

Propuesta de mejoramiento

Información Importante

La Universidad Santo Tomás, informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan **finalidad académica**, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el Artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, la Universidad Santo Tomás informa que “los derechos morales sobre documento son propiedad de los autores, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.”

Bibliotecas Bucaramanga
Universidad Santo Tomás

Propuesta de mejoramiento

**Propuesta de mejoramiento en el servicio de atención al usuario en urgencias del
Hospital Universitario de Santander**

Autora

Judith Cecilia Mena Quiñonez

Director

Henry Ortiz Anaya

Economista

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de Especialista en
Gerencia de Instituciones de seguridad social en salud**

Universidad Santo Tomas

Facultad de Economía

Bucaramanga

2015

Propuesta de mejoramiento

Tabla de contenido

	Pág.
Introducción	7
Resumen	8
1. Propuesta de mejoramiento para el sistema de medición de tiempo de atención en urgencias del hospital universitario de Santander.	9
1.1. Planteamiento del problema.	9
1.2. Formulación del problema.	9
1.3. Justificación	10
1.4. Objetivos	11
1.4.1. Objetivo General	11
1.4.2. Objetivos Específicos	11
2. Marcos de referencia	11
2.1. Marco teórico	11
2.2. Estado del arte	12
2.3. Marco legal	13
2.3.1. Regulación de la atención en urgencias	13
2.3.2. Calidad de atención de los servicios de salud	14
2.3.3 Oportunidad de la atención	14
3. Metodología	15
3.1. Tipo de estudio	15
3.2. Área de estudio	16
3.3. Objeto y sujeto de estudio	16
13.4. Población	16
3.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	16
4. Resultados Capítulo 1	17
4.1. Diagnostico en la atención de urgencias del HUS	17

Propuesta de mejoramiento

5. Resultados Capitulo 2	23
5.1. Cuantificación de los tiempos en los procesos asistenciales de urgencias del HUS.	23
6. Resultado Capítulo 3	33
6.1. Diseño de una propuesta para mejorar los procesos de atención en el servicio de urgencias del HUS.	33
6. Conclusiones	39
7. Recomendaciones	40
8. Referencias Bibliográficas	41

Propuesta de mejoramiento**Lista de Tablas****Pág.**

Tabla 1. Descripción de las actividades.	20
Tabla 2. Instructivo de triage	24

Lista de Figuras**Pág.**

Figura 1. Flujograma descripción de las actividades.

22

Introducción

El presente proyecto se desarrolló en la sección de urgencias del HUS. Los servicios de urgencias constituyen un pilar fundamental en la atención de la medicina moderna. A nivel mundial estos servicios exigen demanda tecnológica, de conocimiento y de protocolos continuamente evaluados que permitan una atención eficaz e inmediata a un paciente grave.

Actualmente en los servicios de urgencias se utiliza con frecuencia sistemas de triage para clasificar los pacientes, en situaciones en que la demanda no permite tratar inmediatamente a todos, con el objetivo de atender con prioridad a aquellos cuya situación clínica requiere una intervención inmediata.

Las patologías de urgencia son una causa de consulta médica que requieren de una adecuada y pronta atención por parte del personal que labora en los servicios de urgencia de las instituciones de salud. Es de vital importancia que este personal tenga los conocimientos y las destrezas necesarias para poder diagnosticar y manejar, de la mejor manera posible, las urgencias médicas que se le puedan presentar en su trabajo cotidiano. A su vez, el conocimiento médico evoluciona y se actualiza constantemente gracias a los trabajos de investigación científica que se realizan en todo el mundo, los que permiten que cada vez sean abordadas, de manera más eficaz, este tipo de enfermedades o condiciones (Guía para manejos de urgencias, Tomo III, 2009).

El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son componentes esenciales de la finalidad social del Estado. La Constitución Política de Colombia así lo reconoce al establecer como objetivo fundamental de la actividad del Estado la solución de las necesidades insatisfechas en salud.

Resumen

En esta tesis se analiza la situación actual del HUS en su servicio de urgencias con las falencias que se presentan a diario, debido las carencias en sus recursos tanto humanos, como en su infraestructura. Se desarrolla con una metodología basada en la observación, y durante este proceso se pueden analizar muchos otros factores los cuales nos afectan para la calidad y tiempo de atención al cliente.

Propuesta de mejoramiento

1. Propuesta de mejoramiento para el sistema de medición de tiempo de atención en urgencias del hospital universitario de Santander.

1.1. Planteamiento del problema

Existen demasiados problemas en el sistema de salud colombiano, tales como: demoras en la entrega de los medicamentos, no se autorizan cirugías a tiempo, las citas con los especialistas es muy demorada y en general la atención al usuario deja mucho que desear.

Lo que preocupa es que en las entidades de salud no se ven a los pacientes como personas sino que solo se piensa en el factor económico.

Los problemas institucionales en el sistema de salud han evidenciado una situación crítica, la cual se ha reflejado en el mal servicio prestado de las EPS, como causa principal de la ineficiencia, la baja calidad y la escases de los recursos.

La crisis del sistema de salud se da tanto en el régimen contributivo como el subsidiado y el detrimento del servicio de salud afecta actualmente a todos los usuarios.

Es necesario garantizar a los usuarios una mejor prestación de servicios y un mayor acceso, de tal manera que la satisfacción en la prestación del servicio sea de calidad.

En el campo de la salud el usuario muchas veces desconocen los servicios que realmente necesita y desconoce también los deberes y los derechos. Es necesario evidenciar la necesidad de mejorar el conocimiento del público sobre la situación y necesidades en salud y responder a los problemas actuales del sistema.

El HUS no es ajeno a esta realidad y como tal se debe invertir los recursos suficientes para mejorar la calidad del servicio en especial la sección de urgencias.

La presente investigación busca mejorar la calidad del servicio en urgencias de HUS de tal manera que se logre la satisfacción del usuario.

1.2. Formulación del problema

¿Cómo mejorar la atención al usuario en el servicio de urgencias del HUS en medio de la crisis que vive actualmente la salud?

Propuesta de mejoramiento

1.3. Justificación

En la cotidianidad, se asume que por atenderse las condiciones que amenazan la vida de los pacientes, los servicios de urgencias brindan atención de forma rápida, oportuna y eficiente. Sin embargo, fuera de los determinantes internos de las instituciones que pueden condicionar la atención de urgencias, hay un gran problema que aqueja éstas unidades a nivel mundial y es la demanda aumentada en dichos servicios por diferentes factores.

Colombia no escapa a la realidad de los servicios de urgencias del mundo. Todas las instituciones que ofrezcan servicios de salud están obligadas a prestar atención inicial de urgencia independientemente de la capacidad socioeconómica de los solicitantes.

El hospital Universitario de Santander, definió dentro de sus estándares de calidad, la oportunidad de la atención para los pacientes que consultan al servicio de urgencias, según la clasificación establecida. Hecho que sumado a su extensa cobertura e importancia para la ciudad de Bucaramanga le posiciona como una organización con un alto grado de responsabilidad social, destacando una cifra promedio de atención entre 1.800 y 3.500 usuarios atendidos mensualmente, con un cálculo entre 60 a 130 pacientes diarios, haciendo referencia a dos clases de usuarios caracterizados como “atendidos” y sin tener en cuenta otros “no atendidos”, esto quiere decir que todos los pacientes son atendidos y clasificados y por diversos motivos tales como: inadecuada remisión, la no necesidad de la atención de urgencias, no requieren la atención. Dicha fuente de información se toma de la base de datos del HUS. Es por esto que en la base de datos todos tienen clasificación pero no todos tienen un número de consulta.

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

Si una institución prestadora de servicios de salud cuenta con un sistema fiable y bien organizado para los cuidados y atención a sus pacientes logrará la reducción de

Propuesta de mejoramiento

tiempos de espera que se traducen en una mejora indiscutible de la oferta de los servicios prestados, tanto en calidad como en cantidad.

Los servicios de urgencias constituyen en sí mismos un punto crítico en la oferta de servicios de cualquier centro de salud, y en ese sentido esta investigación, cobra mucha importancia ya que permite identificar los problemas que inciden en el servicio que se le brinda al usuario, a fin de buscar posibles soluciones y contribuir a aumentar el nivel de satisfacción tanto del cliente interno como externo.

La implementación de la Ley 100 de 1993 que reemplazó el Sistema Nacional de Salud por el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia dio lugar a diversas transformaciones en la forma cómo los individuos se relacionan con las instituciones estatales para acceder al servicio de salud. **(De colombia, 1993)**

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Elaborar una propuesta para el mejoramiento del servicio de atención al usuario en la sección de urgencias del HUS.

1.4.2. Objetivos Específicos

1. Caracterizar el funcionamiento actual del sistema de urgencias en el HUS.
2. Cuantificar los tiempos de atención en los procesos asistenciales de urgencias del HUS.
3. Diseñar una propuesta para mejorar los procesos de atención en el servicio de urgencias del HUS.

2. Marcos de referencial

2.1. Marco teórico

Se toma como marco teórico el CRM (Customer Relationship Managent) para la salud el cual ayuda a los profesionales de los hospitales a tener una buena atención con los pacientes, mejorar la comunicación y a atraer nuevos pacientes. EL CRM constituye un medio para mejorar la atención y satisfacción del paciente.

Propuesta de mejoramiento

La gestión de relaciones con el paciente es una estrategia para llegar a una buena prestación del servicio y a optimizar los tiempos en la atención. El CRM en salud bien implementado aumentara el número de los pacientes en la organización médica HUS, los ingresos, el beneficio y en general la satisfacción de los pacientes.

El CRM en el sector médico se centra principalmente en la automatización de procesos de servicio al paciente. Para poder lograr este se debe tener en cuenta aspectos tales como: información total de los pacientes, segmentación es decir segmentos específicos para conocer a cada uno de los pacientes, teniendo como base factores como la demografía, factores psicograficos, problemas de alto riesgo y otros.

El CRM para medicina y salud es una poderosa herramienta para el envío de mensajes de correo directo no solo a los pacientes sino a los médicos por igual.

El objetivo del CRM es mejorar la atención del paciente en todo el ciclo completo de relación con la institución médica (HUS). (CRM.COM, 2012)

2.2. Estado del arte

En la investigación realizada por Crithian Giovanni Moralez Gonzalez, en la cual mide el nivel de satisfacción de los pacientes que asisten a los servicios de urgencias de ESE se concluye que:

Los nuevos enfoques de gerencia en salud sobre la satisfacción del usuario expone: que brindar calidad significa llenar las expectativas de los pacientes; el hecho de no brindar una atención de calidad trae consigo problemas para los usuarios, ya que se van a sentir insatisfechos con la atención recibida y esto puede traer consecuencias en su estado de salud generando tratamientos más largos, hospitalizaciones más prolongadas y por ende mayor inconformidad lo que genera una mala imagen para la institución. (Gonzalez C. G., 2009)

Por lo general los usuarios llegan a la institución de salud en busca de ayuda, de comprensión y de atención, pero desafortunadamente muchos de ellos no la consiguen. Por eso es importante integrar la calidad y cuidado para así lograr la satisfacción del usuario.

Los servicios de urgencias de las instituciones de salud, a raíz de la creciente demanda de pacientes, hacen que la exigencia en cuanto a los servicios prestados se

Propuesta de mejoramiento

incrementalmente cada vez más, generando en el profesional médico un mayor reto tanto a nivel personal como profesional, teniendo en cuenta, que el cuidado del paciente es la esencia de su profesión.

En el HUS no se ha realizado un estudio que determine el nivel de satisfacción de los pacientes, específicamente en la atención del servicio de urgencia, de ahí la importancia de realizar esta investigación.

2.3. Marco legal

2.3.1. Regulación de la atención en urgencias

Colombia tiene una legislación que regula la atención en urgencias, sin embargo esta carece de garantías de la calidad y el control de la congestión en los servicios de urgencias.

La Ley 10 de 1990, en su artículo 3. Principios básicos. Todas las entidades o establecimientos públicos o privados autorizados para la prestación de servicios de urgencias tienen la obligación de atender los casos de urgencias de conformidad con lo establecido en el artículo 2° de la Ley 10 de 1990 y sin exigir condición previa al paciente para su atención. (Ley 10 de 1990)

Posteriormente, en 1992 con el decreto 412 se decreta la obligatoriedad de la atención inicial de las urgencias. (Artículo 2). La anterior disposición legal reglamenta parcialmente los servicios de urgencias, aplicado a todas las entidades prestadoras de servicios de salud, públicas y privadas, tratando la obligatoriedad de la atención inicial de las urgencias, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad de cada entidad; si el paciente es remitido, su responsabilidad llega hasta el momento en que éste ingrese a la entidad receptora. (Publica, 1992)

En 1994 el Ministerio de Salud pone a disposición la resolución 5261. Artículo 10. Atención de urgencias. 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. (Salud, 1994)

La Superintendencia Nacional de Salud expide en el año 1995 la Circular 014. Corresponde a las Direcciones Seccionales de Salud efectuar la inspección y vigilancia del cumplimiento de la atención inicial de urgencias por parte de las instituciones de salud. (Salud s. n., 1995)

Propuesta de mejoramiento

2.3.2. Calidad de atención de los servicios de salud

El Decreto 1101 de Abril de 2006 presenta un “Sistema Obligatoria de Calidad de Atención en Salud (SOGCS)” que concibe la calidad de la atención de salud 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. (Ministerio de la protección social , 2006)

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

El Decreto 4747 de Diciembre de 2007, en su capítulo III, artículo 10, Sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias "triage". El Ministerio de la Protección Social definirá un sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, denominado "triage", el cual será de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud que tengan habilitados servicios de urgencias y de las entidades responsables del pago de servicios de salud en el contexto de la organización de la red de prestación de servicios. (Ministerio de la protección social, 2007)

2.3.3 Oportunidad de la atención

El Decreto 1101 de 2006, título II, destaca la definición para oportunidad, término ubicado dentro del cuerpo de la norma en el artículo 3 del SOGCS, numeral 2, como la posibilidad

Propuesta de mejoramiento

que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. (Decreto 1011 de 2006)

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. Orienta la comprensión hacia la visión de la oportunidad como una posibilidad que tiene el usuario de recibir una respuesta en salud a las necesidades que le apremien en un momento determinado.

Por lo tanto, la definición, amparada por los estamentos legislativos, alude a la coordinación y estructuración de la oferta y la demanda en servicios de salud, al igual que se insta a quien con anterioridad se ha llamado proveedor, gestione institucionalmente el acceso a los servicios, es decir, se debe coordinar la interacción de oferta – demanda de servicios con la capacidad de respuesta, para este caso, oportuno.

Por lo tanto, las instituciones que prestan servicios de salud podrán determinar el tiempo de que el paciente tiene que desarrollar algún requisito previo a la atención de urgencia por el médico de turno, propiamente dicho; actividades que conllevan la utilización de un tiempo específico.

3. Metodología

3.1. Tipo de estudio

La presente investigación es un trabajo de corte cuantitativo transversal y de tipo descriptivo, con recolección de la información por medio de fuente primaria y secundaria.

En la etapa inicial del trabajo se realiza un diagnóstico del funcionamiento actual del sistema de urgencias en el Hospital Universitario de Santander a partir de información recopilada de fuentes secundarias así como la entrevista al Coordinador encargado del HUS.

Seguidamente se cuantificarán los tiempos de atención en los procesos asistenciales, objeto de análisis en el presente estudio. Se revisarán datos de usuarios registrados durante el periodo de estudio.

Propuesta de mejoramiento

Finalmente, se propondrá un plan mejoramiento al actual sistema de control de los procesos de atención en el servicio de urgencias acorde con los recursos humanos y financieros disponibles de la entidad a partir de los resultados obtenidos.

3.2. Área de estudio

El estudio se realizara en el servicio de urgencias del Hospital Universitario de Santander en horario ordinario de 24 horas al día.

3.3. Objeto y sujeto de estudio

El sujeto de estudio, a analizar, es el servicio de urgencias del HUS. El objeto de estudio se aplicara en la base de datos de información de los usuarios que frecuentan el servicio, con el fin de observar el tiempo de espera para su atención.

3.4. Población

Pacientes adultos, que dentro del servicio son todos aquellos con una edad igual o superior a los 13 años de edad, clasificados en el triage, atendidos en el servicio de urgencias del hospital Universitario de Santander, durante el periodo de los cuatro primeros meses del año en curso.

No se seleccionarán pacientes menores de 13 años ni tampoco embarazadas ya que a estos no se les realiza triage, pues estos pasan directamente a su respectivo servicio de urgencias de pediatría y ginecobstetricia los cuales están ubicados dentro del mismo servicio de urgencias.

3.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Para la pertinencia metodológica del presente estudio, las técnicas a utilizar para la recolección de los datos requeridos son: Observación simple semiestructurada.

La base de datos de información perteneciente al año 2015, obtenida del Hospital Universitario, Instructivo triage del Hospital Universitario de Santander, entrevistas con el Coordinador encargado del HUS.

4. Resultados Capitulo 1

4.1 Diagnostico en la atención de urgencias del HUS

Una de las dificultades que afronta el HUS en su servicio de urgencias es el de la recepción de los pacientes, el cual para su mejor entendimiento se explican los pasos a seguir:

Una vez llega el usuario a la institución es recepcionado por el vigilante quien es capacitado para orientar al paciente según la necesidad a urgencias adultos, pediatría y/o mujeres en periodo gestante, lugares que son exclusivos para cada uno, y que cuentan con su respectiva base de datos.

Cuando se ubica el paciente en la respectiva unidad de urgencias la auxiliar de enfermería ingresar al sistema de Gestión Médica, los datos básicos de la persona; le toma los signos vitales de la persona ingresándolos al sistema e indicándole que será llamado para ser atendido.

Posteriormente, el médico de turno del servicio de urgencias, hace llamado a la persona para realizar la clasificación del triage y la respectiva valoración médica.

En cuanto a la estandarización de los tiempos invertidos por el usuario desde el momento de su ingreso a la institución como tal, hasta que es atendido por el médico de turno, aun no se encuentran definidos.

Se podría decir que la no señalización en los servicio de urgencias en la zona le dificulta a los usuarios la atención en dicho servicio, además que retrasa el tiempo en la atención de este.

El software no impide el acceso a la continuación del diligenciamiento de la historia clínica, lo cual permite en ocasiones el olvido involuntario por parte del personal para cerrar el sistema, incrementando así el tempo empleado, arrojando un margen de error con tiempos muy altos.

Estos y algunos otros inconvenientes nos dispersan el funcionamiento en los resultados como tal en el tiempo exacto de la atención al usuario.

Propuesta de mejoramiento

"Triage" es una palabra francesa que significa selección, clasificación. Según el diccionario de la Real Academia, el término triage o triage no existe, aunque se ha convertido en un vocablo de uso común en el servicio de urgencias hospitalarias.

El concepto de triage en el ámbito sanitario se entiende como la función de clasificar a los enfermos antes de que reciban la atención asistencial que precisan. Por ello, se necesita una escala de clasificación válida, útil, reproducible y de un equipo tanto humano como material que permita realizar una priorización de los pacientes en base a su grado de urgencia según un modelo de calidad evaluable y continuamente mejorable.

Con el triage se realiza un filtro para asegurar que las enfermedades no urgentes no interfieran en las de verdadera urgencia. En el trabajo hospitalario diario la clasificación o triage de enfermos que acuden a Servicios de Urgencias es diferente, esta clasificación se realiza con mayor detenimiento y el médico clasificador determina el estado de salud del paciente y lo envía al servicio que requiera.

El triage es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. (El triage herramienta fundamental en urgencias y emergencias)

Define la prioridad para la atención de un paciente en el servicio de urgencias según la gravedad de su estado clínico. Esta valoración clínica la realiza un médico de acuerdo a lo que comenta el paciente y a lo que encuentra el médico al examen físico.

El médico en el triage no diagnóstica sino que establece la prioridad en la atención.

En el Hospital Universitario de Santander, no se ha establecido con claridad el tiempo promedio que debe invertir un paciente adulto clasificado como triage 2 y 3 en el servicio de urgencias, para ser atendido por el médico.

Cabe señalar la importancia de que las Instalaciones de salud cuentan con una planeación que les permita tener mayor efectividad en su respuesta al paciente, alcanzando una visión general de la calidad de servicio, es decir, de las características que marcan la diferencia en la prestación de un servicio de acuerdo a la percepción del cliente, del cual se debe alcanzar la máxima satisfacción.

Propuesta de mejoramiento

En la actualidad, el Hospital Universitario de Santander, presta los servicios de alta y mediana complejidad en el departamento de Santander, se ha generado la necesidad de cuantificar la medición de tiempos para la atención que tienen los pacientes adultos que ingresan al servicio de urgencias y que son clasificados como triage dos (urgencia no crítica) y triage tres (no urgencia). Dicha necesidad surge como medida preventiva para evitar los impactos negativos potenciales de tipo administrativo, representados en la imagen de la organización frente a las instituciones que contratan sus servicios u otras partes interesadas, al igual que en los pacientes que acuden al servicio de urgencias, complicando así el cuadro clínico inicial con el que ingresa.

De igual forma no se debe desconocer los impactos potenciales de carácter legal que se pueden presentar por las consecuencias de la no oportunidad en la atención en el servicio de urgencias.

Como el hospital Universitario de Santander es prestador de servicios es conocedor de la importancia de cuantificar la oportunidad en la atención de los pacientes adultos clasificados como triage dos y tres, desde aproximadamente el mes de Julio de 2008, se implementó el sistema aplicativo llamado Gestión Médica, como una medida de mejora continua, para garantizar un mayor grado de confiabilidad en cuanto a la sistematización de los datos necesarios para la estructuración de información requerida por la organización y las partes interesadas, según Instructivo del Triage en el Hospital Universitario. (Sampayo & Jaimes & Franco, 2009).

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

Propuesta de mejoramiento

Tabla 1. Descripción de las actividades.

No	Actividad	Descripción de actividad	Responsable	Documentos y/o registros
1	Llegada de la Persona a urgencias	El personal de seguridad de una manera amable y atenta, recibe al paciente, familiar y/o acompañantes de éste orientándolos al sitio donde serán atendidos. Si hay dificultad para el traslado hacia dicho sitio el vigilante avisará a los auxiliares de enfermería para su respectiva ubicación.	Vigilante de turno	N/A
2	¿Es una urgencia crítica o no crítica?	Si es una urgencia crítica pasar a la actividad N°3 de lo contrario pasar a la actividad N°4.	Médico y/o Enfermera	N/A
3	Ingreso a sala de reanimación, consultorios o Pequeña cirugía	Paciente críticamente enfermo debe pasar directamente a reanimación, consultorios y/o pequeña cirugía, según su condición médica para ser atendido inmediatamente por el personal médico y de enfermería de turno.	Médico de turno	N/A
4	Ingreso de paciente a sala de espera	La auxiliar de enfermería toma signos vitales, datos de identificación del paciente y seguridad social ingresándolos al sistema o en medio físico; informando al paciente y/o familiar que será llamado dentro los siguientes minutos para ser atendido. Periódicamente la auxiliar de enfermería valorará los signos vitales y el estado de conciencia de los pacientes que se encuentran en sala de espera, si se presentan cambios inmediatamente debe ser llevado a las áreas correspondientes de atención	Auxiliar de enfermería	Formato Tarjeta de Triage URG-R-01 Físico o sistematizado

Propuesta de mejoramiento

No	Actividad	Descripción de actividad	Responsable	Documentos y/o registros
		donde se iniciaran los respectivos manejos médicos y de enfermería.		
5	Valoración del paciente en consultorio y/o pequeña cirugía	El médico de turno del servicio de urgencias tanto en el área de pequeña cirugía como en consultorios, estará atento a la pantalla de su equipo, donde aparecerán constantemente los pacientes que se encuentren en espera de atención, verificando de manera personalizada cuales tienen prioridad de atención, no por orden de llegada sino por su condición física actual, ingresándolos inmediatamente para su respectiva clasificación médica.	Médico de turno	Formato Tarjeta de Triage URG-R-01 Físico o sistematizado
6	Decisión final del estado de la persona	Una vez finaliza la atención, el médico define si el paciente debe utilizar la red hospitalaria (Traslado a niveles de menor complejidad de atención I-II) o se debe hacer la consulta de urgencias. El médico finaliza la atención del triage en el sistema o en medio físico, quedando registrado la hora que finalizo la atención, si el paciente requiere la atención en un nivel inferior da la orden de impresión del triage y es entregado por la auxiliar de enfermería o Auxiliar SIAU, al paciente y/o familiar. Si el paciente requiere consulta, en la pantalla del admisionista aparecerá el nombre del paciente que requiere dicho servicio y procede a su legalización. FIN.	Médico de Turno Auxiliar de enfermería Auxiliar SIAU	Formato Tarjeta de Triage URG-R-01 Físico o sistematizado

Propuesta de mejoramiento

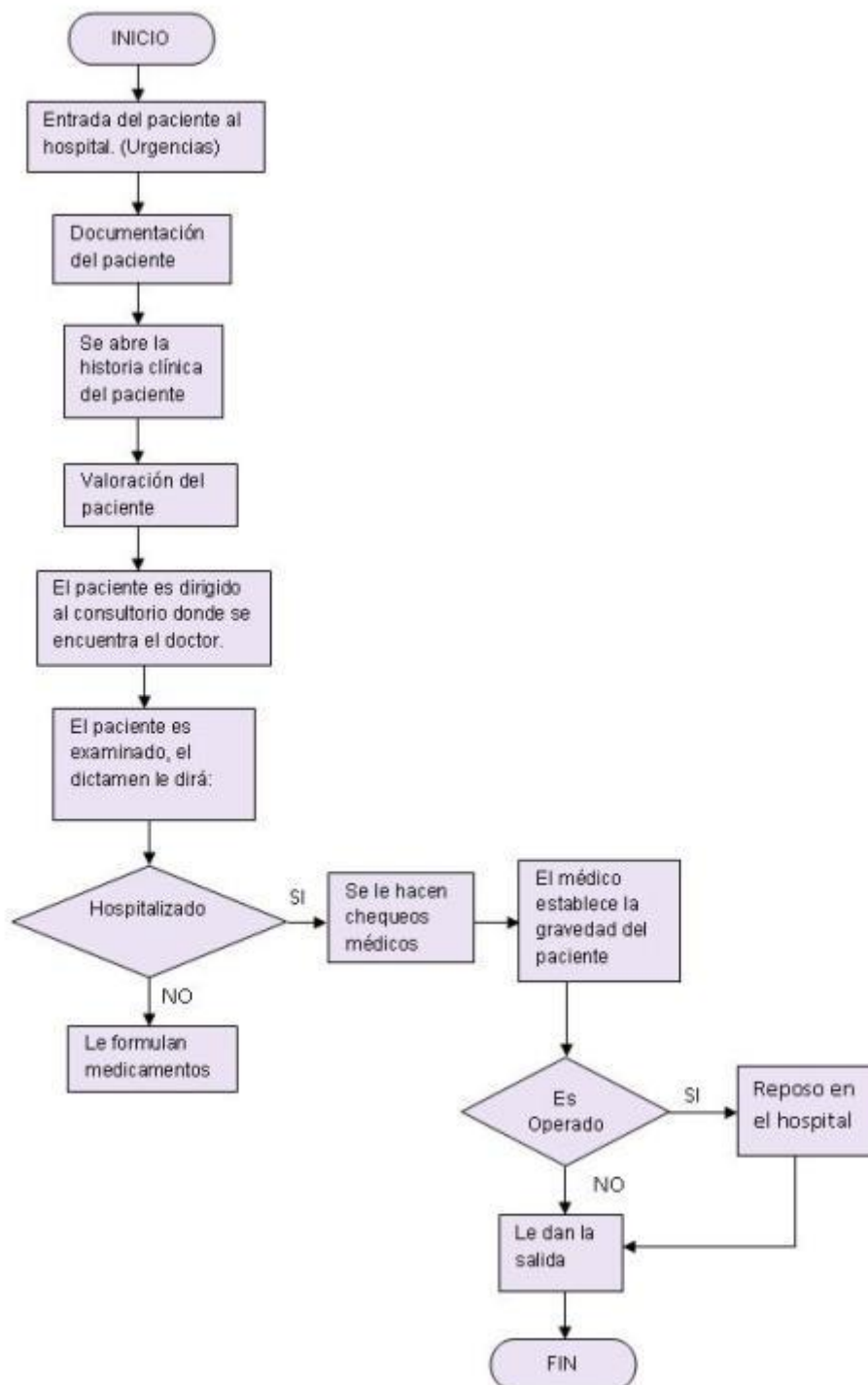


Figura 1. Flujograma descripción de las actividades.

5. Resultados Capítulo 2

5.1. Cuantificación de los tiempos en los procesos asistenciales de urgencias del HUS.

El triage en los servicios de urgencias.

El triage define la prioridad para la atención de un paciente en el servicio de urgencias según la gravedad de su estado clínico. Esta valoración clínica la realiza un médico de acuerdo a lo que comenta el paciente y a los que encuentra el medico en el examen físico; el medico en el triage no diagnostica sino que establece la prioridad de la atención.

El triage sirve para identificar la gravedad de la urgencia de los usuarios, determinar el tiempo máximo de espera para ser atendido, para informar a los pacientes y a su familia y para disminuir la congestión del servicio.

En el caso del HUS el paciente ingresa y la primera persona de contacto es el guarda de seguridad, ingresa al servicio de urgencias a una sala de espera para que la enfermera proceda a tomarle los signos vitales en este proceso el lapso de tiempo es de aproximadamente 1 hora. Acorde con estos signos vitales la enfermera clasifica de acuerdo al estado crítico, para seleccionar a los pacientes y pasarlos a la consulta con el medico (2 horas).El medico valora el estado del paciente y según su criterio ordena los respectivos exámenes de laboratorio (si los amerita)(2 horas). Al cabo de este tiempo el medico recibe los resultados por medio del sward y al analizar el resultado se toma la decisión si se hospitaliza o se le da el egreso. Si se hospitaliza el medico ordena una cama, siempre y cuando esté disponible, lo que puede tardar (cualquier cantidad de tiempo).El paciente se deja en urgencias en observación y se clasificaran de acuerdo a la especialidad y si lo amerita se ordena pasarlo a piso.

Propuesta de mejoramiento

Instructivo del Triage en el Hospital Universitario de Santander. (Sampayo & Jaimes & Franco, 2009).

Tabla 2. Instructivo de triage

VERSIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN		DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
	MES	AÑO	
0.0	Noviembre	2007	– Levantamiento del Instructivo, versión inicial.
0.1	Octubre	2009	– Modificación formato del instructivo – Codificación de registros – Modificación descripción de actividades y definiciones del instructivo. – Cambio de versión del instructivo; teniendo en cuenta los requisitos de norma técnica NTC GP 1000:2004, MECI 1000:2005 Modelo estándar de Control Interno, Sistema Obligatorio de garantía de Calidad y Sistema único de Acreditación.
0.2	Abril	2011	– Codificación de registros – Modificación en la descripción de actividades y definiciones del instructivo – Cambio de versión del instructivo; teniendo en cuenta los requisitos de norma técnica NTC GP 1000:2004 Sistema de gestión para entidades públicas, MECI 1000:2005 Modelo estándar de Control Interno, Sistema Obligatorio de garantía de Calidad Decreto 1011 y Sistema único de Acreditación.

1. Objetivos

Identificar rápidamente a los pacientes que sufren una enfermedad que pone en peligro su vida, con el objetivo de priorizar su asistencia para garantizar su seguridad física y mental (disminuir su riesgo).

Propuesta de mejoramiento

2. Alcance

Inicia desde la llegada del paciente al servicio de Urgencias de la ESE HUS hasta la impresión diagnóstica final por parte del médico de Triage, quien determina si el paciente es admitido o remitido a un menor nivel de atención.

3. Definiciones

3.1 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. (MAPIPOS)

3.2 Emergencia: Es aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de un órgano. (OMS)

3.3 Impresión diagnóstica: Aproximación a posible etiología de la enfermedad de la persona basada en los signos y síntomas expresados al médico.

3.4 Servicio de urgencias: 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 Protección Social para esa unidad. (MAPIPOS).

3.5 Triage: es el método de selección y clasificación de pacientes que ingresan al servicio de urgencias, donde se debe brindar una valoración oportuna y ordenada para identificar las personas con enfermedades que requieran atención médica inmediata

3.6 Niveles de priorización de las urgencias: Los pacientes serán valorados en el menor tiempo posible por el profesional Médico encargado del triage, el cual aplicará los criterios de la escala para asignar el nivel de urgencia del I al V. El nivel del triage asignado determinará el orden en que los pacientes serán atendidos por el personal médico y de enfermería:

Propuesta de mejoramiento

- **Nivel I (Resucitación):** Situaciones con riesgo vital inmediato que requieren resucitación.

Tiempos de atención/asistencia: Inmediato.

- Paro
 - Trauma mayor
 - Estado de shock
 - Asma en preparó
 - Insuficiencia respiratoria grave
 - Estado mental alterado (inconsciente/delirando)
 - Status epiléptico
-
- **Nivel II (Emergencia):** Situaciones de emergencia o muy urgentes, de riesgo vital previsible, la resolución de las cuales depende radicalmente del tiempo.

Tiempos de atención/asistencia: Inmediato enfermería/7-15 minutos médicos.

- Trauma craneal (signos de riesgo ± estado mental alterado)
- Trauma severo
- Estado mental alterado (letargia, somnolencia, agitación)
- Ojos: explosión productos químicos
- Reacción alérgica severa
- Dolor torácico visceral, no traumático
- Sobredosis (consciente), síndrome de abstinencia drogas
- Dolor abdominal (> 50 años) con síntomas viscerales
- Dolor de espalda (no traumático, no músculo-esquelético)
- Sangrado gastrointestinal con signos vitales alterados
- AVC con déficit mayor
- Asma severa (PFR < 40%)
- Moderada/ severa disnea/ dificultad en respirar
- Sangrado vaginal agudo, escala de dolor > 5, ± signos vitales alterados
- Vómitos y/o diarrea (con sospecha de deshidratación)
- Signos de infección severa (erupción purpúrica, tóxica)

Propuesta de mejoramiento

- Quimioterapia o inmunodeprimido
 - Fiebre (lactante ≤ 3 meses con T^a rectal $\geq 38^\circ$)
 - Episodio psicótico agudo/ agitación extrema
 - Diabetes: hipoglucemia, hiperglucemia
 - Cefalea (escala del dolor 8-10/10)
 - Escala del dolor 8-10, (dolor cólico, espalda, ojos)
 - Agresión sexual
 - Neonato < 7 días
- **Nivel III (Urgencia):** Situaciones de urgencia, de potencial riesgo vital.

Tiempos de atención/asistencia: 15-30 minutos.

- Traumatismo craneal, alerta, vómitos
 - Traumatismo moderado
 - Abuso-negligencia-agresión
 - Vómito y/o diarrea ≤ 2 años
 - Problemas de diálisis
 - Signos de infección
 - Leve - moderado asma (PEFR $>40\%$)
 - Leve - moderada disnea (dolor torácico sin sintomatología visceral (punzante y músculo-esquelético), sin antecedentes de ataque al corazón)
 - Sangrado gastrointestinal con signos vitales normales
 - Sangrado vaginal agudo. Signos vitales normales
 - Crisis comicial consciente a la llegada
 - Psicosis $\pm$ intento de suicidio
 - Escala de dolor 8-10/10 con daños menores
 - Escala de dolor 4-7/10(cefalea, dolor cólico espalda)
- **Nivel IV (Menos urgente):** Situaciones de menor urgencia, potencialmente complejas, pero sin riesgo vital potencial.

Tiempos de atención/asistencia: 30-60 minutos.

Propuesta de mejoramiento

- Traumatismo craneal, despierto, sin vómitos
 - Traumatismo menor
 - Dolor abdominal (agudo)
 - Dolor de oído
 - Dolor torácico, trauma menor o músculo-esquelético, no diseñe
 - Vómitos y/o diarrea (>2 años sin deshidratación)
 - Intento de suicidio/ depresión
 - Reacción alérgica (menor)
 - Cuerpo extraño en cornea
 - Dolor de espalda (crónico)
 - Síntomas de infección de orina
 - Escala de dolor 4-7
 - Dolor de cabeza (No migraña, no súbito)
- **Nivel V (No urgente):** Situaciones no urgentes, que permiten una demora en la atención o pueden ser programadas, sin riesgo para el paciente.

Tiempos de atención/asistencia: 40-120 minutos.

- Traumatismo menor. No necesariamente agudo
- Dolor de garganta, sin síntomas respiratorios
- Diarrea (sin deshidratación)
- Vómitos, estado mental normal,(sin deshidratación)
- Alteraciones menstruales
- Síntomas menores
- Dolor abdominal (crónico)
- Dolor psiquiátrico
- Escala de dolor < 4

3.7 Niveles de remisión o contra remisión

Nivel I: Centros de Salud, Hospitales de Primer nivel.

Nivel II: Hospitales Regionales

Propuesta de mejoramiento

Nivel III-IV: Hospitales de Máxima Tecnología.

- 3.8 El Paciente Crítico solo y no remitido (Urgencia Crítica) debe ingresar inmediatamente a consultorios o a pequeña cirugía. La enfermera del área debe tomar los signos vitales mientras el médico va evaluando la conducta a seguir y llena el triage. Si es posible el auxiliar de enfermería solicita datos de identificación y documentos de seguridad social, y posteriormente se comunica con admisiones para diligenciar la hoja frontal (ext. 123).
- 3.9. Paciente Critico remitido o traído por acompañante (Urgencia Critica), se maneja igual que la anterior pero el acompañante (acudiente o conductor de ambulancia) da la información a admisiones para diligenciamiento de la hoja frontal.
- 3.10. Paciente No crítico solo y no remitido: Enfermería o auxiliar de SIAU solicitará datos de identificación y seguridad social, se ingresa al software institucional y mediante el triage, el médico evalúa al paciente para definir conducta. Si se decide ingresar el paciente la auxiliar de enfermería o auxiliar de SIAU acude a admisiones a legalizar el ingreso. El paciente que queda en espera por atención médica debe ser valorado periódicamente por el Auxiliar de enfermería del servicio, y en caso de que el paciente presente alteración de sus signos vitales pasa al manejo de paciente crítico.
- 3.11. Paciente No crítico remitido o traído por acompañante: Se maneja igual al anterior pero el acompañante (acudiente o conductor de ambulancia) será quien da la información para diligenciar la hoja frontal.
- 3.12. En el servicio de Urgencias se encuentran dos clases de timbre uno para sala de partos y otro para quirófanos.
- 3.13. Los médicos generales de Urgencias, especialistas, enfermeras, auxiliares de enfermería y administrativos, deben estar registrados en el sistema antes de iniciar sus labores.
- 3.14. Las claves asignadas a los usuarios del sistema son personales e intransferibles. Por lo cual cada vez que el personal finalice el turno debe cerrar el sistema de tal manera que su clave no sea utilizada por el siguiente funcionario en turno y será única y exclusivamente su responsabilidad si esto no se cumple.

Propuesta de mejoramiento

- 3.15.** Será únicamente el médico el que definirá la conducta a seguir (domicilio, niveles inferiores o atención de urgencias) después que el personal de enfermería o auxiliar de SIAU solicita los datos ya descritos.

4. Responsables

Subgerente Servicios Médicos, Subgerente de Servicios de la mujer y la Infancia, Coordinador Servicio de Urgencias, Médico que atiende triage.

5. Condiciones generales

- 5.1.** El personal asistencial debe estar capacitado en la metodología de clasificación de las urgencias (triage), conocer la red hospitalaria, tener las competencias en el manejo de pacientes críticos.
- 5.2.** El personal de Urgencias debe estar capacitado en los procesos establecidos en su área, protocolos y guías de manejo del servicio de urgencias incluidos médicos, enfermeras y los involucrados en el proceso.
- 5.3.** Tener la capacitación certificada previa en el manejo de equipo de cómputo, software institucional y la concientización del buen uso de las claves asignadas en el sistema.
- 5.4.** A todo paciente que ingrese al servicio de urgencias se le debe realizar TRIAGE, lo anterior con fines estadísticos dado que si solo se realiza triage a los niveles III-V el software no registrara los niveles I-II.
- 5.5.** Los espacios con los cuales cuenta el servicio de urgencias son: área de espera, consultorios de patologías médicas, consultorio de patologías traumáticas, sala de reanimación, sala de mujeres, sala de hombres, sala de yesos, pasillos, pequeñas cirugías.
- 5.6.** Pacientes de la tercera edad (>62 años), embarazadas y/o niños deben tener prioridad en la atención médica.

6. Socialización

Una vez este procedimiento sea aprobado por parte del Comité de Calidad de la ESE HUS, se realizará la respectiva socialización a las diferente Subgerencias, Servicio de Urgencias de la ESE HUS y demás personal relacionado con esta área.

Propuesta de mejoramiento

7. Documentos referenciados

Registros:

- **URG-R-01:** Formato Tarjeta de Triage (Físico o Sistematizado)

Normatividad:

1. Norma técnica de calidad NTC GP1000:2004 Sistema de gestión para entidades públicas
2. MECI 1000:2005 Modelo estándar de control interno
3. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad Decreto 1011
4. Sistema Único de Acreditación.
5. **Circular externa 54 de 2008 del MPS** “Instrucciones para la atención en los servicios de urgencias de la población infantil y adolescente”
6. Guías de la American Heart Association del 2010 para RCP y ACE.
7. **Ley 1171 de 2007** “Por medio de la cual se establecen unos beneficios a las personas adultas mayores”
8. **Ley 1098 2006** “ Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia”
9. **Constitución Política de Colombia. Art 43.** “ La mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades. La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de éste subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada. El Estado apoyará de manera especial a la mujer cabeza de familia”
10. **Decreto 4747 del 2007. Artículo 10.** “Sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias "triage". El Ministerio de la Protección Social definirá un sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, denominado "triage", el cual será de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud que tengan habilitados servicios de urgencias y de las entidades responsables del pago de servicios de salud en el contexto de la organización de la red de prestación de servicios”

Propuesta de mejoramiento

6. Resultado Capítulo 3

6.1. Diseño de una propuesta para mejorar los procesos de atención en el servicio de urgencias del HUS.

Para nadie es un secreto que el sector salud en Colombia viene atravesando por una importante crisis. Los medios de comunicación muestran permanentemente numerosos casos de pacientes que mueren esperando ser atendidos en los hospitales y clínicas del país.

La mayoría de los pacientes están ingresando en su mayoría a través de los servicios de urgencias y que el modelo ha llegado a un punto que no está funcionando de una manera óptima en este trabajo se pueden identificar dos elementos principales: demanda y capacidad.

La promesa es una prestación del servicio de una manera segura y de alta calidad, lo que en gestión hospitalaria se conoce como: Quality of Care. Para prestar un excelente servicio en urgencias del HUS se deben tener en cuenta cuatro elementos principales: la promesa del valor al paciente, los procesos y recursos necesarios y la formula de rentabilidad del hospital.

Con el objetivo de responder satisfactoriamente a las necesidades de los pacientes, brindarles un excelente servicio de urgencias, la autora del presente trabajo propone los siguientes aspectos con el fin de optimizar los recursos del servicio de urgencias del HUS.

6.1.1 Ampliar las instalaciones del servicio de urgencias, de tal manera que sea más confortable y se puedan atender más pacientes

Tenemos claro que existen paradigmas desde los cuales se diseñan y operan los hospitales y unidades de salud. Muchos de esos paradigmas requieren una actualización, a la luz de las oportunidades que abre el desarrollo sustentable y las nuevas tecnologías ambientales y bioclimáticas. Las instalaciones de la salud juegan un papel muy importante y significativo en la mitigación de desastres debido a su particular función en el tratamiento de heridos y enfermedades.

Propuesta de mejoramiento

6.1.2 Contratación de más personal paramédico y médico

Debido a la cantidad de pacientes que están ingresando diariamente al servicio de urgencias del HUS es necesario contratar personal médico y paramédico, que no necesariamente tienen que ser de planta sino por prestación de servicios, de tal manera que se agilice la atención de los pacientes, en cuanto a tiempo y al mejoramiento del servicio en general. Una estrategia a corto plazo para solventar el problema de los prolongados tiempos de espera para la atención, teniendo en cuenta que existen otros aspectos que permanecen ocultos o no son tan evidentes, es dotar al servicio de los recursos necesarios, especialmente en horas críticas en las que la demanda de pacientes sobrepasa la capacidad instalada del servicio. En relación a este punto se hace un análisis de costo / beneficio, tomando en cuenta un costo aproximado de los costos y los beneficios de tomar esta decisión.

Dotar al servicio de los recursos necesarios, sin duda con lleva beneficios, no solo para el cliente externo sino también para el funcionario que labora con menos recargo y por ende más motivado. Por otro lado tomar en consideración las necesidades y expectativas del cliente, asegura la satisfacción del mismo.

El profesional de salud tiene la obligación ética de garantizar que los servicios brindados sean de buena calidad. Dentro de los beneficios esperados con la dotación del recursos en el servicio de urgencias están: seguridad y eficacia de los tratamientos lo que reduciría el abuso del servicio reduciendo costos, confiabilidad en el servicio, satisfacción del cliente asociado a un mejor trato, disminución de tiempos de espera e información precisa y clara, mayor satisfacción de los funcionarios, personal y profesional, a expensas de un mejor ambiente laboral, menos recargo de funciones, trabajo en equipo, incentivos y mayor motivación.

La organización y gestión del personal (turnos, sustituciones, etc.) inciden directamente en la demanda. La dotación de recursos humanos, tanto de médicos como de enfermeras y resto del personal, debe adecuarse a las variaciones de actividad, por turno, por días de la semana y estacionales.

Propuesta de mejoramiento

6.1.3 Agilizar los tiempos entre la observación por parte de la enfermera y el médico que finalmente dictamina

Uno de los objetivos principales de los hospitales es garantizar que a su llegada los pacientes tengan una asignación adecuada de prioridad para su atención según su condición médica; agilizar el cuidado de pacientes que llegan gravemente enfermos u ofrecer altos estándares de calidad en los aspectos humanos, tecnológico y administrativo, con énfasis en un tratamiento oportuno que permita la recuperación rápida de los pacientes. Para lograrlo es necesario contar con un equipo multidisciplinario calificado, comprometido y en permanente actualización.

La existencia de un mayor número de profesiones y enfermeras y el contexto en el que la prestación del servicio se realiza, hacen que el cliente sea mucho más intolerante frente a la calidad del servicio prestado. La mejora en la calidad puede ser lograda mediante la mejora de la eficacia y de la eficiencia en la prestación del servicio, es decir, reducir el tiempo de espera hasta que el paciente es atendido, mejorar el sistema de orden de atención en función de la gravedad del paciente, mejorar el diagnóstico inicial de los pacientes y la forma en que pacientes y familiares son atendidos por el personal del servicio, transmitiéndoles seguridad, dinamismo y empatía, de forma que se muestre una preocupación real por el bienestar del usuario del servicio de urgencias.

El cambio de turno: es otro de los momentos críticos cuando se pasa la información del paciente. Es responsabilidad del profesional entrante y saliente preocuparse de transmitir y recibir toda la información.

6.1.4 En caso de haber solicitado exámenes de laboratorio agilizar los resultados. (contratar más bacteriólogos)

Cuando se solicita un examen de laboratorio para un paciente el tiempo entre la toma de la muestra y la entrega del resultado no es el óptimo, en algunos casos tarda entre 2 y 4 horas, para lo cual es necesario minimizar este tiempo de entrega. Se propone aumentar el número de profesionales acorde con el número de pacientes que se atienden. Se está corriendo el riesgo de que la vida de un paciente se pierda por no entregar oportunamente los resultados

Propuesta de mejoramiento

con el diagnóstico. Es necesario realizar un estudio de métodos y tiempos aplicados a procedimientos de laboratorio clínico, servicios ambulatorios y apoyo diagnóstico.

Otro aspecto importante es la renovación en nuevas tecnologías, pues muchos de los equipos del laboratorio clínico del HUS están obsoletos, requiriendo nuevas inversiones en equipos de alta tecnología.

6.1.5 Agilizar el registro de los pacientes. Se sugiere clasificación acorde con la necesidad.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) identifica como componentes básicos de los cuidados de salud de calidad: un elevado grado de excelencia profesional, la eficiencia en la utilización de recursos, riesgos mínimos para los pacientes, satisfacción para los usuarios y obtención de resultados de salud.

La gestión de pacientes en el ámbito de urgencias debe garantizar un soporte organizativo e informativo adecuado. Para ello se precisan unos requerimientos básicos que permitan registrar el episodio de urgencias y coordinar organizativamente el proceso asistencial.

La documentación clínica tiene como objetivo organizar y gestionar toda la información clínica generada a lo largo de los sucesivos procesos asistenciales del paciente. Aspectos fundamentales sobre esta gestión están regulados por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; así como por desarrollos normativos autonómicos de dicha ley.

6.1.6 Prioridad a pacientes especiales (niños, embarazadas y tercera edad): Debe existir al ingreso de las urgencias del HUS un triage pediátrico, un triage para personas de la tercera edad

Se considera esencial para la gestión de calidad, que disponga de un sistema de clasificación, ágil, reproducible y revisable (que permita auditorías). El sistema de triage debe estar validado, no generar colas, permitir una clasificación rápida de la gravedad del paciente y la posibilitar su integración con las diferentes herramientas informáticas ya

Propuesta de mejoramiento

existentes. Para controlar la mayor demanda asistencial y mejorar la calidad de la atención, algunos hospitales han implantado un sistema de jerarquización de las necesidades que recibe el nombre de triage.

El triage es un método de trabajo estructurado que permite una evaluación rápida de la gravedad de cada paciente, de una manera reglada, válida y reproducible, con el propósito de priorizar el orden de atención médica y determinar el lugar y medios apropiados.

El enfoque ético de la ciencia y la fundamentación humanista del trabajo científico conduce a la necesidad de elaborar una ética adecuada en la investigación con seres humanos y en particular en poblaciones especiales. Con el objetivo de delimitar las normas morales a tener en cuenta en investigaciones en niños, ancianos y mujeres embarazadas o en período de lactancia, se realizó un análisis de fuentes importantes y actualizadas de la literatura internacional.

A nivel mundial, el segmento de la población que está experimentando un crecimiento más rápido es el más viejo. La proporción de centenarios es la que más rápido crece en la población.

Sin dudas, la atención a las urgencias en los hospitales es un verdadero y grave problema. Los servicios de urgencias permanecen abierto las 24 horas con dos misiones conflictivas: la forma de prestar asistencia a los que necesitan objetivamente atención de urgencias para solucionar los problemas críticos que presentan y la informal que consiste en responder y tratar la demanda subjetiva de atención sanitaria a los que acuden con razón o sin ella pero, no siempre es posible satisfacer todas las demandas.

Los diferentes sistemas de urgencias a nivel internacional no se limitan a ejecutar las mejoras necesarias en la atención hospitalaria de urgencias sino, que parte de la consideración básica de la interrelación entre los distintos niveles asistenciales y tiene como pilar fundamental la atención de urgencia en el nivel primario, el cual debe funcionar como la puerta de entrada al servicio de urgencia hospitalario, actuando como filtro sanitario salvo casos emergentes.

Propuesta de mejoramiento

6.1.7 Clasificar a los pacientes teniendo en cuenta su estado de salud

Las urgencias hospitalarias surgen cuando los hospitales empiezan a pasar a manos de la administración pública en el siglo XVIII. Se produce entonces un intento de separación de los pacientes según su nivel de gravedad y su tipo de patología. Como tales las urgencias médicas aparecen por primera vez en los campos de batalla, a principios del siglo XIX, como una respuesta a la necesidad de una rápida recuperación de los soldados.

Las equivocaciones en la clasificación del enfermo pueden tener consecuencias importantes. La implantación adecuada del sistema de triage estructurado es uno de los mejores avances en seguridad.

6.1.8 El hospital debe disponer de los recursos necesarios para prestar de manera correcta y oportuna el servicio de urgencias, para lo cual se requiere de tener un buen conocimiento sobre la demanda de pacientes. Ejemplo: disponibilidad de camas

Las últimas estadísticas del banco mundial dicen que Colombia cuenta con 14 camas hospitalarias por cada 10.000 habitantes. El déficit es alto pues el estándar internacional está entre 24 y 26 camas. En el HUS el panorama no es diferente, hay un déficit en disponibilidad de camas para resolver situaciones de urgencias y problemas de alta complejidad. A futuro por los cambios en la estructura demográfica, la situación puede agravarse. Según las proyecciones del DANE del 2010 al 2020 el número de niños crecerá cerca del 3%, y el aumento de habitantes mayores de 60 años aumentará el 47%, y cada paciente mayor de 60 años utiliza los servicios de hospitalización 3,5 veces más que el promedio de la gente.

El HUS no es ajeno a esta problemática y requiere que se amplíe su infraestructura y con ello se espera reducir el déficit de camas, para lo cual se requiere ampliar sus servicios de urgencias. De tal manera que se requiere una inversión mínima de 60.000 millones de pesos. Cabe anotar que el HUS no solo atiende al departamento de Santander sino también a Norte de Santander, Parte de Boyacá, del Cesar y de Bolívar.

La decisión de dotar de recursos al servicio busca asegurar la calidad mediante la reducción de tiempos de espera, disminución en el número de revaloración de usuarios,

Propuesta de mejoramiento

mejora en los procesos internos del servicio y satisfacción del cliente externo, aspectos que son en su mayoría intangibles.

6.1.9 El nivel de endeudamiento que las EPS tienen con el HUS

A nivel Nacional la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, afirman que la deuda de EPS con clínicas y hospitales, asciende a 3.8 billones. El mayor porcentaje de la deuda, está representado el 36% por el régimen contributivo, el 24% por el régimen subsidiado y el 20% por Entes Territoriales y el Fosyga.

El gerente del Hospital Universitario de Santander asegura que se hará un seguimiento para determinar el nivel de endeudamiento de cada una de las EPS morosas, para tal efecto determino suspender la atención médica a un sector de la población debido a la alta cartera morosa que tienen las diferentes EPS, tales como: Caprecon y Solsalud. En la actualidad las EPS adeudan unos 7 mil 800 millones de pesos al HUS. El hospital solo atenderá casos de urgencias y si es preciso prestara servicios de cirugías en situaciones de extrema necesidad.

6.1.10 Del uso racional que se dé al servicio de urgencias depende que los pacientes más graves sean atendidos con mayor prontitud

Según un estudio el 49% de los usuarios del servicio lo utilizan sin necesidad. Cuando empieza a sentir gripa, dolor abdominal o cualquier otro síntoma que no puede controlar no pide cita médica con su EPS sino que se va directamente al servicio de urgencias para que lo atiendan rápido, generando represamientos, en la mayoría de los casos sin ninguna necesidad. Lo peor según un estudio de la Universidad Jorge Tadeo Lozano el 49% de estos enfermos no ameritan la atención de urgencias y más aún el 20% de los pacientes de urgencias van tras una incapacidad laboral, o evitar el pago de la cuota moderadora exigido en una cita prioritaria.

7. Conclusiones

1. Es evidente la crisis del sistema de salud en Colombia, no solo como consecuencia de las crecientes necesidades de recursos financieros para la atención de la población, sino por las dificultades para que esta, equitativamente y con independencia de su nivel de ingresos, acceda a servicios de buena calidad.

2. La sala de urgencias del HUS no es ajena a esta problemática y diariamente enfrenta graves problemas en el servicio de atención del usuario.

3. La población de atención del HUS, no solamente corresponde a la del departamento de Santander, sino que también atiende a usuarios de Norte de Santander, Sur de Bolívar, parte del Cesar, lo que le ocasiona serios problemas en la sección de urgencias. Estos problemas se originan en la incontenible demanda por los servicios de salud, que supera la capacidad del HUS para atender a los pacientes (demanda-capacidad).

4. El flujo inadecuado de pacientes deteriora la calidad de la atención y aumenta su riesgo clínico. Al servicio de urgencias del HUS ingresan pacientes que no requieren de este, generando represamientos que perjudican la atención en el servicio a pacientes que si lo necesitan.

8. Recomendaciones

1. Es necesario mejorar el actual sistema de salud, para hacer un nuevo sistema de atención integral, en el cual la relación médico-paciente sea sagrada, respetada y ajena al mercantilismo.

2. Se debe invertir por parte de las EPS en la prevención de las enfermedades con el fin de evitar grandes costos a futuro en sus afiliados, que ocasionan desajustes financieros a las entidades promotoras de salud.

3. Se requiere disponer de protocolos de coordinación con el sistema de urgencias, que atiendan de forma diferenciada, los procesos que se consideren relevantes.

4. Se recomienda la utilización del manual del sistema de triage, de manera adecuada que permita la rápida clasificación del paciente en función de su gravedad, asignándole un tiempo máximo de espera.

5. El cumplimiento de los estándares de seguridad del paciente y atención a los derechos de los pacientes, con sistemas seguros de prescripción y administración de medicamentos, identificación del paciente, son importantes para garantizar un buen servicio a los usuarios del HUS.

Propuesta de mejoramiento

9. Referencias Bibliográficas

- CRM.COM. (6 de Noviembre de 2012). *En Foco: CRM para organizaciones de medicina y salud*. Obtenido de <http://www.evaluandocrm.com/nota-2988-En-Foco-CRM-para-organizaciones-de-medicina-y-salud.html>
- DECOLOMBIA, E. C. (23 de Diciembre de 1993). *LEY 100 DE 1993*. Obtenido de https://ufpso.edu.co/ftp/pdf/leyes/ley100_1993.pdf
- DECRETO 1011 DE 2006*. (3 de abril de 2006). Obtenido de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975>
- Gonzalez, C. G. (2009). *Nivel de satisfacciob de los pacientes que asisten al sefvicio de urgencias, frente a la atencion de enfermeria en una institucion del primer nivel de atencion en salud, en Mistrato Risaralda*. Santafe de Bogota D:C:.
- Gonzalez, C. G. (2009). *Nivel de satisfaccion de los pacientes que asisten al servicio de urgencias, frente a la atencion de enfermeria en una institucion de atencion en salud, en Mistrato Risaralda*. Santafe de Bogota D.C.
- LEY 10 DE 1990*. (10 de enero de 1990). Obtenido de <http://www.alcaldiabogota.gov.co>
- MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL* . (3 de Abril de 2006). Obtenido de [/www.minsalud.gov.co/Normatividad/DECRETO%201011%20DE%202006](http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/DECRETO%201011%20DE%202006)
- MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL*. (7 de Diciembre de 2007). Obtenido de [/www.minsalud.gov.co/Normatividad/DECRETO%204747%20DE%202007](http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/DECRETO%204747%20DE%202007).
- PUBLICA, M. D. (6 de Marzo de 1992). *DECRETO 412 DE 1992*. Obtenido de http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/319/Normas_legales_en_Co
nt
- SALUD, M. D. (5 de Agosto de 1994). *RESOLUCION 5261 DE 1994*. Obtenido de http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minsalud_r5261_94.htm
- SALUD, S. n. (28 de Diciembre de 1995). *CIRCULAR EXTERNA 14 DE 1995*. Obtenido de http://www.arl-colpatria.co/arpc/docs/circular_supersalud_cir01495.htm