

**COMPARACION DE LA ELABORACION DE LOS PLANES DE
MEJORAMIENTO DEL INDICADOR OPORTUNIDAD EN LA
ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS EN DOS INSTITUCIONES DE
SALUD PRIVADAS DE LA CIUDAD DE MEDELLIN EN EL PRIMER
SEMESTRE DEL AÑO 2015**

CARLOS ANDRÉS ÁLVAREZ MONSALVE

DIANA CAROLINA ARANGO LÓPEZ

JAVIER ARTURO DÍAZ HERNÁNDEZ

NATALIA PARRA GIRALDO

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN GERENCIA DE IPS**

ASESOR

ABELARDO GUZMAN HURTADO

UNIVERSIDAD CES

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE SALUD PÚBLICA

MEDELLÍN 2015

CONTENIDO

1. PRELIMINARES	4
1.1 Planteamiento del problema	4
1.2 Justificación	5
1.3 Pregunta de Investigación.....	6
1.4 Objetivos	6
2. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Aseguramiento Georeferenciado	7
2.2 Definición de Triage	9
2.3 Auditoria para el mejoramiento de la calidad	20
3. DISEÑO METODOLÓGICO	30
3.1 Tipo de estudio.....	31
3.2 Población y muestra.....	31
3.3 Enfoque metodológico	31
3.4 Variables preliminares	32
3.5 Técnicas de recolección	32
4. ANALISIS DE VARIABLES Y RESULTADOS	33
4.1. Identificación y caracterización de los indicadores.....	33
4.2 Evaluación comparativa de variables	38
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	40
6. BIBLIOGRAFÍA.....	42

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Aseguramiento Georeferenciado.	8
Tabla 2. Ficha técnica Indicador Oportunidad en la Atención de Urgencias IPS 1	25
Tabla 3. Ficha Técnica Indicador Oportunidad de Atención en Urgencias IPS 2	26
Tabla 4. Tiempo promedio de atención en urgencias IPS 1	34
Tabla 5. Tiempo promedio de atención en urgencias IPS 2	35
Tabla 6. Plan de mejoramiento implementado en la IPS 1 basado en la matriz 5W1H	37
Tabla 7. Plan de mejoramiento implementado en la IPS 2 basado en la matriz 5W1H	38
Tabla 8. Comparativo de variables IPS 1 - IPS 2	39

1. PRELIMINARES

1.1 Planteamiento del problema

El objetivo fundamental de la atención en un servicio de urgencias es lograr que se pueda atender en forma rápida y eficaz cualquier paciente en una situación de emergencia médica.

Cuando esta atención inicial de urgencias no se cumple dentro del estándar establecido por cada institución (tiempo mínimo para el Triage), se implementan planes de mejoramiento en búsqueda de impactar en el indicador de oportunidad y accesibilidad; pero se ha determinado que estas acciones no se llevan a cabo ni se cumplen con los parámetros establecidos, lo que indica la no operatividad ni funcionalidad de este recurso.

En las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (IPS), el Triage, a la vez que clasifica la gravedad del paciente para definir la prioridad de la atención en urgencias, se ha convertido en un mecanismo de filtro, ante el creciente número de pacientes que acuden a urgencias por la negación de servicios ambulatorios o por la complicación de su estado de salud debido a la demora en procedimientos y tratamientos. Pero si su motivo de consulta y su condición clínica no ameritan la atención inicial de urgencias y se encuentra ÍestableÎ, el paciente es direccionado a tocar la puerta de la consulta externa (o consulta prioritaria) la cual, en muchas ocasiones, ya están exhaustos de tocar sin ser oportunamente atendidos.¹

Muchas veces las personas acuden a urgencias ante la imposibilidad de lograr comunicación con el Call Center o ante el obstáculo de no lograr ser incluidos en agendas eternamente copadas de sus EPS-IPS, en consecuencia, se enfrentan a un proceso complejo llamado Triage que se quiere mostrar como un proceso técnico-científico, pero del cual no se han reglamentado suficientemente sus métodos y alcances.

En el Triage se encuentran dos versiones de la misma realidad. Por un lado, está la definición técnica de la clasificación del Triage desde el concepto médico de las necesidades biológicas y, por otro, la dimensión humana del paciente que va desde sus sensaciones, sus conceptos culturales y sus miedos, hasta las estrategias para evadir un sistema social excluyente.

Sumado a este panorama, existe el agravante de que el Decreto 4747 de 2007, reglamentado por la Resolución 3047 de 2008, que incluye el anexo técnico 2 - Informe de la Atención Inicial de Urgencias, donde se define la atención inicial de urgencias, cada institución desde su lógica particular, tiene su propio sistema de clasificación (Triage), el cual se ajusta a unas metas, que si bien están documentadas en las experiencias de otros prestadores (Reporte de Indicadores - Circular Unica), a veces son salidas de la realidad de su contexto, o más bien, su contexto no es ajustable, por diferentes situaciones, para cumplir con la meta que se supone deberían cumplir, basados en los reportes de experiencias de otros prestadores. ¹

Por ello, respondiendo al desmesurado aumento de la demanda en la sala de urgencias, es crucial determinar las variables que permitan cumplir con el objetivo del indicador, traducido esto en una mejora indiscutible de la oferta, tanto en calidad como en cantidad y en la satisfacción de usuarios internos y externos de los servicios de urgencias.

1.2 Justificación

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud debe constituir una de las herramientas clave para proteger la seguridad del paciente: elegir prioritariamente fuentes de trabajo que impacten en ella, desplegar metodologías que favorezcan el análisis causal y el análisis de las fallas para desatar acciones de mejoramiento efectivas y

eficientes. De igual manera, durante el despliegue de las acciones de la auditoría, facilitar la creación de una cultura organizacional autocrítica y proactiva ante los errores y que sea solidaria con los pacientes y sus familias.

Por esta razón y teniendo en cuenta que con frecuencia los equipos de las IPS no cuentan con la formación adecuada sobre los componentes y características de un plan de mejoramiento continuo, ni conocen con frecuencia la normatividad del PAMEC, y aunado a la grave situación por la cual atraviesan los servicios de urgencias del país, se considera importante realizar un análisis comparativo de los planes de mejora aplicados al indicador Óportunidad en la atención inicial de urgencias en los servicios de urgencias de dos IPS privadas de la ciudad de Medellín como parte importante del proceso de gestión de la calidad de estas instituciones, con la intención de establecer las variables que son determinantes para definir el éxito o fracaso en la consecución de la meta propuesta para este indicador y que finalmente se ven reflejadas en la calidad de los servicios prestados a los usuarios.

1.3 Pregunta de Investigación

¿Cuáles son los elementos que diferencian la elaboración de los planes de planes de mejoramiento implementados en dos instituciones de salud privadas de la ciudad de Medellín para optimizar la oportunidad en la atención inicial de urgencias, en el primer semestre del año 2015?

1.4 Objetivos

- **Objetivo general**

Comparar la metodología en la elaboración de los planes de mejoramiento aplicados al indicador oportunidad en la atención de urgencias, de dos instituciones de salud privadas de la ciudad de Medellín en el primer semestre del año 2015

- **Objetivos específicos**

- Analizar las estrategias aplicadas en cada una de las instituciones para mejorar la oportunidad de la atención en urgencias.
- Identificar las variables por las cuales los planes de mejora pueden ser o no efectivos en el momento de evaluar su cumplimiento.
- Divulgar los hallazgos encontrados en la evaluación de los planes de mejora de las dos instituciones.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Legislación en Salud

La Constitución Política de 1991 estableció el derecho de todos los Colombianos a la atención en salud como un servicio público cuya prestación se realiza bajo la dirección, coordinación y control del Estado con la participación de agentes públicos y privados. La ley 60 de 1993 dio impulso al mandato constitucional mediante normas que dieron origen a la descentralización del sistema. La Ley 100 del mismo año creó el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que se define como un sistema solidario que busca regular los servicios de salud pública esenciales y crear las condiciones de acceso en todos los niveles de atención de la población. ²

El sistema se basa en el aseguramiento en salud con la participación de entidades aseguradoras tanto públicas como privadas, contando además con la intervención estatal para su funcionamiento y está organizado en

dos regímenes, el régimen contributivo y el régimen subsidiado. El régimen subsidiado afilia a todas las personas sin capacidad de pago. Los mecanismos de financiación de este régimen son: transferencias nacionales, contribuciones solidarias y de esfuerzos municipales y distritales. A su vez el régimen contributivo está conformado por las personas que tienen capacidad de contribuir a la seguridad social. Este régimen se financia a través de las contribuciones de base establecidas en el 12,5% del salario, del cual el 8,5% lo paga el empleador y el 4% lo asume el empleado. Los trabajadores independientes deben asumir el costo total de la cotización a partir del ingreso mensual. Los regímenes especiales afilian a los trabajadores de las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, la Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL), el Magisterio y las universidades públicas.^{2,3}

A continuación encontraremos una tabla con el porcentaje de aseguramiento por cada régimen en el período de los años 2000 a 2015 parcial. En este se puede apreciar el aumento en la cobertura de afiliación a través de los años.

Tabla 1. Aseguramiento Georeferenciado.

Aseguramiento - Georeferenciado				
	% de afiliación Régimen Contributivo	% de afiliación Régimen Subsidiado	% de afiliación	% de población no afiliada
2000	35.22	23.6	58.83	41.17
2001	32.68	27.12	59.8	40.2
2002	31.86	27.69	59.55	40.45
2003	32.99	28.36	61.35	38.65
2004	35.07	36.71	71.78	28.22
2005	36.31	43.32	79.63	20.37
2006	37.67	46.32	84	16
2007	38.91	49.19	88.1	11.9
2008	38.77	50.59	89.36	10.64
2009	40.16	46.64	86.8	13.2
2010	41.08	47.63	88.71	11.29
2011	42.61	48.26	91.67	8.33
2012	42.84	48.53	92.21	7.79
2013	42.76	48.11	91.69	8.31
2014	43.56	48.01	95.45	4.55
2015p	42.44	48.19	94.49	5.51

2.2 Definición de Triage

El Triage hospitalario es un proceso asistencial que organiza la atención en los servicios de urgencia, mediante el cual se realiza la clasificación y prelación de los pacientes. Se basa en la priorización clínica de acuerdo con el grado de urgencia, e independientemente al orden de llegada, busca establecer tiempos de espera razonables para la atención. Su implementación tiene en cuenta el número de pacientes, la urgencia potencial y la capacidad instalada. ⁴

La normatividad de urgencias y Triage en Colombia es amplia y detallada en algunos aspectos como la obligatoriedad de la atención, la prohibición de las barreras de acceso para el servicio y las determinaciones legales con respecto a autorizaciones, cobros, proceso de referencia y contra referencia, responsabilidades de los diferentes actores del sistema, etc. Sin embargo, el Triage aún no ha sido reglamentado y los límites entre la urgencia y la no urgencia resultan, en ocasiones, imprecisos. La necesidad (biológica) de la intervención (de urgencia), desde de punto de vista médico, y las expectativas del usuario del servicio de urgencia están fuera del contexto normativo. Las principales normas que reglamentan la Atención de Urgencias y el Triage que adquieren importancia para la presente investigación son:

- Constitución Política de Colombia en el título II de los derechos, las garantías y los deberes, artículos 48, 49, y 50
- Ley 10 de 1990 (enero 10). Por la cual se reorganiza el sistema nacional de salud y se dictan otras disposiciones.
- Ley 100 de 1993, que implementa el Sistema de Seguridad Social Integral y la norma marco del sistema de salud nacional.
- Decreto 4747 de 2007. Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. Presidencia de la República.
- Decreto 1011 de 2006. Del Ministerio de la Protección Social, actual Ministerio de Salud, que definió el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud - SOGCS-.

- Decreto 412 de 1992. Del Ministerio de Salud, por el cual se reglamentan parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 5261 de 1994. Ministerio de la Protección Social, actual Ministerio de Salud. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Resolución 1446 de mayo 8 de 2006. Ministerio de la Protección Social. Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Por lo tanto, la Atención Inicial de Urgencia (AIU) es obligatoria hasta estabilizar al paciente y definir su egreso médico, hospitalización, cirugía o remisión. En consecuencia, el acceso y permanencia de un ciudadano en el servicio de urgencias está en manos del concepto de los profesionales y las políticas de cada institución y el papel de estas últimas en el marco del Sistema de Seguridad Social Colombiano.

El Triage aparece en el panorama legal en el Artículo 10 de Decreto 4747 de 2007, el cual establece que El Ministerio de la Protección Social definirá un sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, denominado Triage, el cual será de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud. Sin embargo, este aún no ha sido reglamentado, por tanto, cada hospital desde una lógica particular, tiene su propio sistema de Triage.

A continuación se presentan las diferencias más significativas entre los dos modelos de Triage que actualmente se usan en el medio.

1. El Triage Estructurado es realizado por personal de enfermería profesional, mientras que el Triage Tradicional siempre ha sido realizado por un médico.
2. La metodología del Triage Tradicional se basa en el diagnóstico y criterio médico, mientras que el Estructurado se basa en la condición

clínica o motivo de consulta del paciente, basado en signos vitales, síntomas por sistemas funcionales y escala del dolor. En los dos Modelos de Triage, a los niveles 1 y 2 se abre Historia Clínica de Urgencias, pero no todos los Triage nivel 3 tienen Historia clínica de urgencias excepto los que están planteados en los documentos institucionales respectivos, siendo esta tendencia estadísticamente significativa. El motivo de esta situación no está al alcance de este estudio, pero se mencionan varias hipótesis como la no autorización de servicios de los Triage 3 por la EPS, direccionamiento por el profesional a consulta prioritaria de primer nivel ante congestión los servicios, salidas voluntarias, etc.

El Triage 4 direcciona a consulta externa de primer nivel de atención, por esta razón la oportunidad de la consulta de urgencia, posterior a la clasificación, se realiza solo en los Triage 1 y 2, pero la pertinencia (correcta clasificación según la guía institucional) del mismo sí se realiza en los 4 niveles.

2.3 Proceso o modelo de atención en salud de la atención inicial de urgencias.

Por solicitud de los departamentos de calidad y coordinación médica de las dos entidades no se revelarán las razones sociales, para el objeto de este trabajo se identificará como institución 1 (IPS 1) e institución 2 (IPS 2).

IPS 1

1. ADMISIÓN DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: Cuando el usuario solicite el servicio de urgencias (clasificación realizada por el personal de atención inicial asistencial); el usuario que no presenta una urgencia vital pasará por el Punto de Servicio (Plataforma) en donde se encolará para ser clasificado por el módulo de triage.

2. En caso de que el paciente sea un menor de 5 años o mujer embarazada, se consideran población vulnerable y TIENEN PRIORIDAD EN LA ATENCIÓN DE URGENCIAS.

Para los usuarios que no pertenecen a la EPS adscrita y soliciten atención por el servicio de urgencias, siempre se pasará para la atención inicial de urgencias (Triage) para evaluar el tipo de urgencias y se tiene que atender en el servicio. En caso de ser clasificado como triage 3 y 4 y encontrarse en condiciones estables que no pongan en riesgo su vida, se debe direccionar el usuario particular a la red de prestación de servicios de salud por la cual está asegurado (pública o privada). En caso de requerir la atención, se deberá estabilizar de acuerdo a los recursos que tenemos en el servicio y direccionar al centro de atención y nivel de complejidad que requiera, de acuerdo al tipo de aseguramiento que posea.

3. El servicio de urgencias siempre tendrá mínimo un médico presencial 24 horas al día, 365 días al año.

4. El Auxiliar de Punto de Servicio registrará al 100% de los usuarios que soliciten este servicio y la hora de llegada del paciente, anotando el nombre y documento de identidad.

5. El profesional encargado del triage (médico general o enfermero/a profesional), de acuerdo al estado general del paciente y al motivo de consulta diligenciará el módulo para tal fin realizando la clasificación adecuada para pasar a la atención médica.

6. Todo usuario que sea clasificado y se le defina atención por este servicio, será atendido.

Políticas de aplicación del sistema de Triage

En la red de IPS se debe realizar TRIAGE a todos los pacientes que soliciten Atención por Urgencias. La clasificación se debe hacer dentro del tiempo establecido teniendo en cuenta los siguientes criterios para obtener la priorización de los pacientes que ingresan por urgencias:

Solo deberán realizar TRIAGE médicos y enfermeras profesionales que hayan recibido entrenamiento para ello durante al menos 8 horas teórico prácticas, el plazo para recibir este entrenamiento es antes de

iniciar a laborar en los cargos que impliquen la realización de Triage en las IPS de urgencias.

El director de cada IPS de urgencias se encargará de programar el proceso de capacitación y entrenamiento, adicionalmente, la IPS debe programar un proceso de calibración semestral mediante evaluaciones teóricas a estos profesionales. Tanto de la capacitación como de la calibración debe quedar registro.

En ningún momento se podrá delegar el TRIAGE en vigilantes, auxiliares de punto de servicio, auxiliares de enfermería ni otro personal diferente a médicos o enfermera(o)s profesionales entrenados en TRIAGE.

Siempre que haya más de un paciente en espera se debe hacer TRIAGE.

Todo paciente debe ser clasificado máximo 15 minutos luego de arribar al centro de atención.

El tiempo de clasificación debe ser entre 7 y 8 minutos por paciente.

El TRIAGE no es una consulta por lo tanto no debe emplearse este tiempo de clasificación para realizar una consulta rápida e incompleta.

Las pacientes embarazadas y los niños menores de un año que soliciten atención por Consulta Prioritaria o urgencias, y cuya clasificación en triage sea 4 no podrán ser referidos a su IPS. Deben ser atendidos en el servicio, reasignándole un nivel de clasificación 3 según sea el caso.

Cuando se encuentren más de tres pacientes clasificados en un mismo nivel, el profesional clasificador debe priorizar la atención de los mismos dentro de ese nivel dando prioridad en su orden a pacientes remitidos, niños menores de 5 años, mujeres embarazadas, ancianos, accidentes de trabajo y accidentes de tránsito.

La prioridad de la atención puede cambiar si cambian los signos y síntomas del paciente. Por lo anterior, es prudente ingresar de forma inmediata a atención a los pacientes que presenten algún grado de deterioro de sus signos y síntomas mientras esperan por ser atendidos.

A los pacientes que llegan remitidos de otros centros de atención se les realizará TRIAGE de manera inmediata y, una vez clasificados, se

pasarán directamente a la sala de observación para ser atendidos en el tiempo pertinente de acuerdo a su nivel de clasificación. Por ningún motivo estos pacientes deben ser dejados en sala de espera.

A los pacientes clasificados como TRIAGE 4 que no requieren atención en el servicio de urgencias se remiten para su IPS básica para solicitar una cita prioritaria o consulta externa idealmente con su médico de familia, con una oportunidad de citas no mayor de 2 días hábiles.

En caso de direccionar el paciente a su IPS básica debe entregársele la tarjeta de Triage diligenciada para que esta sea conocida por el profesional con el que fue asignada la cita.

IPS 2

Identificación del paciente: El paciente ingresa a través de la taquilla de urgencias donde entrega el documento de identificación y carnet de la aseguradora, el facturador se encarga de registrar los datos básicos de identificación y aseguramiento a través del sistema en el Triage.

Ingreso del paciente al servicio: El paciente es ingresado al servicio de urgencias por el personal asistencial, se ubica en el área destinada a realizar el Triage.

Valoración del usuario y diligenciamiento de triage: todos los usuarios que ingresen al servicio de urgencias, son evaluados en primera instancia por la enfermera/o clasificadora/o, quien está ubicada/o en el área destinada para Triage y es el responsable de la evaluación del nivel de urgencia del paciente.

El/la enfermero/a evalúa al paciente, indaga sobre el motivo de consulta, realiza la anamnesis, examen físico, toma de signos vitales, valoración neurológica, y esto permite priorizar que paciente requiere atención urgente y tomar la decisión de clasificación según la gravedad del paciente.

El enfermero/a diligencia el Triage a través del sistema establecido para tal fin.

La clasificación por enfermería, se realiza según criterios de triage definidos por la Institución.

Clasificación del Estado de Salud Del Usuario:

TRIAGE I (ROJO)

Son aquellos pacientes con eventos graves que amenazan su vida y cuya supervivencia depende de la oportunidad de atención médica. Estos pacientes son conducidos inmediatamente a la sala de reanimación. Son clasificados en esta categoría todos los pacientes con

URGENCIA VITAL:

- Politraumatismos (TCE moderado Glasgow: 8-12. Severo Glasgow: 8. Trauma torácico grave Trauma abdominal grave)
- Trauma penetrante de cualquier etiología o localización
- Shock de cualquier etiología, inestabilidad hemodinámica
- Paro respiratorio de cualquier etiología
- Emergencia hipertensiva con compromiso de órgano blanco
- Hemorragia de vías digestivas, altas o bajas, son inestabilidad hemodinámica
- Quemaduras de cualquier etiología, mayores al 20% de la superficie corporal en cualquier grado y localización, o quemaduras de cualquier grado y extensión en niños.
- Insuficiencia respiratoria de cualquier etiología (broncoespasmo, dificultad respiratoria severa)
- Status epiléptico
- Reacción anafiláctica, con compromiso respiratorio
- Intoxicación exógena.
- Estado psicótico agudo.
- Dolor torácico con riesgo coronario.
- Alteración grave del estado de conciencia.

- Infarto agudo del Miocardio.
- Disfunción cardiaca: Bradicardia, Taquicardia.
- Hemorragia aguda que ocasiona inestabilidad hemodinámica
- Fractura con compromiso Neuro Ë vascular.
- Crisis hiperglicemicas : Cetoacidosis diabética y/o estado hiperosmolar no cetocico
- Obstrucción arterial aguda
- Quemadura eléctrica.
- Cuerpo extraño en vías aéreas que ocasiona obstrucción parcial o total
- Intento de suicidio
- Maltrato infantil
- Parto expulsivo
- Hemoptisis masiva

TRIAGE II (AMARILLO)

En esta categoría están los pacientes con cuadros clínicos agudos que presentan riesgo de entrar en inestabilidad hemodinámica, séptica, ventilatoria, neurológica o metabólica, o generar secuelas. Requieren atención en los siguientes 30 minutos después de su ingreso. Estos pacientes son ubicados en la sala de espera y serán atendidos según prioridad.

Son clasificados en esta categoría todos los pacientes con URGENCIA NO VITAL:

- Crisis asmática sin insuficiencia respiratoria.
- Gestante
- Estado postictal.
- Epistaxis con compromiso del estado general
- Crisis hipertensiva
- Hemoptisis no masiva.
- Dolor abdominal agudo
- Urolitiasis sintomático

- Sincope
- Trastornos hidroelectrolíticos y metabólicos descompensados
- Quemaduras de 1º y 2º grado, menores al 20 % de la superficie corporal y que no comprometan áreas especiales.
- Fracturas distales estables en extremidades y luxaciones
- Síndrome febril en niño.
- Cefalea severa de inicio reciente o con síntomas neurológicos.
- Vómito persistente con signos de deshidratación.
- Neumonía adquirida en comunidad
- Accidente isquémico transitorio y/o enfermedad cerebrovascular
- Delirium Tremens.
- Retención urinaria aguda.
- - Insuficiencia cardíaca congestiva descompensada.
- Insuficiencia renal crónica con signos de descompensación.
- Mordedura de animales.
- Pérdida súbita de visión.
- Violación
- Esguinces severos.
- Herida por arma cortopunzante sin sangrado.
- Vértigo severo.
- Trombosis venosa profunda
- Pacientes politraumatizados sin lesión que compromete la vida
- Accidentes laborales y de trabajo en primera consulta.
- Hemorroides trombosadas o prolapsadas.

TRIAGE III (VERDE)

Es el paciente que presenta una enfermedad o lesión que no pone en riesgo su vida en forma inmediata ni representa un riesgo evidente de complicación y puede ser atendido en promedio dentro de las siguientes 4 a 6 horas, en consulta prioritaria de la IPS adscrita.

Clasificados en esta categoría todos los pacientes que requieren ATENCIÓN PRIORITARIA en consulta:

- Vértigo leve

- Cuerpo extraño en ojos, oído o nariz que no compromete la integridad de la cutánea
- Trombosis venosa profunda
- Heridas infectadas no asociadas a respuesta inflamatorias sistémica
- Abscesos para drenar
- Otalgia
- Infección respiratoria alta no complicada en niños y adultos
- Infecciones sin compromiso del estado general.
- Trauma leve aislado, mayor a 24 horas de evolución.
- Abrusiones y lesiones superficiales en piel.
- Lesiones osteomusculares sin deformidad.
- Epistaxis controlada
- Heridas contusas sin deformidad
- Enfermedades eruptivas.
- TEC leve
- Cefalea crónica agudizada, sin síntomas neurológicos
- EDA sin compromiso del estado general en niños
- Lumbalgia sin incapacidad funcional
- Cuerpo extraño en ojo, fosas nasales o conductos auditivos
- Celulitis
- Enfermedad ácido péptica crónica sintomática
- Traumatismos, contusiones y heridas
- Enfermedades del sistema respiratorio
- Enfermedades del sistema digestivo
- Enfermedades del sistema osteomuscular
- Infección viral
- Enfermedades del sistema urinario

TRIAGE IV (AZUL)

Es el paciente cuya enfermedad no representa una urgencia y puede ser atendido en consulta externa entre las siguientes 6 a 24 horas, en el sitio donde lo determine la EPS del paciente.

- Son clasificados en esta categoría todos los pacientes que se envían a CONSULTA EXTERNA con:

- Infección respiratoria alta, no complicada en adultos (sinusitis, otitis, faringitis, amigdalitis)
- Estado gripal en adultos.
- Síntomas gastrointestinales crónicos.
- Hipertensión arterial no complicada.
- Dolor músculo Æ esquelético leve.
- Enfermedad dermatológica crónica.
- EDA sin compromiso del estado general en adultos.
- Infección urinaria sin compromiso del estado general en adultos.
- Cefalea crónica.
- Patologías crónicas en general.
- Estreñimiento
- Leucorrea
- Pérdida de peso.
- Anorexia
- Dismenorrea, metrorragia leve
- Gingivorragia
- Quiste pilonidal no complicado
- Lumbalgia leve y o crónica
- Úlceras varicosas
- Amenorrea

Una vez el médico realiza el triage al paciente, el personal de taquilla verifica en el tablero de pacientes la clasificación dada por el médico según colores que aparecerán como semáforo en casilla de clasificación de pacientes identificando al paciente TRIAGE I color rojo, TRIAGE II color amarillo, TRIAGE III color verde, TRIAGE IV color azul, si el paciente es clasificado como TRIAGE I y II se debe continuar atención. El paciente con TRIAGE I, se debe atender inmediatamente, al TRIAGE II, Se le explica el tiempo que debe esperar para continuar la atención, puede esperar en sala de espera mientras se ubica en una camilla, el personal de taquilla al verificar la clasificación del paciente solicita autorización al asegurador o entidad responsable de pago de la atención del paciente.

En caso de que la clasificación del paciente sea TRIAGE III y TRIAGE IV el médico clasificador le explica al paciente el porqué de ésta clasificación, el facturador de urgencias le entrega copia del triage al paciente, el cual servirá de soporte de la atención brindada en la institución y además servirá de referencia para la consulta en la IPS asignada para consulta prioritaria o consulta externa según lo requerido por el paciente.

2.3 Auditoria para el mejoramiento de la calidad

La auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud tiene prolongados antecedentes en nuestro país. La Ley 100 de 1993, se define el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y en el Artículo 153, se determina que *El Sistema establecerá mecanismos de control de los servicios para garantizar a los usuarios, calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional...*⁵

El Decreto 1011 de 2006 define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención del Sistema General de Seguridad Social en Salud y establece que el modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad, *deber ser concordante con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan básicos en el Sistema Único de Habilitación* y los procesos de auditoría se hacen obligatorios, lo que implica la realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de los procesos prioritarios, los cuales deben ser definidos previamente; comparar la calidad observada y la calidad esperada, esta última definida mediante guías basadas en evidencia científica, normas técnicas y administrativas; además, se debe adoptar medidas destinadas a corregir las desviaciones encontradas a

los parámetros estandarizados y por ultimo definir la manera de mantener las condiciones de calidad y de mejora.

La Resolución 1446 de 2006 define el Sistema de Información para la Calidad y adopta los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Esta resolución en su anexo técnico define la ficha técnica básica del indicador I 1.4 Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias

Aspectos generales del Indicador

Nombre	Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias
Código	I.1.4
Justificación	<p>La oportunidad de la atención en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios ambulatorios y su resolutiveidad es vital para la seguridad y efectividad de la atención en salud a los usuarios. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la disminución de la mortalidad, la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes al proceso patológico que origina la demanda de atención y disminuye la congestión en los servicios de urgencias.</p> <p>El tiempo de respuesta en los prestadores es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento, puede servir para la evaluación contractual entre las entidades promotoras de salud y los prestadores</p> <p>Su monitorización puede proveer al usuario de información relevante para su decisión de acudir a un determinado proveedor de servicios de salud y para la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud puede representar además un trazador indirecto de la capacidad resolutive de los procesos de atención y de la suficiencia de la oferta en el primer nivel.</p> <p>La monitorización por parte de las instituciones de este indicador debe incentivar las acciones de mejoramiento que incrementen la posibilidad del usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, reducir las fallas relacionadas 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.</p>
Dominio	1. Accesibilidad/Oportunidad

Definición Operacional del Indicador

Numerador	Sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico
Denominador	Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias
Unidad de medición	Minutos
Factor	1
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador

Variables

	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	IPS
Fuente primaria	Libro/Registro de Atención en Urgencias	Libro/Registro de Atención en Urgencias
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Semestral	
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control	Ente territorial - Superintendencia Nacional de Salud	

Análisis

Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño NO aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y		
	la comparación entre instituciones del Sistema		
Bibliografía	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador. Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.		

Usuarios

Según tipo de Institución a la cual aplica	IPSS		
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad Promoción y Prevención
	Institucional IPS	X	Institucional EAPB

La ficha técnica de un indicador contiene un conjunto de elementos que describen de manera sencilla las características de un indicador para su mejor comprensión e interpretación y de esta manera poder comunicar los detalles técnicos que faciliten su comprensión.

Estas son las fichas técnicas del indicador de Oportunidad de tiempo de espera para la realización del Triage en el Servicio de Urgencias de las dos instituciones:

Tabla 2. Ficha técnica Indicador Oportunidad en la Atención de Urgencias IPS 1

Indicador	Descripción	Fórmula	Unidad de medida	Observación
Global (Horario de Urgencias)	Promedio de tiempo para triage		Minutos	Solo se tienen en cuenta los usuarios atendidos
% Ptes con triage en <= a 15 min.		Nro de usuarios con tiempo para triage menor a 15 minutos / Nro de usuarios que solicitan el servicio	Porcentaje	

Tabla 3. Ficha Técnica Indicador Oportunidad de Atención en Urgencias IPS 2

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR				
Tipo de indicador				Estratégico
Nombre del Indicador	Subdominio			
Promedio de Tiempo de Espera para la Realización del Triage o Consulta de				
Clasificación.	Oportunidad			
JUSTIFICACIÓN				
La necesidad de cuantificar la oportunidad en la clasificación de la urgencia con la cual un paciente ingresa al servicio de urgencias, tiene su origen en varias consideraciones:				
- Establecimiento de criterios clínicos de clasificación, con el fin de garantizar la atención prioritaria a los usuarios que por su patología deben ser ingresados primero al servicio de urgencias y evitar de esta manera complicaciones que puedan llevar a secuelas o a la muerte.				
- Evitar los impactos negativos potenciales de tipo administrativo, representados en la imagen de la organización frente a las instituciones que contratan sus servicios u otras partes interesadas.				
- Prevenir los impactos potenciales de carácter legal que se pueden presentar por las consecuencias de la no oportunidad en la atención en el servicio de urgencias.				
DEFINICIÓN OPERACIONAL				
Numerador	Denominador	Unidad de Medida	Factor	
Sumatoria total de los minutos transcurridos entre el momento en que el paciente ingresa al servicio de urgencias hasta el llamado al triage en el periodo	Total de pacientes atendidos en urgencias en el mismo periodo	Minutos	1	
Fórmula				
	Sumatoria total de los minutos transcurridos entre el momento en que el paciente ingresa al servicio de urgencias hasta el llamado al triage en el periodo			
	Total de pacientes atendidos en urgencias en el mismo periodo			
Parámetros de evaluación del indicador				
		No satisfactorio	Satisfactorio	Sobresaliente
Meta	10 min	≥ 11.5 min	> 10 min y < 11.5 min	≤ 10 min

Los indicadores de salud, tienen como propósito generar evidencia sobre el estado y tendencias de la situación de salud en la población, incluyendo la documentación de desigualdades en salud, evidencia que, a su vez, debe servir de base empírica para la determinación de grupos humanos con mayores necesidades en salud, la estratificación del riesgo epidemiológico y la identificación de áreas críticas como insumo para el establecimiento de políticas y prioridades en salud. La disponibilidad de un conjunto básico de indicadores provee la materia prima para los análisis de salud.

Un indicador de salud es una noción de la vigilancia en salud pública que define una medida de la salud, por ejemplo la ocurrencia de una enfermedad o de otro evento relacionado con la salud, o de un factor asociado con la salud, por ejemplo el estado de salud u otro factor de riesgo, en una población especificada. En términos generales, los indicadores de salud representan medidas-resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud y que, vistos en conjunto, intentan reflejar y vigilar la situación sanitaria de una

población.

Para lograr la efectividad del modelo, la auditoría, debe tener un enfoque sistémico, y ser considerada como una herramienta de gestión de calidad, y esta a su vez, como una herramienta de la gestión gerencial. Por esta razón, la auditoría está orientada por unos principios que garantizan este enfoque. Estos principios son:

AUTOCONTROL: la auditoría debe contribuir a que cada miembro de la institución logre adquirir la destrezas para planear, ejecutar, verificar y ajustar los procedimientos en los cuales participa, para que sean realizados acordes con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la propia organización.

ENFOQUE PREVENTIVO: la auditoría debe buscar prever, advertir e informar sobre los problemas actuales y potenciales que en algún momento pueden servir como obstáculo para que los resultados no sean los esperados.

CONFIANZA Y RESPETO: la auditoría debe fundamentarse en la seguridad y transparencia del compromiso para desarrollar procesos de mejoramiento continuo y de la autonomía institucional dentro de los términos pactados con los compradores de servicios de salud.

SENCILLEZ: la auditoría debe buscar que sus mecanismos y acciones sean claramente entendibles y fácilmente aplicables a cada miembro de la organización para que se realicen de forma efectiva dentro del proceso que corresponda.

CONFIABILIDAD: los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de auditoría deben garantizar la obtención de los mismos resultados, independientemente de la persona que ejecute la medición.

VALIDEZ: los resultados obtenidos de los procesos de auditoría deben reflejar razonablemente el comportamiento de las variables evaluadas.

El papel del nivel de la Auditoría interna en las acciones de seguimiento es de segundo orden, es decir de velar por el control del autocontrol y no debe llevar a la recomendación o imposición de conductas. De esta manera se evitarán los riesgos y los costos derivados de una Auditoría que interfiere con los procesos evaluados. En este sentido debe recordarse que el enfoque de Auditoría es el de Mejoramiento Continuo, y no el de Inspección de Calidad y que, por tanto, el sentido de los estándares de calidad es servir como guías sobre la forma correcta de llevar a cabo las diferentes actividades para fortalecer el autocontrol.

Las acciones de seguimiento están orientadas a constatar la aplicación de las guías, normas y procedimientos, de acuerdo con los referentes legales y con los criterios de calidad adoptados. Con base en los resultados de las acciones de seguimiento se identificarán brechas de desempeño, sobre las cuales se formularán y adoptarán las recomendaciones de mejoramiento pertinentes.

Sin embargo, aunque las organizaciones estandaricen al máximo sus procedimientos, capaciten y entrenen permanentemente a sus miembros, lleven a cabo acciones de seguimiento y realicen mejoras continuas con base en sus hallazgos, muy difícilmente se podrán eliminar por completo los riesgos de fallas o errores inesperados. Este hecho exige que las entidades estén adecuadamente preparadas para manejar tales situaciones, de manera que se puedan detectar y corregir oportunamente, y prevenir su recurrencia.

IMPACTO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO EN LA CALIDAD DE LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

La auditoria para el mejoramiento de la calidad de salud, es un proceso técnico, que va inmerso en la misma prestación de los servicios y cuyo mecanismo de actuación se da específicamente mediante la retroalimentación al sistema de atención acerca de su desempeño comparado con el marco de estándares óptimo, a través del cual la organización o el profesional pueda implementar procesos de mejoramiento que le permitan optimizar la utilización de los recursos destinados a la atención (eficiencia clínica y administrativa), mejorar el impacto en la salud de los pacientes y la población (efectividad clínica) y ofrecer al cliente los servicios que espera y a los cuales tenga derecho en un ambiente de respeto e interacción en la dimensión interpersonal de la atención, de tal manera que le genere satisfacción (aceptabilidad), pero también buscando incentivar un justo y óptimo equilibrio entre la satisfacción de las expectativas de los individuos y las necesidades de la sociedad (optimización).

Para la correcta implementación de estas metodologías hay algunos problemas operativos que tienen que ser solucionados, por parte del profesional o la institución que la implementa:

- No toda evaluación es útil, lo es aquella que apunte a problemas importantes, y aplique métodos que maximicen la relación entre esfuerzos y resultados (costo-efectividad). No es tan importante describir lo que se está haciendo, es realmente importante describir cuales han sido los resultados en la mejora de la salud de los pacientes y la población, en la mejora en la eficiencia clínica y administrativa y en la satisfacción real de los pacientes/clientes, así como en la contención de costos de no calidad
- En la auditoria se deben trabajar los procesos que sean prioritarios y que generen procesos de mejoramiento en áreas costo-efectivas
- Debe combinar técnicas de auditoria (evaluación y mejoramiento de problemas de calidad), con el despliegue de comités. Evaluando a su vez la efectividad de estos y promoviendo su mejoramiento continuo

- Aunque la auditoria en salud no constituye investigación clínica, si comparte con esta la necesidad de utilizar metodologías correctamente diseñadas y probadas, y por lo tanto incorpora los elementos del método científico que aplican a la resolución de estas necesidades de la metodología.
- En consecuencia deben emplear instrumentos adecuados al problema al cual apunte la auditoria, preferiblemente utilizando aquellos ya validados y de probada efectividad.
- Debe garantizar el cumplimiento del principio de la evaluación por pares, con la adecuada delegación de procesos de evaluación que no afecten la validez y confiabilidad del análisis en el caso de la aplicación de instrumentos de tamizaje.

La auditoria es la herramienta para buscar la causa raíz de estas fallas para generar procesos de mejoramiento.

Finalmente, la implementación de los programas de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud se debe evaluar en términos del impacto y el retorno tangible y medible que genere. Solamente si lo anterior se da la podremos considerar exitosa.

3. DISEÑO METODOLÓGICO

Previa concertación con las dos IPS se elaboró un cronograma para realizar la evaluación de los planes de mejoramiento que implementaron cuando el indicador Oportunidad en la atención en consulta de urgencias, no cumpliera con la meta establecida en la ficha técnica de cada institución.

Los resultados de este indicador que fueron tenidos en cuenta para realizar la comparación fueron los establecidos durante el primer

semestre del año 2015. La comparación de estos se realizó mediante un cuadro de variables.

Una vez finalizada esta consolidación y análisis de la información recolectada se dan las conclusiones y algunas recomendaciones a las dos instituciones.

3.1 Tipo de estudio

Observacional, Descriptivo

3.2 Población y muestra

Servicio de urgencias de dos instituciones prestadoras de servicios de salud privadas, de la ciudad de Medellín.

Se tomaron como muestra los datos del comportamiento del indicador ÍOportunidad en la atención inicial de urgenciasÍ en el primer semestre del 2015, los cuales serán extraídos de la ficha técnica que cada institución implementa para la valoración mensual del mismo y los planes de acción y/o mejoramiento aplicados por parte de los departamentos de planeación y calidad de cada institución.

3.3 Enfoque metodológico

Las herramientas que se usaron para la recolección de datos son las diferentes plataformas con la que cuentan las dos instituciones para el reporte y análisis de los indicadores. Al igual se diseñó un instrumento en el que se registraron los datos que tengan los mismos requerimientos o definición en las variables como en el denominador o numerador con la unidad de medida en minutos.

La investigación tuvo un enfoque cualitativo, en la que se analizó la información plasmada en los planes de mejora en cada una de las instituciones de salud y el impacto que estas podrían tener en la disminución de brechas de calidad.

3.4 Variables preliminares

- Tiempos de espera en urgencias
- Estructura de indicadores
- Planes de mejoramiento
- Implementación de auditorias
- Seguimiento al plan de mejora
- Aprendizaje organizacional

3.5 Técnicas de recolección

- Documental: Se obtendrá información escrita, para soportar los hallazgos a través de la comprobación y la revisión analítica de los datos encontrados.
- Escritas: De esta manera se sustentará los hallazgos del trabajo realizado, por medio del análisis y tabulación de datos.
- Análisis de la información

Los datos fueron extraídos de las fichas técnicas empleadas en cada una de las instituciones. Se realizó un análisis individual a los planes de mejora que cada institución aplicó a las fallas encontradas en la evaluación mensual del indicador a través de la matriz 5 W1H (de los 5 por qué). Una vez se realizó este análisis, se cruzaron las variables empleadas en el plan de mejora de las dos instituciones y se determinó

cuál de ellas es la que mayor o menor impacto genera en la reducción de las brechas observadas en la evaluación al indicador.

4. ANÁLISIS DE VARIABLES Y RESULTADOS.

4.1. Identificación y caracterización de los indicadores.

- **Nombre de la IPS:** IPS 1
- **Nivel de complejidad del servicio:** Baja
- **Realización del Triage:** Hay un profesional jefe de enfermería destinado de manera exclusiva para la realización del mismo.
- **Indicador a evaluar:** Promedio de Tiempo de Espera para la Realización del Triage o Consulta de Clasificación.
- **N° de personal para la realización de triage:** 8 enfermeras profesionales.
- **Promedio de pacientes atendidos en el servicio de urgencias por mes:** Entre el 1° de enero de 2015 y el 30 de junio del mismo año, 65636 usuarios ingresaron al servicio de urgencias de esta IPS, con un promedio mensual de 10940 atenciones, de los cuales 38202 recibieron atención y el 40,22% se direccionaron. El total promedio mensual es de 6367 atenciones. El promedio el indicador genera los siguientes datos:

Tabla 4. Tiempo promedio de atención en urgencias IPS 1

IPS 1	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Tiempo Global (Horario de Urgencias)	13.27	12.49	15.94	16.11	14.32	16.47
% Ptes con triage en <= a 15 min.	67.65%	73.03%	58.23%	58.04%	63.75%	55.10%
Total de usuarios que solicitan el servicio	11.190	10.059	11.772	10.504	11.366	10.745

- Meta del indicador: La meta propuesta para indicador durante el primer semestre del 2015 fue menor o igual a 15 minutos.
 - Periodo establecido para la implementación de los planes de mejoramiento: Debe ser desarrollado por el médico analista de la IPS cada vez que la semaforización arroje color rojo (no satisfactorio).
 - Guías de atención médica: Adoptan las guías del Ministerio de la Salud y la Protección Social para adultos y niños, de acuerdo al perfil de morbilidad de la institución; las cuales se encuentran incorporadas en la intranet de la IPS.
-
- **Nombre de la IPS:** IPS 2
 - **Nivel de complejidad del servicio:** Alta
 - **Realización del Triage:** Hay un profesional jefe de enfermería destinado de manera exclusiva para la realización del mismo.

- **Indicador a evaluar:** Promedio de Tiempo de Espera para la Realización del Triage o Consulta de Clasificación
- **N° de personal para la realización de triage:** 3 enfermeras profesionales.
- **Promedio de pacientes atendidos en el servicio de urgencias por mes:** Entre el 1° de enero de 2015 y el 30 de junio del mismo año. 7250 usuarios solicitaron atención en el servicio de urgencias, con un promedio mensual de 1.208 atenciones, el indicador genera los siguientes datos:

Tabla 5. Tiempo promedio de atención en urgencias IPS 2

DATOS DEL INDICADOR		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
2015	TOTAL DE MINUTOS	14.794	9.750	22.019	55.244	56.977	63.321
	TOTAL DE PACIENTES	489	338	680	1.881	1.862	2.000
	RESULTADO GLOBAL	30.3	28.8	32.4	29.4	30.6	31.7
	META	10	10	10	10	10	10

- Guías de atención médica: Adoptan las guías del Ministerio de la Salud y la Protección Social para adultos y niños de acuerdo al perfil de morbilidad de la institución; las cuales se encuentran incorporadas la intranet de la IPS.
- Meta del indicador: La establecieron para este semestre en menor o igual a 10.
- Período establecido para la implementación de planes de mejoramiento: Debe ser desarrollado por el jefe del departamento

cada vez que la semaforización arroje color rojo (no satisfactorio) ó en caso que arroje durante dos meses consecutivos amarillo (satisfactorio).

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención debe estar en caminado a solucionar los problemas de calidad que están afectando directamente a los usuarios, en la medida en que no se obtiene la satisfacción de sus necesidades o expectativas y no se obtiene el resultado esperado en dicha atención.

Por esta razón las IPS en estudio establecieron planes de mejora cuando el indicador NO cumplió la meta establecida.

Teniendo en cuenta los resultados negativos arrojados en el indicador, la IPS 1 no diseña un plan de mejoramiento como lo indica la norma, lo que hace es realizar una autoevaluación en los grupos primarios elaborados en el servicio. A continuación se muestra la autoevaluación según unas variables

Tabla 6. Plan de mejoramiento implementado en la IPS 1 basado en la matriz 5W1H

No. de Acción	QUE	INDICADOR DE MEJORAMIENTO	PORQUE	COMO	RECURSOS	BARRERAS DE MEJORAMIENTO	DONDE	QUIEN
	ACCIONES DE MEJORAMIENTO		DESCRIPCION JUSTIFICACION		PRESUPUESTO / RECURSOS			
1	REENTRENAMIENTO AL EQUIPO DE ENFERMERIA DE TRIAGE	PERTINENCIA EN EL TRIAGE	El entrenamiento en temas clinicos con la realización de talleres practicos permitira mayor conocimiento y seguridad en la toma de decisiones agilizando de esta manera el triage, basados en el manual de triage de la compañía.	Se generan reuniones de capacitacion mensuales (grupo primario) a las enfermeras de triage en las cuales se refuerzan temas clinicos y administrativos. Se realizara un taller teorico-practico encaminado a medir el impacto de la capacitacion	Auditorio disponible. Capacitador. Computador y Videoprooyector.	No asistencia a las capacitaciones.	Atencion al usuario.	Coordinador Nacional de urgencias. Enfermero(a) lider del servicio. Analista médico de IPS. Auditora de urgencias.
2	AGILIZAR EL INGRESO DE PACIENTES EN LA PLATAFORMA DE SERVICIO.	OPORTUNIDAD EN EL TRIAGE	Se retarda el ingreso del paciente en la plataforma de servicio, lo que genera acumulo de pacientes.	Se instalará un dispositivo electrónico que permita un ecolamiento automatico.	Dispositivo electrónico en sala de espera de urgencias.	Fallas técnicas del equipo	Admisión del paciente. Atención del paciente	Analista de servicio de la IPS.
3	ACTUALIZACION CONTINUA AL PERSONAL DE PUNTO DE SERVICIO EN LA PLATAFORMA DE ADMISIONES SOBRE EL PROCESO DE TRIAGE	OPORTUNIDAD EN EL TRIAGE	Con la rotacion del personal de la plataforma de punto de servicio, se pueden presentar fallas de oportunidad y pertinencia	Realizar inducción al personal de plataforma de servicio sobre el proceso de admisión.	Auditorio disponible. Capacitador. Computador y Videoprooyector.	No obtener la informacion oportunamente	Admisión del paciente.	Analista de servicio de la IPS.
4	SOCIALIZAR AL PERSONAL MEDICO Y ENFERMEROS DE TRIAGE SOBRE LOS RESULTADOS MENSUALES SOBRE LA OPORTUNIDAD DE TRIAGE	OPORTUNIDAD EN EL TRIAGE	Conocer los resultados del servicio permite de manera colectiva, informar al personal asistencia sobre los resultados	Quincenalmente se realizan 2 actividades llamados grupos primarios donde se socializa al personal asistencial el flujo de usuarios y los tiempos de atención; a su vez se muestran los resultados obtenidos hasta el momento. A su vez son espacios academicos donde se presentan charlas magistrales con especialistas.	Auditorio disponible. Capacitador. Computador y Videoprooyector.	No asistencia a las capacitaciones.	Atencion al usuario.	Coordinador Nacional de urgencias. Analista médico de IPS. Auditor de urgencias.
5	SEGUIMIENTO AL EQUIPO DE ENFERMERIA DE TRIAGE QUE NO OBTENGA DE MANERA INDIVIDUAL LA META	OPORTUNIDAD EN EL TRIAGE	Identificar el personal asistencial de enfermeria de triage que no cumple la meta del indicador de 7 pacientes/hora.	Analizando de manera individual el indicador para triage, el cual se realiza de manera mensual, informando a la persona su resultado.	Oficina de dirección de urgencias	No asistencia a la entrega de resultados.	Atencion al usuario.	Coordinador Nacional de urgencias. Enfermero(a) lider del servicio. Analista médico de IPS. Auditora de urgencias.

Teniendo en cuenta los resultados negativos arrojados en el indicador, la IPS 2 diseñó un plan de mejoramiento en el mes de mayo el cual le asignaron un periodo de ejecución permanente.

Tabla 7. Plan de mejoramiento implementado en la IPS 2 basado en la matriz 5W1H

No. de Acción	QUE	INDICADOR DE MEJORAMIENTO	PORQUE	COMO	RECURSOS	BARRERAS DE MEJORAMIENTO	DONDE	QUIEN
	ACCIONES DE MEJORAMIENTO		DESCRIPCION JUSTIFICACION		PRESUPUESTO / RECURSOS			
1	REENTRENAR A LAS ENFERMERAS DE TRIAGE	OPORTUNIDAD EN EL TRIAGE	El entrenamiento en temas clínicos con la realización de talleres prácticos permitirá mayor conocimiento y seguridad en la toma de decisiones agilizando de esta manera el triage	Se generan reuniones de capacitación mensual a las enfermeras de triage en las cuales se refuerzan temas clínicos y administrativos. Se realizará un taller teórico-práctico encaminado a medir el impacto de la capacitación	Auditorio disponible Capacitador Computador y Videoprojector	No asistencia a las capacitaciones	Atención del paciente	Jefe de Urgencias Enfermera Coordinadora de Triage
2	AGILIZAR EL INGRESO DE PACIENTES AL CONSULTORIO DE TRIAGE	OPORTUNIDAD EN EL TRIAGE	Se retarda el paso del paciente al consultorio de triage, al no haber una alerta oportuna a la enfermera	Se instalará un dispositivo electrónico de asignación de turnos en la sala de espera de urgencias que permita agilizar la admisión y alertar a la enfermera de triage	Turnero electrónico en sala de espera de urgencias	Fallas técnicas del equipo	Admisión del paciente Atención del paciente	Jefe de Urgencias Enfermera Coordinadora de Triage Jefe de Admisiones
3	ACTUALIZAR PERMANENTEMENTE A LAS ENFERMERAS DE TRIAGE Y PERSONAL DE ADMISIONES SOBRE LOS CONVENIOS CON LAS ASEGURADORAS	OPORTUNIDAD EN EL TRIAGE	El cambio de la vigencia y términos en la contratación con las diferentes aseguradoras puede crear confusión y demoras en el momento de la clasificación del paciente y generar errores en el direccionamiento que genere reprocesos	Generar en conjunto con el área comercial, canales permanentes de comunicación hacia el servicio de urgencias que permitan mantener actualizadas a las enfermeras de triage y personal de admisiones en los términos vigentes de la contratación con los diferentes aseguradores.	Disponibilidad de correo electrónico en el consultorio	No obtener la información oportuna	Admisión del paciente Atención del paciente	Jefe de Urgencias Enfermera Coordinadora de Triage Área Comercial

4.2 Evaluación comparativa de variables

Teniendo en cuenta la evaluación de cada indicador en cada una de las IPS se sintetiza la siguiente tabla de variables:

Tabla 8. Comparativo de variables IPS 1 - IPS 2

VARIABLES	IPS 1	IPS 2
Nivel de complejidad del servicio	Baja	Alta
Suficiencia de personal	8 enfermeras, 3 de turno diurno, 1 turno nocturno.	3 enfermeras, 1 de turno diurno y 1 turno nocturno.
Realiza el triage un profesional de la salud como médico o enfermera.	SI (Enfermera)	SI (Enfermera)
Capacitación	Cada 6 meses	No establecido
Indicador a evaluar: Promedio de Tiempo de Espera para la Realización del Triage o	SI	SI
Cuenta con una herramienta informática para la obtención de la información de tiempos.	SI	S
Meta o tiempo mínimo establecido para el triage	15 min	10 min
Cuenta el servicio con manuales de procedimientos o protocolos describiendo el proceso de triage.	SI	SI
Cumple con el periodo establecido para la implementación de planes de mejoramiento dado por cada institución	No	NO
Promedio de pacientes atendidos en el servicio de urgencias por mes	77.106	12.788
Nº de consultorios destinados a triage	3	1
Se establecen planes de mejoramiento cuando el resultado	No. Se realizan grupos primarios	Si, pero no es constante.

5. CONCLUSIONES

- Teniendo en cuenta los indicadores y los planes de mejoramiento de cada una de las IPS se puede concluir que estos no son sistemáticos, no se aplican de manera efectiva y no se divulgan a todo el personal de la institución.
- Medir la información que brinda cada uno de los procesos permite conocer estos procesos y tomar decisiones adecuadas y pertinentes ayudando a restablecer la estabilidad deseada del sistema, bien sea para prevenir y tomar decisiones antes de que se produzca la anomalía, o bien, para incorporar elementos que impidan que las metas se salgan de los límites fijados.

6. RECOMENDACIONES

- La IPS 1 debe definir un plan explícito para hacer el seguimiento y monitoreo del indicador, en el cual se pueda evaluar mes a mes la tendencia de este. Para este se puede tener en cuenta la técnica de semaforización (verde, amarillo y rojo), según el valor de la meta obtenido.
- La IPS 1 debe establecer las acciones de mejora en las que se deben describir las actividades que se definan como parte de este, generando responsabilidades en cuanto a personas, tiempo para ejecución, espacio, motivo, y forma para desarrollarlas para garantizar el cumplimiento del plan que se pone en marcha.
- Las dos IPS debe establecer un plan de capacitación para los equipos de mejoramiento, los cuales serán los responsables de los procesos objeto de mejora.
- Las dos IPS deben establecer programas de comunicación con el propósito de que la institución conozca el adelanto de los planes de mejora, las dificultades y los logros.

- La medición de los indicadores se debe hacer de forma sistemática y con una periodicidad definida para saber si se está logrando o no la meta deseada. De nada vale tener el modelo estructurado si no se implementa de la manera adecuada.
- Se deben implementar los ciclos de retroalimentación del aprendizaje organizacional con el fin de estandarizar los procesos prioritarios de la institución.

7. BIBLIOGRAFÍA

- 1.** Santos, Guillermo. (2012). Un alto al mal llamado (paseo de la muerte). Bogotá d.c. [en línea] <http://www.senado.gov.co/sala-de-prensa/noticias/item/14655-un-alto-al-mal-llamado-paseo-de-lamuerte>. [citado en 08 de abril de 2014].
- 2.** Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. Salud pública de México. 2011; 53(suplemento 2).Torrenegra E. The Subsidized Health-care Scheme in the Social Protection System. Sharing Innovative Experiences-UNDP. 2011; Vol. 18
- 3.** Torrenegra E. The Subsidized Health-care Scheme in the Social Protection System. Sharing Innovative Experiences-UNDP. 2011; Vol. 18
- 4.** (VILLATORO, A. (2005). Definiciones básicas en medicina de urgencia. Recursos Educativos en Español para la Medicina de Emergencia. [En línea] <http://www.reeme.arizona.edu/materials/Definiciones>. [citado en 15 de febrero de 2014].
- 5.** Colombia. Ministerio de la Protección Social. Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad. Auditoría para el mejoramiento de la atención en salud. Diego Palacio Betancourt, Blanca Elvira Cajigas, Bogotá, Colombia. 2012.
- 6.** Colombia. Ministerio de la Protección Social. CES Ë Centro de Gestión Hospitalaria. Guías Básicas para la implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Bogotá, Colombia. 2007.
- 7.** Colombia. Ministerio de la Protección Social. Ley 1122 del 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario oficial Enero 9 de 2007).