urgencia médica inmediata desde la creencia y los valores propios del ciudadano, que una vez evaluada por un profesional se considera injustificada o demorable. (Federación de Sanidad).

4.1.9 Urgencia real u objetiva. Aquella que debe ser atendida, pero cuyo tratamiento puede demorarse una o más horas y su traslado puede realizarse con o sin asistencia médica básica. (Federación de Sanidad).

4.1.10 Emergencia. Aquella en la que la demora en la atención aumenta la mortalidad o empeora el pronóstico. (Federación de Sanidad). Y relacionada con esta:

4.1.11 Extrema urgencia. El tratamiento es imperativo en espacio de segundos o minutos para restablecer las funciones vitales respiratorias, circulatorias o cerebrales. (Caramanzana Paniagua, Alventosa Navarro, Garcia Vicente, & Lamata Cotanda).

4.1.12 Primera urgencia. Tratamiento que se debe aplicar en el plazo de una o algunas horas. Prioridad de transporte en presencia de varios heridos. (Caramanzana Paniagua, Alventosa Navarro, Garcia Vicente, & Lamata Cotanda).

4.1.13 Segunda urgencia y siguientes. El tratamiento y transporte admite un lapso prolongado. (Caramanzana Paniagua, Alventosa Navarro, Garcia Vicente, & Lamata Cotanda).

4.1.14 Atención médica prioritaria. Es la que se brinda a un paciente que por sus condiciones no puede esperar una cita médica pero que no pelagra su vida. (Susalud, 1995).

4.1.15 Urgencia vital. Es la alteración que compromete la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de servicios de salud inmediatos. (Susalud, 1995).

Surgen con el tiempo nuevos términos y procedimientos relacionados con la atención del paciente desde el ámbito prehospitalario de tal forma que no solo llegue en mejores condiciones al servicio de urgencias y por ende mejore su sobrevida, sino que también busca reorientar la atención del mismo y hacerla más efectiva.

La atención de urgencias de tipo prehospitalario y apoyo terapéutico en unidades móviles se entiende como aquel conjunto de recursos técnicos como equipamiento de cuidado intensivo, instrumental, materiales, equipo de radio, entre otros y de recursos humanos capacitados en el manejo de emergencias, disponibles para desplazarse en forma oportuna al lugar de ocurrencia de una emergencia, prestar la atención inicial por cualquier afección, mantener estabilizado el paciente durante su traslado a un centro hospitalario y a orientar respecto de las conductas provisionales que se deben asumir mientras se produce el contacto de la unidad con el paciente” (Decreto 2423, Artículo 2, 1996).

4.1.16 Referencia. Envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de las unidades prestatarias de servicios de salud, a otras instituciones de salud para atención o complementación diagnóstica, que de acuerdo con el grado de complejidad den respuesta a las necesidades de salud. (Decreto 2759, Artículo 2, 1991).

4.1.17 Contrareferencia. Respuesta que las unidades prestatarias de servicio de salud receptoras de la referencia, dan al organismo o a la unidad familiar. La respuesta puede ser la contra remisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayudas diagnósticas. (Decreto 2759, Artículo 2, 1991).

4.1.18 Remisión. Procedimiento por el cual se transfiere la atención en salud de un usuario, a otro profesional o institución, con la consiguiente transferencia de responsabilidad sobre el cuidado del mismo. (Decreto 2759, Artículo 4, 1991).

4.1.19 Interconsulta. Solicitud elevada por el profesional o institución en salud, responsable de la atención del usuario a otros profesionales o instituciones de salud para que emitan juicios y orientaciones sobre la conducta a seguir con

determinados usuarios sin que estos profesionales o instituciones asuman la responsabilidad directa de su manejo. (Decreto 2759, Artículo 4, 1991).

4.1.20 CRU o CRUE. Se refiere al Centro Regulador de Urgencias y coordinador de Emergencias en Salud (C.R.U.E.) del los diferentes departamentos. ((CRUE-VALLE), 2007).

4.1.21 Triage. Proviene de la palabra francesa “*trier*”, “*to sort*” originalmente usado para describir la clasificación de los productos en agricultura. Ahora es empleado casi exclusivamente en el ámbito médico para clasificar la atención de los pacientes. (Iserson & Moskop, 2007).

4.2 ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

La atención prehospitalaria se divide en dos. (Villatoro Martínez, 2005):

4.2.1 Atención prehospitalaria básica. Conjunto de competencias laborales, realizadas por un prestador de servicios que deberá mostrar su competencia, para realizar la función mediante: Conocimiento de procedimientos, técnicas, desempeño de habilidades y destrezas relacionadas con los servicios de atención médica prehospitalaria en el lugar del incidente, durante el traslado de la víctima, hasta su llegada al hospital receptor, así como el mantenimiento operativo del equipo médico y reabastecimiento de insumos, medicamentos y soluciones para unidad móvil de cuidados médicos (ambulancia).

4.2.2 Atención prehospitalaria avanzada. La intervención avanzada de la ayuda de la vida (ALCS) es el conjunto de competencias laborales de atención médica prehospitalaria avanzada en el lugar del incidente. Más allá del alcance de la práctica de un técnico-básico médico de la emergencia (EMT- Básico). Durante el traslado de la víctima, hasta su entrega al hospital receptor. Esta actividad está enfocada a víctimas con cuadros críticos agudos derivados de padecimientos cardiovasculares, respiratorios, neurológicos, quirúrgicos, ginecoobstétricos, traumáticos e urgencias ambientales.

El desarrollo de la atención prehospitalaria en nuestro medio se ha identificado como una de las prioridades en el fortalecimiento del sistema de salud para el manejo de urgencias, emergencias y desastres. El apoyo médico, de enfermería y de tecnólogos en el área, es esencial en este proceso, en especial en aquellas

emergencias de mayor complejidad en las que la sobrevivencia del paciente depende de una atención oportuna y calificada.

La atención prehospitalaria de urgencias se inicia con el reporte al Centro Regulador (CRU) o a quien haga sus veces, en el área de influencia de un accidente o de un enfermo en cualquier lugar, reporte que puede ser realizado por una autoridad o por un miembro de la comunidad, el cual origina una acción de coordinación con instituciones que prestan el servicio de APH (Atención prehospitalaria) para el traslado del paciente y con instituciones asistenciales para su recepción y termina con la entrega del paciente en un servicio de urgencias institucional. (Cohen Cajiao, 2008).

La Cadena de la Sobrevivencia, entendida como la serie de intervenciones críticas, de funciones y de responsabilidades coordinadas, es un término hasta cierto punto extrapolado de la reanimación básica y avanzada y que se ha utilizado en el manejo de urgencias prehospitalaria.

Comienza cuando una persona de la comunidad reconoce que se ha presentado una emergencia y toma la decisión de actuar. Esta persona llama a algún servicio de apoyo institucional, este confirma la llamada y genera una respuesta, determinando el tipo de ayuda requerida de acuerdo con la información suministrada.

El personal de apoyo externo llega al sitio del evento, presta la atención prehospitalaria, transporta los lesionados a las entidades hospitalarias. Aquí se presta la atención definitiva y se inicia el proceso de rehabilitación, de acuerdo con las características de cada caso.

La atención prehospitalaria en Colombia fue definida por el Decreto 2423 de 1996.

4.3 DEPARTAMENTO DE URGENCIAS

Es una unidad integral que el hospital dedica, para recibir, estabilizar y manejar pacientes que se presentan con una gran variedad de condiciones urgentes ó no, donde los pacientes se presentan solos ó mediante referencia. Los cuidados deben ser con un alto estándar de calidad y donde la comunidad percibe la necesidad de atención aguda o urgente, incluyendo la admisión hospitalaria, para proporcionar esta atención la sala de urgencias cuenta con personal que idealmente conozca de las urgencias (urgentólogo) específicas de ese servicio, (Villatoro Martínez, 2005), especialmente en niveles de mediana y alta complejidad o si es el caso médicos generales que cuenten con entrenamiento certificado en soporte vital avanzado de mínimo 48 horas, además de contar con enfermeras profesionales y auxiliares que cuenten con entrenamiento certificado en soporte vital básico de mínimo 20 horas. (Resolución 1043, anexo1, 2006)

Esta misma resolución determina los elementos mínimos en infraestructura con los que de urgencias:

Puesto de enfermería.

Consultorios con las características de consulta externa.

Sala de procedimientos con área para curaciones, Si cuenta con sala ERA, rehidratación oral o sala de yeso deberá cumplir con los requisitos solicitados en dichos servicios.

Sala de observación (si atiende pacientes pediátricos contar con ambiente separado para este tipo de pacientes).

Sala de Reanimación (en baja complejidad puede ser la misma área de procedimientos).

El servicio garantiza la disponibilidad de oxígeno en los consultorios, en el área de observación y en la sala de reanimación y Presta servicios las 24 horas.

Este servicio deberá de ser capaz de proveer ó arreglar los cuidados posteriores de los pacientes atendidos más allá de la fase de urgencias, (ingreso a piso) dependiendo de la infraestructura hospitalaria. Si el rango de atención es limitado –servicio de urgencias pediatría, ginecología, cardiología, etc.) Deberán de ser informados, los servicios prehospitalarios, diseñando políticas hospitalarias para la adecuada atención y referencia de cada paciente. (Villatoro Martínez, 2005).

El ministerio de salud en Colombia reglamento el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud, a fin de mejorar la calidad en la prestación

de los servicios de salud en los aspectos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

4.4 CLASIFICACION DE LA PRIORIDAD PARA LA ATENCION DE URGENCIAS

El triage es un término de origen francés que significa seleccionar, escoger o priorizar; fue utilizado inicialmente en la primera guerra mundial en relación con la atención del gran número de heridos en combate. (Iserson & Moskop, 2007).

Se entiende por triage el *"Proceso de categorización de lesionados basado en la urgencia de sus lesiones y la posibilidad de supervivencia"*, diferente al criterio de atención en condiciones normales, en las que el lesionado más grave tiene prioridad sin tener en cuenta el pronóstico inmediato o a largo plazo. (Cohen Cajiao, 2008).

Este concepto de Triage se aplica en los diferentes servicios de urgencias para priorizar la atención con las siguientes finalidades que se complementan entre sí:

- Identificación de los pacientes con entidades urgentes que ponen en peligro la vida.
- Determina el área más apropiada para el tratamiento de los pacientes.
- Disminuye la congestión en las áreas de urgencias.
- Otorga una evaluación continua a los pacientes.
- Facilita la estabilización de los pacientes según su grado de complejidad.
- Les asigna a los pacientes su destino inmediato y final.

Típicamente el sistema de Triage en el servicio de urgencias se ha diseñado para identificar los casos más urgentes (o potencialmente más serios) para asegurar que estos reciban tratamiento prioritario, seguido de los casos urgentes de menor complejidad. Existen diferentes escalas de clasificación del Triage; para el caso de Colombia se ha implementado una basada en prioridades y graficada, por así decirlo con colores.

Categorías de Triage. (Dueñas & Velandia), (Iserson & Moskop, 2007).

Prioridad tipo I ó ROJA: Llamados también CRÍTICOS RECUPERABLES. Es el paciente que se presenta con una situación amenazante de la vida o con riesgo de pérdida de una extremidad u órgano; se incluye igualmente a los pacientes con dolor intenso. Estos pacientes requieren una atención médica urgente ya que con los recursos disponibles tienen probabilidad de sobrevivir.

Prioridad tipo II ó AMARILLA: Se aplica a los pacientes CRÍTICOS DIFERIBLES, es decir aquellos con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica cuyo problema representa un riesgo de inestabilidad o complicación quienes requieren una atención médica que da lugar a esperas cortas.

Prioridad tipo III ó VERDE: Se reserva para aquellos pacientes NO CRÍTICOS, o sea los que presentan lesiones leves, cursan con estabilidad hemodinámica, ventilatoria y neurológicas en quienes la atención permite tiempos de espera, sin que esto comprometa su vida.

Etiquetaje

Uno de los ingredientes más importantes dentro del proceso de Triage es la identificación de los lesionados mediante el uso de etiquetas o tarjetas, las cuales se colocan a los lesionados durante la etapa de diagnóstico, en las que se consigna sucesivamente toda la información sobre la categoría o prioridad del lesionado, diagnóstico inicial y consecutivo, medicamentos aplicados, hora de aplicación, etc.

La tarjeta debe llevar el orden de agravamiento, de manera que permita seguir la secuencia lógica que puede presentar el lesionado.

Cuando se revisa la literatura sobre Triage el uso más destacado de este sistema de clasificación de riesgo ha sido durante episodios catastróficos de toda índole y en este punto se puede hacer cierta discrepancia con el uso hospitalario del mismo y que hace fundamental su mención para que se comprenda la importancia de este como herramienta fundamental para la evaluación del riesgo del paciente.

Triage Primario (Cohen Cajiao, 2008):

Durante este se realiza persiguen los siguientes la evaluación diagnóstica inicial de los lesionados, prestándoles el auxilio inmediato en casos en los que haya compromiso directo de la vida.

Se clasifican los lesionados de acuerdo con la evaluación inicial de sus lesiones y asignarles una prioridad. Estos lesionados son trasladados al centro de atención y clasificación de heridos más cercanos.

El personal de socorro que llega al sitio de la emergencia define entre las personas de mayor experiencia, el responsable único del Triage primario, quien luego de establecer el criterio de clasificación de cada lesionado procede a realizar el etiquetaje. Sus demás compañeros lo acompañan para llenar la información de la tarjeta e iniciar de inmediato la atención de los lesionados que requieran maniobras básicas de reanimación, contención de hemorragias, manejo del shock, inmovilizaciones y preparar la evacuación en orden de prioridades.

Triage Secundario: Pretende revisar la prioridad de los lesionados, evaluando su estado clínico y estabilizándolos.

Les brinda tratamiento prehospitalario a quienes no necesitan atención institucional.

Traslada los lesionados hacia las unidades hospitalarias de acuerdo con la prioridad asignada y la complejidad de cada institución. Por último hace un registro adecuado de todos los pacientes atendidos

La prioridad en la evacuación depende de los recursos disponibles en el centro de transporte. Si el número de lesionados es igual al número de vehículos, el procedimiento puede ser sencillo: Aquellos que son estabilizados primero se evacuan de inmediato. Sin embargo, si el número de lesionados excede el número de vehículos disponible, la prioridad de evacuación debe ser dada a aquellos lesionados críticos, seleccionándolos incluso dentro de un mismo grupo de prioridad. (Cohen Cajiao, 2008)

En el Triage terciario se revisa la prioridad de los lesionados provenientes de la zona de impacto y evaluar su estado clínico. Se estabilizan los lesionados y se les brinda tratamiento

Se planea la utilización racional de quirófanos, servicios de rayos X, banco de sangre y laboratorio, así como del recurso humano.

El Triage cuaternario es el que se realiza cuando se toma la última decisión de manejo definitivo del paciente, especialmente en la sala de cirugía, en la que se debe decidir cuál de los lesionados debe pasar primero al quirófano.

Según la normatividad vigente, en Colombia el Triage será de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud que tengan habilitados los servicios de urgencias para clasificar la prioridad de atención en estos servicios. (Decreto 4747, Artículo 10, 2007). Esta a su vez debe realizarse de forma obligatoria por un profesional de la salud debidamente entrenado para tal efecto. (Circular externa 10, 2006). En tal campo vemos desempeñándose tanto enfermeras profesionales como a médicos indistintamente.

En los estándares de habilitación cuando se hace referencia al mismo se especifica su instauración más no se enfatiza en su obligatoriedad.

A pesar de lo anterior para la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas los servicios de Triage no son suficientes para descartar una urgencia. (De Brigard Pérez A. M., 2006), con lo que discrepamos pues si se aplican adecuadamente y se apoyan en puntuaciones de severidad implementadas para las diferentes patologías, como se ha demostrado en el mundo, son una forma efectiva de clasificar a los pacientes, sobre todo detectando las verdaderas urgencias.

4.5 ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

Se entiende como atención inicial de urgencia a todas las “acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a 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 urgencia”. (Decreto 412, Artículo 3, 1992), (Decreto 783, Artículo 12, 2000). Teniendo en cuenta que el que define esta condición es el médico.

Dentro de la normatividad vigente “se garantiza a los afiliados al sistema la atención de urgencias en todo el territorio nacional” (Ley 100, Artículo 159, 1993).., y que “todas las instituciones o entidades que presten servicios de salud están obligadas a prestar la atención inicial de urgencias, con independencia de la capacidad socioeconómica de los demandantes de estos servicios” (Ley 10, Artículo 1, 1990) ,sin requerirse contrato no orden previa, (Decreto 047, Artículo 10, 2000), (Resolución 1043, anexo1, 2006), (Ley 715, Artículo 67, 2001) además exonerada de copagos” (Acuerdo 260, Artículo 7, 2004).

En caso de que se llegara a negar el servicio a los pacientes, “la institución será sancionada por la Superintendencia de Salud con multas, por una sola vez o sucesivas, hasta de 2.000 SMMLV por cada multa, y en caso de reincidencia podrá conllevar hasta la pérdida o cancelación del registro o certificado de la institución” (Ley 1122, Artículo 20, 2007).

La atención inicial de urgencia debe ser “Acorde con el nivel de atención y grado de complejidad de cada entidad (Decreto 412, Artículo 3, 1992), y si el paciente es remitido, su responsabilidad llega hasta el momento en que este ingrese a la entidad receptora” (Decreto 412, Artículo 3, 1992) o en caso de que el paciente se niegue a recibir la atención que le ofrece la institución, ésta queda exonerada de la responsabilidad” (Circular externa 014, 1995).

Hay que tener en cuenta que el sistema de referencia y contra referencia no se realiza en el servicio de urgencias.

Una vez prestado el servicio obligatorio de atención inicial de urgencias las IPS deberán:

1. Identificar la causa de la urgencia y cuando se trate de accidente de trabajo o enfermedad profesional; accidente de tránsito; acciones terroristas; catástrofes naturales, a fin de garantizar los soportes necesarios para los respectivos reembolsos (Circular externa 014, 1995).

2. Identificar si quien recibe la atención se trata de un paciente afiliado al régimen contributivo, al régimen subsidiado, o se trata de una persona vinculada, así como el municipio y departamento habitual de residencia, a fin de conocer la entidad responsable del pago de los servicios prestados (Circular externa 014, 1995).
3. Calificar en primera instancia el origen del accidente de trabajo o enfermedad profesional del paciente que atienda en urgencias (Decreto 1295, Artículos 8 y 9, 1994).
4. La IPS que atienda una urgencia por accidente de trabajo o enfermedad profesional, deberá informar dentro de los dos días hábiles siguientes a la ocurrencia del accidente de trabajo o a la primera calificación de la enfermedad profesional a la Entidad Promotora de Salud y a la Entidad Administradora de Riesgos profesionales a las cuales se encuentra afiliado el paciente (Decreto 1295, Artículo 6 , 1994).
5. Todo prestador de servicios de salud deberá informar obligatoriamente a la entidad responsable del pago, el ingreso de los pacientes al servicio de urgencias dentro de las veinticuatro horas siguientes al inicio de la atención (Decreto 4747, Artículo 12).

De la Circular externa 014 de 1995 se pueden extraer los siguientes tópicos

6. Informar a la respectivos Municipios los casos de atención inicial de urgencias y atención de urgencias de personas vinculadas, a efectos de que éste las afilie al Régimen Subsidiado.
7. Cobrar el valor total de la atención, cuando el paciente utilice los servicios de urgencias sin ser una urgencia.
8. Continuar con la atención al paciente si obtiene la autorización o si tiene contrato con la entidad a la cual está afiliado el usuario, o si éste cubre los gastos del tratamiento siguiente, cuando se trate de una persona con capacidad de pago no afiliada al Sistema.
9. Continuar con la atención al paciente si es una entidad pública o privada que tenga contrato con el Estado para el efecto y si se trata de un usuario vinculado al Sistema.
10. Remitir el paciente a la institución que le señale la entidad a la cual esté afiliado.
11. Remitir el paciente a una institución pública cuando sea un participante vinculado.
12. Remitir el paciente a una institución que él o su familia indique cuando sea un usuario que no está afiliado, ni vinculado al Sistema.

Una vez prestado el servicio obligatorio de atención inicial de urgencias las EPS o ente pagador deberán:

1. "Reconocer los gastos por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS y la solicitud de reembolso deberá hacerse en los 15 días siguientes al alta del paciente y será pagada por la EPS en los 30 días siguientes a su presentación" (Resolución 5261, Artículo 14, 1994) y la IPS que presta el servicio recibirá de la EPS el pago correspondiente con base en las tarifas pactadas, si las hay, o con las tarifas del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito -SOAT-." (Resolución 2839, 1994).

2. "En caso de ser un ente público el pagador, el reconocimiento del costo deberá cancelarse máximo en los tres meses siguientes a la radicación de la factura de cobro" (Ley 715, Artículo 67, 2001).

4.6 ATENCION DE URGENCIAS

Se entiende por urgencia a toda "alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras" (Resolución 5261, Artículo 9, 1994).

El manual de actividades, intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de salud establece cuales son las actividades para la atención de pacientes en el servicio de urgencias, las cuales incluyen: Evaluación y atención medica, sutura, observación hasta por 24 horas, hidratación, estabilización y remisión de paciente que lo requiera, además de otras actividades y procedimientos médicos y de enfermería e interconsulta especializada, así como la movilización del paciente en ambulancia cuando lo requiera.

La salud es un derecho fundamental y es función del estado velar por este, según la Sentencia T-860 del 28 de octubre de 1999: "no es la muerte la única circunstancia contraria al derecho constitucional fundamental a la vida, sino también todo aquello que la haga insoportable y hasta indeseable. El dolor o cualquier otro malestar que le impida al individuo desplegar todas las facultades de que ha sido dotado para desarrollarse normalmente en sociedad, ha dicho la Corte, aunque no traigan necesariamente su muerte, no solamente amenazan,

sino que rompen efectivamente la garantía constitucional señalada, en tanto que hacen indigna su existencia”.

La naturaleza de la salud no debe sujetarse a la dinámica y principios del mercado sino éste y toda otra forma de suplir servicios de salud debe tener en cuenta que lo que se pretende es garantizar el acceso a la salud en condiciones de calidad y continuidad.

La necesidad de brindar una atención oportuna es un deber que se predica de todas las Entidades Promotoras de Salud que, en principio, debería extenderse a todo tipo de patologías. Sin embargo, no se puede desconocer el hecho de que el Sistema de Seguridad Social en materia de salud no cuenta con los recursos suficientes para responder con igual rapidez todas las demandas de sus afiliados. En todo caso la constatación de esta realidad jamás podrá ser razón suficiente para posponer o dilatar indefinidamente la prestación del servicio de salud en aquellos casos en que está directamente comprometido el derecho a la vida digna y a aliviar los sufrimientos que impiden el goce efectivo del derecho a la integridad, por tal motivo las EPS han creado una figura que no aparece en la normatividad “la atención prioritaria”, que consiste en crear espacios aparte para atender los pacientes que presentan situaciones que sin ser de urgencia vital (termino que tampoco aparece en la normatividad) requieren de valoración medica y dan más espera (Arroyave Zuluaga, 2007).

Cabe resaltar que en la normatividad colombiana en atención inicial de urgencias es muy reiterativa con respecto a que la atención debe ser prestada en forma obligatoria por todas las instituciones públicas y privadas, independiente de la capacidad de pago, sin requerirse contrato ni orden previa, sin embargo es lo que más se incumple ya que cada vez mas aumentan los índices de mortalidad por desatención medica especialmente en los” paseos de la muerte” ya que según la defensoría del pueblo a 38 de cada 100 personas que han acudido a urgencias, se les ha negado la atención sin explicación y sumado a esto hay demoras en la atención principalmente por las trabas administrativas de las mismas entidades y porque muchos de los pacientes que acuden a los servicios de urgencias sin tener una enfermedad que realmente no pone en peligro su vida, colapsando el servicio (López Muñoz, 2007).

Prueba de la negación de los servicios de salud oportunos, es que los pacientes o sus familias recurran a la tutela para demandarlos: de 14.173 acciones de tutela instauradas de enero a septiembre de 2006 en medellin.12.077 (84%) reclamaban

servicios de salud (4.321 contra la dirección de salud de Antioquia y contra EPS, encabeza el seguro social con 3.381, seguidos de 7 EPS privadas 996 a Susalud, 694 a Saludcop, 672 a Coomeva, 403 a Salud total, 360 a Cafesalud, 343 a COMFENALCO y 301 a Cruz Blanca (Muñoz Lopez, Urgencias en Medellín: colapso anunciado, 2007).

La atención inicial de urgencias no es recibir al paciente, examinarlo y ponerle unos líquidos endovenosos, sino que significa la atención para estabilizar sus signos vitales y proteger la integridad y la vida en inminente peligro, si es necesario internar al paciente en una unidad de cuidados intensivos para esta atención inicial de urgencias, hay que hacerlo y la EPS tiene la obligación de pagar esa atención y no puede haber de por medio la exigencia de un papel de autorización, porque mientras llega esta, el paciente puede fallecer; aunque muchas veces el médico y las mismas IPS proceden temerosos, porque son ellos los que tienen que asumir con la responsabilidad ética y financiera, además, es importante anotar que el personal médico desconoce la legislación que rige su práctica médica.

El sistema de servicios de urgencia, más que cualquier otra unidad de salud, requiere una Legislación clara y definida, ya que la urgencia incrementa la probabilidad de error médico, y en consecuencia el riesgo de acusación por negligencia.

4.7 COBERTURA

“En el Sistema General de Seguridad Social en salud la cobertura para los trabajadores dependientes será, durante los primeros treinta días después de la afiliación, únicamente en la atención inicial de urgencias”, “ el trabajador independiente una vez inscrito y cancelada su primera cotización, tendrá derecho a recibir conjuntamente con su familia de manera inmediata, la totalidad de los beneficios contemplados en el plan obligatorio de salud”, “Una vez suspendido el pago de la cotización como consecuencia de la finalización de la relación laboral o de la pérdida de la capacidad de pago del trabajador independiente, el trabajador y su núcleo familiar gozarán de los beneficios del plan obligatorio de salud hasta por treinta días más contados a partir de la fecha de la desafiliación, siempre y cuando haya estado afiliado al sistema como mínimo los doce meses anteriores” (Decreto 806, Artículo 74, 1998).

“Cuando el usuario lleve cinco años o más de afiliación continua a una misma Entidad Promotora de Salud tendrá derecho a un período de protección laboral de tres meses, contados a partir de la fecha de su desafiliación” (Decreto 806, Artículo74, 1998).

“Durante el período de protección laboral, al afiliado y a su familia sólo les serán atendidas aquellas enfermedades que venían en tratamiento o aquellas derivadas de una urgencia” (Decreto 806, Artículo74, 1998).

4.8 CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA

En la resolución 5261 de 1994, en su Artículo 22 se define la calidad de los servicios como aquel “conjunto de características técnico- científicas, materiales y humanas que debe tener la atención de salud que se provea a los beneficiarios, para alcanzar los efectos posibles con los que se obtenga el mayor número de años de vida saludables y a un costo que sea social y económicamente viable para el sistema y sus afiliados.

La calidad se caracteriza por presentar oportunidad, agilidad, accesibilidad, continuidad, suficiencia, seguridad, integralidad e integridad, racionalidad lógico-científica, costoefectividad, eficiencia, humanidad, información, transparencia, consentimiento y grado de satisfacción de los usuarios”.

Además la resolución determina que la “evaluación de calidad de la atención, es la medición del nivel de calidad de una actividad, procedimiento o guía de atención integral de salud, siendo una herramienta para mejorar la eficiencia y solventar algunos de los problemas característicos vinculados a dicho sector”.

Las obligaciones de los sistemas de servicios de salud de urgencias medicas son:

- Implementar Procesos en la atención en el servicio de urgencias. Anexo 1. (Lucena Velandia)
- Desarrollar programas dirigidos a la evaluación de los servicios que se prestan.
- Desarrollar programas para la mejoría continua de la calidad y de indicadores de eficiencia, ya que nos permite detectar los errores y a partir de aquí mejorar continuamente mediante la autoevaluación.

Para la evaluación adecuada del sistema de calidad las diferentes instituciones desarrollan indicadores de calidad, que les permiten no solo medirse así mismos sino evaluarse ante otras instituciones (Lucena Velandia). Anexo 2.

Dependiendo del concepto que interese medirse los indicadores pueden ser de 2 tipos:

De demanda (por ejemplo, número de pacientes atendidos por cada mil habitantes y año) también conocidos de cantidad.

De calidad de las actividades (por ejemplo, tiempo medio de demora en la atención a los pacientes

La calidad puede enfocarse en aspectos como: indicadores de proceso (aquellos que evalúan la calidad de los procesos asistenciales, es decir, cómo se hacen las cosas) e indicadores de resultado (los que miden el resultado final de las actividades sanitarias, independientemente del modo como éstas hayan sido hechas).

Se establecen por tanto tres grupos de indicadores:

- Indicadores de actividad: son aquellos que miden la cantidad de solicitudes de asistencia que se presentan en el servicio de urgencias. Tienen un valor informativo para evaluar el uso de los recursos asistenciales y su gestión, además de permitir una comparación de la actividad del centro con otros servicios de urgencias de otros centros.

- Indicadores de calidad de proceso: son aquellos que miden aspectos cualitativos del proceso de asistencia de la urgencia. Estos indicadores miden el funcionamiento del servicio de urgencias desde el punto de vista organizativo y de la calidad de los procesos.

- Indicadores de resultado: son aquellos que miden los resultados finales de las actividades asistenciales. Informan por tanto de la calidad y capacidad técnica y resolutive del servicio de urgencias. (SEMES, 2001)

4.9 RED DE URGENCIAS

Es un conjunto de articulado de unidades prestatarias de atención de urgencias, según niveles de atención, y grados de complejidad, ubicado cada uno en el espacio poblacional concreto, con capacidad de resolución, para la atención de personas con patologías de urgencias, apoyado en normas operativas, técnicas y administrativas expedidas por el ministerio de salud (Decreto 412, Artículo 3, 1992).

La red funcionara coordinadamente bajo una estructura de información, comunicaciones, transporte, insumos, educación y de laboratorios (Decreto 412, Artículo 3, 1992).

Realmente la red de urgencias en Colombia está colapsada: hacen falta camas, unidades de cuidados intensivos, recurso humano y especialistas entrenados, remisiones oportunas y control de la red hospitalaria.

Para prestar la atención en salud en situaciones de urgencia, se requiere fortalecer la red de urgencias en todo el territorio nacional, para lo cual es necesario mejorar la capacidad de respuesta de los hospitales y una adecuada red de transporte.

4.10 REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

El sistema de referencia y contra referencia es muy importante para garantizar la atención en urgencias en todo el territorio nacional y en todos los niveles de atención y grados de complejidad.

Acorde con el Decreto 4747, artículo 17 de 2007 los elementos de diseño, responsabilidad de cumplimiento y pago pueden delinearse así:

“El diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contra referencia y la operación del sistema de este es de obligatorio cumplimiento por las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones”.

Con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención, es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud la consecución de institución prestadora de servicios de salud receptora que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes.

La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remitir hasta que ingrese en la institución receptora. Cuando el transporte se realice en una ambulancia debidamente habilitada, que no dependa de la IPS remitora, la entidad que tiene habilitado el servicio de transporte será responsable de la atención durante el mismo, con la tecnología disponible de acuerdo con el servicio de ambulancia habilitado, hasta la entrega del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable del pago.

Las entidades responsables del pago de servicios de salud podrán apoyarse para la operación del proceso de referencia y contra referencia a su cargo, en los centros reguladores de urgencias y emergencias, para lo cual deberán suscribir contratos o convenios según sea el caso.”

La responsabilidad de aplicar los sistemas de referencia y contrareferencia de pacientes en todos los niveles de atención en salud recae en los Departamentos (Red Departamental de Urgencias), distritos y municipios a través de las respectivas Direcciones de Salud (Decreto 2759, 1991).

4.11 CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y COORDINADOR DE EMERGENCIAS EN SALUD (C.R.U.E.)

El término CRU o CRUE se refiere al del los diferentes departamentos. Se constituye como un organismo adscrito a la Secretaria Departamental de Salud del mismo, del orden gubernamental y es encargado de coordinar y asesorar los diferentes niveles de prestación de servicios para la atención de urgencias, las situaciones de emergencias y desastres, las acciones de vigilancia en salud pública y la Red de trasplantes de órganos y tejidos. Las instituciones de salud, sus profesionales y la comunidad, reciben orientación para el manejo de pacientes con patologías de atención urgente, según protocolos, clasificándolos conforme a las patologías, orientándolos en la atención pre-hospitalaria y la ubicación del paciente en el nivel de salud correspondiente y disponible ((CRUE-VALLE), 2007).

4.12 DERECHOS DE LOS USUARIOS

En el Decreto 4747 del 7 de diciembre de 2007, se establecieron varias disposiciones que regulan las relaciones entre los prestadores y pagadores, con el

objetivo de proteger los derechos de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Para los casos de servicios de urgencia, se establece que la identificación del usuario y de la entidad responsable del pago de los servicios de salud debe hacerse posterior a la selección y clasificación del paciente y no podrá ser causa bajo ninguna circunstancia para posponer la atención inicial de urgencias.

En caso de que se necesite atención posterior a la atención inicial de urgencias y que ésta requiera autorización por parte de las EPS y demás entidades responsables del pago de los servicios de salud, el decreto aclara que este trámite “no podrá ser trasladado al paciente o a su acudiente y es de responsabilidad exclusiva del prestador de servicios de salud”.

Con este artículo se eliminan las barreras que en algunos casos se imponen para cumplir con la obligación de atender las urgencias, y también se acaba con la costumbre de poner al paciente o a su familia a dar vueltas adelantando trámites que son responsabilidad de los prestadores y pagadores.

La norma también contempla que en caso de que un paciente requiera una remisión a otro prestador “es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud la consecución de institución prestadora de servicios de salud receptora que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes”.

Por ejemplo, si la IPS a donde un paciente es remitido para hospitalización no cuenta con la disponibilidad de camas, la EPS o entidad responsable del pago está en la obligación de conseguir otra institución, ya sea del mismo nivel de complejidad o de uno superior que garantice la integralidad de los servicios requeridos.

De otra parte, en el caso de los afiliados al Régimen Contributivo a los que el empleador haya descontado la cotización pero no la haya transferido a la EPS, bastará con que éstos presenten el comprobante del descuento para ser atendidos por las IPS. “Esto significa que se acaba la negación de servicios con el argumento de que el empleador no pagó a la EPS la correspondiente cotización”.

La norma también prohíbe a los Prestadores de Servicios de Salud (IPS de cualquier naturaleza, profesionales independientes y ambulancias) pedir a los usuarios copias, fotocopias o autenticaciones de documentos para que éstos puedan acceder a la atención médica.

La Supersalud establece que EPS, hospitales, ambulancias de medicina prepagada y servicios de salud, deben brindar atención telefónica al usuario las 24 horas sobre atención de urgencias (Circular externa 031 , 2006). El cumplimiento de estas indicaciones se lleva a cabo de manera parcial pues no es un secreto que las líneas de atención telefónica tienden a colapsar.

“Cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con algún servicio requerido, este podrá ser remitido al municipio más cercano que cuente con él. Los gastos de desplazamiento generados en las remisiones serán de responsabilidad del paciente, salvo en los casos de urgencia debidamente certificada o en los pacientes internados que requieran atención complementaria. Se exceptúan de esta norma las zonas donde se paga una unidad de pago por capitación (UPC) diferencial mayor, en donde todos los gastos de transporte estarán a cargo de la EPS” (Acuerdo 260, Artículo 7, 2004).

5. PANORAMA ACTUAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN COLOMBIA

Los servicios de urgencias son unidades diseñadas para proporcionar tratamiento médico altamente profesionalizado, con disponibilidad inmediata de recursos especiales a pacientes que requieran (o necesiten) cuidados urgentes, a cualquier hora del día o de la noche.

En la actualidad existen fenómenos de saturación que dan pie a que se produzcan errores y omisiones graves, aglomeración, esperas excesivamente prolongadas para la asistencia inicial, "fugas" de pacientes que optan por marcharse sin que se les atienda, e incluso episodios de violencia.

Las estadísticas colombianas arrojan que cada año se están presentando entre 12 y 14 millones de consultas por urgencias, que equivalen al 65% del total de las consultas. Es decir, por cada 100 consultas hospitalarias, 65 son por urgencias, según la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. (De Brigard Pérez, 2001). Solo para el 2007 se atendían en servicios tanto públicos como privados 32.876. (EITiempo.com, 2007).

Un porcentaje muy alto, cuando la literatura médica internacional indica que deberían ser 30 consultas de urgencias por cada 100 externas (EITiempo.com, 2007).

Ejemplos más puntuales como el caso de Bogotá en donde en el 2001, en hospitales de 3 nivel reportaban 300 consultas diarias, 9000 mensuales, con un aumento del 20% con respecto al año anterior y un 40% en comparación con 1999. (ELTiempo.com, 2007)

En Medellín se llevó a cabo una investigación en 2006 en 27 servicios de urgencias de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de primero, segundo y tercer nivel de atención, durante una semana, encontrándose que de 9730 pacientes que solicitaron atención médica urgente su gran mayoría fue admitida (89,4 %) y solo el 10,6 % no, de estos el 62,6% debido a que el motivo de la consulta no se consideró como urgente y el restante 16% por que la institución no

pertenecía a la red a la cual cotizaba el paciente. (Valencia Sierra, González Echeverri, Agudelo Vanegas, Arenas Acevedo, & Vallejo Zapata, 2007).

El incremento de esta demanda en los servicios de urgencias se atribuye al crecimiento de la población, la inversión de la pirámide poblacional que hace que acudan cada vez más, pacientes de edad avanzada con múltiples patologías que requieren hospitalización y que su estancia en la misma habitualmente es prolongada; contribuyendo esto al poco giro cama que a la larga termina colapsando aún más los servicios. Al aumento en la prevalencia de patologías crónicas, pero también y en gran medida a la utilización del servicio de urgencias como fuente alternativa de cuidados ambulatorios para problemas no urgentes ya que los pacientes tienen la certeza que en estos servicios se les debe atender sin exigirles pago previo o condicionante alguno; la consulta externa de los aseguradores no responde con la rapidez que su condición lo requiere y que es posible que con esta única visita al servicio de urgencias se resuelva su problema sin tener que acudir a nuevas citas.

Además de lo anterior y a pesar que entre el 50% y 70% de los ingresos hospitalarios tienen su origen en las puertas de urgencias del propio centro, la dificultad por encontrar cama dónde acomodar a los pacientes es creciente.

No obstante lo anterior La ley es clara: Todo paciente que demande atención de urgencias tiene derecho a ser atendido, pero esto no ha evitado que se sumerja al término aparentemente simple en un torrente de subdivisiones como la urgencia no vital, la vital, etc. Esto convida a una revisión del soporte en la legislación de las mismas.

El número insuficiente de camas de todos los niveles de atención y más preocupante aún de los niveles más complejos aunado a pobre políticas de promoción y prevención que hacen de nuestra salud curativa, irónicamente.

Son pocas las instituciones que cuentan con la tecnología suficiente para manejar patologías difíciles que requieren por ejemplo, intervencionismo temprano creado distancias cada vez mayores no solo con la población rural, sino con la misma urbana y aumentando el número de pacientes con discapacidades físicas severas.

La falta de Unidades de Cuidados Intensivos hace que el pronóstico de los pacientes se a pobre a pesar de un buen manejo en urgencias, pues la

recuperación postreanimación de los mismo requiere de un soporte adecuado en el momento oportuno

La crisis epidemiológica de enfermedades con complicaciones severas y amenazantes de la vida por ejemplo el VIH.

Los servicios de urgencias se convirtieron, prácticamente, en la única vía que los ciudadanos tienen para que los atiendan bien y rápidamente, las urgencias están saturadas de casos que no son urgentes.

La falta de los insumos básicos para trabajar determinados por el POS que hacen de medicamentos indispensables para el soporte básico de los pacientes privilegio de alta complejidad y eso por no ahondar en la verdadera falta de los mismo, llegando a extremos tales como que el paciente compre desde su analgesia hasta insumos como catéteres.

El desorden en la remisión de pacientes desde los municipios, que envían enfermos con cuadros clínicos que podrían ser tratados en hospitales de primer y segundo nivel, causando congestión e imposibilidad de atender a tiempo a quienes requieren el servicio como un lado de la moneda. En la contracara están aquellos pacientes que pierden miocardio o cerebro o simplemente mueren en espera de llegar a un nivel en el que se pueda manejar su patología.

Compromiso en la calidad del servicio pues aunque se cuenta con personal capacitado y dedicado, a éste le toca recurrir a cualquier maniobra para suplir la falta de equipos hospitalarios.

El Centro Regulador de Urgencias tiene comunicación con el sector público vía radio y con el sector privado vía telefónica, lo cual dificulta la referencia y contra referencia de los pacientes porque muchas veces no contestan el teléfono o algunas IPS tienen cortado el servicio telefónico.

Es importante identificar un factor que puede influir en el acceso, la oportunidad de la atención así como las acciones de referencia y contra referencia de los

pacientes a los servicios de urgencias relacionado con la carencia de una red de urgencias en las ciudades.

5.1 SECUENCIA DE ATENCIÓN EN URGENCIAS

La realidad que se vive en los hospitales y clínicas del país dista mucho de la idea que indican los variados y bien intencionados desarrollos normativos sobre la materia. La legislación, dicho con justicia, amplia y coherente, se queda corta ante la problemática de dimensiones desbordadas. Lo mismo ocurre con la capacidad de contención que corresponde a los organismos de vigilancia y control.

Cada día se congestionan más los servicios de urgencias, pues se han transformado en las más efectivas puestas de entrada de la población colombiana a la atención en salud, se afirma que el no cobro de vales del servicio, cuotas moderadoras o copagos influye en la escogencia del usuario; al igual que la prontitud del servicio su capacidad resolutoria y por supuesto la atractiva realidad de que para las urgencias no existen preexistencias, periodos de carencia ni ningún otro tipo condicionante de la atención.

Las clínicas y hospitales colombianos saben que deben atender a la población que asiste a sus servicios de urgencias, que lo debe hacer sin condiciones ni objeciones aun cuando el servicio no sea una urgencia, porque así lo dice la ley, así lo recuerdan las autoridades y así se reitera en los innumerables eventos de educación continuada que se ofrecen. Saben también los prestadores que atendido el paciente inicia un proceso, con demasiada frecuencia infructuoso, por tratar de recuperar el costo de esta atención; también se observa en nuestro diario vivir que el paciente no ha sido formado en un sistema que a la par con la garantía de sus derechos le exija responsabilidades. Nadie le ha informado que para acceder al servicio de urgencias debe procurar su adecuada utilización, que del uso racional de los recursos deriva una mejor atención para el mismo y para la comunidad en general.

Sin embargo, los pacientes acuden al servicio, e ingresan por el área de urgencias, donde deben identificarse para que la IPS pueda saber a que tipo de afiliación tiene el usuario es es al régimen contributivo, al régimen subsidiado o si se trata de una persona vinculada. Además se debe saber a que municipio y departamento pertenece. Pero la gran problemática de esto es que la

identificación del usuario no es ni puede ser una obligación por parte del mismo, pues se vería esto como un condicionamiento para la atención y esto iría en contra a la normatividad nacional. Luego de ser el paciente evaluado por un profesional idóneo se califica como urgencia o no, al ser urgencia se tratará como tal en el menor tiempo posible, en cambio si es no urgencia o una patología que puede ser tratada por consulta externa comienza una disputa entre el usuario y la institución; la institución tiene la obligación de informar de esto al paciente y explicarle la situación, además debe informarle con quien puede quejarse o que acciones judiciales puede iniciar para que esto cambie. (De Brigard Pérez A. M., 2006)

6. PARA RESOLVER LA PROBLEMÁTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

No creemos que sea un sueño romántico que llegue el momento en el que todos aquellos que acudan a un servicio de urgencias obtengan ayuda tan pronto como la solicitan y más aún que esta sea tanto de la mejor calidad como del nivel de complejidad suficiente para que la vida de este individuo pueda continuar sin perturbación alguna.

Una única solución sería una verdadera utopía como lo han demostrado las dificultades persistentes en países con muchos más recursos que los nuestros. Es claro que la creación de nuevos hospitales y centros de urgencias más grandes en los Estados Unidos y México por ejemplo, solo demostraron que estos también podrían saturarse, pero en nuestro caso es claro que un sistema de primeros niveles de muy baja complejidad y muy pocos de alta, que además cuentan con pocas camas y que conducen a hospitales llenos que obligatoriamente contienen el ingreso de los pacientes bien sea por remisiones o por ingreso directo.

Pero ante tan caótico panorama si quedan claros algunos puntos como que los pacientes deben ser evaluados por profesionales de la salud de ninguna manera el personal administrativo y el de seguridad opinarán sobre el estado de salud de los pacientes o determinaran si corresponde o no su atención.

Fortalecer herramientas como el Triage como formas de priorizar la atención. Se debe realizar un Triage que sirva para ordenar la prioridad de atención, asignar los tiempos de atención y disponer la solución oportuna de lo más grave y el mismo según las normas internacionales debe ser realizado por el médico general o especialista con más experiencia con que cuente el servicio, aunque experiencias con enfermería profesional en el país están dando buenos resultados y se encuentran adecuadamente normativizadas.

Los procesos administrativos aunque importantes deben desarrollarse en el orden pertinente y en este punto se hace fundamental que los encargados de los mismos cuenten con capacitaciones frecuentes sobre urgencias para que identifiquen emergencias y conduzcan adecuadamente al paciente y a su familia sin demoras

en tramitología. Adicionalmente sistematizar los servicios de urgencias para que no se pierda tiempo con copias, firmas, repetición de datos, etc.

Después de realizar el triage, se orientarán a los pacientes cuyas condiciones no sean graves, para conseguir una cita por consulta externa o consulta prioritaria, preferiblemente en la misma institución. La esencia es atender. A ninguna persona se le niega la oportunidad para resolver sus dolencias. Cabe resaltar que la figura de consulta prioritaria no está legislada hasta el momento pero es una herramienta que aplican muchas EPS. Es claro que bajo esta figura o como la conocida consulta externa es necesario que se ofrezcan más oportunidades para que los pacientes obtengan atención con plazos razonables y que se les eduque para instrospectar la enfermedad como un proceso en su instauración que requiere tiempo y seguimiento para su solución.

Una alternativa a la congestión de urgencias puede ser la creación de unidades de observación discriminadas por patologías en las que se intensifique no solo la vigilancia sino la terapéutica al paciente de manera que se logre prontamente su estabilidad y pueda ser definido rápidamente su lugar de destino. Para lo anterior sería necesario el crecimiento de los servicios de urgencias de la mayoría de los hospitales de la ciudad, un crecimiento acorde con el mismo aumento de la población que de ninguna manera significa que más camas sea la solución, es adecuación de lugares donde se optimizará el manejo.

Consideramos igualmente que los primeros niveles que han crecido en complejidad deben crecer en recursos de tal forma que los pacientes reciban atención mucho más adecuada y que los pacientes no dependan de la remisión para conservar sus funciones vitales.

Fundamental es el establecimiento de una red de servicios que facilite con prontitud no solo camas sino interconsultas, asesorías, ayudas diagnósticas de tal forma que los pacientes puedan estar en urgencias de hospitales de primer y segundo nivel pero recibiendo manejo de complejidad superior; apoyándose también en herramientas como la telemedicina.

7. CONCLUSIONES

- La legislación colombiana en cuanto a los servicios de urgencias es confusa, extensa y muy reiterativa, sería importante partir de la problemática actual y hacer una reestructuración en donde se tomen como punto de referencia las situaciones emergentes que se están viviendo en nuestro país.
- Concientizar y educar al personal de la salud y a los usuarios acerca de la importancia y entendimiento de la compleja legislación, de esta forma se procedería a un buen manejo en la utilización de los servicios de urgencias.
- Utilizar de forma adecuada el triage dentro del servicio de urgencias ya que es una muy buena herramienta para disminuir aglomeraciones y priorizar pacientes según riesgo.
- Implementar y estandarizar en cada institución prestadora de salud procesos de atención de urgencias, con el fin de garantizar y dar continuidad a una adecuada prestación del servicio.

BIBLIOGRAFÍA

(CRUE-VALLE), C. R. (2007). www.cruevalle.com/acercahtml.

Acuerdo 260 (2004).

Acuerdo 260, Artículo 7 (2004).

Arroyave Zuluaga, I. D. (Agosto de 2007). *Urgencias en Colombia Un marco normativo muy recalado*. Recuperado el Agosto de 2008, de Periódico el pulso: elpulso@elhospital.org.co

Bernstein, S. L., & Asplin, B. R. (2006). Emergency Department Crowding: Old problem, new solutions. *Emerg Med Clin N Am* , 821-817.

Caramanzana Paniagua, E., Alventosa Navarro, C., Garcia Vicente, M. D., & Lamata Cotanda, F. (s.f.). *Asistencia Sanitaria de urgencias*. Recuperado el Septiembre de 2008

Circular externa 014 (1995).

Circular externa 031 (2006).

Circular externa 031 (2006).

Circular externa 10 (2006).

Cohen Cajiao, J. I. (Julio - Octubre de 2008). Manual Actualización en Urgencias Medicas. Medellín.

De Brigard Pérez, A. M. (2001). Urgencias: Una verdadera encrucijada. *Hospitalaria* , 4-7.

De Brigard Pérez, A. M. (2006). Urgencias: Urgen urgentes soluciones. *Hospitalaria* , 4-17.

Decreto 047, Artículo 10 (2000).

Decreto 1295, Artículo 6 (1994).

Decreto 1295, Atriculos 8 y 9 (1994).

Decreto 2423, Artículo 2 (31 de Diciembre de 1996).

Decreto 2759, Artículo 2 (11 de Diciembre de 1991).

Decreto 2759, Artículo 4 (11 de Diciembre de 1991).

Decreto 412, Artículo 3 (1992).

Decreto 4747, Artículo 10 (2007).

Decreto 4747, Artículo 12.

Decreto 783, Artículo 12 (Mayo de 2000).

Decreto 806, Artículo 74 (1998).

Dueñas, M., & Lucena Velandia, M. (s.f.). *CAPÍTULO VII: TRIAGE HOSPITALARIO*. Recuperado el Octubre de 2008, de GUÍAS PARA MANEJO DE URGENCIAS: www.aibarra.org

EITiempo.com. (6 de Agosto de 2007). *EITiempo.com*. Recuperado el Septiembre de 2008

Federación de Sanidad, d. I. (s.f.). *Prouestas de CC.OO al plan de urgencias extrahospitalarias*. Recuperado el Agosto de 2008

Garrote Fernandez de Santos, A., Leonor, A. R., & Francisco, C. R. (s.f.). *Procedimiento de urgencias de obstetricia*. Recuperado el Agosto de 2008

Iseron, K. V., & Moskop, J. C. (2007). Triage in Medicine, Part I: Concept, History, and Types. *Annals of Emergency Medicine*, 275-281.

Ley 10, Artículo 1 (10 de Enero de 1990).

Ley 100, Artículo 159 (1993).

Ley 1122, Artículo 20 (9 de Enero de 2007).

Ley 715, Artículo 67 (2001).

Lucena Velandia, M. (s.f.). *CAPÍTULO VIII: GERENCIA DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL*. Recuperado el 2008 de Octubre, de GUIAS PARA EL MADEJO DE URGENCIAS: www.aibarra.org

Muñoz Lopez, O. L. (Agosto de 2007). *Cero murtes por desatención*. Recuperado el Agosto de 2008, de Periodico el Pulso: elpulso@elhospital.org.co

Muñoz Lopez, O. L. (Agosto de 2007). *Urgencias en Medellín: colapso anunciado*. Recuperado el Septiembre de 2008, de Periodico el Pulso: elpulso@elhospital.org.co

OPS, O. P. (1998). *Grupo de trabajo de expertos en políticas de desarrollo de sistemas nacionales de servicios de urgencia médica*. Recuperado el Agosto de 2008, de Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud (HSO), División de desarrollo de sistemas y servicios de salud (HSP).

Resolución 1043, anexo1 (2006).

Resolución 2839 (1994).

Resolución 5261, Artículo 14 (1994).

Resolución 5261, Artículo 9 (1994).

SEMES, G. d.-I. (2001). *CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS INDICADORES DE CALIDAD*. Recuperado el Octubre de 2008, de www.semes.org

Susalud. (16 de Marzo de 1995). www.susalud.com.co. Recuperado el Septiembre de 2008, de SUSALUD- Compañía Suramericana de Servicios de Salud.

Tiempo, E. (Agosto de 2007). *En Urgencias No Cabe Un Paciente Más*. Obtenido de www.eltiempo.com

Valencia Sierra, M. L., González Echeverri, G., Agudelo Vanegas, N. A., Arenas Acevedo, L., & Vallejo Zapata, I. C. (Octubre/Diciembre de 2007). *Revista de salud pública*. Recuperado el Septiembre de 2008.

Villatoro Martinez, A. (2005). *Definiciones básicas en medicina de urgencias*. Recuperado el Agosto de 2008.

ANEXOS

Anexo 1.

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
INICIO	Paciente	1. Ingresar por diferentes medios de llegada al servicio de Urgencias. El personal de seguridad orienta al paciente para que sea valorado en el triage. Si no puede caminar, saca silla o camilla e informa a la enfermera del triage.
LLEGAR AL SERVICIO DE URGENCIAS		
VALORAR EL PACIENTE	Enfermera	2. Valora el estado del paciente.
EMERGENCIA?	Paciente/ Personal Asistencial	3. ¿El estado del paciente es una "Emergencia" (Prioridad I)?
SI		4. SI. Pass a la actividad N° 7. La enfermera del triage ingresa inmediatamente el paciente para que sea atendido e informa a la oficina de admisiones.
NO	Representante de admisiones	5. NO. El paciente en estado de "Urgencia" o "No agudo" (traje II o III) se envía a admisiones para su registro. Verifica los documentos para establecer el tipo de pagador por el cual ingresa el paciente (comprobación de derechos).
TRASLADAR AL ÁREA DE TRATAMIENTO		
ABRIR HISTORIA CLÍNICA	El paciente	6. Espera en la sala de espera a que sea llamado para la atención médica. Si los recursos humanos y físicos están disponibles el tiempo de espera se reduce.
ESPERAR EN LA SALA DE ESPERA		
REALIZAR LA ATENCIÓN MÉDICA	Médico, Enfermera y Auxiliar de Enfermería	7. Valoración clínica y manejo del paciente.
CONDUCTA DEFINIDA?		8. ¿Después de la valoración médica y el manejo inicial del paciente se puede definir la conducta médica?
NO	Médico	9. SI. Alta del paciente. Pass a actividad N° 14.
SI		

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
<p style="text-align: center;">A</p> <pre> graph TD A[A] --> B[CONTINUAR MANEJO EN URGENCIAS] B --> C[DEFINIR DESTINO DEL PACIENTE] C --> D{HOSPITALIZACIÓN O REMISIÓN?} D -- SI --> E[REALIZAR LA ADMISIÓN O REMISIÓN.] D -- NO --> F((2)) F --> G[DAR SALIDA AL PACIENTE] G --> H[EXPEDIR PAZ Y SALVO] H --> I[ESCUCHAR LA VOZ DEL USUARIO] I --> J[FIN] </pre>	<p>Médico, Enfermera, Aux. de Enfermería y servicios de apoyo.</p> <p>Médico</p> <p>Médico, Enfermería y Personal administrativo.</p> <p>Médico</p> <p>Facturador y cajero.</p> <p>Jefatura y personal asistencial.</p>	<p>10. Realización de estudios diagnósticos (laboratorio clínico, radiología), interconsultas, observación y tratamientos médicos y quirúrgicos.</p> <p>11. Determina la condición del paciente y define la conducta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alta • Hospitalización • Remisión <p>12. ¿El paciente debe ser hospitalizado o remitido?</p> <p>13. SI. Se diligencia la orden de admisión o se realiza la ubicación del paciente en otro centro asistencial (siguiendo los procedimientos establecidos).</p> <p>14. NO. Diligenciar soportes de la historia clínica e informar la salida al personal de enfermería para hacer el trámite de salida.</p> <p>15. Realiza liquidación y cobro.</p> <p>16. Evaluación de los servicios prestados, recepción de sugerencias y solución de quejas, mediante seguimiento telefónico a la casa del paciente o aplicación de encuestas.</p>

Anexo 2

PROCESO / RESULTADO	DEFINICIÓN
• Demanda no atendida	Nº pacientes no atendidos / Total demanda de servicios.
• Oportunidad en la atención	Tiempo promedio en minutos de espera para la consulta médica según el nivel de <i>triage</i> .
• Estancia en urgencias	Tiempo promedio en horas de estancia en urgencias.
• Reingresos	Tasa de reingreso. Causa de reingreso (persistencia de síntomas, control, patología nueva y complicación).
• Complicaciones	Tasa de complicaciones.
• Incidentes en la atención	Nº de incidentes en la atención. Tipo de incidentes ocurridos.
• Nivel de satisfacción del paciente	Porcentaje de satisfacción del paciente con la atención médica. Porcentaje de satisfacción del paciente con la atención de enfermería. Porcentaje de satisfacción del paciente con el trámite de ingreso. Porcentaje de satisfacción del paciente con el trámite de salida.
• Perfil del usuario	Distribución de pacientes atendidos por grupo etáreo y sexo. Distribución de urgencias por diagnóstico de egreso. Distribución de pacientes atendidos según el régimen de afiliación al sistema de salud.
• Rentabilidad económica	Margen de contribución de urgencias. Valor de la glosa. Porcentaje de facturas devueltas.
• Calidad de la historia clínica	Porcentaje de registros con calificación excelente.
• Uso de guías de práctica clínica	Porcentaje de adhesión a las guías de práctica Clínica.