

**PROPUESTA DE UN PLAN DE ACCION PARA MEJORAR EL ACCESO Y  
OPORTUNIDAD DE ATENCION EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE LAS  
IPS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD DE MEDELLIN, ANTIOQUIA**

**Autoras**

**MARIA LEONOR LOPEZ ARBELAEZ  
SARA LUCIA CORDOBA NARVAEZ  
CATALINA MARIA VANEGAS SALAZAR**

**UNIVERSIDAD CES  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD  
OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA  
AUDITORIA Y CALIDAD DE LA SALUD  
MEDELLIN  
2015**

**PROPUESTA DE UN PLAN DE ACCION PARA MEJORAR EL ACCESO Y  
OPORTUNIDAD DE ATENCION EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE LAS  
IPS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD DE MEDELLIN, ANTIOQUIA**

**Asesora**

**Dra. AMPARO RUEDA DE CHAPARRO  
Docente de Catedra Universidad CES**

**Trabajo de grado para optar al título de  
ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD**

**UNIVERSIDAD CES  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD  
LINEA DE INVESTIGACION OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA  
AUDITORIA Y CALIDAD EN SALUD  
MEDELLIN  
2015**

## CONTENIDO

	Pàg.
GLOSARIO	7
RESUMEN	14
ABSTRACT	16
1. FORMULACION DEL PROBLEMA	21
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
1.2 JUSTIFICACIÓN	22
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	23
2. MARCO TEÓRICO	24
2.1 MARCO CONCEPTUAL	24
2.2 MARCO LEGAL	35
3. OBJETIVOS	47
3.1 OBJETIVO GENERAL	47
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	47
4. DISEÑO METODOLÓGICO	48
4.1 ENFOQUE METODOLÓGICO	48
4.2 TIPO DE ESTUDIO	48
4.3 POBLACION Y MUESTRA	48
4.4 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	48
4.5 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	49
5. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	
52	
5.1 FUENTES DE INFORMACIÓN	52
5.2 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	52
5.3 PROCESO DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN	52
52	
5.4 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS	53

6. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	54
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS	55
8. RESULTADOS	56
9. DISCUSION	59
10. RECOMENDACIONES	60
BIBLIOGRAFIA	63

## LISTA DE DIAGRAMAS, TABLAS Y GRAFICAS

	Pág.
<b><u>DIAGRAMA 1.</u></b> DE FLUJO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD EN URGENCIAS Y CARACTERISTICAS DE CALIDAD DEL PROCESO	31
<b><u>TABLA 1.</u></b> CATEGORIZACIÓN DE VARIABLES PARA EL ANALISIS DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO	50
<b><u>TABLA 2.</u></b> ACCIONES DE MEJORAMIENTO PROPUESTAS	60
<b><u>ANEXOS</u></b>	66

## GLOSARIO

- **Accesibilidad:** es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Decreto 1011 de 2006).
- **Atencion en Salud:** conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población. (Decreto 1011 de 2006).
- **Atencion de urgencias:** conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios. (Decreto 0412 de 1992, Art. 3).
- **Atencion inicial de urgencia:** 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 (nivel de atención, grado de complejidad). (Decreto 0412 de 1992, Art. 3).
- **Calidad de la Atención en 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.(Decreto 1011 de 2006).
- **Capacidad instalada:** es el conjunto del RRHH, la infraestructura y el equipamiento con que cuenta un servicio de urgencias para atender la

demanda de usuarios en un servicio de salud. (Aplicación de pretest de capacidad instalada de establecimientos de salud. Ministerio de Salud Chile).

- **Capacidad resolutive:** se considera como un resultado de la atención, desde el momento en que este se entiende como un cambio en el estado de salud que pueda atribuirse a la atención precedente en salud.
- **Contrarreferencia:** respuesta que las unidades prestatarias de servicios de salud esperan de las receptoras de la referencia. Contrarremisión del usuario con las debidas indicaciones, información sobre la atención recibida o resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.
- **Demanda de atención:** conducta que una persona adopta en función de una necesidad, frente a la diversidad de la Oferta existente.
- **Empresas Administradoras de Planes de Beneficios. -EAPB-** Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.(Decreto 1011 de 2006).
- **Estandar de habilitación:** se describe como la declaración que define la expectativa de desempeño, estructura o proceso que son esenciales en una institución o servicio para mejorar la calidad en la atención (MSPS, 2006).
- **Interconsulta:** solicitud de profesional o IPS, responsable de la atención del usuario a otros profesionales o IPS para que emitan juicios y orientaciones sobre la conducta a seguir, sin transferirles la responsabilidad directa de su manejo.

- **Modelo de atención:** comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutoria, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia. (Decreto 4747 de 2007, MPS).
- **Monitoreo de programa, proceso o producto:** consiste en una observación constante de la información prioritaria del programa y sus efectos, según fueron preestablecidos. Aquí habría que incluir el monitoreo de insumos y productos por medio de registros y sistemas de notificación periódica, y de la observación de los servicios de atención y encuestas de los clientes.
- **Muestreo por conveniencia:** es una técnica de muestreo no probabilístico donde los sujetos son seleccionados dada la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador.
- **Oferta:** Capacidad de producir actividades. Se mide a través de Indicadores de Cantidad (producción, productividad, rendimiento) y de Calidad (capacidad de respuesta, calidad humana, cortesía, etc.).
- **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.



- **Paciente direccionado del servicio de urgencias:** Paciente evaluado en el servicio de urgencias de la IPS y clasificado en el triage en una categoría 4 o 5 que debe ser atendido en una IPS de baja complejidad de la red de su EAPB. **Se conoce también con el nombre de Derivación:** Pacientes de nivel V y IV son derivados de forma protocolizada a otros niveles asistenciales desde el triage inicial. Para ello es necesario establecer el perfil clínico de los pacientes potencialmente derivables según el tipo de organización de la atención primaria de salud. (Manual para la implementación de un sistema de triage para los cuartos de urgencias, OPS).
- **Paciente atendido en el servicio de urgencias:** es el paciente que después del triage, no es derivado o direccionado sino que es atendido en el mismo servicio de urgencias de la IPS en donde fue clasificado.
- **Paciente perdido sin ser clasificados:** pacientes que deciden dejar el servicio de urgencias después de su llegada a urgencias y/o de ser registrados administrativamente y antes de ser clasificados. (Manual para la implementación de un sistema de triage para los cuartos de urgencias, OPS).
- **Pertinencia:** es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
- **Prestadores de servicios de salud:** se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.(Decreto 1011 de 2006).
- **Procedimiento de verificación de derechos:** es el procedimiento por medio

del cual se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demanda el usuario y el derecho del mismo a ser cubierto por dicha entidad. 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.

- **Reevaluación:** Todos los pacientes han de ser reevaluados por la enfermera cuando el tiempo recomendado para la asistencia médica no puede cumplirse. Los tiempos de reevaluación aconsejados son: Nivel I: Han de recibir cuidados de enfermería continuamente. Nivel II: Reevaluación cada 15 minutos. □ Nivel III: Reevaluación cada 30 minutos. □ Nivel IV: Reevaluación cada 60 minutos. □ Nivel V: Reevaluación cada 120 minutos. (Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias, OPS).
- **Red de prestación de servicios:** es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.
- **Red de urgencias:** conjunto articulado de unidades prestatarias de atención de urgencias (niveles de atención, 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 (subsistemas de

información, comunicaciones, transporte, insumos, educación, educación y capacitación) (Decreto 412/1992, Art. 3.).

- **Referencia:** se entiende por Referencia, el envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de las unidades prestatarias de servicios de salud, a otras instituciones de salud para atención o complementación diagnóstica, que de acuerdo con el grado de complejidad den respuesta a las necesidades de salud.
- **Remisión:** 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.
- **Remision en caso de urgencias:** las entidades públicas o privadas del sector salud, que hayan prestado la atención inicial de urgencias, deben garantizar la remisión adecuada de estos usuarios hacia la institución del grado de complejidad requerida, que se responsabilice de su atención.
- **Responsabilidad de la institucion referente:** la institución referente, será responsable de la atención del usuario o del elemento objeto de remisión, hasta que ingrese a la institución receptora.
- **Salas Rápidas (Fast Track):** tienen como objetivo la rápida resolución protocolizada de pacientes de nivel IV y V. Como criterio general, el tiempo de estancia en urgencias de un paciente atendido en una sala rápida ha de ser menor a 1 hora. Es importante protocolizar el tipo de pacientes de deben atenderse en sala rápida, en función del motivo de consulta y especialmente el tipo de pacientes que es preferible no visitar en estas salas a pesar de su baja o nula urgencia (dolores abdominales, exploración y drenaje de abscesos, exámenes pelvia- nos, epistaxis activas, vómitos y/o diarreas, quemados, fracturas y suturas complejas,...) (Manual para la implementación

de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias, OPS).

- **Saturación de los servicios de urgencias:** (crowding, overcrowding, access block). Situación en la que las necesidades identificadas por los servicios de urgencias superan los recursos disponibles; ocurre cuando hay más pacientes que camas de tratamiento o personal disponible, cuando los tiempos de espera exceden un periodo razonable, cuando los pacientes se encuentran monitorizados en áreas no destinadas a tratamiento (pasillos) y cuando los pacientes esperan ser ubicados en camas de tratamiento en el servicio de urgencias o en camas para ingreso”.
- **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. (Decreto 412 de 1992).
- **Supervisión en el servicio de urgencias:** verificación que si las IPS están garantizando la atención a los colombianos como lo exige la normatividad, sobre todo en aspectos tan importantes como el fácil acceso y la oportunidad en la atención, (Delegada SNS 2014).
- **Triaje:** sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias con el fin de priorizar su atención.
- **Urgencia.** 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 de 1992).

## RESUMEN

**Introducción:** En el periodo noviembre de 2014 a febrero de 2015, mediante una Alianza Público – Privada, la Secretaría de Salud de Medellín y la Universidad CES, realizaron la Implementación de un Modelo de Supervisión del Acceso a los Servicios de Urgencias en 29 IPS de baja, mediana y alta complejidad del municipio de Medellín, en una muestra de 660 pacientes, encontrando hallazgos negativos en la oportunidad y accesibilidad al servicio, capacidad instalada, uso del servicio por parte de los usuarios y de algunas IPS, oportunidad de la referencia de pacientes del servicio de urgencias a otras instituciones de mayor complejidad y en el direccionamiento de pacientes al servicio de urgencias de baja complejidad o a consulta prioritaria. De otra parte, se sugirieron recomendaciones para que las IPS iniciaran un proceso de mejoramiento continuo de la calidad de la atención en el servicio de urgencias.

El objetivo del presente trabajo de grado fué elaborar una propuesta de plan de acción dirigido al mejoramiento del acceso y la oportunidad de atención en los servicios de urgencias de la ciudad de Medellín, con base en los resultados del proyecto en mención.

**Metodología:** se realizó el análisis del informe final presentado por la Universidad CES a la Secretaría de Salud y se identificaron los posibles factores limitantes del acceso y oportunidad de la atención en los servicios de urgencias de las IPS de baja, mediana y alta complejidad en la ciudad de Medellín, Antioquia, se categorizaron y se priorizaron las acciones propuestas con base en criterios definidos por el equipo de trabajo.

**Resultados:** se formularon acciones para prevenir, reducir y en lo posible eliminar las causas priorizadas con el propósito de mejorar la calidad de la atención en urgencias en cuanto a acceso y oportunidad.

**Conclusiones:** los servicios de urgencias en la ciudad de Medellín, presentan oportunidades de mejora derivadas de factores algunos de ellos prevenibles, otros pueden ser minimizados y otros con limitantes para ser intervenidos. Con un plan de acción estructurado, será posible el mejoramiento de la calidad de la atención en los servicios de urgencias, en cuanto a acceso y oportunidad, para brindar una mejor calidad de vida a la comunidad, siempre y cuando las IPS públicas y privadas establezcan un proceso de planeación, organización de recursos, dirección, coordinación y control de la gestión en urgencias.

**Palabras claves:** Servicio de Urgencias, triage, supervisión a la calidad de la atención.

## ABSTRACT

**Introduction:** Between November 2015 and February 2015, through a public - private partnership, the Secretary of Health of Medellin and CES University, made the implementation of a model of monitoring of access to emergency services in 29 IPS of low, medium and high complexity of the municipality of Medellin, a sample of 660 patients finding negative results in the opportunity and accessibility of service, installed capacity, use of the service by users and some IPS, opportunity of referral of patients from the emergency department to other institutions of higher complexity and in directing patients to the low complexity emergency service or to priority consultation. Furthermore, recommendations were suggested for the IPS to begin a process of continuous improvement of the quality of care in the emergency service. The objective of this degree work was to develop a proposal for action plan aimed at improving access and opportunity of care in the emergency services of the city of Medellin, based on the results of the project in question.

**Methodology:** the analysis of the final report submitted by CES University to the Secretary of Health was made, and thus were identified the possible limiting factors of the access and opportunity of care in the emergency services of the IPS of low, medium and high complexity in the city of Medellin, Antioquia. Proposed actions were categorized and prioritized based on criteria defined by the work team.

**Results:** actions to prevent, reduce and possibly eliminate the causes prioritized in order to improve the quality of emergency care in terms of access and opportunity were formulated.

**Conclusions:** emergency services in the city of Medellin, present opportunities for improvement derived from factors some of them preventable, others may be minimized and others with limitations of intervention. With a structured plan of action

will be possible to improve the quality of care in emergency services, in terms of access and opportunity, to provide a better quality of life to the community, as long as public and private IPS set a process of planning, resource organization, direction, coordination and management control in emergencies.

**Key Words:** Emergency Services, triage, supervision of emergency services.



## INTRODUCCIÓN

El servicio de urgencias de los hospitales es la principal puerta de acceso a los servicios de salud. Para Avedis Donadebian, “la accesibilidad ha sido considerada como el grado de ajuste entre las características de la población y las de los recursos, con miras a la búsqueda y obtención de atención; se evalúa en el marco de la interacción entre los usuarios y los recursos del sistema de salud, siendo uno de los factores que determina la calidad en la prestación de los servicios. La calidad depende, entre otros aspectos, de la mayor o menor accesibilidad que se tenga a la atención en salud, y una vez se ha logrado, de la mayor o menor calidad de la atención proporcionada”. Fue él quien consideró que factores geográficos, relacionados con la capacidad financiera, generados por la organización y socioculturales, intervienen en la accesibilidad y, todos ellos tienen la capacidad de obstaculizar o facilitar la atención en salud.

De acuerdo con la Ley 715, Artículo 44. Competencias de los municipios, corresponde a los municipios dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción, para lo cual cumplirán varias funciones, sin perjuicio de las asignadas en otras disposiciones, siendo una de ellas, gestionar y supervisar el acceso a la prestación de los servicios de salud para la población de su jurisdicción, conforme está descrito en el numeral 44.1.3. La supervisión, está orientada al monitoreo que consiste en una observación constante de la información prioritaria del servicio de salud y sus efectos, según fueron preestablecidos en la normatividad vigente, y responde a la pregunta “qué se está haciendo”; la gestión implica analizar los resultados de la observación realizada, planear una serie de acciones encaminadas a mejorar lo que se está haciendo, organizar los recursos para lograrlo, dirigir que implica administrar los recursos, lograr los objetivos y metas propuestas y controlar mediante la evaluación, que comprende un conjunto de actividades con el objeto de identificar

los cambios observados en la realidad como efecto parcial o total de una intervención realizada.

En el cuarto trimestre de 2014, la Secretaria de Salud de Medellín, mediante el Convenio de Asociación N°4600057018 de 2014, desarrolló la primera fase del Proyecto de Supervisión del Acceso a los Servicios de Salud, que permitió a través de una muestra de usuarios definida por conveniencia, detectar las dificultades y facilidades en el municipio, en el contexto de si las personas que tenían la necesidad de atención en el servicio de urgencias pudieron ser clasificados o se les negó el triage, recibieron o no a asistencia con la oportunidad requerida en cada momento de la atención, fueron derivados o remitidos en forma pertinente, lo cual se monitoreó en forma objetiva y subjetiva a través del conocimiento de experiencias y opiniones de los distintos colectivos, en torno al acceso y uso que hacen de éstos servicios.

En un informe, fueron consolidados los hallazgos positivos y negativos de los servicios de urgencias de las 29 instituciones monitoreadas, 34% de ellas de alta complejidad, 45% de mediana complejidad y 21% de baja complejidad. En forma cualitativa fueron identificadas oportunidades de mejora y fortalezas, y, cuantitativamente, a través de indicadores se midió la capacidad instalada para triage, la accesibilidad al servicio, la oportunidad de la atención, el uso inadecuado del servicio por parte de Usuarios y Prestadores así como la pertinencia de la referencia y el direccionamiento de pacientes derivados de la atención de urgencias. Con base en los resultados, se realizaron recomendaciones que fueron puestas para consideración por parte del Ente Territorial Municipal y posteriormente enviadas por la Secretaria de Salud local a las respectivas Instituciones de Salud del municipio para su análisis e implementación.

En el presente documento, un grupo de trabajo diferente al equipo que realizó la supervisión, después de realizar el análisis del informe, propone un Plan de Acción

para mejorar el acceso y oportunidad de atención en los servicios de urgencias de las IPS de baja, mediana y alta complejidad de Medellín, Antioquia. El documento está compuesto por las siguientes capítulos: En el primero se formula el problema, en el segundo se describe el marco teórico, en el tercero los objetivos del trabajo, en el cuarto la metodología, en el quinto los resultados, en el sexto la discusión, en el séptimo se presentan las conclusiones y en el octavo las recomendaciones.

## **1. FORMULACION DEL PROBLEMA**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Los servicios de urgencias son las instancias que deben proporcionar atención a cualquier hora del día o de la noche, y, por tanto, deben disponer de una infraestructura para la atención oportuna y con calidad de la atención inicial de las urgencias que comprende todas las acciones realizadas en una persona con patología urgente, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad del servicio de cada entidad que realiza esta atención. Aspectos internos derivados del modelo organizativo de las IPS, y, externos del contexto institucional, son determinantes del acceso y la oportunidad de la atención en los Servicios de Urgencias.

En la supervisión realizada a los 29 Servicios de Urgencias en la ciudad de Medellín, se identificaron factores internos y externos a las IPS que están generando riesgo para el paciente y afectan su seguridad.

Factores Internos, se convierten en barreras de acceso al servicio de urgencias y/o limitan la oportunidad de la atención en diferentes momentos del servicio, y, factores externos del contexto institucional como falta de estandarización del procedimiento de triage en la ciudad, falta de conciencia del usuario en el uso adecuado y racional de los servicios de urgencias, incremento de la demanda del servicio en determinadas IPS debido al desarrollo de proyectos de infraestructura para ampliar la capacidad de atención en los servicios de urgencias de la ESE Metrosalud, a la no oportunidad en la atención de consulta programada o al cierre de servicios por no cumplir estándares de habilitación y factores que generan barreras en la remisión del paciente como la no operatividad del sistema de referencia y contrarreferencia por parte de las EAPB o una Red de Urgencias que no funciona adecuadamente. Todas éstas situaciones internas y externas llevan a saturación del servicio.

De otra parte problemas internos de comunicación con los usuarios y/o su acompañante están produciendo insatisfacción ante la dificultad de no poder ejercer sus derechos debidamente.

## **1.2 JUSTIFICACIÓN**

La accesibilidad y oportunidad de la atención en salud son dos de las cinco características de calidad básicas que permiten evaluar el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de la Protección Social. El incumplimiento de estas características de calidad en la atención que se realiza en los servicios de urgencias, puede generar riesgos de eventos adversos en el paciente como retraso en el diagnóstico de una enfermedad, retraso en el inicio del tratamiento especializado, fallecimientos, o complicaciones. Además, producen congestión en los servicios de urgencias en baja, mediana y alta complejidad, problema común en las IPS públicas y privadas de la ciudad de Medellín y demás ciudades del país.

Con base en los resultados de la supervisión realizada durante el cuarto trimestre de 2014, en las 29 IPS de la ciudad de Medellín que prestan servicios de urgencias con diferentes grados de complejidad, es fundamental diseñar un modelo que permita frenar las barreras de acceso a los servicios de urgencias, mejorar la oportunidad de la atención, y en consecuencia minimizar los riesgos que afectan la seguridad del paciente.

Un Plan de Mejoramiento a partir de la priorización de las oportunidades de mejora detectadas como factores contributivos de las barreras identificadas, involucrando los diferentes actores cuyas acciones confluyen en la calidad de la atención en urgencias (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y Ente Territorial Municipal), con

actividades para prevenir, reducir y en lo posible eliminar los factores que están contribuyendo a la presencia de fallas en la atención, incluyendo además acciones que permitan el seguimiento a su implementación y medición de la efectividad de la acción y otras para controlar y asegurar los resultados obtenidos, incrementará la capacidad de respuesta a los clientes (usuarios) de urgencias con mejores estándares de calidad.

### **1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles será el Plan de Mejoramiento con las acciones preventivas de seguimiento y/o coyunturales que se deberá implementar en el modelo de atención de los Servicios de Urgencias de baja, mediana y alta complejidad, en la ciudad de Medellín, para mejorar el acceso y la oportunidad, a partir de la línea de base obtenida del estudio realizado por la Secretaria de Salud y la Universidad CES en el cuarto trimestre del 2014?

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 MARCO CONCEPTUAL

#### 2.1.1 Proceso de Atención de Urgencias

Medellín cuenta con una población en el año 2015 estimada por el DANE de 2.464.322 habitantes y posee 51 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que ofrecen el servicio de urgencias. El conjunto articulado de las unidades prestadoras de atención de urgencias conforman la red de urgencias, que según los niveles de atención y grados de complejidad deben actuar coordinadamente.

Los pacientes ingresan al servicio de urgencias de manera espontánea, remitidos de otras IPS, remitidos de atención domiciliaria, o direccionados. De otra parte, los servicios de urgencias, después del triage, direccionan pacientes para otros servicios de la misma IPS o para otras, para ser atendidos porque requieren otros niveles de asistencia.

La atención en el servicio de urgencias consiste en un conjunto de actividades que las IPS que lo ofrecen deben realizar para facilitar que el usuario pueda utilizarlo, en búsqueda de respuesta a sus necesidades reales en salud, sin que sufran retrasos que afecten la salud. Después de la recepción del paciente, se puede decir que consta de dos grandes actividades: la realización del triage y la atención inicial de urgencias.

**Triage:** en los servicios de urgencia es un Sistema de Selección y Clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles que consiste en una entrevista al paciente y/o acompañante, la evaluación agil y adecuada al paciente para clasificar la prioridad de atención según los criterios definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, la información acerca del

resultado de la clasificación realizada, el área de tratamiento y el tiempo estimado de espera para la atención inicial de urgencias así como el registro del triage.

Es un procedimiento dinámico, y la clasificación del paciente puede cambiar de acuerdo con su estado clínico. El objetivo de la definición de la prioridad de atención es disminuir el riesgo de muerte, complicaciones o discapacidad y la ansiedad del paciente y familia al establecer una comunicación inicial. En ninguna circunstancia, podrá ser empleado como un mecanismo para la negación de la atención de urgencias.

Para determinar la prioridad de la atención de los pacientes en un servicio de urgencias se tiene en cuenta la siguiente categorización, organizada de mayor a menor riesgo: 5 Triage I: Requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata. Triage II: La condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los treinta (30) minutos. La presencia de un dolor extremo debe ser considerada como un criterio dentro de esta clasificación. Triage III: La condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias, no en el área de reanimación. Son aquellos pacientes que necesitan un exámen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentra estable desde el punto de vista fisiológico aunque su situación puede empeorar si no se actúa. Triage IV: El paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de una extremidad. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe la atención correspondiente. Triage V: El paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin



evidencia de deterioro que comprometa el estado general de paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de un órgano.

Los tiempos promedio de atención e información que permita a los usuarios comprender la metodología de triage, deben ser publicados por las IPS en un lugar visible de la sala de espera. Así mismo, este procedimiento debe ser realizado a la llegada del paciente al servicio de urgencias; el profesional de salud entrenado en la clasificación del paciente, debe proporcionar la información adecuada a los pacientes y acompañantes sobre los tiempos promedio en que serán atendidos y se debe asegurar la reevaluación periódica de los pacientes ya clasificados que se encuentran en espera de la atención definitiva.

De otra parte, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y las Entidades Territoriales en Salud deben informar, educar y comunicar a la población que tienen a su cargo, el uso racional de los servicios de urgencias y para las categorías IV y V del triage, en conjunto con sus redes de prestadores de servicios de salud, garantizar el acceso oportuno a los servicios de consulta prioritaria, medicina general y especializada, así como los servicios de apoyo diagnóstico, con el propósito de reducir la consulta al servicio de urgencias por situaciones no urgentes y la congestión consecuente.

**Direccionamiento del paciente:** Los pacientes clasificados en la categoría IV y V, son direccionados de la IPS de mediana o alta complejidad a IPS de baja complejidad dentro de la red de servicios de la EAPB para ser atendido allí y cuando el triage es realizado en una IPS de baja complejidad, a la consulta prioritaria dentro de la misma IPS en donde fueron clasificados. Los clasificados triage IV son direccionados para ser atendidos en urgencias de baja complejidad o en la consulta prioritaria de su IPS primaria, máximo 24 horas después para evitar complicaciones y los triage V, en la consulta externa programada de la IPS primaria; no en urgencias ni en consulta prioritaria.

**Atención inicial de urgencias:** comprende todas las acciones realizadas después del triage, a una persona que requiere atención de urgencia, para estabilizar sus signos vitales, es decir ubicarlos dentro de parámetros compatibles con el mínimo riesgo de muerte o complicación; no implica necesariamente la recuperación a estándares normales ni la resolución definitiva que generó el evento. El alcance también incluye realizar una impresión diagnóstica y definir un destino inmediato, ya sea el direccionamiento del paciente a otra nivel de atención para que pueda ser allí manejado, el ingreso a sala de observación para ser allí manejado, el traslado a otro servicio dentro de la misma IPS para continuar allí el tratamiento o la remisión a una mayor complejidad para recibir su tratamiento posterior definitivo. Su prestación no requiere contrato ni orden previa.

Los pacientes clasificados en la categoría I,II, y III, son atendidos en la misma IPS donde consultaron de urgencia. Cuando el paciente precisa atención inmediata porque tiene un riesgo vital, es clasificado triage I, atención de emergencia y pasa directo a la sala de urgencias y no ingresa al consultorio de triage; los pacientes clasificados triage II, tienen una prioridad de atención urgente y la atención por el médico puede esperar hasta 30 minutos y los pacientes III, tienen una urgencia menor, pueden ser atendidos en 1 a 3 horas, no existe un riesgo inminente de muerte pero pueden complicarse.

Después del triage estos pacientes son evaluados por un médico, en otro consultorio médico quien después de hacer un diagnóstico, toma una de las siguientes decisiones: es dado de alta previa explicación de su enfermedad, tratamiento a seguir y signos de alarma a tener en cuenta para acudir de inmediato a la IPS en caso de presentarlos; lo deja en observación para continuar allí la atención y posteriormente definir si pasa a otro servicio dentro de la misma IPS, es dado de alta o es remitido a otra IPS para continuar la atención.

**Diagrama de flujo del paciente que consulta al servicio de urgencias:** Cuando el paciente ingresa a las instalaciones en donde se presta este servicio, es recibido por personal del área de recepción y acogida quien registra el nombre y la identificación del paciente; posteriormente el paciente pasa al "triage", procedimiento realizado por médico o enfermera profesional, en el consultorio de triage, destinado a la valoración inicial del paciente, mediante un sistema de clasificación, dirigido a identificar rápidamente aquellos que sufren una enfermedad que pone en peligro su vida, con el objetivo de priorizar su asistencia según la categoría asignada, basado en evidencia científica, y, determinar el área más adecuada para situarlo mientras es llamado para la atención, garantizando su seguridad.

Para la prestación del servicio de urgencias, que es un servicio principal, es fundamental el apoyo de otros servicios asistenciales según el grado de complejidad, como Laboratorio clínico, Radiología e imágenes diagnósticas, Servicio farmacéutico, Transporte Asistencial, Proceso de esterilización, Transfusión sanguínea, Hospitalización, Cirugía, Fisioterapia, o Terapia respiratoria según el grado de complejidad y Servicios de apoyo hospitalario (alimentación, lavandería, aseo, vigilancia y mantenimiento) y para servicios de urgencias en Salud Mental, es necesario disponibilidad de Transporte asistencial, Servicio farmacéutico y Hospitalización en Salud Mental. Contar con ellos o tenerlos disponibles, según lo definido por la normatividad vigente limitan o no la oportunidad de la atención en el servicio de urgencias. La capacidad instalada insuficiente, para la realización de un triage de calidad, activo, dentro del estándar de tiempo establecido (5 minutos), con la productividad y el rendimiento requerido y para la prestación posterior, limitan o no la oportunidad de la atención en el servicio de urgencias.

Así mismo, el desarrollo del Proceso Urgencias está condicionado por varios factores que limitan la calidad y afectan sus resultados. Son claves los siguientes

atributos de calidad en el proceso, que con frecuencia se ven afectados y generan riesgos en el paciente:

- El acceso al triage entendido como la posibilidad que tiene el usuario de ser clasificado para definir la prioridad de su atención, así como el acceso a la atención después del triage que significa la posibilidad de ser atendido por el médico después de ser clasificado, definen si la demanda fue o no atendida.
- La oportunidad con que se realiza el triage así como la de la atención después de triage, influyen en la efectividad de la toma de decisiones; la oportunidad con que se reportan los resultados de los exámenes de laboratorio clínico y de imágenes diagnósticas, la de la respuesta a la interconsulta, la del traslado intrainstitucional, la de la aceptación de la remisión del paciente y de su traslado a la IPS receptora, medida en tiempos de espera, que influyen sobre el tiempo de estancia en sala de observación; también generan o no retraso en la toma de decisiones y en el inicio de los tratamientos indicados.

La remisión de un paciente se hace a la institución que le señale la entidad a la cual está afiliado; cuando sea un participante de la población pobre no asegurada (vinculado sin capacidad de pago), la remisión se hace a una institución pública y en caso de un usuario que no este afiliado ni vinculado al Sistema Social, por tener capacidad de pago, se hace a una institución que él o su familia indique.

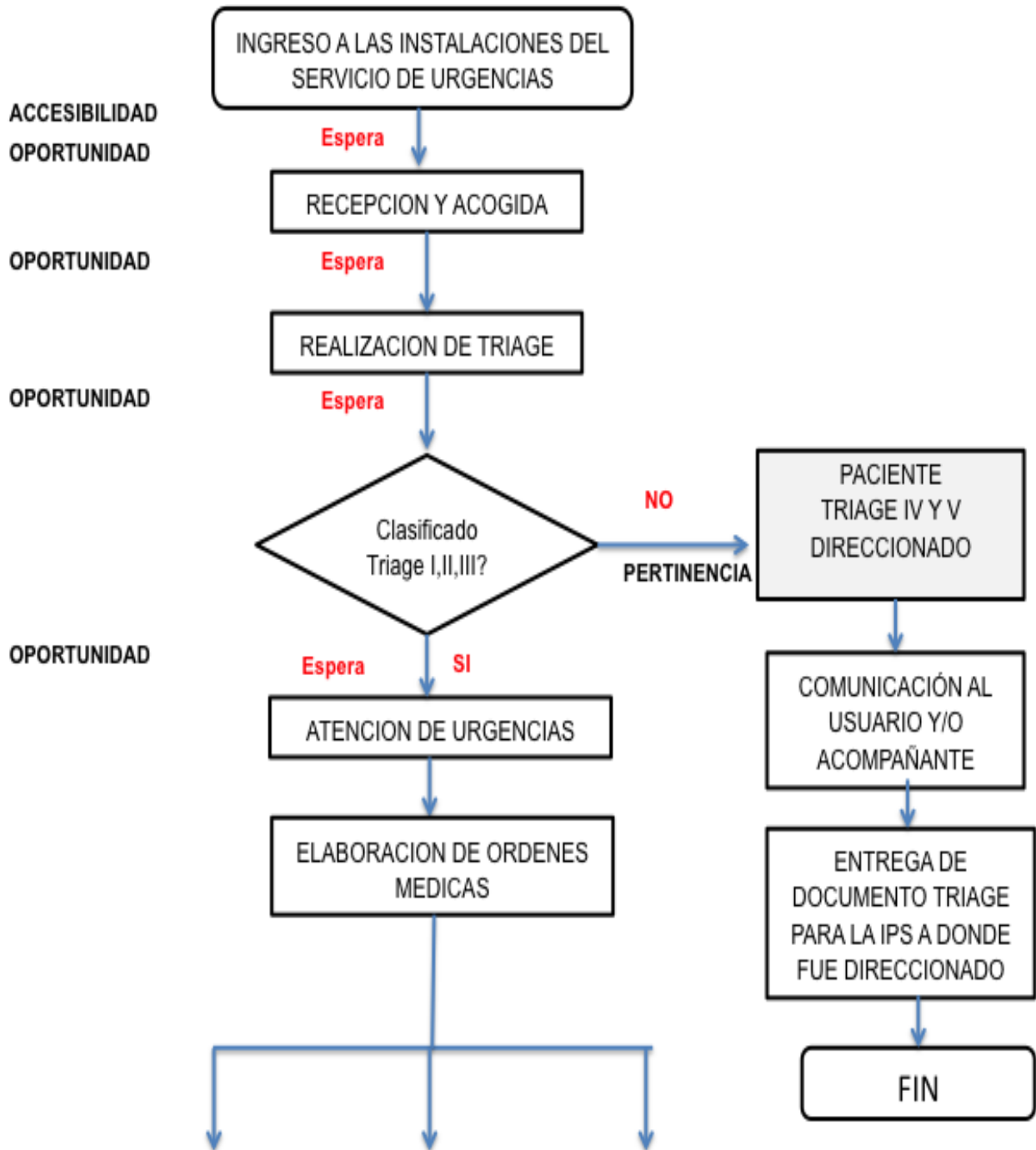
- La pertinencia del direccionamiento concebida como la concordancia entre el nivel de complejidad del diagnóstico y el de la institución receptora y la pertinencia de la remisión del paciente pensado como la adecuación de la decisión medica, correcta y conveniente de acuerdo con la patología y las necesidades del paciente; tiene consecuencias negativas cuando no se hace

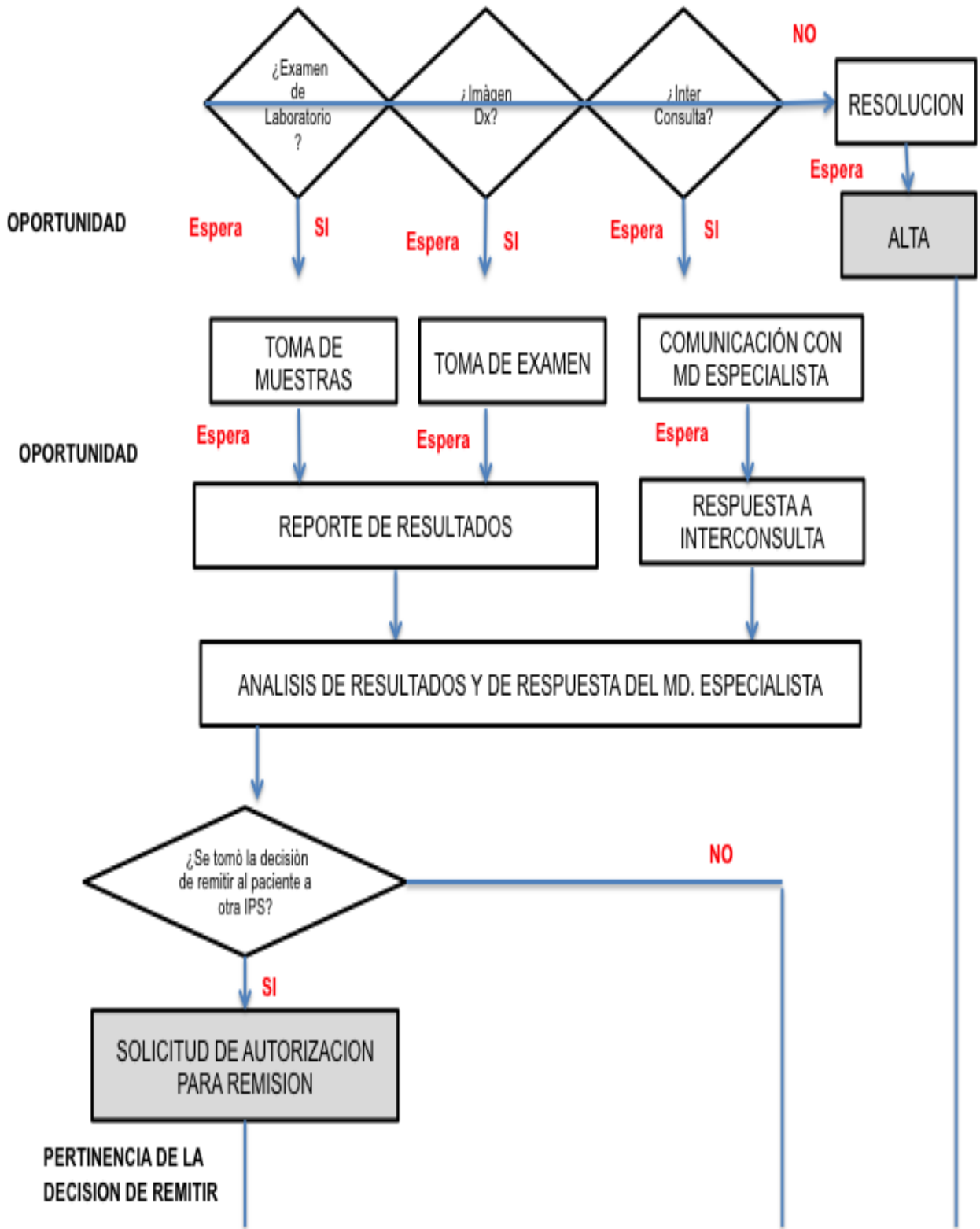
correctamente porque obstaculiza la elaboración del diagnóstico y el tratamiento en el nivel de atención requerido.

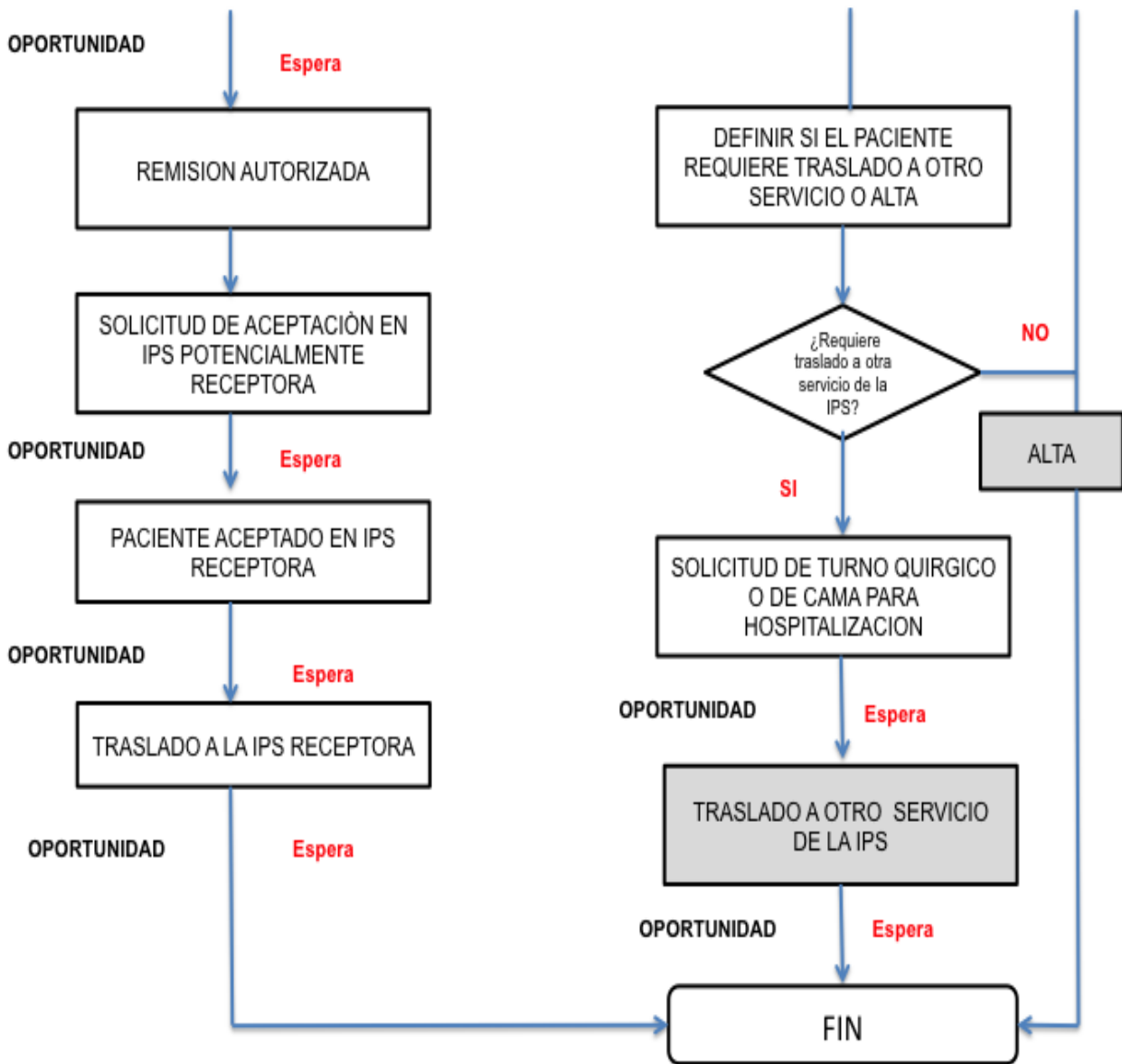
- El no permitir una comunicación fluida a los pacientes y/o su acompañante durante el triage sobre el tipo de servicio que necesita el paciente, las necesidades de exploraciones diagnósticas y medidas terapéuticas preliminares y el tiempo de espera probable después del triage, genera insatisfacción. Además, cuando al paciente direccionado no se comunica la IPS de la red en donde podrá ser atendido o el sitio de la misma institución a donde fue autodireccionado, o, el procedimiento para lograr esta atención, afecta también la aceptabilidad del servicio entregado, evaluada con la satisfacción percibida por el usuario; así mismo, afecta la oportunidad de consultar en la otra IPS a donde fue direccionado y en consecuencia la seguridad del paciente.
- Otro atributo que el usuario espera durante el proceso de atención en el servicio de urgencias, es el poder de resolución, entendido como la capacidad que tiene la IPS, a través de sus organización y profesionales, para que con la estructura y los procesos pueda brindar soluciones (resultados) adecuadas a los problemas de salud de quienes consultan a este servicio. Implica (cantidad de pacientes vistos o servicios prestados, calidad de la Interconsulta, oportunidad-acceso y tiempo de solución total o parcial de un problema particular de salud). Otro enfoque, es la capacidad que tiene una IPS o una red de ellos, para la atención de usuarios que solicitan el servicio, considerado como capacidad resolutoria vinculada con la accesibilidad a los servicios de salud y el liderazgo clínico dentro de la IPS posibilita la respuesta del equipo para los problemas de salud que tienen que ser abordados.

Lo ideal es no encontrar barreras que les dificulten el acceso a los servicios sanitarios, a la oportunidad de la atención ni fallas en las demás características de calidad anteriormente descritas.

**DIAGRAMA 1. DE FLUJO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD EN URGENCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD DEL PROCESO**







**2.1.2 Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.** Una vez se conocen los resultados de la supervisión, se identifican los aspectos problemáticos y se concentra en las oportunidades de mejora (problema) que son prioridad.

Se considera problema u oportunidad de mejora, a un resultado de calidad deseable que no se consigue; a un resultado no deseable que se presenta durante la



prestación de los servicios y que está relacionado con la atención precedente.

La metodología para Análisis y Solución de Problemas implica: Definición del problema y conocimiento de su importancia, observación de las características del problema (quién está fallando, qué está fallando (característica (s) de calidad afectada(s), pertinencia, competencia, coordinación, accesibilidad, eficiencia, aceptabilidad (satisfacción), seguridad, continuidad, oportunidad, efectividad, cuándo, dónde, por qué y cómo); análisis de las características desde distintos puntos de vista, análisis para descubrir causas fundamentales, concepción de un plan de acción para bloquear las causas fundamentales, verificación del impacto del plan, estandarización del proceso con los cambios que han sido efectivos, con el fin de que los problemas no se vuelvan a presentar y conclusión en la cual se recapitula todo el proceso de solución que permitió el cierre del ciclo de mejoramiento iniciado.

Las herramientas que se pueden utilizar para el análisis del problema son: Tormenta de ideas, diagrama Causa Efecto (Espina de pescado, diagrama de Flujo, diagrama de Pareto, diagrama de árbol (Por qué, Por qué, Por qué, Por qué, Por qué), Histograma.

Mediante la aplicación de la herramienta Diagrama Causa Efecto, se identifican y verifican las causas raíz, y se identifican todas las causas potenciales que pudieran explicar por qué ocurrió el problema. Si se considera necesario priorizar las causas del problema se utiliza otra herramienta adicional que es el Gráfico de Pareto que ayuda a distinguir entre los muchos y triviales causas, las pocas que son vitales.

Posteriormente se concibe un plan de mejoramiento con soluciones que puedan bloquear las causas fundamentales. Se formula además la manera como se va a hacer seguimiento a las acciones de mejoramiento implementadas, así: Se evalúa el estado en que se encuentran las acciones planteadas con el fin de saber si fueron incorporadas en forma completa (cuando se han realizado las acciones en el

tiempo establecido), están en desarrollo, fueron incorporadas pero no han sido iniciadas (atrasadas) o no fueron definitivamente incorporadas por las organización.

## **2.2 MARCO LEGAL**

**2.2.1 Constitución Política de Colombia en su artículo 49** reafirma la potestad del Estado para reglamentar y organizar los niveles de atención la prestación de los servicios de salud, de conformidad con los principios de universalidad, eficiencia y solidaridad. Así mismo en sus **artículos 334 y 365**, establece la facultad del Estado para mantener la regulación, control, y vigilancia del servicio de salud como servicio público.

**2.2.2 Ley 10 de 1990:** De conformidad con lo dispuesto por el Ministerio de Salud en la Ley 10 de 1990, artículo 2, todas las instituciones o entidades que presten servicios de salud están obligadas a prestar la atención inicial de urgencias, con independencia de la capacidad socio-económica de los demandantes de estos servicios, en los términos que determine el Ministerio de Salud, que quedaron definidas en el Decreto 1011 de 2006, artículo 3. Características mínimas de calidad preestablecidas como son el acceso al servicio, la oportunidad de la atención, la pertinencia de las decisiones tomadas en el acto médico, la continuidad de la atención y la seguridad del paciente durante todo el servicio prestado.

**2.2.3 Decreto 412 de 1992, Reglamenta parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones. Artículo 4.** Dispone sobre las responsabilidades de las entidades de salud con respecto a la atención inicial de urgencia, estableciendo que las responsabilidades institucionales derivadas de la prestación de atención inicial de urgencia estarán enmarcadas por los servicios que se presten, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad que a cada entidad le determine el Ministerio de salud.

Parágrafo. La entidad que haya prestado la atención inicial de urgencia tiene responsabilidad sobre el paciente hasta el momento en que el mismo haya sido dado de alta, si no ha sido objeto de una remisión. Si el paciente ha sido remitido, su responsabilidad llega hasta el momento en que el mismo ingrese a la entidad receptora.

**Artículo 5.** De la formación del recurso humano y de la educación de la comunidad. Las direcciones seccionales, distritales y locales de salud, están en la obligación de desarrollar programas educativos orientados hacia la comunidad tendientes a disminuir los factores de riesgo que condicionan las patologías de urgencia, según análisis específico de la morbimortalidad y siempre con miras a estimular la convivencia ciudadana y la no violencia. Para este fin se harán las apropiaciones presupuestales necesarias.

**Artículo 6.** De los comités de urgencias. Créase el Comité Nacional de Urgencia como organismo asesor del sub- sector oficial del sector salud en lo concerniente a la prevención y manejo de las urgencias médicas.

Parágrafo. En cada entidad territorial se crearán por parte de la autoridad correspondiente un Comité de Urgencias, cuya composición y funciones se estipularán en el acto de creación.

**Artículo 7.** El Comité Nacional de Urgencias tendrá las siguientes funciones:

- a) Asesorar al subsector oficial del sector salud en la elaboración de normas técnicas y administrativas para el manejo de las urgencias médicas y colaborar el mantenimiento y análisis de un diagnóstico actualizado de □la incidencia y de los problemas originados en la prevalencia de ese tipo de patología;
  - a. Coordinar con los comités que se creen para el efecto en las diferentes entidades territoriales, las asesorías que se deberán brindar a las entidades y organizaciones públicas y privadas que tengan como objetivo la

- prevención y manejo de las urgencias;
- b. Revisar periódicamente los programas de educación comunitaria orientados a la prevención y atención primaria de las urgencias, y los programas docentes relacionados con la problemática de las mismas dirigidos a los profesionales de la salud, con el fin de sugerir pautas para el diseño de los mismos;
- c. Contribuir a la difusión, desarrollo y ejecución del programa de la Red Nacional de Urgencias;
- d. Promover la consecución de recursos para el desarrollo de los programas de prevención y manejo de las urgencias;
- e. Elaborar su propio reglamento y las demás que le asigne el Ministerio de Salud como organismo rector del sistema de salud.

**2.2.4 Ley 100 de 1993:** Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral, en sus disposiciones generales y como fundamento del sistema, dispone que todas las instituciones de servicios de salud están obligadas a atender urgencias independientemente de si la víctima está afiliada o no a una entidad prestadora de servicios de salud. En el **Artículo 1.** Sistema de Seguridad Social Integral. □El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. □El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro. Especifica en el **artículo 154, literal f** que el Estado debe intervenir en la organización de los servicios de salud en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. **En el artículo 159** se le garantiza a los afiliados la atención de urgencias en todo el territorio nacional y la escogencia de las Instituciones Prestadoras de Servicios y de los profesionales entre las opciones que cada Entidad

Promotora de Salud ofrezca dentro de su red de servicios. **El artículo 162 Plan Obligatorio de Salud, Parágrafo 5**, establece para la prestación de dichos servicios que todas las Entidades Promotoras de Salud establecerán un sistema de referencia y contrarreferencia para que el acceso a los servicios de alta complejidad se realice por el primer nivel de atención, excepto en los servicios de urgencias. En el **Artículo 168**. Atención Inicial de Urgencias define que la atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el Fondo de Solidaridad y Garantía, en los casos previstos en el artículo anterior, o por la entidad promotora de salud al cual este afiliado en cualquier otro evento.

Parágrafo. Los procedimientos de cobro y pago, así como las tarifas de estos servicios serán definidos por el Gobierno Nacional, de acuerdo con las recomendaciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

**2.2.5 Resolución 9.279 de 1993 del Ministerio de Salud** por la cual se adopta el manual de normatización del competente traslado para la red nacional de urgencias y se dictan otras disposiciones.

<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd38/Colombia/R9279-93.pdf>

**Artículo 25.** Del control y vigilancia sanitaria. Corresponde a las Direcciones Seccionales o Distritales de Salud, ejercer el control y vigilancia sanitarias a las entidades prestadoras del servicio de ambulancias y a los vehículos destinados para tal fin para garantizar las condiciones sanitarias y el cumplimiento de los requisitos exigidos por la norma técnica adoptada mediante la presente resolución.

**2.2.6 Resolución 5261 de 1994: ARTICULO 9o.** URGENCIA. Es la 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. **ARTICULO 10.** ATENCION DE URGENCIAS. La atención de urgencias comprende la organización de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros de un proceso de cuidados de salud indispensables e inmediatos a personas que presentan una urgencia. Todas las entidades o establecimientos públicos o privados, que presten servicios de consulta de urgencias, atenderán obligatoriamente estos casos en su fase inicial aún sin convenio o autorización de la E.P.S. respectiva o aún en el caso de personas no afiliados al sistema. Las urgencias se atenderán en cualquier parte del territorio nacional sin que para ello sea necesario autorización previa de la E.P.S. o remisión, como tampoco el pago de cuotas moderadoras. La I.P.S. que presta el servicio recibirá de la E.P.S. el pago correspondiente con base en las tarifas pactadas o con las establecidas para el S.O.A.T. En todo caso es el médico quien define esta condición y cuando el paciente utilice estos servicios sin ser una urgencia deberá pagar el valor total de la atención. **PARAGRAFO.** Cuando la IPS no pertenezca a la red de prestadores de las EPS, informará la atención de los afiliados en el servicio de urgencias, en las 24 horas hábiles siguientes al ingreso del paciente; en caso contrario, deberá remitir esta información con la periodicidad que se haya pactado entre las dos instituciones. Las EPS garantizarán la infraestructura necesaria para el reporte oportuno por parte de las IPS.

**2.2.7 Ley 715 de 2001:** organiza la prestación de los servicios de educación y salud

**Artículo 42:** Competencia en Salud por parte de la nación: definir, implantar y evaluar la política de prestación de servicios de salud.

**Artículo 54:** Organización y consolidación de redes de servicios. "El servicio de salud a nivel territorial deberá prestarse mediante la integración de redes que permitan la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en

beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta (...). La red de servicios de salud se organizará por grados de complejidad relacionados entre sí mediante un sistema de referencia y contrarreferencia que prevea las normas técnicas y administrativas, con el fin de prestar al usuario servicios de salud acordes con sus necesidades, atendiendo los requerimientos de eficiencia y oportunidad, de acuerdo con la reglamentación que para tales efectos expida el Ministerio de Salud”.

**2.2.8 Decreto 783 de 2000, Artículo 12:** Modifica el Artículo 10 del Decreto 047 de 2000, *Atención inicial de urgencias* y dispone que en concordancia con lo establecido en el artículo 41 del Decreto 1406 de 1999, durante los primeros treinta días a partir de la afiliación del trabajador dependiente se cubrirá únicamente la atención inicial de urgencias, es decir, todas aquellas acciones realizadas a una persona con patología de urgencia consistentes en a) Las actividades, procedimientos e intervenciones necesarios para la estabilización de sus signos vitales; b) La realización de un diagnóstico de impresión; c) La definición del destino inmediato de la persona con la patología de urgencia 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. Las autoridades de inspección y vigilancia velarán por el estricto cumplimiento de esta disposición.

En ningún caso se podrá exigir contrato u orden previa para la atención inicial de urgencias. No obstante, conforme las disposiciones legales es deber de las Entidades Promotoras de Salud a efectos de proteger a sus afiliados, velar por la racionalidad y pertinencia de los servicios prestados y garantizar el pago ágil y oportuno a la institución de salud a la cual ingresó el afiliado, expedir las correspondientes autorizaciones, cartas de garantía o documentos equivalentes, esenciales en el proceso de pago de cuentas, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 1600 del Código Civil.

Una vez se establezca la persona y se defina su destino inmediato, será requisito indispensable para la realización de los siguientes procedimientos la autorización por parte de la Entidad Promotora de Salud.

Parágrafo. Los trabajadores independientes y sus beneficiarios tendrán derecho a partir de la fecha de su afiliación y pago a los beneficios señalados en el Plan Obligatorio de Salud."

**2.2.9 Decreto 1011 de 2006:** Definió el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país, y se organizó en cuatro componentes. El Sistema Único de Habilitación, es la puerta de entrada al sistema de calidad; quedó definido que el servicio, es la unidad habilitable, y para poderlo ofrecer y realizar contratos, debe cumplir en forma obligatoria con estándares mínimos (de talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos, dispositivos médicos e insumos, procesos prioritarios dentro de los cuales se incluyó el proceso de referencia y contrarreferencia y el seguimiento a riesgos y la interdependencia de servicios), dirigidos a garantizar unas condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios.

El segundo componente, es la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, de obligatorio cumplimiento, que permite la evaluación interna, continua y sistemática del cumplimiento de estándares de calidad en el proceso, complementarios a los que define la habilitación. Sirve para identificar las brechas entre la calidad esperada y la observada, a través de la verificación del continuo de la atención clínico - administrativa del paciente, con el fin de promover acciones de mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.



**2.2.10 Resolución 1446 DE 2006, Sistema de Información para la Calidad** En cumplimiento de lo dispuesto en la Resolución 1446 de 2006 las IPS deben implementar un “Sistema de información para la calidad” que incluya los indicadores de monitoreo del sistema, indicadores de monitoreo interno y monitoreo externo. Los indicadores de monitoreo, de acuerdo con lo establecido en la resolución en mención deberán ser reportados en forma semestral a la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo a las especificaciones establecidas en el anexo técnico de la presente circular. (Modificación Circular Externa No. 049 de 2008).

**2.2.11 Decreto 4747 de 2007:** Regula algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud. **En el artículo 10**, define que el triage es un Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en urgencia, el cual será de obligatorio cumplimiento entre los prestadores de servicios de salud que tengan habilitados servicios de urgencias y las entidades responsables de pago de servicios de salud en el contexto de la organización de la red de prestación de servicios.

En el **artículo 11**, determina que la verificación de derechos de los usuarios es el procedimiento por medio del cual se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demanda el usuario y el derecho del mismo a ser cubierto por dicha entidad. Para el efecto, el prestador de servicios de salud deberá verificar la identificación del usuario en la base de datos provista por los responsables del pago; podrá hacerse a través del documento de identidad o cualquier otro mecanismo tecnológico que permita demostrarla. No podrán exigirse al usuario copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento. En el caso de afiliados al régimen contributivo a los que se les haya realizado el descuento de la cotización, y el empleador no haya efectuado el pago a la entidad promotora de salud del régimen contributivo, el afiliado acreditará su derecho mediante la presentación del comprobante del descuento por parte del empleador, así como la fotocopia de ser necesaria. 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 urgencia . En su **artículo 12** establece que 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 (24) horas siguientes al inicio de la atención. Se exceptúan los casos en que por fuerza mayor no se pueda dar el aviso respectivo. En el **artículo 13**, hace referencia a la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias. Si las entidades responsables de pago han establecido como requisito, una autorización particular, una vez realizada la atención inicial de urgencia, el prestador de servicios de salud, deberá informar a la entidad responsable de pago, la necesidad de prestar el servicio cuya autorización se requiere, utilizando para ello el formato y siguiendo los procedimientos y términos definidos por el Ministerio de la Protección Social para el efecto. Este proceso no podrá ser trasladado al paciente o acudiente y es de responsabilidad exclusiva del prestador de servicios de salud. **En el artículo 14**, establece disposiciones relacionadas con la respuesta de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de la urgencia. Las entidades responsables de pago de servicios de salud deben dar respuesta a las solicitudes de autorización de servicios y procedimientos, en el formato que determine el Ministerio de la Protección Social; este proceso no podrá ser trasladado al paciente o acudiente y será de responsabilidad exclusiva de la entidad responsable de pago y deberá darse dentro de los siguientes términos: Para la atención subsiguiente a la atención inicial de urgencias, dentro de las 2 horas siguientes al recibo de la solicitud y para atención de servicios adicionales, dentro de las 6 horas siguientes al recibo de la solicitud. De acuerdo con lo señalado por el Ministerio, de no obtenerse respuestas dentro de los términos establecidos, se entenderá como autorizado y no será causal de glosa, devolución y/o no pago de factura. En el Parágrafo 1 define que cuando la entidad responsable de pago considera que no procede la autorización de servicios, insumos y/o medicamentos solicitados, deberá diligenciar el formato de Negación de Servicios de Salud y/o Medicamentos, que establezca la Superintendencia Nacional de Salud.

En el **artículo 17** del Decreto 4147 de 2007, el Ministerio de Protección Social establece las disposiciones relacionadas con proceso de referencia y contrarreferencia, a través del cual se garantiza la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios. Su diseño, documentación y operación, son responsabilidad de las entidades responsables de pago quienes dispondrán de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad de transporte y comunicación y se puede apoyar para la operación de dicho proceso, en los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres CRUE.

**2.2.11 Circular Externa SNS DE 2007.** Así las cosas, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales. Igualmente, deberán establecer un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:

1.2.1. Autoevaluación del Proceso de Atención de Salud. La IPS establecerá prioridades para evaluar sistemáticamente

**2.2.12 Circular Externa No. 049 de 2008. Sistema de Referencia y Contrarreferencia. De conformidad con lo dispuesto en la resolución 741 de 1997,** las Instituciones y demás Prestadores de Servicios de Salud deberán tener libros de registro de traslado de usuarios foliados y con acta de apertura firmado por los responsables de los servicios donde se registre: el nombre del usuario, el número de la historia clínica, la hora de salida o ingreso y el nombre y firma del responsable del traslado.

Las Instituciones y demás Prestadores de Servicios de Salud, deberán cumplir con las normas de referencia y contrareferencia establecidas y dejar consignados en el libro de traslados los siguientes datos: El nombre del usuario, la fecha y hora del traslado, el nombre de la Institución remitente y de la receptora, nombre de quién ordena y autoriza el traslado y nombre del responsable del traslado.

El traslado externo de los usuarios a los que se refiere la presente resolución, deberá realizarse en compañía de un familiar o del representante legal y de un funcionario de la Institución remitente quién será responsable del usuario.

**2.2.13 Resolución 3047 de 2008:** Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.

**2.2.14 Resolución 1220 de 2010:** Por la cual se establecen las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres, CRUE. Organización de los servicios de urgencias “El proceso de referencia y contrareferencia a través del cual se garantiza la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integridad de los servicios se hará en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago, pudiendo esta última apoyarse, para la operación de dicho proceso en los centros reguladores de urgencias, emergencias y desastres.

**2.2.15 Decreto-Ley 019 de 2012:** En su artículo 120 señaló que tratándose de la atención ambulatoria, con internación, domiciliaria, de urgencias e inicial de urgencias, el trámite de autorización para la prestación de servicios de salud lo efectuará de manera directa la Institución Prestadora de Servicios de Salud – IPS, ante la Entidad Promotora de Salud – EPS.

**2.2.16 Resolución 4331 de 2012:** A través de la cual se hizo necesario modificar algunos formatos y procedimientos adoptados mediante la Resolución 3047 de 2008, de manera tal que se simplifiquen los trámites por parte de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como dictar disposiciones inherentes a las relaciones entre aseguradores y prestadores de servicios de salud. Modifica los artículos 7, 10 y 12 de la Resolución 3047 de 2008, así como los anexos Técnicos 4, 6, 7 y 8 de la mencionada resolución. Crea el Anexo Técnico 9, FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES, el Anexo Técnico 10, FORMATO ESTANDARIZADO DE CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES y el Anexo Técnico 11, CONTENIDO DE LOS AVISOS QUE OBLIGATORIAMENTE DEBEN PUBLICAR LAS ENTIDADES RESPONSABLES DEL PAGO Y LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. La implementación de los Anexos Técnicos 9, 10, y 11, está vigente desde el día VEINTE (20) DE MARZO DE 2013.

**2.2.17 Resolución 2003 de 2014:** “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud”, adoptó el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios, mediante el cual se establece la obligatoriedad para los servicios de urgencias, existir procedimientos y/o actividades documentados y divulgados para la clasificación de pacientes

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Proponer un Plan de Acción para establecer medidas tendientes a corregir y prevenir desviaciones detectadas en los Servicios de Urgencias de las IPS en la ciudad de Medellín, a partir de la información cualitativa y cuantitativa recopilada en la función de supervisión realizada por la Secretaria de Salud de Medellín en alianza con la Universidad CES, en el cuarto trimestre de 2014; con respecto a los parámetros de calidad (acceso, oportunidad, pertinencia) previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Plantear acciones enfocadas al mejoramiento del acceso al triage y a la atención inicial de urgencias, teniendo en cuenta los resultados consolidados en el informe objeto del estudio.
- Concebir dentro del plan propuesto, acciones dirigidas a mejorar la oportunidad de la atención en los diferentes momentos por los que pasa el paciente que es atendido en los Servicios de Urgencias de las IPS en la ciudad de Medellín, objeto del estudio de supervisión realizado en el cuarto trimestre de 2014.
- Sugerir posibles acciones enfocadas al mejoramiento de la pertinencia del direccionamiento y de la remisión de los pacientes de la muestra supervisada en los servicios de urgencias cuarto trimestre de 2014, de acuerdo al consolidado de los resultados en el informe objeto del estudio.

## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1 ENFOQUE METODOLÓGICO**

El enfoque metodológico de la investigación fue cualitativo. Se hizo una revisión de los resultados de la supervisión realizada por la Secretaría de Salud a los servicios de urgencias de la ciudad de Medellín, en una alianza con la Universidad CES, en el periodo noviembre de 2014 a febrero de 2015; se identificaron las oportunidades de mejora, se analizaron las posibles causas desagregadas por individuo, de la tarea y tecnología, del equipo de trabajo, del ambiente, de la organización y gerencia, del contexto institucional y se definieron las acciones correspondientes, preventivas, de seguimiento o coyunturales (correctivas) objeto del presente trabajo.

### **4.2 TIPO DE ESTUDIO**

Se realizó un estudio descriptivo que contiene la síntesis de los hallazgos obtenidos en el análisis del informe de la supervisión, que se considera la unidad de análisis y la interpretación de los resultados relacionados en el enfoque metodológico.

### **4.3 POBLACION Y MUESTRA**

La población objeto de estudio fueron los resultados de los servicios de urgencias de las 29 IP, que fueron supervisados.

### **4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

**4.4.1 Criterios de inclusión.** Todas las oportunidades de mejora identificadas en el Informe Consolidado del Proyecto IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE SUPERVISIÓN DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD, realizado mediante el CONVENIO DE ASOCIACIÓN NO 4600057018 DE 2014 y las identificadas por el grupo de trabajo del presente estudio, que no estén explícitas en el informe.

**4.4.2 Criterios de exclusión.** Oportunidades de mejora detectadas en servicios de urgencias a nivel nacional que no estén incluidas en el informe de 2014 o no sean detectadas por el grupo de trabajo en el informe específico de la ciudad de Medellín.

#### **4.5 DESCRIPCION DE VARIABLES:**

Para la realización del análisis, se realizó la categorización de las variables a evaluar, la definición conceptual de cada una de ellas para facilitar su comprensión y la adecuación a los objetivos del estudio; y, finalmente se estableció la descripción operacional con el fin de concretar la manera de medir el estado de las acciones de mejoramiento y la efectividad de las mismas, sobre las características de calidad afectadas.



**TABLA 1. CATEGORIZACIÓN DE VARIABLES PARA EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO**

Nº	VARIABLE (Categorìa)	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
1	ACTIVIDADES DEL PROCESO DE URGENCIAS	Cada uno de las actividades críticas del proceso de urgencias, siguiendo el ciclo PHVA	<p><b>Planear la Atención en el Servicio de Urgencias:</b> Diagrama de Flujo del Proceso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estructura para el desarrollo del proceso teniendo en cuenta los estándares de habilitación.</li> <li>• Características de calidad a evaluar.</li> <li>• Indicadores para evaluar las características de calidad.</li> </ul> <p><b>Hacer las actividades propias del Servicio de Urgencias:</b> Recepción del Paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clasificación Prioridad de la Atención.</li> <li>• Ubicación del Paciente después de triage.</li> <li>• Comunicación al Paciente.</li> <li>• Reevaluación del Triage.</li> <li>• Atención Inicial de Urgencia.</li> <li>• Definición del destino final del Paciente.</li> <li>• Evaluación del Proceso de Urgencias.</li> </ul> <p><b>Evaluar el Servicio de Urgencias</b> Monitorear las actividades que se realizan y Evaluar el comportamiento de los indicadores.</p> <p><b>Actuar para mejorar el Servicio de Urgencias</b></p>
2	OPORTUNIDAD DE MEJORA	Problemas detectados en el proceso porque se	Relacionados con cada actividad del proceso.

Nº	VARIABLE (Categorìa)	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
		apartan de los estándares de calidad preestablecidos	
3	CAUSAS DE LA OPORTUNIDAD DE MEJORA	Factores que se considera contribuyen a la aparición de las oportunidades de mejora.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Del individuo.</li> <li>- De la tarea y tecnología.</li> <li>- Del ambiente.</li> <li>- Del equipo de trabajo.</li> <li>- Del paciente.</li> <li>- De la organización y gerencia.</li> <li>- Del contexto institucional.</li> </ul>
4	EFECTO SOBRE EL PACIENTE O EL SERVICIO	Lesión o daño al paciente o al proceso que se realiza para la prestación del servicio.	<p>Sobre el paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deterioro de la salud</li> <li>- Muerte</li> </ul> <p>Relacionado con la característica de calidad que se afecta en el proceso o servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Barrera de acceso al servicio.</li> <li>- Retraso en la atención.</li> <li>- Remisión no pertinente.</li> <li>- Direccionamiento no pertinente.</li> <li>- No adecuado uso del servicio.</li> </ul>
5	ACCION DE MEJORAMIENTO	A partir de los problemas identificados, se establecer las acciones.	<p>Se clasifican en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acciones preventivas.</li> <li>- Acciones de seguimiento.</li> <li>- Acciones coyunturales o correctivas.</li> </ul>

## 5. TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACION

### 5.1 FUENTES DE INFORMACIÓN

- **Fuentes Primarias:** La fuente documental considerada como material de primera mano a partir del cual se definieron las acciones propuestas para mejorar el servicio de urgencias de las IPS supervisadas en el periodo noviembre de 2014 a febrero de 2015, fueron los datos contenidos en el informe consolidado.
- **Fuentes Secundarias:** La fuente documental considerada como fuente secundaria fueron artículos o presentaciones relacionados con el tema, que sirvieron de apoyo para mejorar el conocimiento del tema objeto del estudio.

### 5.2. INSTRUMENTO PARA RECOLECCION DE INFORMACIÓN

Para la consolidación de los datos extraídos del análisis del Informe Consolidado de la Supervisión realizada a los Servicios de Urgencias de las IPS objeto del estudio, se diseñó un formulario con los siguientes datos: Oportunidad de mejora, causas internas (desagregada por causa del individuo, de la tarea y tecnología, del equipo de trabajo, del ambiente o externas (del paciente factor contributivo, acción de mejoramiento, clasificación de la acción (preventiva, de seguimiento, coyuntural). Se evidencia en el anexo 1.

### 5.3. PROCESO DE OBTENCION DE LA INFORMACIÓN

El equipo de trabajo, realizó en forma individual la lectura del informe consolidado de la supervisión realizada a los servicios de urgencias en las 29 IPS seleccionadas por la Secretaría de Salud en el 2014 y posteriormente se hizo en grupo. Se identificaron las oportunidades de mejora tomadas de enunciadas en el informe y se realizó una segunda lectura, al informe, con el objetivo de verificar si en las enunciadas en el consolidado de la Secretaría de Salud, estaban incluidas todas

las detectadas a través de la lectura del informe o era necesario adicionar a la tabla que se estaba construyendo.

#### **5.4. CONTROL DE ERRORES Y SEGOS**

Con la revisión y análisis minucioso y completo del informe consolidado de la supervisión realizada a los servicios de urgencias en las 29 IPS seleccionadas por la Secretaría de Salud en el 2014; se controlaron los sesgos por distracción, por percepción, sesgo operacional por falta de entrenamiento o no seguimiento del procedimiento preestablecido, así cómo el sesgo por falta de respuestas.

## **6. TECNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS**

Una vez ubicadas todas las oportunidades de mejora detectadas, se clasificaron teniendo en cuenta los criterios establecidos por el equipo de trabajo (específicamente en lo relacionado con accesibilidad, oportunidad en los diferentes momentos de la atención, pertinencia del direccionamiento del paciente, pertinencia de la remisión del paciente) y se priorizaron teniendo en cuenta criterios establecidos por el equipo de trabajo.

Después, utilizando la herramienta Espina de Pescado o Diagrama Causa Efecto; se analizó cada una de ellas para definir los posibles factores contributivos y de esta manera categorizarlas por factor contributivo y también tener claro si la oportunidad de mejora correspondía al proceso que debe realizar la IPS, EAPB o el Ente Territorial para la prestación del Servicio de Urgencias.

Finalmente, se definieron las acciones de mejora necesarias, clasificándolas en acciones preventivas, de seguimiento o coyunturales.

## 7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Las disposiciones contempladas en la Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993, por la cual se dictan las normas técnicas, científicas y administrativas para la investigación en salud, fueron básicas en la realización del presente estudio.

Se considera que fué un estudio sin riesgo para los pacientes, porque, el ser humano no es el sujeto de este estudio y no se hizo ninguna intervención sobre ellos. La unidad de análisis fué el informe de resultados de la Supervisión realizada por la Secretaría de Salud de Medellín a los servicios de ugcias de la ciudad de Medellín en convenio con la Universidad CES. No hubo revisión de historias clínicas, entrevistas ni cuestionarios a pacientes que identifiquen o traten aspectos de su conducta.

Así mismo, se acordó en el equipo de trabajo, el compromiso con la confidencialidad de la información recibida y la responsabilidad en el manejo de la misma.

De otra parte, se tuvo en cuenta el cumplimiento de los requisitos de los derechos de propiedad intelectual de forma completa, atendiendo las diferentes normas contempladas en la legislación colombiana . Se reconoce que este trabajo es de propiedad de la Universidad CES, teniendo en cuenta las normas de la universidad

No se presentó ningún tipo de conflicto de interés por parte del equipo de trabajo.

## 8. RESULTADOS

Después de analizar las evidencias recopiladas en el informe consolidado de la Supervisión realizada a los servicios de urgencias en la ciudad de Medellín, durante el noviembre de 2014 a febrero de 2015, frente a los criterios de calidad esperada; se identificaron las siguientes brechas en el proceso de atención en urgencias, que se convierten en oportunidades de mejora:

1. No existe un triage estructurado en la ciudad de Medellín.
2. Los procesos administrativos se convierten en barrera de acceso y la atención del paciente que desea atención en urgencias.
3. En el área de recepción y acogida de algunas IPS, se verifican los derechos del paciente antes de la selección y clasificación y se le informa, que la ausencia de convenios con EAPB limita el acceso del paciente a la atención inicial de urgencias; lo cual hace que el paciente se vaya de la IPS antes de ser clasificados y se convierta en una barrera de acceso al servicio.
4. La recepción de documentos al paciente o su acompañante, en la oficina de recepción y acogida, fué realizada después de 15 minutos de haber llegado a este servicio, en el 5% de los pacientes de la muestra supervisada, distribuidos en 10 de las 29 IPS objeto de la supervisión ejecutada durante el periodo noviembre de 2014 a febrero de 2015.
5. La falta de acceso a los servicios de consulta externa general o especializada, por causa de la organización, así como las prácticas de la población consecuencia de la cultura y la ausencia de red de prestación de servicios en determinadas áreas; llevan los usuarios a utilizar el servicio de urgencias muchas veces por condiciones clínicas que no corresponden a urgencias o emergencias, lo cual predispone a que se supere la capacidad instalada del talento humano o del recurso físico, se afecte el funcionamiento y se sature el servicio, y en consecuencia, se deteriore la calidad asistencial porque se da una atención no oportuna que puede traer efectos negativos para el paciente.

6. Otro aspecto básico fundamental para la saturación del servicio, es la ausencia de camas en hospitalización ya sea por un alto índice de ocupación hospitalaria o por la dinámica del servicio de hospitalización, con alta de pacientes en horarios no adecuados por no evolución oportuna del paciente, elaboración de planes de egreso lo cual genera retrasos en el alta. Además, la limpieza y desinfección de las habitaciones, cambios de turno, espera del cuidador o acompañante, espera de ambulancias para el traslado, hace más lento el flujo de los pacientes, y afecta la oportunidad del egreso; dificultando el traslado oportuno a otros servicios requeridos por los pacientes que se encuentran en sala de observación, y, secundario a ello, el equipo de salud de urgencias dedica gran parte de su tiempo atender pacientes hospitalizados sin camas.
7. Otro factor que favorece la poca funcionalidad en el servicio de urgencias, es la dotación del talento humano no suficiente o con poca capacidad resolutive por falta de formación y entrenamiento en urgencias, lo cual se asocia con una mayor estancia de los pacientes en salas de observación e induce a la saturación del servicio.
8. Otros factores determinantes de la saturación en los servicios de urgencias, son la demora en el reporte de exámenes de laboratorio o de imágenes diagnósticas, la no oportunidad en la respuesta a interconsultas, la realización de un procedimiento, la aceptación de pacientes en un nivel de atención superior y/o la espera de una ambulancia para la remisión del paciente; situaciones no dependientes del servicio de urgencias sino de la interdependencia con otros servicios para su correcto funcionamiento.
9. También la presencia de pacientes crónicos, adultos mayores con comorbilidades descompensados que no tienen acceso oportuno a consulta externa, y optan por utilizar el servicio de urgencias; hacen más lento el flujo de pacientes, porque requieren un mayor tiempo para la valoración diagnóstica y la resolución de su condición clínica, y con frecuencia manejo intrahospitalario que asociado a la falta de camas en este servicio, es otra variables a tener en



cuenta como causa de la saturación de urgencias.

10. De otra parte, la falta de un triage estructurado, con dotación de personal entrenado para la clasificación correcta de la prioridad de atención y un procedimiento estandarizado, lleva a que no se utilice correctamente y se realice triage consulta, con un tiempo superior a cinco minutos; o se realice una priorización no pertinente con efectos negativos para el paciente, ya sea por tiempos de espera prolongados que también llevan a saturación del servicio.
11. Otra condición que favorece la saturación de urgencias es el uso inadecuado de estos servicios por parte de personal de otras IPS, que direccionan pacientes por patologías menores o para acelerar un exámen complementario, o para valoración por médicos especialistas; actividades que podrían ser realizadas en otros espacios apropiados para la definición de conductas en estos usuarios.
12. Además, la limitada capacidad de respuesta de las IPS ante el colapso del servicio de urgencias, lleva a la ubicación de pacientes en los pasillos, en salas que se requieren para la atención de los pacientes (sala de reanimación, sala ERA, sala EDA, sala de procedimientos) y reducción de la capacidad del talento humano para atender las diferentes necesidades de los pacientes. Todo esto genera retrasos en los diagnósticos, en la toma de decisiones y/o en la ejecución de las órdenes médicas, que generan riesgo de lesiones o daños no intencionales a los pacientes, producen insatisfacción del paciente y el acompañante por deficiente calidad en la atención reflejada en falta de privacidad, comodidad, información, seguridad, que atentan contra la dignidad humana.
13. Los factores con más peso, asociados a la saturación en los servicios de urgencias, son: Pacientes en espera de ingreso, con o sin cama asignada, Pacientes en espera de pruebas complementarias y en evolución, Complejidad: pacientes que llegan en ambulancia, Índice de ocupación del hospital y Número de ingresos para cirugía programada.

## 9. DISCUSION

La accesibilidad a los servicios de salud es uno de los ejes estratégicos en los cuales se enmarca la Política de Prestación de Servicios de Salud, y es entendida como la condición que relaciona la población que necesita servicios de salud, con el sistema de prestación de servicios.

Tres factores se identifican en el acceso: La capacidad de los usuarios para buscar y obtener atención, el tipo y forma de organización de los servicios, para garantizar la atención a los ciudadanos de manera oportuna e integral y las relaciones que se establecen entre la población, los aseguradores, las entidades territoriales y prestadores de servicios de salud. En este contexto, se tienen en cuenta las siguientes dimensiones: La *geográfica*, en términos de distancia, facilidad de transporte, condiciones topográficas, entre otras; la *económica*, relacionada con capacidad de pago, los costos de acceso al lugar de la atención y la prestación del servicio; la *accesibilidad cultural* que hace referencia a los conocimientos, actitudes y prácticas de la población en relación con la utilización de los servicios y la *organizacional*, que depende de las condiciones locativas, administrativas y de información de las instituciones a cargo de administrar o prestar los servicios.

El análisis de los anteriores escenarios, permite visualizar que aspectos internos y externos de la organización, llevan a saturación del servicio de urgencias, que afecta el acceso y la oportunidad de la atención del paciente.

## 10. RECOMENDACIONES

El presente trabajo, aporta un plan de acción con acciones preventivas, de seguimiento o correctivas, que se sugiere implementar en el modelo de atención de los servicios de urgencias de baja, mediana y alta complejidad, teniendo en cuenta las actividades del proceso de atención de urgencias, formuladas a partir de los hallazgos detectados en el informe consolidado de la supervisión realizada por la Universidad CES en alianza con la Secretaría de Salud de Medellín, relacionados con las características de calidad que se están viendo afectadas en el proceso de urgencias registradas en la Tabla 1. DIAGRAMA DE FLUJO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD EN URGENCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD DEL PROCESO.

**TABLA 2. ACCIONES DE MEJORAMIENTO PROPUESTAS**

ACCION DE MEJORA	CLASIFICACION		
	P	S	C
Definir el modelo de triage estructurado, estandarizando las diferentes categorías, los criterios de priorización y una escala de triage informatizada, como instrumento de soporte al profesional que realiza esta actividad, con el propósito de controlar el riesgo de los pacientes que consultan a urgencias especialmente cuando existe saturación del servicio y facilitar la auditoría del mismo.	X		
Realizar ajustes en el sistema de información que garantice formatos de triage como parte de la historia clínica			X
Realizar ajustes en la infraestructura del servicio de urgencias, de tal manera que exista visualización entre la sala de espera y el consultorio de triage.			X
Definir la capacidad instalada de Talento Humano requerido en el triage y la atención inicial de urgencias de acuerdo a la complejidad del servicio, la demanda de la atención, la oportunidad y el riesgo de los pacientes.	X		
Definir el perfil y credenciales que deben tener las personas que laboran en recepción y acogida, en triage y en salas de atención de urgencias.	X		
Realizar inducción y reinducción al personal responsable de la recepción y acogida de los pacientes y/o acompañante, que solicita atención de urgencias.	X		
Verificar los derechos de atención en urgencias posterior a clasificación del paciente, según las disposiciones del Decreto 4747 de 2007, Artículo 119, del MPS con el fin de no convertirse en una barrera de acceso al triage.			X

Mejorar la eficiencia del proceso de atención en urgencias, mediante la reducción del tiempo de asistencia, de las demoras de pruebas □ complementarias e interconsultas y de la demora en salida del paciente tras el alta.			X
<b>ACCIÓN DE MEJORA</b>	<b>CLASIFICACIÓN</b>		
	<b>P</b>	<b>S</b>	<b>C</b>
Reducir el número de pacientes en espera de ingreso , aumentado la capacidad del servicio hospitalario, el balance entre ingresos programados /ingresos urgentes, el traslado de pacientes a otras IPS cuando el tiempo de espera para hospitalización sea superior a 6 horas y la adecuación de unidades de corta estancia asociadas al servicio de urgencias.			X
Reducir el tiempo de espera de cama, mejorando la eficiencia del proceso del alta hospitalaria.			X
Potenciar el servicio de Consulta Externa Ambulatoria.			X
Potenciar el trabajo en equipo.			X
Optimizar la gestión del espacio en los servicios de urgencias para mejorar la infraestructura necesaria para la ubicación de los pacientes en el servicio de urgencias.			X
Hacer uso apropiado del consultorio de triage (para clasificación de pacientes) y la sala de observación para evaluación y tratamiento de los pacientes.			X
Realizar acuerdos con otros servicios de la institución (laboratorio, imagenología, medicina especializada, hospitalización), para mejorar los procesos y en consecuencia favorecer el proceso de urgencias.			X
Contar con una herramienta de gestión de camas en intranet, compartida por hospitalización y admisión.			X
Monitorear y evaluar el tiempo de espera para el inicio de la recepción del paciente y/o acompañante que ingresa a las instalaciones de urgencias a solicitar el servicio, analizar causas de demora, implementar acciones encaminadas al mejoramiento del mismo y retroalimentar a los responsables.		X	
Realizar la evaluación de la adherencia de los profesionales responsables de la clasificación del paciente, al procedimiento de triage estructurado.			
Contar con un Sistema de Triage categorizado por niveles, con estándares de motivos de consulta a Urgencias y suficiente solidez científica, que permita identificar rápidamente la prioridad de la asistencia médica y determinar el área asistencial más adecuada para la atención, con el fin de disminuir su riesgo.	X		
Implementar el Sistema de Triage como parte de un sistema de control de pacientes en tiempo real, dentro de un registro informático.			X
Realizar durante las 24 horas del día el triage, con personal exclusivo para el procedimiento estandarizado.			X
Garantizar un programa de formación en triage estructurado.	X		
Garantizar la estructura física y tecnológica operativa y la dotación de personal en el servicio de urgencias con un número suficiente de profesionales cualificados y formados en triaje.			X

Establecer en forma explícita los criterios específicos para considerar un servicio de urgencias colapsado o saturado.			X
Incluir en el sistema de vigilancia, los factores intrínsecos y extrínsecos que generan saturación del servicio de urgencias para enfocar mejor las acciones de mejoramiento.			X

ACCIÓN DE MEJORA	CLASIFICACION		
	P	S	C
Tener en cuenta los días de mayor afluencia y los horarios de mayor flujo de pacientes para orientar los planes de contingencia, para atender la mayor demanda y evitar la saturación o colapso del servicio.		X	
Contar con indicadores que permitan medir los índices de ocupación en urgencias que sirvan de alertas para tomar medidas correctivas.		X	
Contar con indicadores de presión asistencial y que son alerta de saturación del servicio (pacientes pendientes de ingreso sin cama asignada, pacientes en sala de observación, número de ingresos urgentes, número de ingresos programados, número de camas ofertadas, número de pacientes pendientes de ingreso, número de consultas de urgencias, días calificados como alerta máxima) y hacer seguimiento a su evolución para tomar medidas correctivas.		X	
Identificar indicadores que permitan comprender, monitorizar y manejar la saturación del servicio de urgencias, teniendo en cuenta demanda de pacientes, capacidad del servicio de urgencias, complejidad de los pacientes, eficiencia del servicio de urgencias y carga de trabajo en el servicio de urgencias, eficiencia del hospital, capacidad del hospital.		X	
Identificar las causas más importantes de saturación del servicio de urgencias, analizar los efectos de la saturación en la calidad de la atención y especialmente en la seguridad del paciente, realizar intervenciones para reducirla y evaluar el impacto de las mismas		X	
Establecer un Sistema de Información con Indicadores para la detección de oportunidades de mejora en el acceso al servicio (demanda atendida, pacientes perdidos sin ser clasificados, pacientes perdidos clasificados, sin ser evaluados por el médico), oportunidad en los diferentes momentos del proceso de atención, eficiencia (pacientes en los cuales hubo cambios en la clasificación después de la reevaluación, pacientes en observación, con situación resuelta antes de 6 horas de estancia), pertinencia del direccionamiento, pertinencia de la remisión, continuidad de la atención (pacientes con solicitud de remisión, aceptados en las IPS receptoras), rendimiento del triage (pacientes clasificados según horas trabajadas en realización de triage), productividad de triage (pacientes clasificados, según horas contratadas para realización de triage).		Ç x	

## BIBLIOGRAFIA

- ACEP (American College of Emergency Physicians), 2002. ACEP Crowding Resources Task Force. Definición de Saturación en el Servicio de Urgencias.
- Asplin BR. A conceptual model of ED crowding. Ann Emerg Med 2003; 42: 173-180.
- Donadebian A. Aspects of medical care administration. Specifying requirements of health care. Cambridge, MA; Harvard University Press; 1973. [ [Links](#) ]
- Donadebian A. The quality of care. How can it be assessed? ArchPatholLabMed. 1997; (121): 1145-50. [ [Links](#) ]
- Jarrod Pamiás M. La densidad horaria de pacientes acumulados como indicador de saturación en urgencias. Emergencias 2006; 18: 215-218
- McCarthy ML. Comparison of methods for measuring crowding and its effects on length of stay in ED. Acad Emerg Med 2011; 18: 1269-1277..
- Marín Gómez Pablo. Causas y efectos de la saturación del Servicio de Emergencias de la Clínica de Chomes, Puntarenas. Instituto Centroamericano de Administración Pública – ICAP. Tesis Maestría en Gerencia de la Salud. San José de Costa Rica, febrero de 2008.
- Ministerio de Salud, Decreto 0412/1992. Reglamenta parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones
- Ministerio de la Protección Social Decreto 1011 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
- Pere Tudela, Josep Maria Mòdol. La saturación en los servicios de urgencias hospitalarias. Emergencias 2015;27:113-120 Barcelona, España.
- Solberg LI. ED crowding: consensus development of potential measures. Ann Emerg Med 2003; 42: 824-834.

## **ANEXO**

**ACCIONES ENFOCADAS AL MEJORAMIENTO DE LA CLASIFICACIÓN DE LA RECEPCIÓN DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE LAS IPS OBJETO DE SUPERVISIÓN REALIZADA EN EL PERIODO NOVIEMBRE DE 2014 A FEBRERO EN 2015**

OPORTUNIDAD DE MEJORA	CAUSAS							EFECTO SOBRE EL PACIENTE		ACCION DE MEJORAMIENTO	CLASIFICACION DE LA ACCION DE MEJORAMIENTO		
	Del individuo	De la tarea/tecnología	Del equipo de trabajo	Del ambiente	Del paciente	De la organización /gerencia	Del contexto institucional				P	S	C
	En el area de recepcion y acogida, se informa al paciente y/o su acompañante, que la ausencia de convenios con EAPB limita el acceso del paciente a la atención inicial de urgencias( solo se clasifica y se direcciona a una IPS de la red de la EAPB), lo cual hace que el paciente se vaya de la IPS antes de ser clasificados y	No cumplimiento de la Normatividad que regula la prestación de los servicios de salud de urgencias		Problemas de comunicación del equipo de trabajo.			Políticas institucionales poco claras					Los procesos administrativos se convierten en Barrera de acceso y la atención del paciente que desea atención en urgencias	
Toma de datos por Personal de Admisiones contrario a los estipulado en el Decreto 4747 de 2007 como la verificación de derechos realizada previo a la clasificación de triage,	Desconocimiento de la normatividad vigente	Ausencia de socialización del Procedimiento de Triage				Deficiencia de programas de inducción y re inducción a personal		Retraso en la clasificación de los pacientes		Realizar inducción y reintroducción al personal responsable de la recepción y acogida de los pacientes y/o acompañante, que solicita atención de urgencias	X		
La recepción de documentos al paciente o su acompañante, en la oficina de recepción y acogida, fue realizada despues de 15 minutos de haber llegado a este servicio, en el 5% de los pacientes de la muestra supervisada, distribuidos en 10 de las 29 IPS cuyo servicio de urgencias fuè objeto de la supervisión ejecutada durante el periodo noviembre de 2014 y						No contar con programas de capacitación constante para actualización en normatividad vigente o aprendizaje de los errores		Retraso en la atención inicial de urgencias		Monitorear y evaluar el tiempo de espera para el inicio de la recepción del paciente y/o acompañante e que ingresa a las instalaciones de urgencias a solicitar el servicio e implementar acciones encaminadas al mejoramiento del mismo.		X	



**ACCIONES ENFOCADAS AL MEJORAMIENTO DE LA CLASIFICACIÓN DE LA PRIORIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE LAS IPS OBJETO DE SUPERVISIÓN REALIZADA EN EL PERIODO NOVIEMBRE DE 2014 A FEBRERO EN 2015**

OPORTUNIDAD DE MEJORA	CAUSAS							EFECTO SOBRE EL PACIENTE	ACCION DE MEJORAMIENTO	CLASIFICACION DE LA ACCION DE MEJORAMIENTO		
	Del individuo	De la tarea/tecnología	Del equipo de trabajo	Del ambiente	Del paciente	De la organización /gerencia	Del contexto institucional			P	S	C
Triage no estructurado en la ciudad de Medellín							Falta de estandarización de las categorías de triage		Estandarizar la categorización del triage para la ciudad, que permita homogenizar los criterios de direccionamiento y tiempos de atención según el riesgo evaluado en este momento del proceso de atención.			
									Formar a los profesionales responsables de la clasificación de los pacientes según prioridad de atención, para poder implantar el procedimiento de triage, que garantice el orden y control en el			
									Utilizar mediovisual en sala de espera con contenido educativo sobre triage para que las personas conozcan y se informen sobre los niveles de clasificación según signos y síntomas manifestados por el usuario, el objetivo del mismo y los tiempos posibles de espera .			
No hay proceso de Priorización de pacientes en sala de espera pendiente de triage, según condición clínica del paciente		Debilidad en los sistemas de apoyo logístico (sistema de información)	Problemas de comunicación entre el equipo de trabajo	Dificultades de la infraestructura para la adecuada visualización de la sala de espera		Capacidad instalada de talento humano para triage no suficiente			En horas de alto flujo de pacientes exista un personal de salud entrenado para la clasificación de los pacientes en sala, antes de triage, con el fin de priorizarlos según motivo de consulta, signos vitales y condición especial e informar al médico de triage para una oportuna clasificación.			
						Políticas institucionales poco claras			No realizar consulta médica en el consultorio de triage sino dedicar el tiempo máximo de 5 minutos a clasificar la prioridad de atención del paciente con base en signos y síntomas manifestados por el usuario y el riesgo asociado.	x		

Uso de consultorio de Triage para actividades diferentes a la clasificación de pacientes (ayudas diagnósticas, triage consulta, prescripción de medicamentos, prórroga de incapacidad.)									Realizar durante las 24 horas del día el triage, con personal exclusivo para el procedimiento estandarizado			
No se evidencia de reclasificación de pacientes en sala de espera									Evaluar la adherencia del profesional al procedimiento de triage			
Triage por fuera de la historia clínica (no hace parte de los registros específicos de la historia clínica)									Garantizar un programa de formación en triage estructurado			
Se identificó un alto número de consultas que no corresponden a una urgencia												
En el 37%(173 de 466) de los pacientes de la muestra supervisada, distribuidos entre las 28 de las 29 IPS en donde se supervisó el servicio de urgencias, se realizó el triage después de 15 minutos de haber sido atendido por el personal de recepción,					Alto volumen de población que demanda servicios de urgencias						x	
							Pobre capacidad resolutive en las IPS de niveles de atención en la baja complejidad por disposiciones establecidas en el Sistema Único de Habilitación en Salud vigente					
							No oferta de consulta prioritaria					
Saturación de la sala de espera antes de triage por uso no adecuado del servicio de urgencias por parte del usuario y/o su familia	Poca capacidad resolutive en atención primaria por falta de competencias del personal de salud, lleva a los pacientes a consultar en IPS de mayor complejidad	Pobre seguimiento a los pacientes con enfermedades crónicas en atención primaria, lleva a no continuidad en la atención y deterioro de su estado de salud que los obliga a consultar por urgencias					No oportunidad de atención en consulta programada		Fortalecer el primer nivel de atención para mejorar la capacidad resolutive, a través de: 1. Adopción de guías de práctica clínica basadas en evidencia científica, socialización, evaluación de la adherencia, retroalimentación sobre resultados y planes de acción individual y grupal para influir de forma muy positiva sobre el poder resolutive.			65

							No aplicación de las estrategias de Protección Específica y Detección Temprana de manera adecuada, que evite la progresión de las patologías hasta instancias que requieran atención urgente				
							Pobre monitoreo y evaluación a la efectividad del Proceso de Protección Específica y Detección Temprana por parte de las EAPB				
							Pobre educación al usuario en las EAPB sobre el uso adecuado del servicio de urgencias				
							No oportunidad en la asignación de citas de medicina especializada, solicitadas en atención primaria				
							No oportunidad en la dispensación completa de los medicamentos prescritos				
					No autocuidado		Deficiente educación a pacientes crónicos sobre el auto cuidado de su salud.				
En Unidades de la ESE Metrosalud, el personal de vigilancia, realiza funciones que no corresponden al cargo (toma de datos, pregunta sobre motivo de consulta, activar botón de triage para priorizar pacientes)										Fortalecer la función básica del vigilante de seguridad, propia del perfil del cargo.	
La capacidad instalada de talento humano para la atención del triage, no es suficiente en el 78% de las 29 IPS supervisadas				Cansancio del personal		Personal asignado para a triage, realiza funciones de clasificación y atención					
	Desconocimiento de la normatividad vigente										
	Personal sin actualización	Ausencia de socialización del Protocolo de Triage								Realizar un programa de formación	66

Once (11) pacientes clasificados triage III y nueve (9) pacientes clasificados triage IV fueron atendidos en el servicio de urgencias en una IPS de alta complejidad						Deficiencia de programas de inducción y re inducción a personal						
						No contar con programas de capacitación constante						
									Adopción del Protocolo de Triage			
		Procedimiento de triage no estandarizado							Contar con un formato adecuado para el registro del triage			
			Falta de Supervisión en el desarrollo del procedimiento			No implementación de rondas de seguridad para monitoreo y seguimiento de la atención en urgencias, iniciando con recepción y acogida			Realizar la Supervisión constante de los pacientes y los riesgos a los que se enfrentan en el acceso y oportunidad de atención en el servicio de urgencias		x	
									instauración de un programa de evaluación de la calidad de la actividad del triaje			
									<b>• Analizar y retroalimentar los errores</b>			

**ACCIONES ENFOCADAS AL MEJORAMIENTO DE LA UBICACION DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE LAS IPS OBJETO DE SUPERVISIÓN REALIZADA EN EL PERIODO NOVIEMBRE DE 2014 A FEBRERO EN 2015**

OPORTUNIDAD DE MEJORA	CAUSAS DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS							EFECTO SOBRE EL PACIENTE	ACCION DE MEJORAMIENTO	CLASIFICACION DE LA ACCION DE MEJORAMIENTO		
	Del individuo	De la tarea/tecnología	Del equipo de trabajo	Del ambiente	Del paciente	De la organización /gerencia	Del contexto institucional			P	S	C
			Problemas de comunicación del equipo de trabajo.			Políticas institucionales poco claras				x		
En el 22% de los pacientes direccionados después del triage, el procedimiento no fué adecuado	Mala clasificación por parte del profesional de triage	No se tiene en cuenta el riesgo del paciente	Deficiente comunicación al paciente sobre IPS de la red en donde debe consultar			Ausencia de un procedimiento estandarizado para direccionar el paciente	Ausencia de un procedimiento estandarizado para asignar cita con la oportunidad requerida para el paciente direccionando		Definir el perfil y credenciales que deben tener las personas que laboren en recepción y acogida	x		
				Cansancio del personal								
	Desconocimiento de la normatividad vigente											
	Personal sin actualización	Ausencia de socialización del Protocolo de Triage							Realizar un programa de formación			
						Deficiencia de programas de inducción y re inducción a personal						
						No contar con programas de capacitación constante						
							Falta de agenda de citas para la atención en las primeras 24 horas post triage, del paciente direccionado					

							Procedimiento de asignación de citas para pacientes direccionados post triage, no estructurado					
Ubicación en sala de espera, de patients clasificados triage II				No suficiencia de capacidad instalada (camillas en sala de observación y en áreas de expansión)					Adopción del Protocolo de Triage			
		Procedimiento de triage no estandarizado							Contar con un formato adecuado para el registro del triage			
			Falta de Supervisión en el desarrollo del procedimiento			No implementación de rondas de seguridad para monitoreo y seguimiento de la atención en urgencias, iniciando con recepción y acogida			Realizar la Supervisión constante de los pacientes y los riesgos a los que se enfrentan en el acceso y oportunidad de atención en el servicio de urgencias		x	
									instauración de un programa de evaluación de la calidad de la actividad del triaje			
									• Analizar y retroalimentar los errores			

**ACCIONES ENFOCADAS AL MEJORAMIENTO DE LA COMUNICACION AL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE LAS IPS OBJETO DE SUPERVISIÓN REALIZADA EN EL PERIODO NOVIEMBRE DE 2014 A FEBRERO EN 2015**

OPORTUNIDAD DE MEJORA	CAUSAS DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS							Efecto sobre el paciente	ACCION DE MEJORAMIENTO	CLASIFICACION DE LA ACCION DE MEJORAMIENTO		
	Del individuo	De la tarea/tecnología	Del equipo de trabajo	Del ambiente	Del paciente	De la organización /gerencia	Del contexto institucional			P	S	C
	No cumplimiento de la Normatividad Vigente		Problemas de comunicación del equipo de trabajo.			Políticas institucionales poco claras				x		
Ausencia Información a pacientes sobre Triage y tiempos de espera según clasificación												
									Definir el perfil y credenciales que deben tener las personas que laboren en recepción y acogida	x		
				Cansancio del personal								
	Desconocimiento de la normatividad vigente											
	Personal sin actualización	Ausencia de socialización del Protocolo de Triage							Realizar un programa de formación			
						Deficiencia de programas de inducción y re inducción a personal						
						No contar con programas de capacitación constante						

									Adopción del Protocolo de Triage			
		Procedimiento de triage no estandarizado							Contar con un formato adecuado para el registro del triage			
			Falta de Supervisión en el desarrollo del procedimiento			No implementación de rondas de seguridad para monitoreo y seguimiento de la atención en urgencias, iniciando con recepción y acogida			Realizar la Supervisión constante de los pacientes y los riesgos a los que se enfrentan en el acceso y oportunidad de atención en el servicio de urgencias		x	
									instauración de un programa de evaluación de la calidad de la actividad del triaje			
									• <b>Analizar y retroalimentar los errores</b>			



						Deficiencia de programas de inducción y re inducción a personal						
						No contar con programas de capacitación constante						
									Adopción del Protocolo de Triage			
		Procedimiento de triage no estandarizado							Contar con un formato adecuado para el registro del triage			
			Falta de Supervisión en el desarrollo del procedimiento			No implementación de rondas de seguridad para monitoreo y seguimiento de la atención en urgencias, iniciando con recepción y acogida			Realizar la Supervisión constante de los pacientes y los riesgos a los que se enfrentan en el acceso y oportunidad de atención en el servicio de urgencias		x	
									instauración de un programa de evaluación de la calidad de la actividad del triaje			
									<b>• Analizar y retroalimentar los errores</b>			

**ACCIONES ENFOCADAS AL MEJORAMIENTO DE LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS DE LAS IPS OBJETO DE SUPERVISIÓN REALIZADA EN EL PERIODO NOVIEMBRE DE 2014 A FEBRERO EN 2015**

OPORTUNIDAD DE MEJORA	CAUSAS DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS							EFECTO SOBRE EL PACIENTE O EL SERVICIO	ACCION DE MEJORAMIENTO	CLASIFICACION DE LA ACCION DE MEJORAMIENTO		
	Del individuo	De la tarea/tecnología	Del equipo de trabajo	Del ambiente	Del paciente	De la organización /gerencia	Del contexto institucional			P	S	C
En el 36% (9) de los pacientes de la muestra supervisada, clasificados triage I, distribuidos en 8 IPS supervisadas, la atención inicial de urgencias se prestó después de 5 minutos (entre 6 y 60) de haber ingresado								Deterioro del estado de salud del paciente Muerte	Implementar acciones que garanticen que los pacientes clasificados Triage I sean atendidos antes de 5 minutos después de ingresar al servicio de urgencias			1
En cuatro (4) de nueve (9) pacientes clasificados triage I, distribuidos en el servicio de urgencias de 2 IPS supervisadas, la atención inicial por el médico fue realizada 60 minutos después del ingreso									Sensibilizar al personal asistencial de urgencias, sobre la importancia de la oportunidad de la atención del paciente con urgencia vital para la toma de decisiones y la gestión del servicio en beneficio del paciente.			
En el 28% (49 de 173) de los pacientes clasificados triage II, dentro de los cuales había 10 gestantes, la atención inicial de urgencias se inició después de 30 minutos de haber sido realizado el triage. Estos pacientes se distribuyeron entre 17 IPS supervisadas.				IPS no cuentan con toda la capacidad de infraestructura y/o de talento humano para dar respuesta a las necesidades en salud de los pacientes				Deterioro del estado de salud del paciente				
En el 33% (54 de 165) de los pacientes clasificados triage III, distribuidos en 15 servicios de urgencias, la atención inicial por el médico, después del triage, se hizo en un tiempo superior a 60 minutos.								Saturación del servicio				

En el 74% (176 de 239) de los pacientes de la muestra supervisada a quienes se solicitó al menos un examen de laboratorio, distribuidos en 28 de las 29 IPS supervisadas, la entrega de resultados se hizo después de 60 minutos.	Solicitud de exámenes de laboratorio no pertinentes		No capacidad resolutive del servicio de laboratorio clínico ubicado dentro de la IPS.			IPS realizan convenios con IPS que preantan servicios de laboratorio clínico que no garantizan las condiciones de				x		
En el 38% (44 de 116) de los pacientes de la muestra supervisada, a quienes se les solicitó interconsulta con médico especialista, distribuido en 16 IPS, la respuesta a ésta se realizó después de 6 horas de haber sido solicitada.												
Estancias prolongadas en las salas de observación							Demora en la autorización por parte de las EAPB para la realización de exámenes de laboratorio o imágenes diagnósticas que permitan confirmar o descartar un diagnóstico					
							Demora en la autorización por parte de las EAPB para la realización de un procedimiento					
El traslado a otro servicio dentro de la IPS para continuar su proceso de atención, en el 55% (97 de 177) de los pacientes, distribuidos en 25 de las 29 IPS supervisadas, se hizo después de 6 horas de haber sido solicitado.				Falta de camas en hospitalización				Represamiento en el s hacia los servicios hospitalarios, afectando la continuidad de la atención del paciente y la oportuna atención de urgencias de los pacientes en sala de espera, pudiendo llevar a deterioro del estado de salud o				
												Mejorar el nivel técnico científico del talento humano responsables del triage y de la atención después de triage

La salida para la IPS Receptora, del 89% (42 de 47) de los pacientes con solicitud de remisión, distribuidos en 17 IPS supervisadas, se logró después de 6 horas de haberse pedido.							Demora en la ubicación de los pacientes por parte de las EAPB					
							Demora en aceptación del paciente con trastorno mental, en las IPS especializadas para su atención					
El nivel de ocupación en salas de observación de IPS de alta complejidad, supera la capacidad instalada de la infraestructura teniendo que activar en forma permanente las zonas de expansión.	Acepta pacientes sin contar con cama ni camillas en el servicio de urgencias	Retraso en la entrega e interpretación de resultados de laboratorio e imágenes diagnósticas	Retraso en la respuesta a interconsulta mayor a 6 horas	Falta de camas en el servicio de hospitalización			Falta de IPS especializadas en la atención de pacientes con trastorno mental, en la ciudad.					
							No disponibilidad de servicios en IPS de mediana complejidad					
							Remisión de pacientes para confirmar diagnósticos					

							Traslados primarios		Definir el perfil y credenciales que deben tener las personas que laboren en recepción y acogida	x		
El tiempo que permaneció el personal paramédico del 123 en el servicio de urgencias, entregando un paciente habitante de calle, fue en promedio de 25 minutos.												
	Desconocimiento de la normatividad vigente											
	Personal sin actualización	Ausencia de socialización del Protocolo de Triage							Realizar un programa de formación			
							Deficiencia de programas de inducción y re inducción a personal					
							No contar con programas de capacitación constante					
									Adopción del Protocolo de Triage			
		Procedimiento de triage no estandarizado							Contar con un formato adecuado para el registro del triage			
			Falta de Supervisión en el desarrollo del procedimiento				No implementación de rondas de seguridad para monitoreo y seguimiento de la atención en urgencias, iniciando con recepción y acogida	Ausencia de un Sistema de Indicadores estandarizados de obligatoria medición para la detección de oportunidades de mejora en el acceso al servicio, la oportunidad en los diferentes momentos del proceso de atención, la pertinencia del direccionamiento, la pertinencia de la remisión, así como la gestión dirigida al mejoramiento de la atención en el servicio de urgencias	Establecer un Sistema de Proporción de pacientes perdidos sin ser clasificados	x		

**ACCIONES ENFOCADAS AL MEJORAMIENTO DE LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS DE LAS IPS OB JETO DE SUPERVISIÓN REALIZADA EN EL PERIODO NOVIEMBRE DE 2014 A FEBRERO EN 2015**

OPORTUNIDAD DE MEJORA	CAUSAS DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS							EFECTO SOBRE EL PACIENTE O EL SERVICIO	ACCION DE MEJORAMIENTO	CLASIFICACION DE LA ACCION DE MEJORAMIENTO		
	Del individuo	De la tarea/tecnología	Del equipo de trabajo	Del ambiente	Del paciente	De la organización /gerencia	Del contexto institucional			P	S	C
									Establecer alianzas estratégicas para responder a las necesidades de la población como un solo Sistema para la Atención de Urgencias Vitales			
									flujo de paciente			
	Desconocimiento de la normatividad vigente		Problemas de comunicación del equipo de trabajo.			Falta de Supervisión en el desarrollo del procedimiento	Retraso en la autorización de la remisión por parte de la EAPB	Deterioro del estado de salud del paciente	Realizar la Supervisión constante de los pacientes y los riesgos a los que se enfrentan en el acceso y oportunidad de atención en el servicio de urgencias			
La salida para la IPS Receptora, del 89% (42 de 47) de los pacientes con solicitud de remisión, distribuidos en 17 IPS supervisadas, se logró después de 6 horas de haberse pedido.						No implementación de rondas de seguridad para monitoreo y seguimiento del procedimiento de remisión	Demora en aceptación del paciente con trastorno mental, en las IPS especializadas para su atención	Deterioro del estado de salud del paciente	instauración de un programa de evaluación de la calidad de la actividad de remisión			
							Red no suficiente para la atención de pacientes con trastorno mental, en la ciudad.	Saturación del servicio	Analizar y retroalimentar sobre los errores en el procedimiento de remisión de paciente			
							Red de ambulancias para TAB o TAM insuficiente					77

**ACCIONES ENFOCADAS AL MEJORAMIENTO DE LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS DE LAS IPS OB JETO DE SUPERVISIÓN  
EL PERIODO NOVIEMBRE DE 2014 A FEBRERO EN 2015**

**REALIZADA EN**

OPORTUNIDAD DE MEJORA	CAUSAS DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS							EFECTO SOBRE EL PACIENTE O EL SERVICIO	ACCION DE MEJORAMIENTO	CLASIFICACION DE LA ACCION DE MEJORAMIENTO		
	Del individuo	De la tarea/tecnología	Del equipo de trabajo	Del ambiente	Del paciente	De la organización /gerencia	Del contexto institucional			P	S	C
			Falta de Supervisión en el desarrollo del proceso			No implementación de rondas de seguridad para monitoreo y seguimiento de la atención en urgencias, iniciando con recepción y acogida	Ausencia de un Sistema de Indicadores estandarizados de obligatoria medición de características de calidad del proceso de urgencias así como la gestión dirigida al mejoramiento de la atención en el servicio de urgencias	Establecer un Sistema de Información con Indicadores para la detección de oportunidades de mejora en el acceso al servicio (demanda atendida, pacientes perdidos sin ser clasificados, pacientes perdidos clasificados, sin ser evaluados por el médico) oportunidad en los diferentes momentos del proceso de atención, eficiencia (pacientes en los cuales hubo cambios en la clasificación después de la reevaluación, pacientes en observación, con situación resuelta antes de 6 horas de estancia) , pertinencia del direccionamiento, pertinencia de la remisión, continuidad de la atención (pacientes con solicitud de		x		
								instauración de un programa de evaluación de la calidad de la actividad del triaje				
								Analizar y retroalimentar sobre los errores en el procedimiento de recepción y acogida				
								Establecer la función de iVC en los servicios de urgencias por aporte de los organismos de SGSSS para garantizar el cumplimiento de la normatividad vigente				