



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**

**DISEÑO DE ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR LA  
SOBRECUPACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA IPS  
UNIVERSITARIA - SERVICIOS DE SALUD UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA  
EN EL AÑO 2021**

**DESIGN OF STRATEGIES TO REDUCE THE OVERCROWDING OF  
THE IPS UNIVERSITARIA - SERVICIOS DE SALUD UNIVERSIDAD DE  
ANTIOQUIA IN 2021**

**JENNYFER STEFANÍA LÓPEZ RIVAS**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA  
FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA  
“HÉCTOR ABAD GÓMEZ”  
MEDELLÍN  
2021**

**DISEÑO DE ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR LA  
SOBRECUPACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA IPS  
UNIVERSITARIA - SERVICIOS DE SALUD UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA  
EN EL AÑO 2021**

**DESIGN OF STRATEGIES TO REDUCE THE OVERCROWDING OF  
THE IPS UNIVERSITARIA - SERVICIOS DE SALUD UNIVERSIDAD DE  
ANTIOQUIA IN 2021**

**JENNYFER STEFANÍA LÓPEZ RIVAS**

**FERNANDO GIRALDO PIEDRAHITA  
MD. PhD. Salud Pública**

**Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Administración  
de Servicios de Salud**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA  
FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA  
“HÉCTOR ABAD GÓMEZ”  
MEDELLÍN  
2021**

## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
GLOSARIO.....	12
RESUMEN .....	15
ABSTRACT .....	18
INTRODUCCIÓN .....	21
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	23
2. JUSTIFICACIÓN .....	27
3. OBJETIVOS .....	30
3.1 Objetivo General .....	30
3.2 Objetivos Específicos .....	30
4. MARCOS DE REFERENCIA.....	31
4.1 MARCO TEORICO.....	31
4.1.1 Sistema General de Seguridad Social y la Salud como Derecho Fundamental .....	31
4.1.2 Garantía de Acceso a los Servicios de Salud de Urgencia .....	33
4.1.3 Funcionamiento Del Servicio De Urgencias .....	34
4.1.4 Garantía De La Calidad De Atención En Salud.....	35
4.1.5 La Auditoria como herramienta para el mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud .....	36
4.1.6 La Acreditación de las instituciones como el primer paso para la búsqueda de la excelencia.....	37
4.1.7 La seguridad del paciente como eje para la calidad de atención en salud...	38
4.1.8 La Política de Humanización como estrategia gerencial que apoya la seguridad del paciente .....	39

4.1.9 El Sistema de Gestión del Riesgo y de la Información y su relación directa con la calidad de la atención en salud .....	40
4.1.10 Condiciones de trabajo de los profesionales de la salud asociadas a la calidad de la atención .....	41
4.1.11 Condiciones de Sobreocupación de los Servicios de Urgencias.....	43
4.1.12 Impactos de la sobreocupación del servicio de urgencias.....	47
4.1.13 La Administración como Herramienta para mejorar los procesos de las Instituciones de Salud .....	48
4.1.14 Gestión de Proyectos .....	49
4.1.15 Generalidades del Enfoque Metodológico ZOPP .....	49
4.1.16 Antecedentes .....	50
4.1.17 La Matriz de Marco Lógico (MML) como herramienta para el diseño del proyecto .....	53
4.1.18 Instrumentación del Enfoque.....	54
4.2 MARCO CONCEPTUAL.....	54
4.2.1 Principales conceptos asociados a la prestación de la atención del servicio de urgencia y los actores externos relacionados a ella .....	54
4.2.2 Subprocesos asociados al flujo de atención del servicio de urgencias. ....	57
4.2.3 Variables asociadas al flujo de atención del servicio de urgencias .....	57
4.2.4 Características obligatorias de la Calidad en la Atención.....	60
4.3 MARCO LEGAL O NORMATIVO .....	61
4.4 MARCO CONTEXTUAL.....	63
4.4.1 IPS Universitaria – Servicios de Salud de la Universidad de Antioquia.....	63
4.4.2 Plataforma Estratégica .....	65
4.4.3 Planeación Estratégica.....	66

5. METODOLOGIA.....	68
5.1 Análisis y Recolección de la Información .....	68
5.2 Análisis de Situación .....	69
5.3 Análisis de Involucrados.....	69
5.4 Análisis de Problema.....	70
5.5 Análisis de objetivos .....	72
5.6 Análisis de alternativas.....	73
5.7 Diseño del proyecto.....	73
5.8 Formulación de plan operativo .....	75
5.6.9 Viabilidad.....	77
5.9.1 Política.....	77
5.9.2 Legal.....	77
5.9.3 Ética .....	77
5.9.4 Técnica.....	78
5.9.5 Social.....	78
5.10 Factibilidad .....	78
6. RESULTADOS .....	79
CONCLUSIONES.....	131
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	140
ANEXOS .....	146

## LISTA DE ANÉXOS

**Pág.**

ANEXO A. Cálculo de sobreocupación escala NEDOCs.....	146
ANEXO B Estatus sobreocupación IPS Universitaria .....	147

## LISTAS DE TABLA

	Pág.
<i>Tabla 1 Oportunidad en clasificación del TRIAGE para el año 2020.....</i>	86
<i>Tabla 2 Resolutividad del servicio de urgencias para el año 2020.....</i>	88
<i>Tabla 3 Citas asignadas (cumplidas + incumplidas) por tipo de ayuda diagnóstica para el año 2020 .....</i>	92
<i>Tabla 4 Oportunidad en horas para la realización de ayudas diagnósticas .....</i>	93
<i>Tabla 5 Oportunidad en días para la realización de Radiología simple.....</i>	95
<i>Tabla 6 Camas habilitadas para el servicio de hospitalización años 2019-2020... </i>	99
<i>Tabla 7 Pacientes Ingresados a urgencias y trasladados al servicio de hospitalización en el 2020 .....</i>	103
<i>Tabla 8 Pacientes Aceptados y recibidos en IPS Universitaria para el año 2020</i>	106
<i>Tabla 9 Egresos Hospitalarios para el año 2020.....</i>	112
<i>Tabla 10 Frecuencia de egresos solo Servicio Hospitalización.....</i>	113
<i>Tabla 11 Rendimiento GIRO cama Hospitalización .....</i>	117
<i>Tabla 12 Promedio días estancia en el servicio de hospitalización.....</i>	118
<i>Tabla 13 Proporción de solicitudes gestionadas por el CIGA según TRIAGE ....</i>	121
<i>Tabla 14 PacienteAtaforma ciga de otras instituciones que consultaron a IPS Universitaria dic. 2020.....</i>	124
<i>Tabla 15 Pacientes regulados por plataforma CIGA de otras instituciones que consultaron a IPS Universitaria dic. 2020.....</i>	126

*Tabla 16 Formato de propuesta para registro de pacientes no direccionados por CIGA ..... 129*

## LISTA DE GRÁFICOS

	<b>Pág.</b>
Gráfico 1 Porcentaje ocupacional de urgencias ADULTOS (total pacientes * 100 / camas físicas) .....	80
Gráfico 2 Porcentaje ocupacional de camas disponibles en hospitalización (camas ocupadas * 100 / camas disponibles).....	81
Gráfico 3 Oportunidad en clasificación del TRIAGE para el año 2020 .....	87
Gráfico 4 Resolutividad del servicio de urgencias para el año 2020 .....	89
Gráfico 5 Oportunidad en horas para la realización de ayudas diagnósticas.....	94
Gráfico 6 Oportunidad en días para la realización de Radiología simple .....	95
Gráfico 7 camas habilitadas para el servicio de hospitalización años 2019-2020.	99
Gráfico 8 Pacientes ingresados a urgencias y traslados al servicio de hospitalización 2020 .....	104
Gráfico 9 Pacientes Aceptados y recibidos en ips universitaria para el año 2020 .....	107
Gráfico 10 Frecuencia de Egresados 2019 y 2020 .....	112
Gráfico 11 Egresos hospitalarios antes y después de 4 pm en toda la institución .....	115
Gráfico 12 Egresos diarios (últimos 30 días de (15/01/2021)) servicio de hospitalización.....	116
Gráfico 13 Egresos diarios (últimos 30 días de (15/01/2021)) servicio de urgencias.....	116
Gráfico 14 Rendimiento GIRO CAMA Hospitalización .....	117

<i>Gráfico 15 Promedio días estancia en el servicio de hospitalización .....</i>	<i>119</i>
<i>Gráfico 16 Proporción de solicitudes gestionadas por el CIGA según TRIAGE. 122</i>	<i>122</i>
<i>Gráfico 17 Pacientes no regulados por la plataforma CIGA de otras instituciones que consultaron a IPS Universitaria dic. 2020.....</i>	<i>125</i>
<i>Gráfico 18 Pacientes regulados por plataforma CIGA de otras instituciones que consultaron a IPS Universitaria .....</i>	<i>127</i>

## LISTA DE ILUSTRACIONES

	<b>Pág.</b>
Ilustración 1 <i>Elementos Esenciales De La Salud Como Derecho Fundamental ...</i>	32
Ilustración 2 <i>Principios Esenciales De La Salud Como Derecho Fundamental.....</i>	33
Ilustración 3 <i>Principios De La Metodologia Zopp .....</i>	50
Ilustración 4 <i>Técnicas De La Metodologia Zopp.....</i>	52
Ilustración 5 <i>Momentos De La Metodologia Zopp .....</i>	52
<i>Ilustración 6 Arbol De Problemas .....</i>	71
Ilustración 7 <i>Arbol De Objetivos .....</i>	72
<i>Ilustración 8 Matriz De Marco Lógico .....</i>	74
Ilustración 9 <i>Plan Operativo Parte 1 .....</i>	75
Ilustración 10 <i>Plan Operativo Parte 2.....</i>	76
Ilustración 11 <i>Plan Operativo - Cronograma .....</i>	76
<i>Ilustración 1412 Procedimientos De Egreso Y Sus Responsables .....</i>	110

## GLOSARIO

- **Atención o Servicio de Urgencia:** La cual será de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud que tengan habilitados servicios de urgencias, así como de las entidades responsables de pago de servicios de salud en el contexto de la organización de la red de prestación de servicios de salud. Emanado del artículo 173 numeral 3 de la Ley 100 de 1993, 10 del Decreto 4747 de 2007 y 2 del Decreto — Ley 4107 de 2011. (1)
- **Atención o servicio de Hospitalización:** El servicio de atención hospitalaria es aquel que se brinda al usuario que ingresa a una institución para recibir tratamiento médico y/o quirúrgico con una duración superior a veinticuatro (24) horas. (2).
- **Atención en Programas de servicios especiales:** El programa de servicios hospitalarios ofrece a los usuarios atención de mediana y alta complejidad incluida en el portafolio de servicios institucional, especializada en las siguientes disciplinas: Medicina Interna, Neumología, Reumatología, Cardiología Adultos, Gastroenterología, Endocrinología Adultos, Hematología, Neurología, Nutrición Adultos y Pediátrica Oncología, Psiquiatría, Perinatología, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, Ortopedia, Cirugía Vascular y angiología, Ginecología Oncológica, Neurocirugía, Cirugía Plástica, Cirugía Maxilofacial, Cirugía de mano, Otorrinolaringología, Oftalmología, Cirugía de Tórax, Cirugía pediátrica,

Cardiología pediátrica, Ortopedia Pediátrica Hemato - Oncología  
Pediátrica, Neurología Pediátrica (2).

- **Calidad en Salud:** La provisión de servicios de salud a los usuarios de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo, considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios. Esta definición centrada en el usuario, involucra aspectos como accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención, que se deben considerar en la prestación de los servicios de salud a la población colombiana. (3)
- **IPS:** instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) son las entidades responsables de prestar servicios de salud a la población con altos estándares de seguridad y calidad. Estas instituciones se caracterizan por el uso intensivo de recursos humanos altamente especializados; utilizan tecnologías sofisticadas y de alto valor social; desarrollan protocolos basados en evidencia que pretende disminuir el riesgo y los costos al sistema; y buscan ser sostenibles social, medio ambiental y financieramente. Las IPS en Colombia operan dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que busca garantizar el acceso de la población a servicios de salud de calidad para impactar positivamente las condiciones de vida, el bienestar y el desarrollo. (4)
- **Seguridad al paciente: (Decreto 1011 de 2006 Título III);** Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de

sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias (5)

- **Sistema Único De Habilitación (Título III – Capítulo I Artículo 6o.)-** Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad al paciente frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB. (6).
- **Entidades Administradoras de Planes de Beneficio: (EAPB) :** Se entiende por Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, Empresas Solidarias de Salud, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud. (7)

## RESUMEN

El diseño de estrategias para disminuir la sobreocupación del servicio de urgencias de la IPS Universitaria – Servicios de salud de la Universidad de Antioquia para el año 2021, se fundamenta en analizar las principales causas de sobreocupación del servicio de urgencias de la IPS Universitaria con el fin de crear estrategias que impacten en el mejoramiento de la calidad y seguridad de la atención de toda la población consultante.

*Metodología:* Este proyecto busca mediante la aplicación del enfoque (Ziel Orientierte Projekt Planung = Planificación de Proyectos Orientada por Objetivos) ZOPP crear estrategias de mejoramiento para disminuir la sobreocupación en el servicio de urgencias de la IPS Universitaria mediante la realización de una Matriz del marco lógico y su plan operativo que permita organizar la información prioritaria de tal manera que se identifique con facilidad el problema principal planteado, el objetivo principal, el producto final esperado y las actividades a realizar para la obtención de los productos esperados.

*Resultados:* La ocupación de la clínica tanto para el servicio de urgencias adultos y servicio de hospitalización en el año 2020 se mantuvo según los gráficos en Nivel III: Extremadamente ocupado, no saturado (Nedocs 61-100, color amarillo). El comportamiento del indicador de oportunidad en la clasificación del triage durante el año 2020 fue adecuado para la mayoría de los meses, con algunas variaciones relacionadas con la disminución del personal asignado para la realización de esta actividad. La resolutivez del servicio de urgencias para todo el año 2020 estuvo fuera del valor meta, con tiempos superiores a 20 horas. A la fecha la oportunidad en la realización de procedimientos de enfermería no está definida como un indicador de calidad para el servicio. La oportunidad en la realización de las ayudas diagnósticas para la institución estuvo casi la mitad del año 2020 por fuera de metas, sin embargo, la oportunidad para la realización de radiografía simple se permaneció

cerca al valor ideal (1 día). Durante todo el año el número de pacientes que acuden a la institución es alto 52.438 pacientes, sin embargo, la aplicación de la clasificación del triage permite a la institución ingresar a valoración médica a aproximadamente la mitad de los pacientes consultantes. Del total de los pacientes con valoración médica inicial (29.116) son muy pocos a los que se le genera orden de hospitalización desde el principio (296), la mayoría de pacientes (22.444) ingresan al servicio de urgencias y son dejados en las áreas de observación con el fin de re-evaluar su evolución. El traslado de pacientes del servicio de urgencias al servicio de hospitalización permaneció constante durante todo el año, con un total de 13.966 traslados, presento algunas fluctuaciones posiblemente asociadas al porcentaje ocupacional. La IPS Universitaria durante todo el año acepto 8.990 solicitudes de atención de alta complejidad, pero recibió aproximadamente el doble de pacientes (16.501). La meta de egresos hospitalarios en toda la institución se cumplió durante los primeros 4 meses, pero para los meses de abril, mayo, junio y julio se ve el descenso en egresos posiblemente relacionado con la disminución del porcentaje ocupacional en la institución dado por la pandemia. El número de egresos, el indicador de rendimiento de giro cama y estancia hospitalaria específicamente en el servicio de hospitalización estuvo por debajo de la meta durante todo el año, además, se pudo identificar patrones de frecuencia de egresos, ya que la cantidad de egresos después de las 4 pm y durante los fines de semana disminuye. La proporción de solicitudes gestionadas por la plataforma CIGA en la IPS Universitaria se mantuvo durante todo el año sobre el valor meta de 80 solicitudes gestionadas por mes. Pero se pudo evidenciar que mensualmente el servicio de urgencias recibe más de 10 pacientes con direccionamiento no seguro que pudieron haber sido regulados por dicha plataforma y aun así no se realizó la regulación.

*Conclusiones:* La institución tiene una adecuada capacidad instalada y disponibilidad de recursos, sin embargo, se debe fortalecer la adecuada redistribución de los mismos según necesidades de la institución en todos sus servicios y áreas, ya que al aumentar la demanda de atención se disminuyen las

capacidades de respuesta en lo relacionado con recurso humano y tecnológico y esto traduce en impactos negativos en los indicadores de calidad. Además, también es importante establecer puntos de control con responsables asignados con el fin de evaluar constantemente los resultados de cada proceso, subproceso, procedimiento y adherencia a protocolos institucionales. La capacidad resolutoria del servicio de urgencias está directamente relacionada con la capacidad de respuesta de todos los colaboradores a las necesidades de cada paciente, eso incluye la oportunidad en la clasificación del triage y la realización de ayudas diagnósticas, laboratorios y procedimientos de enfermería asociados al cuidado del paciente y su recuperación. La IPS Universitaria recibe más pacientes de los proyectados por ende es necesario que el proceso de asignación de cama sea un proceso eficiente, que incluya un análisis de necesidades institucionales detallado, pero sobre todo que establezca límites de recepción de pacientes cuando es claro que la capacidad instalada no permite un mayor número de ingresos a la institución y al servicio de hospitalización o de urgencia. La implementación de la plataforma CIGA como estrategia de direccionamiento seguro de pacientes es una herramienta que hasta la fecha ha arrojado excelentes resultados en el descongestionamiento de los servicios de urgencia de alta complejidad y en garantizar la oportunidad de la atención a todos los pacientes que acuden a la institución por eso es indispensable que se use de manera adecuada en todas las instituciones de la red de urgencias de Medellín.

**Palabras Claves:** Sobreocupación, Servicio de Urgencias, IPS Universitaria, Servicios de Salud, Hospitalización, Enfermería, Ayudas Diagnósticas.

## ABSTRACT

The design of strategies to reduce the overcrowding of the emergency service of the University IPS - Health Services of the University of Antioquia for the year 2021, is based on analyzing the main causes of overcrowding of the emergency service of the University IPS in order to create strategies that have an impact on improving the quality and safety of care for the entire consulting population.

**Methodology:** This project seeks through the application of the approach (Ziel Orientierte Projekt Planung = Objective-Oriented Project Planning) ZOPP to create improvement strategies to reduce overcrowding in the emergency service of the University IPS through the realization of a Logical Framework Matrix and its operational plan that allows organizing the priority information in such a way that the main problem raised, the main objective, the expected final product and the activities to be carried out to obtain the expected products can be easily identified.

**Results:** The occupation of the clinic for both the adult emergency department and the hospitalization service in 2020 was maintained according to the graphs in Level III: Extremely busy, unsaturated (Nedocs 61-100, yellow color). The behavior of the opportunity indicator in the triage classification during 2020 was adequate for most months, with some variations related to the decrease in the personnel assigned to carry out this activity. The resolution of the emergency service for the entire year 2020 was outside the target value, with times greater than 20 hours. To date, the opportunity to perform nursing procedures is not defined as an indicator of quality for the service. The opportunity to carry out diagnostic aids for the institution was almost half of the year 2020 out of goals, however, the opportunity to perform a simple radiography remained close to the ideal value (1 day). Throughout the year, the number of patients attending the institution is high, 52,438 patients, however, the application of the triage classification allows the institution to enter approximately half of the consulting patients for medical evaluation. Of the total number of patients

with initial medical evaluation (29,116), there are very few for whom hospitalization orders are generated from the beginning (296), the majority of patients (22,444) are admitted to the emergency department and are left in the areas of observation in order to re - evaluate its evolution. The transfer of patients from the emergency service to the hospitalization service remained constant throughout the year, with a total of 13,966 transfers, presenting some fluctuations possibly associated with the occupational percentage. Throughout the year, the University IPS accepted 8,990 requests for highly complex care, but received approximately twice as many patients (16,501). The goal of hospital discharges throughout the institution was met during the first 4 months, but for the months of April, May, June and July, the decrease in discharges is seen, possibly related to the decrease in the occupational percentage in the institution due to the pandemic. The number of discharges, the performance indicator for turning the bed and hospital stay specifically in the hospitalization service was below the goal throughout the year, in addition, patterns of frequency of discharges could be identified, since the number of discharges after from 4 pm and during the weekends it decreases. The proportion of applications managed by the CIGA platform at the University IPS remained throughout the year above the target value of 80 applications managed per month. But it was possible to show that the emergency service receives more than 10 patients with non-secure addresses on a monthly basis who could have been regulated by said platform and even so the regulation was not carried out.

Conclusions: The institution has an adequate installed capacity and availability of resources, however, the adequate redistribution of the same should be strengthened according to the needs of the institution in all its services and areas, since when the demand for care increases, capacities decrease response in relation to human and technological resources and this translates into negative impacts on quality indicators. In addition, it is also important to establish control points with assigned managers in order to constantly evaluate the results of each process, sub-process, procedure and adherence to institutional protocols. The resolution capacity

of the emergency service is directly related to the response capacity of all collaborators to the needs of each patient, this includes the opportunity to classify triage and perform diagnostic aids, laboratories and nursing procedures associated with care of the patient and his recovery. The University IPS receives more patients than projected, therefore it is necessary that the bed allocation process be an efficient process, which includes a detailed analysis of institutional needs, but above all that it establishes limits for receiving patients when it is clear that the capacity installed does not allow a greater number of admissions to the institution and to the hospitalization or emergency service. The implementation of the CIGA platform as a strategy for the safe targeting of patients is a tool that to date has yielded excellent results in decongesting highly complex emergency services and in guaranteeing the opportunity of care for all patients who come to the institution, therefore, it is essential that it be used appropriately in all the institutions of the emergency network in Medellin.

**Key Words:** Over-occupation, Emergency Service, University IPS, - Health Services, Hospitalization, Nursing, Diagnostic Aids.

## INTRODUCCIÓN

El servicio de urgencias de la IPS Universitaria tiene el reto de dar garantía de atención en salud fundamentada en los atributos de calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad, y resolutivez exigidos por la legislación colombiana, sin embargo, la principal barrera para el logro de esta atención de calidad, está dada por la sobreocupación del servicio como factor negativo importante en los indicadores de calidad y funcionalidad del mismo.

La característica principal de la sobreocupación, radica en su relación directa con el flujo de atención de los servicios de urgencias. Para el análisis de sus causas es necesario apreciar factores externos, tales como; motivo de consultas al servicio de urgencias, procesos de afiliación al sistema de salud, funcionamiento de toda la red de atención de urgencias e instituciones de menor complejidad y ambulatorias y adicional a esto, es indispensable también identificar las causas internas, las cuales están relacionadas con la gestión de los procesos propios del flujo de atención desde el ingreso del paciente a salas de espera, la clasificación de urgencia, la atención con el médico y la definición de su conducta posterior a inicio de tratamiento y realización de ayudas diagnósticas y laboratorios. El tiempo transcurrido en todos estos procesos define una atención eficiente y oportuna.

El interés en la realización de este proyecto está basado en la necesidad de disminuir el impacto negativo de la sobreocupación en los usuarios, profesionales de salud e institución; aumentando los niveles de satisfacción y percepción positiva de la institución, disminuyendo tiempos de espera en los procesos, que garanticen mitigación de riesgo de complicaciones y malos resultados clínicos, mejorando así, el ambiente laboral al disminuir factores estresantes para los profesionales de salud, que deriven en resultados más eficientes de los procesos de atención. Todo esto

lleva a la disminución de eventos adversos y por ende al logro de resultados esperados en los indicadores de calidad y mayor control de costos innecesarios.

Este trabajo no solo aporta al servicio de urgencias de la IPS universitaria, desde el nivel académico se puede rediseñar y adaptar a otras instituciones que cuenten con la misma problemática de sobreocupación, y de esta forma, de manera progresiva contribuir al mejoramiento de la red de atención de urgencias de Medellín.

La metodología de este proyecto de intervención se realizó con el enfoque de planificación de proyectos orientada por objetivos (ZOPP); cumpliendo con los pasos específicos que incluyan análisis de situación, involucrados, problema, objetivos y alternativas, para posterior a ello diseñar las estrategias de intervención mediante la formulación del plan operativo.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La atención en salud en Colombia es un reto para las instituciones prestadoras de servicios de salud. Incluir los atributos mencionados en la legislación colombiana tales como: calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad, y resolutivez cada vez se hace más difícil bajo las condiciones actuales de cada institución. Uno de los factores influyentes para esta afirmación es la sobreocupación de los servicios de urgencias; definida como la demanda que sobrepasa la capacidad de atención en un periodo de tiempo determinado (1).

Partiendo de lo anterior uno de los objetivos de las instituciones de salud es garantizar la prestación de servicios con calidad, oportunidad y seguridad, aun en condiciones de sobreocupación. Debido a esto, es indispensable descongestionar de manera progresiva los servicios de urgencias, ya que de su buen funcionamiento depende el flujo de atención y disponibilidad de oferta en la prestación de servicios emergentes de todas las instituciones.

Varios estudios han intentado identificar los factores causantes del problema de la sobreocupación, un estudio realizado en la ciudad de Medellín por Restrepo J. y colaboradores en el año 2018 describe que las causas dependen de donde provengan los fenómenos, si bien provienen de afuera o se trata de características y limitaciones propias de las instituciones (2).

Específicamente para la IPS Universitaria se identificaron algunas causas dentro de las cuales se encuentran: las inconsistencias en el sistema de aseguramiento en salud y la población emigrante consultante. Estas inconsistencias en la afiliación son tomadas por cada institución tanto públicas como privadas de manera diferente, a la fecha la IPS Universitaria a diario recibe pacientes direccionados de otras instituciones (la mayoría privadas) para inicio de una atención emergente o urgente, esto debido a que en esas instituciones los procesos

administrativos son una barrera para el acceso al servicio de atención en salud; es así como los pacientes deben pasar por varios procesos tales como identificación, verificación de derechos y solicitud de autorizaciones que reconozcan la entidad responsable del pago (3), estos procesos en algunos casos limitan la garantía de atención de urgencia.

La IPS Universitaria cumple con procesos administrativos que permiten verificar el estado de afiliación de los pacientes, sin embargo este paso se realiza posterior a la clasificación de la urgencias (TRIAGE) y no determina la atención del paciente, por ende, no hay limitación en el ingreso de pacientes por inconsistencias en aseguramiento siempre y cuando este necesite la atención, esto a su vez, convierte a la institución en un punto de referencia de una población vulnerable que bajo las condiciones actuales acude a ella en busca de soluciones a condiciones de del proceso salud-enfermedad.

Otra causa de sobreocupación de los servicios de urgencias de la IPS Universitaria es la falta de oportunidad en atención ambulatoria y de baja complejidad de la red de atención de salud de Medellín, un estudio realizado por Paola E y colaboradores en el año 2018 para esta ciudad describe que “uno de los principales problemas que ocasiona el colapso permanente de los servicios de salud, es la falta de oportunidad en la asignación de citas de medicina general y especializada” (4) también describe que “en promedio el 59.7% de los medellinenses que accedieron a los servicios de salud, lo hicieron a través de urgencias y del total de pacientes que llegan a los servicios de urgencias de alta complejidad el 45% podrían ser atendidos en instituciones de menor complejidad” (4), a estas consultas se deben sumar aquellos pacientes que se encuentran en recuperación de postoperatorios o patologías crónicas, los cuales en muchas ocasiones no tienen oportunidad en seguimientos ambulatorios con especialidades

y como último recurso acuden a urgencias en busca de garantizar dicho seguimiento, pero en muchos de los casos acuden ya con riesgos inminentes de posibles complicaciones que en caso de ser reales se deben resolver en el servicio de urgencias.

Adicional a esto es indispensable considerar el tipo de población que acude a la institución, ya que para el año 2017 se abrieron convenios específicos para atención de pacientes de EPS Savia Salud y Nueva EPS; esta población implica retos de tipo administrativos, financieros y académicos para la institución, debido a que es una población de pacientes pluripatológicos, con mal control de sus enfermedades de base y sin adherencia a los tratamientos, lo que conlleva a un aumento en la demanda en todos los servicios, y esto a su vez se puede reflejar en un aumento en los promedios de tiempo de espera (4). Si bien en la actualidad no se cuenta con el convenio abierto para EPS Savia Salud, los pacientes de Nueva EPS continúan y a pesar de que la capacidad de la clínica permita la atención de estos pacientes, sus características propias en relación con la complejidad de su manejo, hacen que continuamente los pacientes acudan al servicio de urgencias por descompensación de patologías.

Dentro de las causas relacionadas con el funcionamiento interno de la institución se identifican aquellas asociadas con la insuficiente disponibilidad de camas en los servicios de hospitalización, lo que conlleva a un aumento de número de pacientes con orden de hospitalización y traslado a pisos en salas de observación del servicio de urgencias, y esto a su vez limita la capacidad de recepción de nuevos pacientes que requieren atención emergente o urgente.

Otra causa relacionada con el funcionamiento institucional es la asociada al flujo de atención del servicio de urgencias, ya que de este depende el nivel de resolutivez de los pacientes y el indicador de giro cama del servicio. El tiempo transcurrido desde el ingreso del paciente a salas de espera, la clasificación de la

urgencia, la atención con el médico y la definición de su conducta posterior a inicio de tratamiento y realización de ayudas diagnósticas y laboratorios interviene en las decisiones tomadas frente al destino final del paciente: hospitalización, cirugía o egreso.

Dicho esto, Restrepo J, y colaboradores en su artículo “Saturación en los servicios de urgencias: Análisis de cuatro hospitales de Medellín y simulación de estrategias” afirma que “Las soluciones de caudal o de flujo se tienen dentro del servicio y corresponden a estrategias de gestión de procesos que se concentran en el tiempo de estancia y buscan mejorar la eficiencia del servicio, intervienen el TRIAGE, la asignación de habitaciones, la realización de exámenes y el diagnóstico” (2). Por el contrario, la ineficiencia en dichos procesos limita la resolutivez de los pacientes y por ende aumenta la ocupación del servicio.

De acuerdo a todo lo planteado anteriormente, es pertinente y necesario el estudio y diseño de estrategias que permitan disminuir la sobreocupación del servicio de urgencias y por ende impactar en procesos que mejoren la prestación de los servicios de salud garantizando una visión integral del individuo y su familia fundamentada en la calidad, seguridad y humanización.

## 2. JUSTIFICACIÓN

El desarrollo del proyecto “Diseño de estrategias para disminuir la sobreocupación del servicio de urgencias de la IPS Universitaria - Servicios de Salud Universidad de Antioquia en el año 2021” nace como motivación al crecimiento profesional de la Enfermería como disciplina vital en el cuidado integral del paciente que garantice calidad y seguridad en la prestación de la atención, además, tiene implicaciones directas en el cumplimiento del marco legal vigente de prestación de servicios de salud, dado que la disminución de la sobreocupación es el primer paso para el mejoramiento de los procesos de atención, y por ende, permite el cumplimiento de atributos indispensables en la prestación de servicios de salud establecidos para la habilitación y acreditación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (5).

Partiendo de la plataforma estratégica institucional, el perfeccionar los procesos de atención de urgencias, aporta elementos importantes para el posicionamiento de la institución como centro de excelencia para la atención de alta complejidad, ya que el desarrollo de este proyecto va de la mano con el cumplimiento de las políticas estratégicas institucionales que buscan el bienestar de los colaboradores, implementación de la humanización como base en el modelo de atención en salud que permita un abordaje integral de los pacientes y su familia, garantizando en todo el proceso de atención estrategias de seguridad que disminuyan riesgos inherentes a la atención en salud (6).

La sobreocupación tiene implicaciones importantes que de manera progresiva generan impacto negativo en usuarios (pacientes y familiares), profesionales de salud (colaboradores) e institución. En estudios realizados, se evidencia como la saturación de los servicios de urgencias, en el caso específico de los usuarios, deriva en expresiones de insatisfacción, ya que los tiempos de espera prolongados, son minutos de padecimiento, incertidumbre y angustia, y lo más

importante influyen directamente en el resultado clínico del paciente, y en el peor de los casos inducen a complicaciones o deterioro del estado de salud. En el caso de los colaboradores es claro que la sobreocupación y prolongación de los tiempos de espera produce en el personal frustración y estrés, al no poder dar respuesta a las necesidades propias de cada paciente y su familia de manera oportuna, la sobrecarga laboral puede traer como consecuencia fallas en el proceso de atención, por la facilidad que existe de cometer errores y omisiones graves (7).

En conjunto, todos estos factores tienen efectos en la institución, ya que influyen negativamente en la percepción social, al mismo tiempo que impacta los indicadores de calidad por presencia de eventos adversos no controlados derivados de la sobreocupación, sin mencionar los costos que la institución tiene que asumir por corrección de dichos errores.

Este proyecto busca una intervención directa en las causas de la sobreocupación por medio de la creación o rediseño de estrategias que permitan: fortalecer la red de atención de servicios de salud de urgencias, mediante la implementación de canales de comunicación efectivos entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y plataformas de regulación de pacientes vigentes. Además, el análisis del funcionamiento de los procesos del servicio de urgencias y áreas asociadas facilita la identificación de factores negativos, y esto a su vez, permite el planteamiento de estrategias que impacten en la mejora del flujo de atención y tiempos de respuesta para garantizar mayor resolutiveidad de los pacientes que ingresan a observación.

Todo esto con el fin de aumentar la satisfacción del paciente, su familia y el profesional de salud, fortaleciendo en este último el compromiso con la institución, sus responsabilidades y quehacer diario, mejorando así, los resultados en la atención integral, dando garantía de calidad, seguridad, trato digno y humanizado.

El impacto de la disminución de la sobreocupación trae beneficios en la funcionalidad del servicio de urgencias y expande su influencia al sector salud; ya que permite, mejor aprovechamiento de los servicios según complejidad de atención, responde a necesidades de salud particulares y sociales, mejora la capacidad de acción ante emergencias sanitarias, y mejora el flujo de ambulancias de respuesta rápida.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo General**

Diseñar estrategias para disminuir la sobreocupación del servicio de urgencias de la IPS Universitaria – Servicios de salud de la Universidad de Antioquia para el año 2021.

#### **3.2Objetivos Específicos**

- Identificar las dificultades del servicio de urgencias relacionados con los procedimientos de enfermería y las ayudas diagnósticas, con el fin de mejorar la oportunidad y resolutiveidad en la atención.
- Evaluar los procesos del centro regulador (CRIPS) en lo relacionado con la asignación de camas en hospitalización para mejorar la disponibilidad de las mismas.
- Analizar el funcionamiento de la plataforma del centro integrado de gestión de acceso en salud (CIGA) como herramienta para mejorar la oportunidad de la prestación de servicios de la red de atención de urgencias de los pacientes que acuden a la IPS Universitaria.

## **4. MARCOS DE REFERENCIA**

### **4.1 MARCO TEORICO**

#### **4.1.1 Sistema General de Seguridad Social y la Salud como Derecho Fundamental**

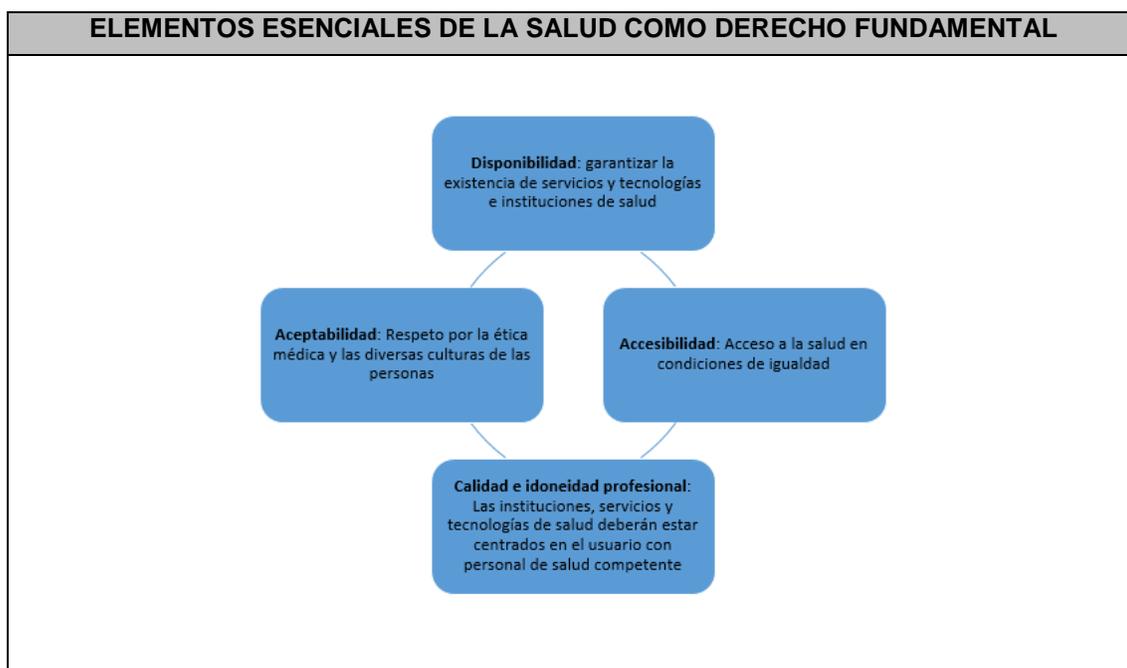
El Sistema de Seguridad Social en Colombia esta instituido por la Ley 100 de 1993 y hace referencia a todas las entidades, normas y procedimientos para garantizar una vida digna a toda la comunidad. Comprende todas las obligaciones del estado, la sociedad, las instituciones públicas y privadas para asegurar cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y de servicios complementarios a la población colombiana (14).

El Sistema general de seguridad social en salud tiene como objetivo principal regular el servicio público esencial de salud y garantizar condiciones de acceso al servicio a toda la población, en todos los niveles de atención (14).

La Ley 1438 del 2011 fortaleció el Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante un modelo de prestación del servicio fundamentado en la estrategia de Atención Primaria, este permite la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que, a su vez garantice la prestación de servicios de mayor calidad, incluyentes y equitativos. Plantea la necesidad de orientar el Sistema General de Seguridad Social en Salud a generar condiciones de protección de la salud, partiendo del bienestar de los usuarios como el eje central de las políticas en salud (15).

La Ley estatutaria 1751 de 2015 busca romper las barreras de acceso a la prestación de servicios de salud mediante la reglamentación de la salud como derecho fundamental, el cual es inherente a la condición humana, irrenunciable y es deber del Estado garantizarlo, para esto establece elementos y principios esenciales que fundamentan la prestación de los servicios de Salud, de tal manera que consoliden dicho derecho y lo conviertan en una realidad (16).

ILUSTRACIÓN 1 *ELEMENTOS ESENCIALES DE LA SALUD COMO DERECHO FUNDAMENTAL*



**Fuente:** Construcción del investigador con información bibliográfica

## ILUSTRACIÓN 2 PRINCIPIOS ESENCIALES DE LA SALUD COMO DERECHO FUNDAMENTAL



**Fuente:** Construcción del investigador con información bibliográfica

En términos generales se puede afirmar que en Colombia exige una reglamentación clara que soporta la garantía de atención en salud para toda su población, por lo que es el deber y la responsabilidad de todas las instituciones prestadoras de servicios de salud cumplir con los estándares mínimos exigidos que materialicen la atención en salud de manera integral, con calidad y seguridad.

### 4.1.2 Garantía de Acceso a los Servicios de Salud de Urgencia

La garantía de acceso a los servicios de salud de urgencias y emergencias está reglamentada por la ley 1751 de 2015; en los artículos 13 y 14 describe la

organización del sistema de salud en redes integrales de servicios y prohíbe la negación a la prestación de los mismos; es decir, para acceder a servicios y tecnologías de salud, no se requiere de solicitudes de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de necesidad de atención de emergencia o urgencia (16).

El Decreto 412 de 1992 reglamenta parcialmente los servicios de urgencias y describe que todas las instituciones que ofrezcan servicios de salud están obligadas a prestar atención inicial de urgencia independientemente de la capacidad socioeconómica de los solicitantes de este servicio (8). Además mediante la Resolución 2003 de 2014 se definen los procedimientos y condiciones de habilitación que deben cumplir las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud con el fin de dar seguridad y vigilancia del riesgo en la prestación de servicios de salud mediante el control de la capacidad técnico-administrativa, suficiencia patrimonial y capacidad tecnológica y científica de la institución y sus áreas, cada uno de estos ítems contiene estándares mínimos de cumplimiento que permiten la habilitación de cada servicio (9).

#### **4.1.3 Funcionamiento Del Servicio De Urgencias**

El funcionamiento del servicio de urgencias tiene el objetivo principal de dar respuesta oportuna a las condiciones de riesgo o muerte presentada por los pacientes consultantes, para esto es indispensable definir los procesos internos, los recursos necesarios y las entidades externas que puedan apoyar dicho funcionamiento. La solicitud de la atención de urgencia es el primer paso dentro del recorrido que hace cada paciente en busca de mejorar su condición de salud o riesgo de muerte, este recorrido es definido como el flujo de atención, visto como un proceso sistemático, que contiene subprocesos y donde cada paso aporta o da

una respuesta a las necesidades de salud y bienestar por las que el paciente consulta al servicio. (17).

Dentro del flujo de atención es necesario la implementación del control de variables específicas tales como número de pacientes que ingresan al servicio, tiempos de espera para clasificación de urgencia, para recibir la atención médica, para la realización de procedimientos o ayudas diagnósticas y para el egreso. La medición de estas variables facilita estrategias de comparación con estándares de calidad establecidos a nivel institucional y la intervención oportuna mediante planes de mejoramiento continuo.

Como ya se mencionó anteriormente la atención inicial de urgencia es un derecho que cada ciudadano tiene, por ende, todas las instituciones están en la obligación de velar por disminuir condiciones de riesgo o muerte dadas por cualquier evento inesperado que afecte la salud de los pacientes. Es por esto que el funcionamiento de los servicios de urgencia debe de estar condicionado para dar respuesta inmediata y oportuna a toda la población consultante que en su momento requiera atención de salud emergente o urgente.

#### **4.1.4 Garantía De La Calidad De Atención En Salud**

Se entiende la calidad de la atención de salud como la provisión de todos los servicios requeridos por la población de manera accesible y equitativa, mediante un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el equilibrio constante entre los beneficios, riesgos y costos, con el fin de satisfacer expectativas de los individuos y colectivos (5).

En Colombia la reglamentación de las condiciones de calidad en la prestación de servicios de salud está dada por el Decreto 1011 de 2006, el cual establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud – SOGCS donde se desarrollan las acciones necesarias para la mejora de los resultados de atención

en salud centrados en el usuario, y se establecen las características obligatorias de la calidad de atención (5).

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud – SOGCS establece 4 componentes básicos los cuales responden al cumplimiento de los estándares mínimos que las instituciones deben mantener para asegurar una prestación de atención en salud con calidad; El Sistema Único de Habilitación del cual ya se habló previamente, La Auditoria como herramienta para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, El Sistema Único de Acreditación y El Sistema de Información para la Calidad (5).

#### **4.1.5 La Auditoria como herramienta para el mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud**

El modelo de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica la realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios dentro de cada Institución, que faciliten una comparación específica entre la calidad observada y la calidad esperada por la institución, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas. Esto da como resultado la oportunidad para las instituciones de adoptar medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora continua (5).

Cada una de las entidades que desarrolle procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud estará en la obligación de operar sus procedimientos bajo los niveles de Autocontrol (Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa), Auditoría Interna (Autoevaluación sistemática de los procedimientos) y Auditoría externa (Evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada). A su vez plantea tres tipos de acciones que permiten materializar el

modelo de auditoria; Acciones Preventivas (Actividades de auditoria en procesos prioritarios realizadas previo a la prestación de la atención), Acciones de Seguimiento (Actividades de auditoria realizadas a la prestación de los servicios de salud) y Acciones Coyunturales (Actividades de auditoria realizadas de manera retrospectiva para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia (5).

Dicho esto, todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada para sus procesos de atención, al mismo tiempo que implementaran las acciones preventivas, de seguimiento y evaluación continua y sistemática los resultados obtenidos, para dar garantía a los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales por medio de un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud – PAMEC reglamentado por la Circular 012 de 2016 (18). El alcance de dicho programa (PAMEC) puede ir direccionado en 4 enfoques; Sistema Único de Acreditación, Gestión del Riesgo, Sistema de información para la calidad y Seguridad del paciente, cada institución define su alcance según el nivel de complejidad y su direccionamiento estratégico, sin embargo, es importante resaltar que el complemento de estos 4 enfoques permite a la institución alcanzar una gestión de calidad completa y eficaz.

#### **4.1.6 La Acreditación de las instituciones como el primer paso para la búsqueda de la excelencia**

El Sistema Único de Acreditación en Salud se entiende como el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud para el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos

obligatorios. El proceso de acreditación estará condicionado bajo los principios de gradualidad (El nivel de exigencia de cumplimiento de estándares será creciente en el tiempo), Manejo de la información (La información del proceso de acreditación está sujeta a entidades asociadas) e Integralidad (La acreditación se obtiene con el cumplimiento de la totalidad de estándares de acreditación) (5). El logro de la Acreditación para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud permite mejorar la imagen institucional y su capacidad competitiva, ya que, al mejorar sus procesos internos, permite una prestación de servicios de calidad con enfoque en seguridad y humanización, además que favorece la participación institucional y sentido de pertenencia de sus colaboradores y garantiza la optimización de recursos y reducción de costos.

#### **4.1.7 La seguridad del paciente como eje para la calidad de atención en salud**

La seguridad del paciente es definida como la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidos durante el proceso de atención en salud e incluye todas las acciones, elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías soportados con la evidencia científica que se realizan con el fin de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en la prestación de un servicio de salud y minimizar los posibles daños, haciendo que el ejercicio del cuidado integral del paciente cumpla con altos estándares de seguridad (19).

Implementar una cultura de seguridad del paciente es un lineamiento fundamental que influye en la calidad de la atención de todos los servicios de la institución, ya que promover la cultura de seguridad en todos los colaboradores y en sus prácticas profesionales permite brindar el máximo de satisfacción y bienestar a los pacientes. Para esto es indispensable contar con bases teóricas sólidas (Evidencia científica) que apoyen los procesos destinados al logro de cumplimiento de estándares propuestos por El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud y al mismo tiempo que ayuden a fundamentar la capacitación constante de

los colaboradores y de quienes participan directa o indirectamente en la seguridad del paciente dentro de cada servicio (19).

Para la Organización Mundial de la Salud - OMS la seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención y un componente crítico de la gestión de la calidad. Su implementación y mejora continua requieren de una labor compleja que involucra y afecta a todo el sistema de la institución ya que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, la seguridad del entorno, la gestión del riesgo, las relaciones interpersonales, la implementación de políticas de humanización, los niveles de adherencia y satisfacción, y la capacidad técnica institucional (19).

#### **4.1.8 La Política de Humanización como estrategia gerencial que apoya la seguridad del paciente**

Actualmente una de las preocupaciones que afrontan los profesionales, administradores y usuarios de los sistemas de salud, es la humanización en la prestación de la atención, ya que su implementación requiere un trabajo articulado entre dos percepciones distintas; por un lado, está la cultura que resalta el valor de la eficacia basada en los resultados de la tecnología y la gerencia de la institución y por otro lado está la cultura que da importancia al respeto de la persona, su autonomía y sus derechos. Es así como la práctica de la humanización trasciende a una necesidad institucional que permita dar garantía de calidad en la atención (20).

De acuerdo a esto, para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud es de gran importancia incluir en la práctica profesional de sus colaboradores la concientización y sensibilización de la atención a los usuarios fundamentada en el respeto por la ética y los valores institucionales planteados en su plataforma estratégica, para que de este modo se atienda al usuario y su familia conforme a sus necesidades a nivel integral, cumpliendo con sus expectativas. Al mismo tiempo

la institución tiene la responsabilidad de desarrollar en sus colaboradores capacidades humanas que resalten las competencias del ser y la gobernanza de sí mismos, lo que les dará una visión de la atención basada en la comunicación asertiva y afectiva con el paciente y su familia que va más allá de la cura a un síntoma y esto a su vez los motivará a presentar propuestas innovadoras a partir de la gestión del conocimiento de atención según las necesidades de los usuarios en busca de mayores niveles de satisfacción y calidad.

#### **4.1.9 El Sistema de Gestión del Riesgo y de la Información y su relación directa con la calidad de la atención en salud**

La gestión del riesgo incluida dentro del modelo de acreditación hace referencia específicamente a los indicadores de seguimiento de riesgos frente a la capacidad tecnológica y científica institucional, la cual comprende los estándares básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud por los servicios que presta y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios (21).

Los sistemas de Información permiten principalmente realizar un seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de atención en salud mediante los procesos de transformación y análisis de datos e información que den como resultados indicadores de calidad indispensables para la toma de decisiones en cada institución. Estos indicadores definidos como la relación de variables cualitativas y cuantitativas que permiten observar una situación o tendencia de los procesos de la institución y compararlos con objetivos y metas planteadas inicialmente conforme a los estándares de calidad reglamentados, son una herramienta fundamental para el control de calidad, por ende no solo son la base de la toma de decisiones a nivel directivo dentro de las instituciones prestadoras de servicios de salud, sino que también permiten brindar información a todos los usuarios respecto a la calidad de servicios ofertados por cada institución, para que ellos puedan elegir libremente los servicios de salud que quieren conforme a sus necesidades y expectativas

cumpliendo con el ejercicio de derecho que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud (22).

En conclusión, una adecuada gestión del riesgo acompañado con una buena calidad de los datos e información se convierte en el activo corporativo más potente, ya que permite acelerar el crecimiento institucional y administrar de mejor manera los cosos y las iniciativas para obtener mejores rentabilidades al mismo tiempo que acercan al logro de la calidad esperada por los usuarios y por ende a mejorar sus niveles de satisfacción.

#### **4.1.10 Condiciones de trabajo de los profesionales de la salud asociadas a la calidad de la atención**

Las condiciones de trabajo pueden convertirse en un promotor de la calidad de atención en salud o en un riesgo para la misma. El proceso de trabajo puede ser visto como un proceso técnico, pero cada uno de sus elementos, y la interacción dinámica entre ellos, pueden determinar la salud de los colaboradores y esta determina la calidad del cuidado hacia sus pacientes (23).

Para el análisis de las condiciones de trabajo del sector salud se deben considerar las condiciones del ambiente, las condiciones de la tarea asignada y las condiciones de la organización (23). La primera, se hace referencia a los agentes presentes en el ambiente del trabajo que pueden manifestarse simultáneamente durante la realización de una tarea, y que están asociadas con accidentes de trabajo; la segunda hace referencia a las condiciones de la tarea asignada en relación con el esfuerzo físico requerido para lograrla y por último, la tercera hace referencia específicamente a el ritmo de trabajo de los colaboradores, la jornada, la autonomía, las formas de contratación, el volumen y complejidad de las tareas asignadas y la responsabilidad de las mismas. Al ser esta última la de mayor importancia, es indispensable que las instituciones concentren los esfuerzos para

que la organización del trabajo permita un buen desempeño de actividades que faciliten la seguridad y calidad de atención.

Además de las consideraciones respecto a las condiciones de trabajo, es importante mencionar las implicaciones del cuidado que tienen específicamente los profesionales de enfermería durante su desempeño profesional en áreas intrahospitalarias, ya que su quehacer diario está basado en el cuidado de la persona según sus necesidades individuales, y esto implica involucrarse con el paciente y su familia, lo que demanda tiempo, energía y sentimientos (dolor, sufrimiento, desesperanza, impotencia, angustia).

También a lo largo de este proceso la enfermera se puede encontrar con condiciones de: presión constante por parte de sus superiores, límite de trabajadores que puedan abarcar la cabalidad de los requerimientos exigidos, extensas jornadas laborales y aumento de carga de trabajo y desequilibrio entre las relaciones con colegas y demás equipo médico. Son estas las razones por las cuales la enfermería es catalogada como la cuarta profesión más estresante y con bajo reconocimiento social dentro del medio (24).

Es probable que bajo las condiciones de trabajo mencionadas anteriormente el desempeño profesional de los colaboradores de una institución no sea el mejor, ya que el cansancio y estrés ocasionado puede desencadenar en errores u omisiones durante el cuidado de los pacientes, que ponen en riesgo la seguridad y calidad de la atención (25).

Sin embargo, es importante resaltar la reglamentación a nivel nacional del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) que obliga a las instituciones trabajar constantemente en la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y en la promoción de la salud de los trabajadores desde un nivel físico, mental y social (26).

Específicamente para las instituciones de salud la implementación de este sistema permite garantizar el cuidado integral de sus colaboradores y de esta manera ese cuidado de calidad trasmutara el cuidado de los pacientes y su familia.

Finalmente se puede concluir que el reto para las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud es implementar un Sistema de Gestión de la Calidad que incluya todo lo mencionado anteriormente, esto, permite a la institución: direccionar la plataforma estratégica de la organización hacia una planificación y dirección con enfoque de calidad, facilitar la organización y la estructura empresarial con funciones específicas y procesos bien definidos, mantener un control estricto y eficiente por medio de herramientas de medición de situaciones reales para compararlas con estándares de calidad establecidos previamente y establecer la mejora continua de los procesos como iniciativa para la búsqueda de la perfección y excelencia en la prestación de servicios de salud por medio de la transformación cultural; una transformación cultural que incluya las condiciones de salud y seguridad en el trabajo como la base de las estrategias de seguridad del paciente (27).

#### **4.1.11 Condiciones de Sobreocupación de los Servicios de Urgencias**

El servicio de urgencias al ser el área de la institución la cual recibe todos los pacientes que demandan atención por cualquier condición de riesgo que amenaza la vida, sea está causada por una desestabilización de patologías de base o accidentes específicos, requieren disponibilidad de las 24 horas del día durante todos los días del año; ya que la ocurrencia de estas situaciones es de manera inesperada, las condiciones de ocupación del servicio podrían depender de muchos factores, unos asociados a situaciones contextuales externas y otros asociados al funcionamiento interno de cada institución (28).

Los factores externos asociados a sobreocupación de los servicios de urgencias son:

- Ausencia de resolución de problemas de salud en la red de atención de baja complejidad que obliga a los pacientes a acudir a los servicios de urgencias solicitando atención.
- Inconsistencias administrativas relacionadas con la afiliación al sistema de salud que limita a los pacientes a tener acceso a la red de atención ambulatoria para solicitud de citas y seguimientos, por ello acuden a los servicios de urgencias en busca de valoraciones médicas.
- Funcionamiento desarticulado de la red de atención de urgencias.
- Transporte de pacientes no regulados por plataformas reglamentadas por la secretaria de salud, lo que hace que las ambulancias transporten pacientes al servicio de urgencias sin previo aviso.
- Descompensación frecuente de estado de salud de pacientes con patologías crónicas, que a diario acuden a los servicios de urgencias para estabilizar su condición de salud.
- Los factores internos asociados a sobreocupación de los servicios de urgencias son:
  - Capacidad para la clasificación de urgencia (TRIAGE) y cantidad de personal disponible para cumplir esta tarea.
  - Disponibilidad de camas tanto en salas de observación de los servicios de urgencias como en los servicios de hospitalización de la institución.
  - Disponibilidad de recurso humano para valoración de pacientes (Médicos y especialistas) y aplicación de tratamientos y realización de procedimientos (Enfermería) requeridos.
  - Tiempo de respuesta para realización de ayudas diagnósticas y laboratorios y reporte de los mismos.

Bajo estas condiciones el aumento progresivo de la cantidad de pacientes que consultan a este servicio trae como consecuencia la sobreocupación del mismo,

y esto se ha convertido en un problema de salud, que ocurre a nivel regional, nacional e internacional.

La sobreocupación de los servicios de urgencias al ser interpretada como un desequilibrio entre la demanda de atención en salud y la capacidad para responder a la misma, teniendo en cuenta las necesidades de la población y la disponibilidad de recursos físicos, tecnológicos y humanos del servicio ha permitido, que con el tiempo se creen estrategias de medición de este desequilibrio, que buscan conocer de manera específica el estado de ocupación real de los servicios de urgencias, todo esto con el fin de mejorar la toma de decisiones conforme a las necesidades de una situación y tiempo determinado (29).

Existen varias escalas de medición, una de ellas es la escala de medición NEDOCS (National Emergency Department Overcrowding Study Score), la cual, a la fecha es la utilizada en la IPS Universitaria. Un estudio realizado en Bogotá afirma que dicha escala tiene un mayor poder predictivo frente a la sobreocupación de los servicios de urgencias, ha sido utilizada en los servicios de grandes hospitales universitarios a nivel internacional y su aplicación ha permitido un primer paso al mejoramiento (29).

La escala NEDOCS (National Emergency Department Overcrowding Study Score), mide la sobreocupación del servicio de urgencias desde el punto de vista de la carga asistencial de los profesionales de salud e incluye los siguientes ítems (29):

- Número de pacientes registrados en urgencias dividido por el número de camas en el servicio.
  - Número de pacientes hospitalizados en el servicio de urgencias dividido por el número de camas destinadas para ello en la institución;
  - Número de pacientes en urgencias usando ventilación mecánica;
  - El mayor tiempo de espera para los pacientes de urgencias (en horas)
- y

- El tiempo en la sala de espera del último paciente acostado en cama en el servicio de emergencias.

Cada respuesta a los ítems anteriores hace una asignación de puntos, y esta información hace una creación de nomogramas, luego el número total de puntos es sumado y extrapolado a otro nomograma para obtener un puntaje final, que se clasifica en una escala de 0 a 200. El puntaje final de la escala de 0 a 200 clasifica la ocupación de la siguiente manera: 0 – 20: No ocupado; 21 – 60: Ocupado; 61 – 100: Extremadamente ocupado, pero sin sobreocupación; 101 – 140: Sobreocupado; 141 – 180 Muy Sobreocupado y 181 – 200 Peligrosamente Sobreocupado. Estos niveles de sobreocupación tienen una relación directa con la percepción del personal de salud respecto a la sobrecarga laboral que implica la sobreocupación (30). **Anexo A**

La medición de la sobreocupación en los servicios de urgencias es un avance hacia la toma de decisiones que permitan mejoramiento continuo frente a las condiciones reales de cada servicio, el conocer dichas condiciones permite al personal administrativo realizar modificaciones en cuanto a asignación de recursos y distribución de áreas con el fin de mejorar la prestación de servicios de atención que garanticen calidad y seguridad en el proceso.

Si bien, a lo largo del tiempo se ha evidenciado la sobreocupación de los servicios de urgencias como un problema de salud, su frecuencia y permanencia ha traído como consecuencia que los profesionales de salud y los pacientes se acostumbren a esta condición, es decir, normalizan la sobreocupación de los servicios de urgencias sin tener en cuenta las implicaciones que esta tiene para el proceso de atención de salud (30).

#### **4.1.12 Impactos de la sobreocupación del servicio de urgencias**

El estado de sobreocupación en un servicio de urgencias implica que se disminuya el número de ingresos al servicio y exista un aumento considerable del tiempo de espera, ya sea para la clasificación de la urgencia o para recibir la atención médica. Esto en algunos casos influye directamente en percepción de la prestación de atención, en el nivel de satisfacción y en la toma de decisión del paciente de salir del servicio de urgencias sin ser ni clasificado, ni atendido (31,32).

En lo relacionado con la estancia del paciente en el servicio de urgencias tenemos la influencia de otros factores como los asociados al cumplimiento de órdenes medicas necesarias para la definición de conducta de un paciente; es decir, el tiempo de estancia en el servicio de urgencias está directamente relacionado con la realización oportuna de procedimientos y ayudas diagnósticas. Si bien se sabe que el personal médico se responsabiliza por la valoración del paciente, la definición diagnóstica y tratamiento de su enfermedad o condición de urgencias y egreso, el personal de enfermería es indispensable en garantizar el cuidado del paciente, apoyando los procedimientos que hacen parte de la recuperación de la salud, como lo son la administración de medicamentos, realización y gestión de laboratorios y ayudas diagnosticas los cuales facilitan la definición de conducta del paciente. Ahora, si el servicio de urgencias se encuentra en un estado de sobreocupación, esto implica un aumento de número de pacientes dentro de cada área del servicio, y esto a si vez disminuye la capacidad de respuesta a las necesidades particulares de cada paciente, esto se ve reflejado en la demora de toma de decisiones medicas respecto a manejo y criterios de egreso, lo que impacta la resolutiveidad y por ende en el aumento en tiempos de estancia y disminución de egresos en el servicio de urgencias, sin mencionar la influencia de estos en los indicadores de oportunidad del servicio.

El aumento del número de pacientes dentro de un servicio de urgencias limita el control del riesgo de aparición de eventos adversos, ya que bajo las condiciones

de sobreocupación existe: falta de tiempo para comunicarse con los pacientes, para estar en contacto con ellos y educarlos; en varias oportunidades el cuidado se delega a los auxiliares de enfermería; existe mayor tendencia a improvisar cuidados por falta de material; hay alta carga de trabajo y el cumplimiento de funciones administrativas interrumpe el cuidado directo a los pacientes para atender otros requerimientos. Todo esto en conjunto lleva a un déficit de calidad en la atención prestada, medida por la ausencia de la práctica del trato digno y humanizado que aleja de la relación enfermero / paciente la posibilidad de experimentar la empatía, la compasión, la comunicación como eje principal del cuidado integral (25).

#### **4.1.13 La Administración como Herramienta para mejorar los procesos de las Instituciones de Salud**

La administración contiene múltiples herramientas que, aplicadas al funcionamiento de las instituciones prestadoras de servicios de salud, pueden ayudar a direccionar la visión institucional hacia un estado de crecimiento y eficiencia por medio de la optimización de recursos humanos, técnicos y financieros (33).

Los proyectos son herramientas de la administración que facilitan la intervención a problemas específicos dentro del sector salud. Específicamente los proyectos de desarrollo administrativo están encaminados a mejorar los procesos de una organización mediante las modificaciones al sistema. Dentro del sector salud, específicamente en las instituciones prestadoras de servicios, permite facilitar el proceso de revisión y renovación de la administración del sistema y de sus servicios, dando lugar al replanteamiento de las políticas, estructuras, modelos, recursos y procedimientos de cada área. La implementación de estos proyectos requiere compromiso del recurso humano, adicional a esto implica inversión de recursos adicionales a los destinados comúnmente para las actividades operacionales normales de la institución, por ende, es indispensable el respaldo

político y el compromiso del talento humano para el logro de las transformaciones deseadas (33).

#### **4.1.14 Gestión de Proyectos**

La gestión de proyectos hace referencia a la organización de las intencionalidades en un espacio y en un tiempo determinados, teniendo en cuenta los recursos disponibles. Implica la valoración continua de las decisiones, dar prioridad a las más importantes para el logro de objetivos planteados. Las actividades que incluye la gestión de proyectos son la formulación, ejecución y evaluación, estas representan una forma de organizar las acciones y principios técnicos propuestos para alcanzar los resultados (33). En la formulación se hace un descripción del perfil del proyecto, incluye: “sus características y elementos esenciales (intencionalidad, información y decisiones), organizados de acuerdo con el lenguaje y los criterios de los interlocutores a quienes se dirija la propuesta”, la Ejecución hace referencia a la aplicación de los recursos y la realización de las actividades previstas para alcanzar el resultado esperado, por último, en la Evaluación se compara la situación con un patrón convencional, es decir, previsto a conveniencia por quienes realizan la evaluación, este paso es transversal a todo el proyecto, debe ser eficiente, flexible y planeado e involucra a todos los responsables del proyecto, por lo que incluye también una autoevaluación (33).

#### **4.1.15 Generalidades del Enfoque Metodológico ZOPP**

“El enfoque ZOPP (Ziel Orientierte Projekt Planung = Planificación de Proyectos Orientada por Objetivos) es un conjunto de principios, técnicas e instrumentos diseñados para facilitar la gestión de los proyectos, y caracterizado por el énfasis que hace en la participación de los involucrados, la concreción de las acciones en productos verificables y la transparencia de las decisiones (33).

Este enfoque requiere analizar y organizar toda la información que ayude a la toma de decisiones en cuando al diseño del proyecto y control y evaluación de la ejecución del mismo, toma a la comunicación y la explicación como un proceso transversal desde que se inicia hasta el final.

#### 4.1.16 Antecedentes

La metodología ZOPP fue creada por la Sociedad Alemana para la Cooperación Internacional en 1975 con la intención de flexibilizar y mejorar la eficiencia de la cooperación técnica, mediante la adopción de herramientas actuales de gestión. Esta metodología fue fundamentada de la “Matriz de Estructura Lógica” (o Matriz de Marco Lógico o matriz de planificación del proyecto) creada por la firma PCI (Practical Concepts Incorporated) y entre 1980 y 1981, la Sociedad Alemana decidió incorporarle algunos elementos nuevos como el análisis de involucrados, el análisis de problemas y el análisis de objetivos. La aplicación formal del ZOPP se inició en 1983 como propuesta organizacional y para 1987 logro ser una regla empresarial en expansión (33). Incluye unos principios, técnicas y momentos que permiten el desarrollo de la metodología.

ILUSTRACIÓN 3 *PRINCIPIOS DE LA METODOLOGIA ZOPP*



**Fuente:** Construcción del investigador con información bibliográfica

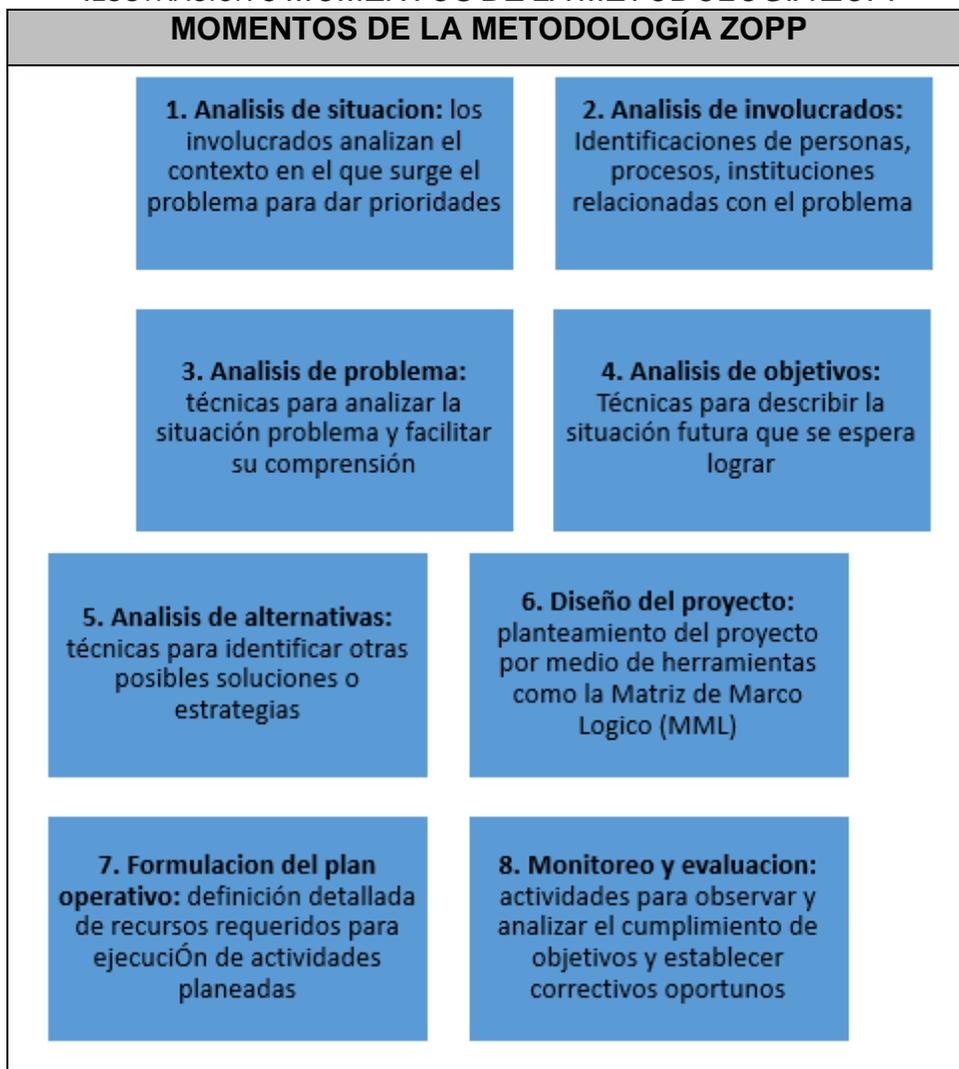


**ILUSTRACIÓN 4 TÉCNICAS DE LA METODOLOGIA ZOPP**  
**TÉCNICAS DE LA METODOLOGÍA ZOPP**



**Fuente:** Construcción del investigador con información bibliográfica

**ILUSTRACIÓN 5 MOMENTOS DE LA METODOLOGIA ZOPP**  
**MOMENTOS DE LA METODOLOGÍA ZOPP**



**Fuente:** Construcción del investigador con información bibliográfica

#### **4.1.17 La Matriz de Marco Lógico (MML) como herramienta para el diseño del proyecto**

La Matriz de Marco Lógico (MML) es una herramienta que organiza la información más importante sobre el impacto que se quiere alcanzar (objetivos) y los medios que se van a utilizar para lograrlo (actividades y resultados). Fue desarrollado con el fin de formular, controlar y evaluar los proyectos por medio del análisis sistemático de los elementos decisivos de la propuesta y sus componentes: El objetivo global, el objetivo del proyecto, los resultados, las tareas y los recursos (33).

La aplicación de la matriz tiene 3 momentos particulares:

1. En la formulación técnica del proyecto
2. Como referencia para orientar la ejecución
3. Como criterio de seguimiento y evaluación del proyecto

Ventajas de su aplicación (33):

- Formulación de preguntas esenciales relacionadas con el éxito del proyecto permitiendo análisis de sus debilidades
- Mejora la planificación y guía la valoración sistemática y lógica de los diferentes elementos del proyecto y de los factores externos
- Facilita el entendimiento común y mejora la comunicación entre quienes toman las decisiones y las demás partes involucradas en el proyecto.
- Asegura la continuidad del enfoque cuando se sustituya el personal original.
- Facilita la realización de estudios sectoriales y de estudios comparativos en general.
- Facilita la formulación de estrategias creativas e innovadoras a partir de la comparación y el análisis de productos

#### **4.1.18 Instrumentación del Enfoque**

El instrumento de programación que permite la organización de las ideas incluye la descripción de un problema principal, un producto final esperado del objetivo del proyecto y del objetivo global, adicional a esto se debe definir el problema específico (causas), los productos y objetivos específicos a lograr, los indicadores de logro objetivamente verificables, los medios y fuentes de verificación, fecha de entrega, los responsables, y los supuestos. Todos estos elementos se organizan estratégicamente en una tabla que permita mejor interpretación de la información (33).

## **4.2 MARCO CONCEPTUAL**

### **4.2.1 Principales conceptos asociados a la prestación de la atención del servicio de urgencia y los actores externos relacionados a ella**

**Urgencia:** Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte (8).

**Atención inicial de urgencia:** Son todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud (8).

**Atención de urgencias:** Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias (8).

**Servicio de urgencia:** Es la unidad que en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de Salud para esa unidad (8).

**Red de urgencias:** Es un conjunto articulado de unidades prestatarias de atención de urgencias, según niveles de atención y grados de complejidad, ubicado cada uno en un espacio poblacional concreto, con capacidad de resolución para la atención de las personas con patologías de urgencia, apoyado en normas operativas, técnicas y administrativas expedidas por el Ministerio de Salud. La red actuará coordinadamente bajo una estructura conformada por subsistemas de información comunicaciones, transporte, insumos, educación, capacitación y de laboratorios (8).

**Urgencias de baja complejidad:** Servicio responsable de dar atención a las alteraciones 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. La atención debe ser prestada las 24 horas (9).

**Urgencias de mediana y alta complejidad:** Servicio responsable de dar atención a las alteraciones 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. La atención debe ser prestada las 24 horas del día. Las patologías, el recurso humano requerido y la dotación del servicio requieren de mayor especialidad que la baja complejidad (9)..

**Estándares de habilitación para urgencias de baja, mediana y alta complejidad:** Talento humano, Infraestructura, Dotación, Medicamentos, Dispositivos Médicos e insumos, Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros, e Interdependencia (9)..

**Centro regulador de urgencias, emergencias y desastres (CRUE):** unidad de carácter operativo no asistencial, responsable de coordinar y regular en el territorio de su jurisdicción, el acceso a los servicios de urgencias y la atención en salud de la población afectada en situaciones de emergencia o desastre (10).

**Sistema de emergencias médicas (SEM):** Modelo integrado para responder de manera oportuna a las víctimas de enfermedad, accidentes de tránsito, traumatismos o paros cardiorrespiratorios, que requieran atención médica de urgencias, en lugares públicos o privados. Comprende, entre otros, los mecanismos para notificar las emergencias médicas, la actuación del primer respondiente, la prestación de servicios pre-hospitalarios y de urgencias, las modalidades de transporte básico y medicalizado, la atención hospitalaria, el trabajo de los centros reguladores de urgencias y emergencias, los programas educativos y los procesos de vigilancia y que será financiado entre otros con los recursos del Programa Institucional de Fortalecimiento de la Red Nacional de urgencias (11).

**Centro Integrado de Gestión de Acceso en Salud (CIGA):** Es el centro de direccionamiento implementado en Medellín como una estrategia para apoyar el acceso a los servicios de salud de los pacientes clasificados como TRIAGE III, IV y V en los servicios de urgencias de las instituciones de alta y mediana complejidad (12).

**TRIAGE:** Sistema de Selección y Clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles que consiste en una valoración clínica breve que determina la prioridad en que un paciente será atendido. El "TRIAGE", como proceso dinámico que es, cambia tan rápidamente como lo puede hacer el estado clínico del paciente (8).

#### **4.2.2 Subprocesos asociados al flujo de atención del servicio de urgencias.**

**Input / Entrada o ingreso:** Corresponde a la búsqueda de atención de los pacientes en los servicios de urgencias; aquí se contienen los pacientes que requieren una atención de emergencia y aquellos que pueden ser direccionados a una red ambulatoria ya que su motivo de consulta no corresponde a una urgencia real (9).

**Throughput / A lo largo de:** Que hace referencia al tiempo transcurrido durante la transición por el servicio de urgencias. Contiene los recursos y cuidados que se prestan en el paciente que se encuentra en salas de observación (9).

**Output / Egreso:** Definido como la movilización del paciente hacia otras dependencias, tales como: servicios de hospitalización, servicio de cirugía, o domicilio ya sea por resolución de condición de enfermedad o para inicio de atención en casa mediante programas de medicina domiciliaria (9).

#### **4.2.3 Variables asociadas al flujo de atención del servicio de urgencias**

**Número de pacientes que egresan de urgencias sin revisión médica:** Corresponden a los pacientes que ingresan a sala de espera de urgencias, pero, egresan de ella ya sea sin la clasificación de su urgencia o porque no desean esperar la revisión médica completa (9).

**Tiempo de espera para clasificación de urgencias – TRIAGE:**

Corresponde al tiempo transcurrido desde que el paciente ingresa al servicio de urgencias y es clasificado en el consultorio de TRIAGE (9).

**Tiempos de espera para la atención médica:** Corresponde al tiempo transcurrido desde el momento de la clasificación de urgencias hasta la revisión médica. Según lo reglamentado en la Resolución 5596 del año 2015, la revisión médica para pacientes con clasificación TRIAGE I es inmediata, mientras que los pacientes clasificados como TRIAGE II tienen un tiempo de espera de 30 minutos, para los pacientes con clasificación de urgencias III no está determinado el tiempo de revisión médica, ya que es cada institución la que debe estipular su estándar de tiempo según características propia del servicio y su funcionamiento (9).

La alcaldía de Medellín para el año 2016 reglamenta mediante el Decreto 1217 de 2016 la implementación de una estrategia de direccionamiento que apoya el acceso a los servicios de salud de los pacientes clasificados como TRIAGE III, IV y V en los servicios de urgencias de las IPS de alta y mediana complejidad. La cual consiste en direccionamiento seguro de estos pacientes en la red de urgencias de Medellín mediante la operación continua de una plataforma que permite un trabajo articulado entre Entidades Promotoras de Salud – EPS, Entidades Adaptadas EAPB que prestan servicios en la ciudad e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS (9)..

El Decreto reglamenta que, dada la notificación del direccionamiento por parte de la IPS de alta y mediana complejidad al Centro de Direccionamiento, este inicia una búsqueda de las IPS de baja complejidad que podrían garantizar recepción del paciente teniendo en cuenta EPS. Las IPS de baja complejidad requerirán un tiempo determinado para atender a los pacientes direccionados por las IPS de mediana y alta complejidad, estipulados de la siguiente manera: Pacientes clasificados como TRIAGE III, recibirán atención de urgencia en esta

institución en un tiempo de hasta dos horas; los pacientes clasificados en TRIAGE IV, recibirán atención en un tiempo de hasta 24 horas y los pacientes clasificados en TRIAGE V, recibirán atención en un tiempo de hasta 72 horas (9).

**Tiempos de espera para atención medica posterior a clasificación:**

Determinado por el tiempo que el paciente debe esperar para ser valorado por el medico posterior a la clasificación de su urgencia, En un estudio realizado en una institución de alto nivel de complejidad de Bogotá por Atilio Moreno Carrillo y colaboradores en el 2019 describe que el tiempo para atención del paciente posterior a la clasificación de la urgencia es menor para los pacientes clasificados como TRIAGE II debido a la complejidad de la clasificación y la realización de los procedimientos. (10).

En este mismo estudio se demostró que el promedio para los pacientes clasificados como TRIAGE II referente a tiempos de atención son es de 23 minutos y referente al tiempo de espera es de 11 minutos, resultado entendible dado que el nivel de complejidad y la cantidad de intervenciones es más alta. En cuanto al TRIAGE III se observó que el tiempo de espera de 13 minutos, incrementado en 7% respecto al TRIAGE II, respecto al tiempo de atención es de 18 minutos, explicado por la disminución de cantidad de intervenciones a realizar por el personal de enfermería a medida que incrementa el nivel de clasificación de TRIAGE. (10).

Además, en este estudio también se determinaron los patrones de consulta a urgencias por días y horas.

**Patrón de consulta a urgencias por días:** Según estudio realizado en la ciudad de Bogotá para una IPS de alta complejidad se encontró que los días de la semana con mayor cantidad de pacientes que consultan a urgencias son Entre lunes y miércoles, se detectó que durante los fines de semana la cantidad que consultan a urgencias disminuyen. (10).

**Patrón de consulta a urgencias por horas al día:** El mismo estudio anterior mostro que durante el turno de 24 horas, el rango de tiempo con mayor número de consultas esta entre 9- 21 horas, es decir la gente consulta con mayor frecuencia al servicio de urgencias generalmente durante el día, existe una disminución en el número de consultas entre las horas 22- 1, y se logró identificar tiempos muertos en el servicio entre las horas 1- 8. Por lo que se puede concluir que durante la noche en la madrugada disminuyen considerablemente las consultas a los servicios de urgencias. (10).

**Tiempo de estancia en urgencias de los pacientes ingresados:** Hace referencia al tiempo que permanecen en urgencias los pacientes que fueron revisados por el médico, quien dependiendo de necesidades del paciente define requerimiento de manejo hospitalario (9).

**Tiempo de estancia en urgencias de los pacientes dados de alta:** Hace referencia al tiempo que permanecen los pacientes en salas de observación de urgencias desde que fue emitida la orden de alta hasta que salen de la institución de salud (9).

#### **4.2.4 Características obligatorias de la Calidad en la Atención**

**Accesibilidad.** Definida como la posibilidad de utilizar los servicios de salud que garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud (9).

**Oportunidad.** Definida como la posibilidad de obtener los servicios que requiere, sin presencia de barreras o retrasos que pongan en riesgo la vida o la salud. Esta característica está relacionada con la oferta y la demanda de los servicios de salud y con la capacidad de coordinación institucional para gestionar el acceso a todos los servicios de atención (9).

**Seguridad.** Definida como un grupo de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científica que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias (9).

**Pertinencia.** Definida como el grado de obtención de los servicios requeridos, con la adecuada utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica, donde los beneficios potenciales son mayores que los efectos secundarios (9).

**Continuidad.** Definida como el grado de recepción de las intervenciones requeridas, por medio de una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico (9).

#### **4.3 MARCO LEGAL O NORMATIVO**

La descripción siguiente contiene la reglamentación frente a la prestación de servicios de salud y las condiciones de esta atención en lo relacionado a calidad y talento humano.

- Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.
- Ley 1438 de 2011: Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- Ley 1751 de 2015: Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.
- Ley 1164 de 2007: Por la cual se dictan disposiciones en materia de Talento Humano en Salud.
- Decreto 412 de 1992: Por el cual se reglamenta parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones.

- Decreto 1217 de 2016: Por medio del cual crea el centro de direccionamiento de Medellín como una estrategia para apoyar el acceso a los servicios de salud de los pacientes clasificados como TRIAGE III, IV y V en los servicios de urgencias de las IPS de alta y mediana complejidad. Medellín, Antioquia. 2016.
- Decreto 1011 de 2006: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Decreto 903 de 2014: Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud.
- Decreto 1443 de 2014: Por el cual se dictan disposiciones para la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).
- Resolución 2003 de 2014: Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.
- Resolución 1220 de 2010: Por la cual se establecen las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres, CRUE.
- Resolución 926 de 2017: Por la cual se reglamenta el desarrollo y operación del Sistema de Emergencias Médicas (SEM).
- Resolución 5596 de 2015: Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias "TRIAGE".
- Resolución 1043 de 2006. Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

- Resolución 256 de 2016: Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud
- Circular 012 de 2016: Por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular 047 de 2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud y el sistema de Información para la Calidad
- Guía técnica: “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Versión 001.

#### **4.4 MARCO CONTEXTUAL**

##### **4.4.1 IPS Universitaria – Servicios de Salud de la Universidad de Antioquia**

Para el año 1993 con la llegada de la Ley 100, los servicios básicos de salud que la Universidad de Antioquia prestaba a sus trabajadores y empleados, a través de la Dirección de Bienestar Universitario, se convirtieron en el Programa de Salud de la Universidad. Es ahí donde nace la idea de la Institución Prestadora de Servicios de Salud de la Universidad de Antioquia IPS Universitaria, con el fin de ofrecer servicios de salud en todos los niveles de complejidad (11).

Para el año 1998 Inicia labores la IPS Universitaria, bajo la figura empresarial de corporación mixta sin ánimo de lucro, con 17 empleados bajo la dirección del médico Iván José Ángel Bernal y con Jaime Restrepo Cuartas, el entonces Rector del Alma Mater, como presidente de la Junta Directiva (11).

Para el año 2003 La IPS Universitaria es certificada bajo la norma ISO 9001:2008 en todos los procesos ambulatorios de su Sede Prado, única en aquel

entonces. En el 2007 el Gobierno Nacional entregada la operación logística de la IPS Universitaria, así amplió su portafolio de servicios enfocado hacia la alta complejidad, con miras a consolidar el gran proyecto de “Hospital Universitario” (11).

En el año 2012 después de la experiencia adquirida con la recuperación física, técnico-científica, administrativa y financiera de la IPS Universitaria, se inició el proceso de expansión de servicios en la ciudad de Barranquilla, en donde comenzó a operar la Red Pública de prestación de servicios de salud, conformada por 42 instituciones en todos los niveles de complejidad (11).

En el año 2013 La IPS Universitaria asumió, por invitación del Ministerio de Salud, la operación logística de los servicios de salud de la Red Pública del departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Al mismo tiempo que comenzó la operación del Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, dentro de la estrategia de la Universidad de Antioquia de hacer presencia y participar en el desarrollo social de las regiones del departamento (11).

Para el 2016 La IPS Universitaria no quedo exenta de las condiciones de inestabilidad financiera, lo que inicio el reto para la administración frente a la búsqueda de la estabilización económica, la Acreditación y la materialización del sueño de ser el Hospital Universitario del Alma Mater de los antioqueños (11).

Hoy en día La IPS Universitaria cuenta con una amplia oferta de servicios, como consulta general y especializada, ayudas diagnósticas, urgencias, cirugía, hospitalización, unidades de cuidados intensivos y especiales, trasplantes y, de la mano de la Universidad de Antioquia, fomenta el desarrollo en investigación e innovación (11).

La IPS Universitaria está ubicada en el Departamento de Antioquia, en la ciudad de Medellín, cuenta con dos sedes, la primera; Sede IPS Universitaria en el

barrio Sevilla entre la Calle 69 con la Carrera 51C, tiene 3 bloques: el bloque 1 contiene principalmente los servicios de hospitalización, oficinas de atención al usuario y salón de estudiantes, el bloque 2 contiene algunas áreas para realización de ayudas diagnósticas - laboratorios y oficinas administrativas, el bloque 3 contiene el servicio de urgencias, cirugía y hospitalización de cuidados intensivos o especiales. La sede Prado ubicada entre la carrera 51A y calle 62 frente al Parque de la Vida, Presta servicios certificados de cirugía ambulatoria, consulta externa, salud oral, servicio farmacéutico y de óptica, ayudas diagnósticas y complementación terapéutica de primer y segundo nivel. Ambas sedes tienen facilidad de acceso gracias a su cercanía a las estaciones del metro Prado, Hospital y Universidades (11).

#### 4.4.2 Plataforma Estratégica

- ❖ **Misión:** “Ser el Hospital de la Universidad de Antioquia, centro de referencia para la prestación de servicios de salud de alta complejidad. Se gestionados el conocimiento mediante la docencia y la investigación para contribuir con criterios de excelencia al proceso de formación de sus estudiantes. Se ofrece soluciones integrales en salud con enfoque de responsabilidad social” (11).
- ❖ **Visión:** “Ser reconocidos por los centros de excelencia para la atención en salud de alta complejidad, con perspectiva global” (11).
- ❖ **Valores institucionales:** La **Responsabilidad** hace referencia a cumplir las actividades encomendadas, es decir; hacer lo que se tiene que hacer en el momento en que se debe hacer, La **Transparencia** implica actuar con la verdad de los hechos y el **Respeto** es situarse en el lugar del otro, ser receptivos con sus necesidades y hacer de la confianza la base fundamental de las relaciones (11).

- ❖ **Responsabilidad social Empresarial:** La IPS Universitaria trabaja permanentemente en acciones que reflejen la Responsabilidad Social. De ahí su compromiso con la generación de soluciones sociales, ambientales y económicas que permitan asumir los retos de la sociedad y sus impactos, con el fin de lograr un entorno sostenible y relaciones duraderas con sus grupos de interés conformado por todos los actores que intervienen directa o indirectamente en su funcionamiento (11).

#### **4.4.3 Planeación Estratégica**

Esa ruta de la excelencia contempla el logro de 6 objetivos estratégicos (11).

- ❖ Conformar y consolidar equipos de alto desempeño.
- ❖ Garantizar condiciones de excelencia operativa en la prestación de los servicios de salud.
- ❖ Consolidar a los proveedores como aliados estratégicos de la IPS Universitaria
- ❖ Mejorar el posicionamiento estratégico de la IPS Universitaria.
- ❖ Lograr la solidez financiera institucional.
- ❖ Promover en la IPS Universitaria una gestión institucional generadora de valor para todos sus grupos de interés y que contribuya con soluciones en salud a un desarrollo sostenible.

El despliegue del Plan se realiza a través de la formulación y ejecución de los proyectos, asociados a los objetivos estratégicos. La ruta de calidad en la prestación de servicios de salud está en obtener la acreditación y la certificación como Hospital Universitario, con el fin de abrir el camino hacia la excelencia en la atención de patologías de alta complejidad, de la mano de la Universidad de Antioquia. Todos los objetivos específicos de su Plan de Desarrollo Institucional 2017-2026, buscan contribuir directamente al logro de por lo menos 12 objetivos estratégicos del Plan de Desarrollo de la Universidad; entre otros, logros

relacionados con más y mejores escenarios de formación y entrenamiento para los estudiantes de las áreas de la salud, potenciación de la investigación y la innovación y proyección de la Universidad a la sociedad con soluciones en salud que sólo un hospital innovador puede proveer (11).

En la ruta estratégica para el desarrollo institucional, la IPS Universitaria le apuesta, con convicción y decisión en sus metas, a un crecimiento en armonía con el medio ambiente y con toda consideración por las necesidades y expectativas de sus grupos de interés (11).

## 5. METODOLOGIA

### 5.1 Análisis y Recolección de la Información

El análisis y la recolección de la información, consiste en detallar y describir para cada actividad que se realizarán en la matriz del Marco lógico y el plan operativo de manera retrospectiva durante el año 2020, teniendo en cuenta el porcentaje ocupacional para cada mes del año. Se realizó un análisis de los procesos desarrollados en el servicio de urgencias y los servicios o áreas relacionados con su funcionamiento. Posterior a la recolección de la información se implementó herramientas office según requerimientos para procesar la información.

Las fuentes se realizaron con base en consultas de documentos, artículos de revistas indexadas, textos bibliográficos, informes institucionales, además del instrumento metodológico de investigación para la construcción del análisis de datos y resultados de donde se desarrollan la investigación general (Matriz del Marco Lógico y Plan Operativo) aplicados a la IPS Universitaria. También se tomaron aportes de Sampieri (2010), en algunos detalles de metodología de la investigación, de donde se analiza la información en aportes descriptivos y referentes de consultas de la base de datos de la IPS Universitaria para la consolidación y conclusión de la información.

- Datos históricos obtenidos de las entidades de salud a nivel nacional y de local de Antioquia.
- Internet – información digital al respecto del tema
- Asesorías particulares
- Libros y documentos en general.

La ruta metodológica se realizó con el enfoque ZOPP (Ziel Orientierte Projekt Planung = Planificación de Proyectos Orientada por Objetivos) cumpliendo con los 8 momentos planteados ya descritos en el marco teórico.

## **5.2 Análisis de Situación**

En el contexto de una IPS de tercer nivel de complejidad se realizó una caracterización diagnóstica de cómo funciona el servicio de urgencias teniendo en cuenta, capacidad instalada, distribución de las aéreas, distribución del recurso técnico y humano, aplicación y oportunidad de cumplimiento de protocolos, procesos y procedimientos institucionales relacionados con la prestación del servicio de urgencias mediante revisión detallada de contenido de intranet.

## **5.3 Análisis de Involucrados**

En el proceso de atención de urgencias de la IPS intervienen diversos personajes, de los cuales se identificó y analizó la influencia de sus funciones principales y cumplimiento de responsabilidades y nivel de motivación para el trabajo en equipo con relación a las condiciones de funcionamiento del servicio de urgencia.

- Los pacientes y su estado de salud-enfermedad, como principal beneficiario de la prestación de servicios de salud, quien tiene deberes y derechos como usuario responsable de los servicios de urgencias y demás red de atención.
- Los profesionales de salud encargados de cuidado y recuperación del paciente, quienes deben garantizar bajo cualquier circunstancia prestación de servicios de salud con calidad y seguridad, comprometidos en el cuidado de la vida y el sostenimiento de la institución.
- Servicios de apoyo, tales como aseo, traslado, mantenimiento quienes aportan a la disposición oportuna de las instalaciones y servicios del servicio de urgencias.
- Servicio farmacéutico y de apoyo diagnóstico como pilar en la resolución de los problemas de salud de los pacientes, de su fluidez depende el tiempo de

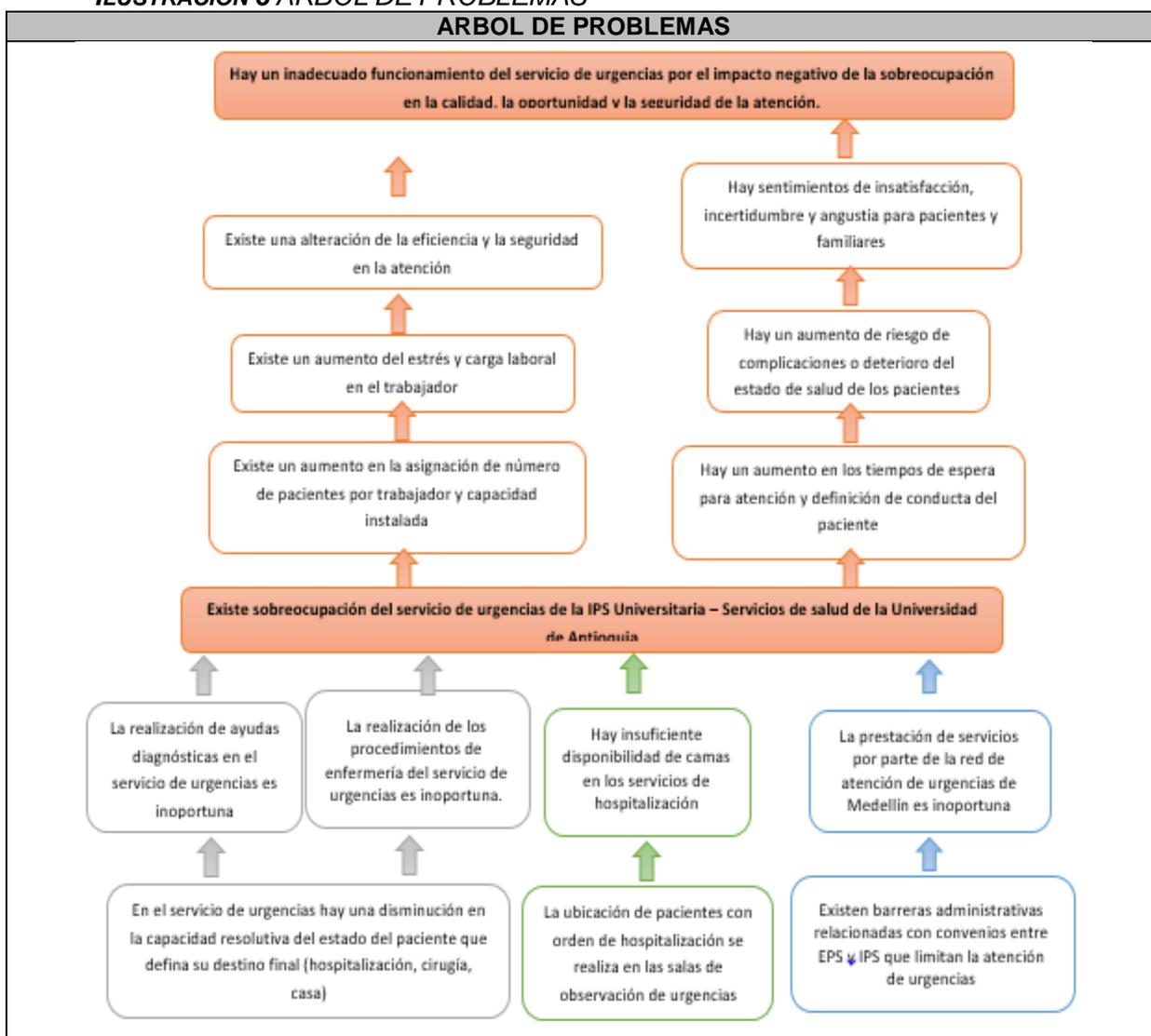
recuperación de los usuarios y la toma de decisiones oportunas en el servicio de urgencias.

- El Personal administrativo como elemento primordial para la adecuada coordinación en toma de decisiones que ayuden al funcionamiento eficiente del servicio de urgencias sobre todo en tiempos de contingencia y a mantener la comunicación con instituciones externas (otras IPS, CRUE, SEM) que permitan mejorar el control de la prestación de servicios de toda la red de urgencias.
- Servicio de referencia y contra referencia como apoyo indispensable para garantizar flujo de pacientes a nivel institucional y extra institucional.

#### **5.4 Análisis de Problema**

El aumento del porcentaje ocupacional de los servicios de urgencias tiene varias causas, aquellas relacionadas con la inoportunidad de atención en salud en las redes de prestación de servicios, agravada por inconsistencias administrativas frente a convenios entre EPS – IPS, lo que conlleva a las personas a consultar a todos los servicios de urgencias. Adicional a esto existen procesos institucionales que facilitan la aglomeración de pacientes en los servicios de urgencias como los asociados a la insuficiencia en disponibilidad de camas en hospitalización lo que hace que tanto los pacientes de urgencias como los pacientes remitidos permanezcan en este servicio. En lo asociado a los procesos propios del servicio de urgencias se tiene la inoportunidad en todos los procedimientos que hacen difícil la resolutivez del estado de los pacientes.

## ILUSTRACIÓN 6 ARBOL DE PROBLEMAS



Fuente: Construcción del investigador

Las consecuencias radican en el paciente, los trabajadores y la institución ya que el aumento en los tiempos de espera puede causar complicaciones en el estado de salud e insatisfacción con la atención prestada e institución, la sobreocupación implica sobrecarga laboral y esto en conjunto tiene implicaciones negativas en los resultados frente a efectividad y seguridad en la prestación de servicios.

## 5.5 Análisis de objetivos

Partiendo de que las causas del problema de sobreocupación implican condiciones externas difíciles de modificar a nivel institucional, el planteamiento de los objetivos está encaminado a impactar en procesos específicos del servicio de urgencias.

ILUSTRACIÓN 7 ARBOL DE OBJETIVOS



## **5.6 Análisis de alternativas**

A lo largo del tiempo todos los servicios de urgencias han buscado la disminución de la sobreocupación, por esto es indispensable recolectar todas las estrategias para disminuir la sobreocupación y en conjunto con los involucrados diseñar las estrategias adecuadas que se adapten al funcionamiento de la institución.

## **5.7 Diseño del proyecto**

El diseño del proyecto está fundamentado en la Matriz de Marco Lógico la cual permite organizar la información prioritaria de tal manera que se identifique con facilidad el problema principal planteado, el producto final esperado, el objetivo principal del proyecto al igual que el objetivo global, siendo este último una contribución adicional gracias a la finalización del proyecto y obtención de productos esperados. La identificación de estos ítems permite al investigador la formulación estratégica de los objetivos específicos que alimentan el logro de los productos finales mediante actividades y métodos de evaluación estrictos materializados en indicadores de resultados.

## ILUSTRACIÓN 8 MATRIZ DE MARCO LÓGICO

### MATRIZ DE MARCO LÓGICO Y PLAN OPERATIVO

Matriz de Marco lógico							
Problema principal		Producto final esperado	Objetivo del proyecto			Objetivo global	
Existe sobreocupación del servicio de urgencias de la IPS Universitaria – Servicios de salud de la Universidad de Antioquia		Estrategias para disminuir sobreocupación del servicio de urgencias de la IPS Universitaria – Servicios de salud de la Universidad de Antioquia (Documento)	Diseñar estrategias para disminuir la sobreocupación del servicio de urgencias de la IPS Universitaria – Servicios de salud de la Universidad de Antioquia para el año 2021			Contribuir a mejorar la calidad y oportunidad de atención en la prestación de servicios de la IPS Universitaria – Servicios de salud de la Universidad de Antioquia	
Problema específico (causas)	Productos finales específicos	Objetivos específicos	Indicador de logro objetivamente verificable	Medio de verificación	Fecha de entrega	Responsables	Supuestos
La realización de los procedimientos de enfermería y las ayudas diagnósticas en el servicio de urgencias son inoportunas	Mejora en la oportunidad de la realización de los procedimientos de enfermería y las ayudas diagnósticas en el servicio de urgencias	Identificar las dificultades del servicio de urgencias relacionados con los procedimientos de enfermería y las ayudas diagnósticas, con el fin de mejorar la oportunidad y resolutivez en la atención.	Tiempo transcurrido a partir de la orden médica consignada en la historia clínica y la realización de los procedimientos de enfermería y las ayudas diagnósticas en el servicio de urgencias	Informes de gestión hospitalaria GHIPS	20/01/2021	Investigadora	El servicio de urgencias cuenta con recurso humano necesario para cumplimiento de actividades del servicio  El personal de enfermería realiza los registros en la historia clínica inmediatamente posterior a la realización de los procedimientos
Hay insuficiente disponibilidad de camas en los servicios de hospitalización	Disponibilidad de camas en los servicios de hospitalización	Evaluar los procesos del centro regulador (CRIPS) en lo relacionado con la asignación de camas en hospitalización para mejorar la disponibilidad de las mismas.	Tiempo de estancia en el servicio de hospitalización	Informes de gestión hospitalaria GHIPS	20/01/2021	Investigadora	La adecuada gestión del proceso de egreso en los servicios de hospitalización permite un aumento en la disponibilidad de camas para ingreso de nuevos pacientes
La prestación de servicios por parte de la red de atención de urgencias de Medellín es inoportuna	Mejora en la oportunidad de la prestación de servicios de salud de la red de atención de urgencias de Medellín	Analizar el funcionamiento de la plataforma del centro integrado de gestión de acceso en salud (CIGA) como herramienta para mejorar la oportunidad de la prestación de servicios de la red de atención de urgencias de los pacientes que acuden a la IPS Universitaria.	Número de pacientes que ingresan y egresan a la institución por medio de las plataformas de direccionamiento CIGA	Base de datos de IPS Universitaria donde se registran regulaciones del CIGA	20/01/2021	Investigadora	Todas las IPS con habilitación de servicio de urgencias cumplen la norma de atención urgente a todo paciente que la requiera sin presentar barreras por inconsistencias administrativas  La plataforma CIGA permanece activa en el proceso de regulación de los pacientes de urgencias.

**Fuente:** Construcción del investigador

## 5.8 Formulación de plan operativo

En el plan operativo se registran el detalle de las actividades realizadas para el logro de cada objetivo específico, al igual que los recursos, el presupuesto y cronograma del proyecto.

ILUSTRACIÓN 9 PLAN OPERATIVO PARTE 1

PLAN OPERATIVO					
Plan Operativo					
Analisis Y Recolección de la informacion	Objetivo especifico	Actividades	Recursos	Tiempo invertido en horas	Presupuesto
El análisis y la recolección de la información, consiste en detallar y describir las para cada actividad que se realizarán en la matriz del Marco lógico y plan operativo de manera retrospectiva durante el año 2020, teniendo el porcentaje ocupacional para cada mes del año. Se realizara un análisis de los procesos desarrollados en el servicio de urgencias y los servicios o áreas relacionados con su funcionamiento. Posterior a la recolección de la información se implementaran herramientas office y según requerimientos, el programa SPSS versión actualizada para la pertinencia de la información procesada.	Identificar las dificultades del servicio de urgencias relacionados con los procedimientos de enfermería y las ayudas diagnósticas, con el fin de mejorar la oportunidad y resolutivez en la atención	A) Descripción de porcentaje ocupacional para todo el año 2020	Computador con acceso a internet y a intranet de la institución, estadísticas del GHIPS, Herramientas office, 2 Investigadores, Grupo administrativo y de gestión de la información institucional	120 horas	2.520.000
		B) Descripción de capacidad instalada servicio de urgencias y las disponibilidad y distribución de			
C) Descripción del procedimiento de ingreso y atención de urgencias					
D) Analisis de factores influyentes en la clasificación de triage y la capacidad resolutivez.					
E) Descripción y análisis de la oportunidad en la realización de los procedimientos de Enfermería					
F) Descripción y análisis de la oportunidad en la realización de las ayudas diagnósticas					
G) Describir recomendaciones para mejorar la oportunidad en la realización de los procedimientos de enfermería y las ayudas diagnósticas que impacten en la resolutivez del servicio de urgencias					
Evaluar los procesos del centro regulador (CRIPS) en lo relacionado con la asignación de camas en hospitalización para mejorar la disponibilidad de las mismas.	A) Conocer numero de camas habilitadas el servicio de hospitalización B) Descripción del manejo de camas a nivel institucional C) Cuantificar numero de pacientes ingresados a urgencias y trasladados a hospitalización D) Descripción del procedimiento de egreso E) Descripción de patron de egresos F) Analizar indicadores de estancia hospitalaria y giro cama del servicio de hospitalización. G) Describir recomendaciones para mejorar la disponibilidad de camas en el servicio de hospitalización	Computador con acceso a internet y a intranet de la institución, estadísticas del GHIPS, Herramientas office, 2 Investigadores, Grupo administrativo y de gestión de la información institucional	120 horas	2.520.000	
					A) Conocer numero de camas habilitadas el servicio de hospitalización
					B) Descripción del manejo de camas a nivel institucional
					C) Cuantificar numero de pacientes ingresados a urgencias y trasladados a hospitalización
					D) Descripción del procedimiento de egreso
					E) Descripción de patron de egresos
					F) Analizar indicadores de estancia hospitalaria y giro cama del servicio de hospitalización.
G) Describir recomendaciones para mejorar la disponibilidad de camas en el servicio de hospitalización					

Fuente: Construcción del investigador

## ILUSTRACIÓN 10 PLAN OPERATIVO PARTE 2

PLAN OPERATIVO					
Plan Operativo					
El análisis y la recolección de la información, consiste en detallar y describir las para cada actividad que se realizarán en la matriz del Marco lógico y plan operativo de manera retrospectiva durante el año 2020, teniendo el porcentaje ocupacional para cada mes del año. Se realizara un análisis de los procesos desarrollados en el servicio de urgencias y los servicios o áreas relacionados con su funcionamiento. Posterior a la recolección de la información se implementaran herramientas office y según requerimientos, el programa SPSS versión actualizada para la pertinencia de la información procesada.	Analizar el funcionamiento de la plataforma del centro integrado de gestión de acceso en salud (CIGA) como herramienta para mejorar la oportunidad de la prestación de servicios de la red de atención de urgencias de los pacientes que acuden a la IPS Universitaria.	A) Descripción de funcionamiento de la utilización de la estrategia CIGA B) Descripción de Proporción de solicitudes gestionadas por el CIGA según Triage C) Identificación de pacientes que acuden a IPS Universitaria direccionados de otra institución y no regulados por plataforma CIGA D) Análisis de factores positivos y negativos influyentes en los procesos de regulación de pacientes por medio de la plataforma CIGA E) Describir recomendaciones para mejorar la oportunidad de la prestación de servicios de la red de atención de urgencias de los pacientes que acuden a la IPS Universitaria mediante el uso de la plataforma CIGA.	Computador con acceso a internet y a intranet de la institución, estadísticas del GHIPS, Herramientas office, 2 Investigadores, Grupo administrativo y de gestión de la información institucional	120 horas	2.520.000
	Elaborar un documento final que incluya estrategias de mejoramiento construidas de los objetivos anteriores para disminuir la sobreocupación en el servicio de urgencias de la IPS Universitaria – Servicios de salud de la Universidad de Antioquia.	Realizar informe final con propuesta de estrategias de mejoramiento para disminuir la sobreocupación en urgencias  Planterar a la clinica la actualización del documento institucional: Procedimiento para desencadenar plan de contingencia en el servicio de urgencias	Computador con acceso a internet, herramientas office, 2 Investigadores	60 horas	1.260.000

Fuente: Construcción del investigador

## ILUSTRACIÓN 11 PLAN OPERATIVO - CRONOGRAMA



Fuente: Construcción del investigador

## **5.6.9 Viabilidad**

### **5.9.1 Política**

Desde la parte directiva de la institución se apoya proyectos que permitan el mejoramiento de condiciones de calidad en atención en salud, en este caso específico, para el área de urgencias.

### **5.9.2 Legal**

El desarrollo de este proyecto no tiene restricciones legales que limiten su implementación, ya que se busca crear y rediseñar procesos y procedimientos propios del servicio de urgencias con el fin de mejorar atención en salud compatibles con las exigencias legales de habilitación y acreditación.

### **5.9.3 Ética**

Los métodos utilizados para el desarrollo de este proyecto no atentan contra la ética y moral. El desarrollo del proyecto no incluye información de historias clínicas, ni tampoco tiene relación directa con el paciente, solo se limita a revisión de procesos institucionales e informes de indicadores para el mejoramiento. Por ende, la manipulación de información institucional aquí registrada se realizará tal como lo reglamenta la Ley 266 del 2008, cumpliendo con la libertad de información que protege aquellas formas de comunicación en la que prevalece la finalidad de escribir o dar noticia conforme exista responsabilidad tanto del trasmisor de la información como del receptor garantizando que el contenido de la misma sea veraz e imparcial.

Además, la publicación de los resultados será verificada por el comité de ética en investigación de la institución y se dará cumplimiento también a lo descrito en el contrato laboral en lo relacionado a la confidencialidad de la información que el comité considere. La autoría será otorgada al trabajador y la propiedad del

documento entregado será de la IPS Universitaria. Para fines académicos se dejará el trabajo final en el repositorio de la Universidad de Antioquia.

#### **5.9.4 Técnica**

Este proyecto puede disponer de todos los recursos técnicos con los que cuenta la institución en su organización administrativa y asistencial.

#### **5.9.5 Social**

El desarrollo del proyecto interviene de manera positiva en los actores involucrados, mejora la satisfacción y percepción de los pacientes y sus familiares frente a la institución y la atención recibida, mejora indicadores de calidad en procesos y procedimientos del servicio de urgencias, impacta en el sector salud a nivel regional y social.

#### **5.10 Factibilidad**

Este proyecto tiene factibilidad administrativa y financiera ya que inicialmente el análisis y formulación de actividades no requiere de profesionales adicionales ni tampoco requiere inversión financiera institucional. El tiempo y recursos empleados para su realización corren por cuenta del investigador principal, en el Plan Operativo se discriminan el número de horas investidas y el costo de las mismas.

Sin embargo, la implementación, monitoreo y evaluación de las estrategias propuestas en este proyecto por parte de la institución requieren una redistribución de recursos en cada área involucrada, lo cual, implicaría inversión financiera adicional por parte de la institución.

## 6. RESULTADOS

La presentación de la información generada por el proyecto de intervención, se realizó siguiendo la secuencia lógica desarrollando paso a paso cada objetivo específico tal como lo plantea la Matriz de Marco Lógico descrita en la metodología.

- **Identificar las dificultades del servicio de urgencias relacionados con los procedimientos de enfermería y las ayudas diagnósticas, con el fin de mejorar la oportunidad y resolutivez en el servicio de urgencias.**

### **A) Descripción de porcentaje ocupacional para todo el año 2020**

El cálculo de sobreocupación del servicio de urgencias de la IPS se realiza mediante la aplicación de la escala NEDOCS partir de la siguiente fórmula:

$$\text{NEDOCS} = - 20 + 85.8 * (\text{Total de pacientes} / \text{camas de urgencias}) + 600 * (\text{admitidos} / \text{camas hospitalarias}) + 13.4 * (\text{ventiladores}) + 0.93 * (\text{admisión más larga}) + 5.64 * (\text{tiempo de la última asignación de cama})$$

**Total de pacientes:** Total de número de pacientes en urgencias, incluyendo los de sala de espera, Fast Track y salas de observación.

**Camas de urgencias:** Total de número de camas de urgencias, incluyendo la de los pasillos, Fast Track, salas de observación y otros lugares.

**Admitidos:** Número total de internados/pacientes admitidos en urgencias al momento de calcular la puntuación.

**Camas hospitalarias:** Total de número de camas hospitalarias

**Ventiladores:** Número de pacientes en urgencias con ventiladores o respiradores.

Admisión más larga: El tiempo de admisión más larga (en horas) del último paciente en el que se calcula la puntuación.

**Tiempo de la última asignación de cama:** El tiempo (en horas) de la llegada a la cama para el último paciente asignado a una cama.

La clasificación de saturación se realiza de la siguiente manera **Anexo B**

Nivel I: No ocupado (Nedocs 0-20, color verde oscuro)

Nivel II: Ocupado (Nedocs 21-60, color verde claro)

Nivel III: Extremadamente ocupado, no saturado (Nedocs 61-100, color amarillo)

Nivel VI: Saturado (Nedocs 101-140, color naranja)

Nivel V: Severamente saturado (Nedocs 141-180, color rojo)

Nivel VI: Peligrosamente saturado (Nedocs 181-200, color negro)

GRÁFICO 1 PORCENTAJE OCUPACIONAL DE URGENCIAS ADULTOS (TOTAL PACIENTES \* 100 / CAMAS FÍSICAS)



Fuente: Información suministrada de la IPS Universitaria

**GRÁFICO 2 PORCENTAJE OCUPACIONAL DE CAMAS DISPONIBLES EN HOSPITALIZACIÓN  
(CAMAS OCUPADAS \* 100 / CAMAS DISPONIBLES)**



**Fuente:** Información suministrada de la IPS Universitaria

La ocupación de la clínica tanto para el servicio de urgencias adultos y servicio de hospitalización en el año 2020 se mantuvo según los gráficos en Nivel III: Extremadamente ocupado, no saturado (Nedocs 61-100, color amarillo), se puede evidenciar una caída extrema de la ocupación que inicia desde el mes de marzo hasta mayo y junio debido a las medidas de confinamiento y restricciones a nivel nacional por la pandemia dada por la enfermedad covid-19, lo que afecto a todas las instituciones en el país, ya que al disminuir la demanda de atención, se disminuye directamente la producción y ventas. Para los meses de agosto, septiembre y octubre se aumentó nuevamente en porcentaje ocupacional, esto debido a la apertura regulada del comercio y transporte y al aumento en el número de consultas de todos los pacientes con patologías de base descompensadas por las interrupciones en tratamientos, seguimientos y controles a consecuencia de las medidas de confinamiento de meses anteriores.

Los resultados anteriores solo hacen referencia al nivel de ocupación del servicio de urgencias adultos, ya que el servicio de urgencias pediátricas se mantuvo con adecuados niveles de ocupación para todo el año 2020.

## **B) Descripción de capacidad instalada servicio de urgencias y las disponibilidad y distribución de recurso humano según asignación de funciones**

### **Capacidad instalada, camas disponibles**

Unidades habilitadas: El servicio de urgencias cuenta en total con 115 camas habilitadas para ser utilizadas en tiempos de ocupación normal, en tiempos de sobreocupación es posible que se disponga de espacios virtuales en el sistema como respuesta al aumento de demanda, donde los pacientes son ubicados en sillas y camillas en los pasillos del servicio.

### **Recurso humano (Personal de Enfermería, Personal Médico, Especialidades)**

Disponibilidad 24 horas, en turnos diurno y nocturno: 2 o 3 Urgentólogos, 2 Ortopedistas, 2 Cirujanos generales, 1 Pediatra, 10 Médicos generales, 14 Profesionales de enfermería y 25 Auxiliares de enfermería.

Disponibilidad 12 horas: Medicina Interna, Otorrinolaringología

Disponibilidad de 8 horas: Oftalmología, Psiquiatría

La relación enfermero/paciente por turno es 7 pacientes por 1 auxiliar de enfermería y 20 pacientes por 1 enfermero profesional. Esta relación se puede afectar cuando existe un aumento en el número de pacientes en el servicio de urgencias, ya que a pesar de que en tiempos de sobreocupación se hace un aumento del recurso humano, en ocasiones una auxiliar o un enfermero profesional puede llegar a tener más de los pacientes mencionados anteriormente.

Todas las especialidades responden a interconsultas según disponibilidad, al igual que las terapias de apoyo (Respiratoria, nutrición, fisioterapia). De la oportunidad en la respuesta de las interconsultas depende la toma de decisiones en cuanto al manejo y conducta a tomar con cada paciente.

La distribución el recurso humano puede variar dependiendo de la condición de ocupación del servicio, por ende, cada coordinador de área tiene la responsabilidad de reasignar responsabilidades conforme a las necesidades de cada servicio e institución.

### **C) Descripción del procedimiento de ingreso y atención en urgencias:**

El procedimiento de ingreso y atención de urgencias inicia con la preadmisión del paciente, aquí se da la bienvenida al paciente, se registra su documento al sistema por medio del identificador de cédulas o de manera manual en caso de ser necesario, al mismo tiempo que se identifican algunas necesidades específicas del paciente (Silla de ruedas, camilla, requerimiento de aislamiento o prioridad por pertenecer a población vulnerable, etc.). El identificador de cédulas es un dispositivo que permite a la institución reducir el tiempo para la preadmisión.

Luego se realiza el TRIAGE por Enfermeros/as profesionales cumpliendo con lo reglamentado a nivel nacional, teniendo en cuenta la escala de cinco niveles Emergency Severity Index (ESI).

Terminada la clasificación, el paciente procede a hacer la admisión en caso de que haya sido clasificado como TRIAGE I, II o III. Este procedimiento se realiza posterior a la clasificación de la urgencia, por ende, los procesos administrativos de aseguramiento no se sobrepone a la decisión asistencial de la atención. Es importante resaltar que entre más estandarizada este la escala, mejor y más

homogéneas serán las decisiones tomadas por los profesionales en lo relacionado con la clasificación de la urgencia.

Posterior a esto el paciente es ubicado en sala de espera, hasta que el medico de consultorio proceda a llamarlo para realizar el ingreso Médico, el cual incluye: la anamnesis, evaluación integral con enfoque de riesgo del paciente y sus necesidades, identificación de población vulnerable, valoración de expectativas del paciente y su acompañante, determinación de impresión diagnóstica, definir necesidad de tratamiento farmacológico y realización de procedimientos incluidas las ayudas diagnósticas y laboratorio, identificar necesidades de aislamiento específico o patologías de vigilancia en salud pública, definir área e ubicación acorde a condición clínica del paciente, educar a paciente y familiar sobre plan de manejo haciendo firmar consentimientos, realizar registros clínicos de manera detallada y adecuada en la historia clínica y entregar al paciente a personal de Enfermería.

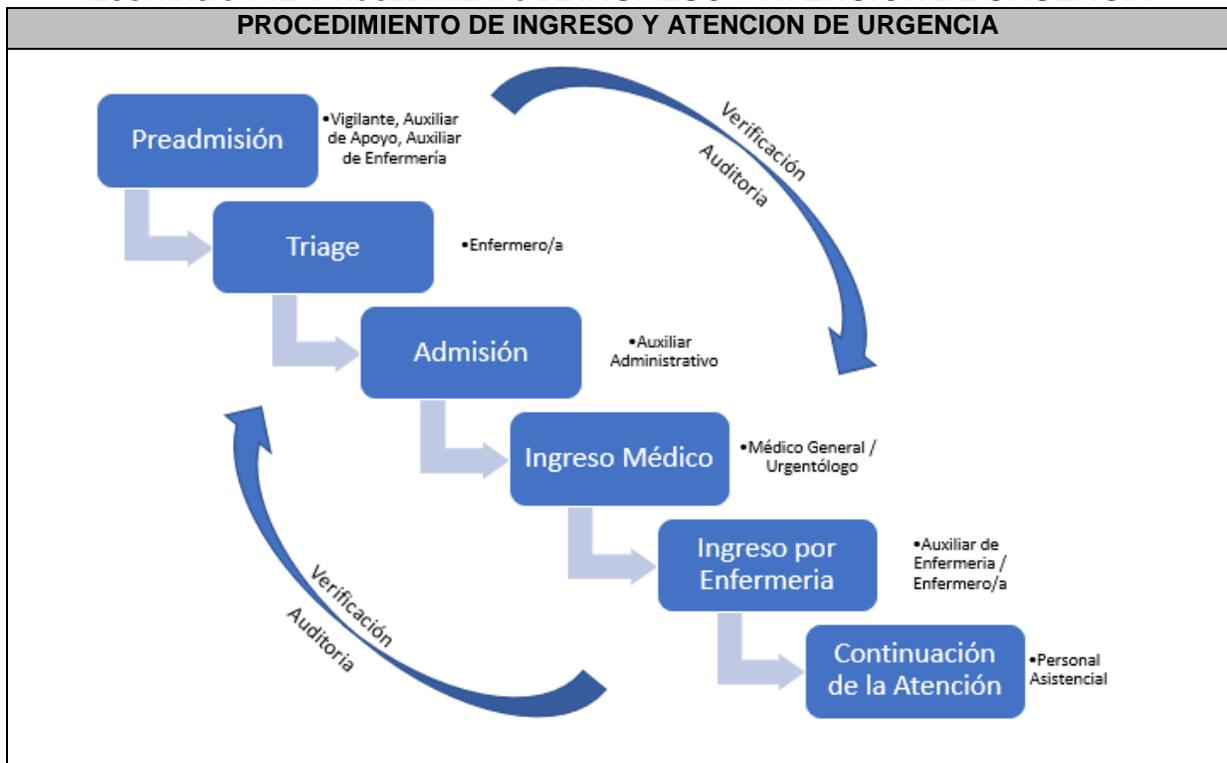
Una vez el paciente es entregado al personal de enfermería este procede a realizar el Ingreso por Enfermería, procedimiento que implica la ubicación del paciente en área asignada, monitorización del mismo según aplique, registro de signos vitales y realización de procedimientos definidos y ordenados con previo consentimiento informado de paciente o representante legal, verificar identificación del paciente según protocolos institucionales, realizar valoración y plan de cuidado según necesidades del paciente, establecer y educar sobre medidas de seguridad y manual del usuario y realizar registros de enfermería de manera detallada y adecuada en la historia clínica.

Una vez finalizado este procedimiento, inicia la continuación de la atención, que implica verificar a las 6 horas desde el ingreso del paciente si es posible definir una conducta terapéutica (ubicación del paciente en servicio de hospitalización, nuevos estudios diagnósticos, cirugía, remisión, egreso) de acuerdo a esto se

prosigue con la planeación de la atención ejecución de cuidados y tratamiento para dar continuidad a la atención.

El procedimiento de verificación está asociado a la auditoría de la historia clínica y medición de adherencia a guías de práctica clínica, procedimientos y protocolos estandarizados en la institución más la medición y seguimiento a la satisfacción del usuario que se realiza de manera constante durante todo el proceso de atención. En sala de espera existe un llamador por alta voz el cual facilita el desempeño de los profesionales y reduce tiempos perdidos en desplazamiento hasta salas de espera.

**ILUSTRACIÓN 12 PROCEDIMIENTO DE INGRESO Y ATENCION DE URGENCIA**  
**PROCEDIMIENTO DE INGRESO Y ATENCION DE URGENCIA**



**Fuente:** Construcción del investigador con datos emanados de la IPS Universitaria.

## Medición del tiempo transcurrido durante el procedimiento de ingreso y atención en urgencias

La medición de los tiempos transcurridos para el procedimiento de ingreso y atención en urgencias se da mediante los indicadores de oportunidad en clasificación de TRIAGE y resolutiveidad.

En la siguiente tabla podemos evidenciar la oportunidad para la clasificación del triage medida en minutos, la institución tiene unos valores meta donde establece un valor límite (máximo – sobresaliente) con el fin de evaluar el nivel de cumplimiento y establecer límites de variación por condiciones específicas de funcionamiento del servicio.

*TABLA 1 OPORTUNIDAD EN CLASIFICACIÓN DEL TRIAGE PARA EL AÑO 2020*

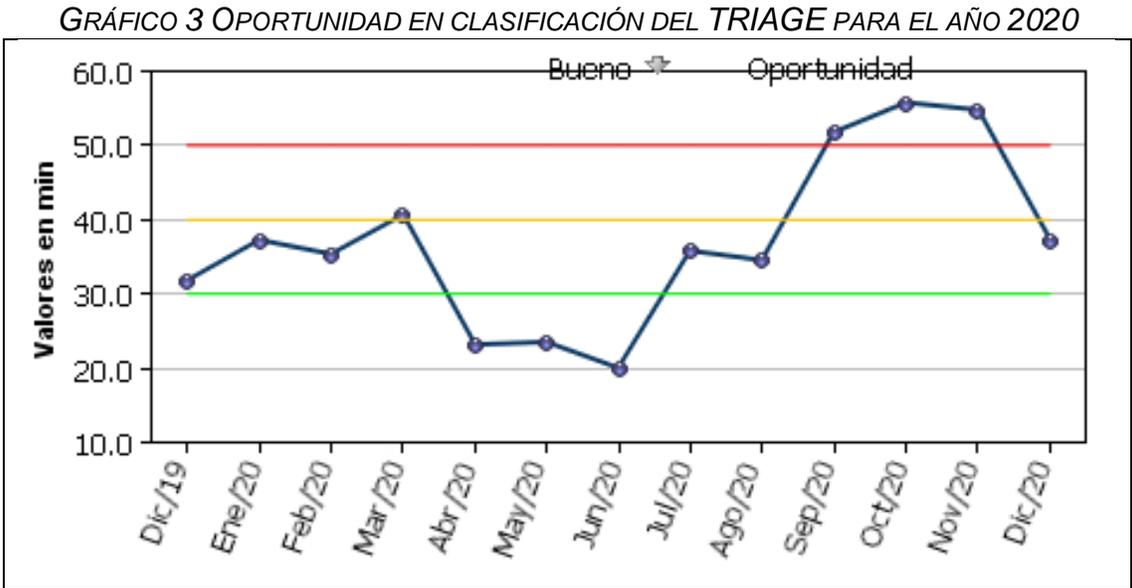
<b>Año</b>	<b>Mes</b>	<b>Valor en minutos</b>	<b>Tiempo Máximo</b>	<b>Meta</b>	<b>Tiempo Sobresaliente</b>
2020	Dic	37.2	50.0	40.0	30.0
2020	Nov	54.6	50.0	40.0	30.0
2020	Oct	55.6	50.0	40.0	30.0
2020	Sep	51.6	50.0	40.0	30.0
2020	Ago	34.4	50.0	40.0	30.0
2020	Jul	35.7	50.0	40.0	30.0
2020	Jun	19.9	50.0	40.0	30.0
2020	May	23.4	50.0	40.0	30.0
2020	Abr	23.0	50.0	40.0	30.0
2020	Mar	40.5	50.0	40.0	30.0
2020	Feb	35.2	50.0	40.0	30.0
2020	Ene	37.1	50.0	40.0	30.0

**Fuente:** Información suministrada de la IPS Universitaria

Según la tabla número 1 el tiempo máximo en minutos para la clasificación de triage es 50, el tiempo ideal (sobresaliente) es 30 minutos, por ende, se establece una

meta de 40 minutos como tiempo de espera para la clasificación del triage dentro del servicio de urgencias, de acuerdo a esto el comportamiento del indicador de oportunidad durante el año 2020 fue adecuado para la mayoría de los meses de este año, sin embargo se evidencia un tiempo promedio mayor a los 50 minutos durante los meses de noviembre, octubre y septiembre, esto podría explicarse a una disminución del personal asignado para la realización de esta actividad.

En el siguiente grafico podemos evidenciar el comportamiento de los valores mencionados anteriormente, donde se resalta de color verde el tiempo ideal (sobresaliente) para la clasificación del triage, de color amarillo el valor meta y de color rojo el tiempo máximo permitido. El objetivo es mantener la oportunidad de clasificación del triage dentro de los valores de tiempo ideal y valor meta.



**Fuente:** Información suministrada de la IPS Universitaria

En la siguiente tabla podemos evidenciar el indicador de resolutivez del servicio de urgencias para el año 2020, entendiendo la resolutivez como la capacidad de definir la conducta de un paciente teniendo en cuenta su motivo de consulta, su evaluación inicial, su evolución dentro del servicio y los resultados de las ayudas

diagnósticas y laboratorios. Para realizar la definición de conducta la institución establece un valor meta de 8 horas, dejando un tiempo máximo de 12 horas y un tiempo ideal (sobresaliente) de 6 horas.

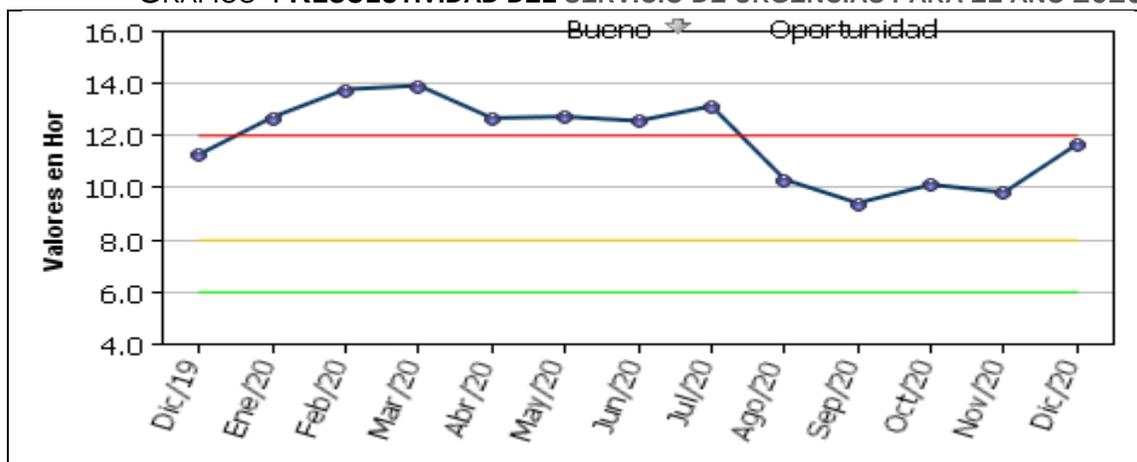
*TABLA 2 RESOLUTIVIDAD DEL SERVICIO DE URGENCIAS PARA EL AÑO 2020*

<b>Año</b>	<b>Mes</b>	<b>Valor</b>	<b>Máximo</b>	<b>Meta</b>	<b>Sobresaliente</b>
2020	Dic	11.6	12.0	8.0	6.0
2020	Nov	9.8	12.0	8.0	6.0
2020	Oct	10.1	12.0	8.0	6.0
2020	Sep	9.4	12.0	8.0	6.0
2020	Ago	10.3	12.0	8.0	6.0
2020	Jul	13.1	12.0	8.0	6.0
2020	Jun	12.5	12.0	8.0	6.0
2020	May	12.7	12.0	8.0	6.0
2020	Abr	12.6	12.0	8.0	6.0
2020	Mar	13.9	12.0	8.0	6.0
2020	Feb	13.7	12.0	8.0	6.0
2020	Ene	12.7	12.0	8.0	6.0

**Fuente:** Información suministrada de la IPS Universitaria

En el siguiente grafico podemos evidenciar el comportamiento de los valores mencionados anteriormente, donde se resalta de color verde el tiempo ideal (sobresaliente) para la clasificación del triage, de color amarillo el valor meta y de color rojo el tiempo máximo permitido. El objetivo es mantener el indicador de resolutivez del servicio de urgencias dentro de los valores de tiempo ideal (6 horas) y valor meta (8 horas).

GRÁFICO 4 RESOLUTIVIDAD DEL SERVICIO DE URGENCIAS PARA EL AÑO 2020



**Fuente:** Información suministrada de la IPS Universitaria

Según la información suministrada anteriormente podemos evidenciar que la resolutivez del servicio de urgencias para todo el año 2020 estuvo fuera del valor meta, con tiempos superiores a 20 horas; es decir, la capacidad de tomar una decisión con cada paciente respecto a su estado de salud inicial y su evolución está tomando un tiempo prolongado, esto podría explicarse por varias razones: el nivel de complejidad de la institución facilita que los pacientes que acuden a ella sean pacientes pluripatológicos con estados de salud muy graves los cuales podrían requerir múltiples ayudas diagnósticas y laboratorios antes de poder definir su condición de salud y pronóstico. Además, esto también implica un trabajo interdisciplinario, lo que no solo requiere la valoración por médico general, sino que también requiere valoración con múltiples especialidades que pueden o no realizar una valoración inmediata al paciente.

Adicional a esto el tiempo de respuesta del personal de enfermería tiene gran influencia, ya que entre más rápido se dé el cumplimiento de órdenes medicas por parte de enfermería, más rápido se podrá hacer una revaloración al paciente con el fin de tomar decisiones importantes sobre su condición de salud y su destino final (hospitalización o egreso), para esto es indispensable que la oportunidad en

realización de procedimientos, toma de muestras y administración de tratamientos sea eficiente y de calidad.

Es importante también mencionar la oportunidad en la realización de ayudas diagnósticas, ya que de esto dependen las decisiones finales de los médicos y especialistas respecto a condición de salud de los pacientes, entre más rápido se indique, se programe y se realice una ayuda diagnóstica, más rápido los médicos y especialistas pueden reevaluar al paciente y definir su pronóstico y por ende destino final.

#### **D) Análisis de factores influyentes en Oportunidad en clasificación de TRIAGE y capacidad resolutive.**

Uno de los principales factores positivos que pueden influir en la disminución del tiempo para oportunidad en la clasificación de TRIAGE es la asignación adecuada en enfermeros responsabilizados con dicha actividad, ya que, al disminuir el estándar, aumentan los tiempos de espera para dicha clasificación, otros de los factores positivos es la estandarización y constante capacitación del procedimiento que permita mejorar el desempeño profesional.

Uno de los principales factores positivos que pueden mejorar la capacidad resolutive del estado de salud del paciente en urgencias es la realización de procedimientos menores y administración de medicamentos por parte del equipo de enfermería. Adicional a esto la oportunidad en la realización de ayudas diagnósticas y reporte de resultados de laboratorios es indispensable para que el personal médico tome decisiones respecto al manejo del paciente y pronta definición de conducta.

Si bien se han descrito dos procedimientos puntuales (realización de procedimientos de enfermería y ayudas diagnósticas), estos procedimientos

involucran otras áreas del servicio tales como farmacia, personal que apoya el traslado de pacientes y agenda de área de ayudas diagnosticas o laboratorio, el funcionamiento de estas áreas también influye en los resultados obtenidos en cuanto a oportunidad de cada procedimiento del servicio de urgencias.

#### **E) Descripción y análisis de la oportunidad en la realización de procedimientos de enfermería**

A la fecha no existe en la institución un control del tiempo trascendido para cada actividad, por ende, no se puede medir la capacidad de respuesta de los profesionales de enfermería ante las necesidades específicas de los pacientes que requieren la realización de algún procedimiento (electrocardiograma, paso de sonda vesical, curación) o la administración de algún medicamento.

La oportunidad en la realización de procedimientos de enfermería podría implementarse mediante la validación en el sistema de los registros de enfermería, sin embargo estos datos no serían 100% confiables ya que enfermería es una profesión activa, que se caracteriza por el cuidado directo del paciente, respondiendo constantemente a sus necesidades según tiempo disponible y cantidad de responsabilidades asignadas, por ende los registros realizados en las historias clínicas pueda que no reflejen el tiempo real de la realización de cada actividad y plan de cuidado.

#### **F) Descripción y análisis de la oportunidad en la realización de las ayudas diagnósticas**

Como se mencionó anteriormente la oportunidad en la realización de las ayudas diagnosticas es indispensable en la toma de decisiones para definir conducta con un paciente en el servicio de urgencias. A continuación, se describen las citas asignadas para realización de ayudas diagnosticas en la institución al

mismo tiempo que la oportunidad de las mismas para el año 2020. (Ver Tabla 3 y 4).

En la siguiente tabla encontramos el número de ayudas diagnosticas asignadas en la institución discriminadas por tipo de ayuda diagnostica, la realización de las ayudas diagnosticas se realizan en su mayoría en espacios externos a los servicios de urgencias u hospitalización, por ende, la siguiente información es la programación general para la institución.

**TABLA 3 CITAS ASIGNADAS (CUMPLIDAS + INCUMPLIDAS) POR TIPO DE AYUDA DIAGNÓSTICA PARA EL AÑO 2020**

<b>Citas asignadas (cumplidas + incumplidas) por tipo de ayuda diagnóstica para el año 2020</b>													
Ayudas	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
Angiografía	0	0	0	0	0	0	0	21	96	0	0	4	121
Audiología	100	83	84	0	0	37	36	141	0	0	0	0	481
Ecografía	387	497	394	41	36	50	131	78	143	117	104	153	2.131
Endoscopia	327	327	232	24	43	60	80	38	84	106	80	70	1.471
Mamografía	43	73	27	0	3	136	17	13	71	59	44	51	537
Colposcopia	8	9	8	0	5	8	4	6	7	8	17	13	93
Laser oftalmología	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Pruebas de esfuerzo	22	9	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	32
Espirometría	150	257	131	0	0	0	0	0	0	0	0	0	538
Subtotal	1.037	1.255	879	65	87	291	268	297	401	290	245	291	5.406

**Fuente:** Información suministrada de la IPS Universitaria

En la siguiente tabla se muestra la oportunidad para la realización de ayudas diagnosticas para la institución, donde el tiempo de espera ideal (sobresaliente) para la realización de las mismas es de 3 horas, estableciendo un tiempo de meta de 5 horas y un valor de tiempo máximo de espera de 8 horas.

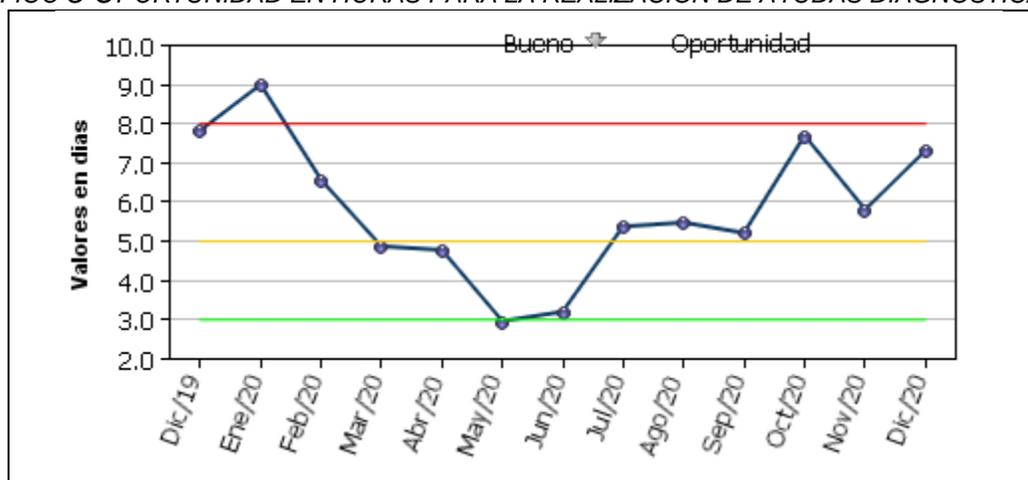
**Tabla 4 Oportunidad en horas para la realización de ayudas diagnósticas**

<b>Año</b>	<b>Mes</b>	<b>Valor</b>	<b>Máximo</b>	<b>Meta</b>	<b>Sobresaliente</b>
2020	Dic	7.3	8.0	5.0	3.0
2020	Nov	5.8	8.0	5.0	3.0
2020	Oct	7.7	8.0	5.0	3.0
2020	Sep	5.2	8.0	5.0	3.0
2020	Ago	5.5	8.0	5.0	3.0
2020	Jul	5.4	8.0	5.0	3.0
2020	Jun	3.2	8.0	5.0	3.0
2020	May	2.9	8.0	5.0	3.0
2020	Abr	4.8	8.0	5.0	3.0
2020	Mar	4.9	8.0	5.0	3.0
2020	Feb	6.5	8.0	5.0	3.0
2020	Ene	9.0	8.0	5.0	3.0

**Fuente:** Información suministrada de la IPS Universitaria

En el siguiente grafico se evidencia el comportamiento del indicador de oportunidad respecto al estandar establecido según valores de referencia: Valor ideal (sobresaliente) correspondiente a 3 horas, valor meta correspondiente a 5 horas y valor máximo permitido de 8 horas.

GRÁFICO 5 OPORTUNIDAD EN HORAS PARA LA REALIZACIÓN DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS



Fuente: Información suministrada de la IPS Universitaria

De acuerdo con la información suministrada por las tablas y grafico anterior podemos evidenciar que la oportunidad en la realización de las ayudas diagnosticas para la institución estuvo casi la mitad del año por fuera de la meta propuesta por la institución, si correlacionamos esto con el porcentaje ocupacional de este año 2020 podemos evidenciar que a mayor número de pacientes dentro de los servicios (tanto de urgencias como hospitalización) mayor es el tiempo de espera en la realización de las ayudas diagnósticas, como se observa en el grafico anterior, los meses con tiempos máximos de oportunidad en la realización de las ayudas diagnosticas sobrepasan las 7 horas. El aumento del número de pacientes dentro de la institución es proporcional a la demanda de servicios tales como realización de procedimientos, ayudas diagnósticas, laboratorios e interconsultas a las diferentes especialidades médicas.

De acuerdo a esto, es indispensable que la institución elabore planes de contingencia que permita dar respuesta a la demanda en la programación y realización de las diferentes ayudas diagnosticas requeridas.

En la siguiente tabla se puede observar el indicador de oportunidad en la realización de radiologías simples dentro de la institución, donde se establece un

valor ideal (sobresaliente) de 1 día, un valor meta de 2 días y un valor máximo de demora para la realización de dicha ayuda diagnóstica de 3 días.

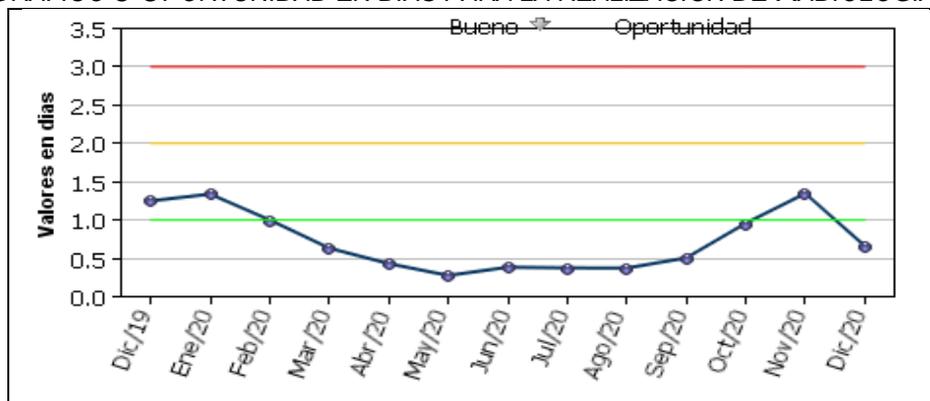
**TABLA 5 OPORTUNIDAD EN DÍAS PARA LA REALIZACIÓN DE RADIOLOGÍA SIMPLE**

Año	Mes	Valor	Máximo	Meta	Sobresaliente
2020	Dic	0.7	3.0	2.0	1.0
2020	Nov	1.3	3.0	2.0	1.0
2020	Oct	0.9	3.0	2.0	1.0
2020	Sep	0.5	3.0	2.0	1.0
2020	Ago	0.4	3.0	2.0	1.0
2020	Jul	0.4	3.0	2.0	1.0
2020	Jun	0.4	3.0	2.0	1.0
2020	May	0.3	3.0	2.0	1.0
2020	Abr	0.4	3.0	2.0	1.0
2020	Mar	0.6	3.0	2.0	1.0
2020	Feb	1.0	3.0	2.0	1.0
2020	Ene	1.3	3.0	2.0	1.0
2019	Dic	1.2	3.0	2.0	1.0

**Fuente:** Información suministrada de la IPS Universitaria

En el siguiente gráfico se evidencia el comportamiento del indicador de oportunidad en la realización de radiología simple respecto a al estándar establecido según valores de referencia: Valor ideal (sobresaliente) correspondiente a 1 día, valor meta correspondiente a 2 días y valor máximo permitido de 3 días.

**GRÁFICO 6 OPORTUNIDAD EN DÍAS PARA LA REALIZACIÓN DE RADIOLOGÍA SIMPLE**



**Fuente:** Información suministrada de la IPS Universitaria

Según la información dada anteriormente podemos observar que los tiempos de realización de radiología simple para la institución durante todo el año 2020 permanecieron cerca al valor ideal (1 día), es decir, el proceso de indicación, programación y realización de dicha ayuda diagnóstica ha funcionado adecuadamente impactando de manera positiva en el indicador de oportunidad.

Es importante resaltar el área de radiología se encuentra dentro del servicio de urgencias, lo que facilita la programación y realización de manera adecuada y rápida.

Toda la información suministrada anteriormente hace referencia a la oportunidad de ayudas diagnósticas para toda la clínica, hasta la fecha el sistema no discrimina oportunidad por servicio.

**G) Recomendaciones para mejorar la oportunidad en la realización de los procedimientos de enfermería y las ayudas diagnósticas que impacten en la resolutivez del servicio de urgencias.**

- Activar una alerta de inicio de estado de sobreocupación, con el fin de que cada líder de área reasigne su personal y recursos.
- Mantener con buen funcionamiento el identificador de cédulas ya que este disminuye el tiempo de preadmisión.
- Mantener con buen funcionamiento el llamador por altavoz ya que este omite el tiempo utilizado por los profesionales en el desplazamiento a salas de espera.
- Mantener siempre estándar de profesionales suficiente según porcentaje ocupacional de la institución.

- Estandarizar la clasificación del TRIAGE de tal forma que se optimice el desempeño en el personal de enfermería y se realice una clasificación de urgencias menos subjetiva.
- Mantener siempre estándar de profesionales de enfermería suficientes por turno, redistribuir el personal según condiciones del servicio; tiempos con aumento de demanda - tiempos muertos.
- Establecer personal de enfermería que se encargue de cumplir de manera oportuna con los procedimientos en el servicio de urgencias, regidos por un tiempo de respuesta máximo que garantice oportunidad en cumplimiento de órdenes médicas.
- Actualizar permanentemente registros clínicos y demás informes con el fin de realizar control y auditoría constante que permita evaluar todos los procesos a tiempo, identificar fallas e implementar mejoras pertinentes.
- Establecer personal encargado de verificar el tiempo de respuesta de las interconsultas.
- A la fecha no hay indicadores de oportunidad de respuesta de enfermería en lo relacionado a la realización de procedimientos en el servicio de urgencia, este análisis es indispensable ya que permitiría establecer planes de mejora que favorezcan el proceso de definición de conducta del paciente. Además, es necesario realizar un análisis de la relación y nivel de influencia del funcionamiento del servicio de farmacia con la respuesta del personal de enfermería en lo relacionado a la oportunidad en la administración de tratamientos.
- En tiempos de alta ocupación redistribuir recurso humano de área de farmacia de tal forma que se mejore el proceso de entrega de medicamentos e insumos al personal de enfermería, dando prioridad a los servicios requeridos.
- En tiempos de alta ocupación redistribuir recurso humano de área de apoyo para traslado de pacientes de tal forma que se mejore el

proceso del traslado de los pacientes para ayudas diagnósticas, otros servicios, egresos, etc. Asignar a auxiliar de apoyo para realizar el traslado de muestras al laboratorio de manera oportuna.

- Establecer un auxiliar de enfermería que se encargue de las tomas de muestra para laboratorio del servicio de urgencias, con el fin mejorar la oportunidad en la toma y transporte de muestras y por ende en el reporte de los resultados.
- Asignar una persona que se encargue de verificar la programación de ayudas diagnósticas, requisitos y todo lo relacionado con la gestión del traslado de los pacientes a estos servicios y la realización de las mismas.
- Definir de todas las ayudas diagnosticas las que tienen más frecuencia con el fin de dar prioridades en programación y realización de las mismas.

- **Evaluar los procesos del centro regulador (CRIPS) en lo relacionado con la asignación de camas en hospitalización para mejorar la disponibilidad de las mismas**

#### **A) Camas habilitadas para el servicio de Hospitalización**

El siguiente reporte demuestra la clasificación de camas disponibles en la institución para la utilización oportuna en las áreas de hospitalización. Detalle del año 2019 y el año 2020.

- Para el año 2019 el número aproximado de camas habilitadas fue:  
Hospitalización general: 422  
Hospitalización UCE y UCI: 76 clasificadas así; UCE: 32 y UCI: 44
- Para el año 2020 el número aproximado de camas habilitadas fue:  
Hospitalización general: 422

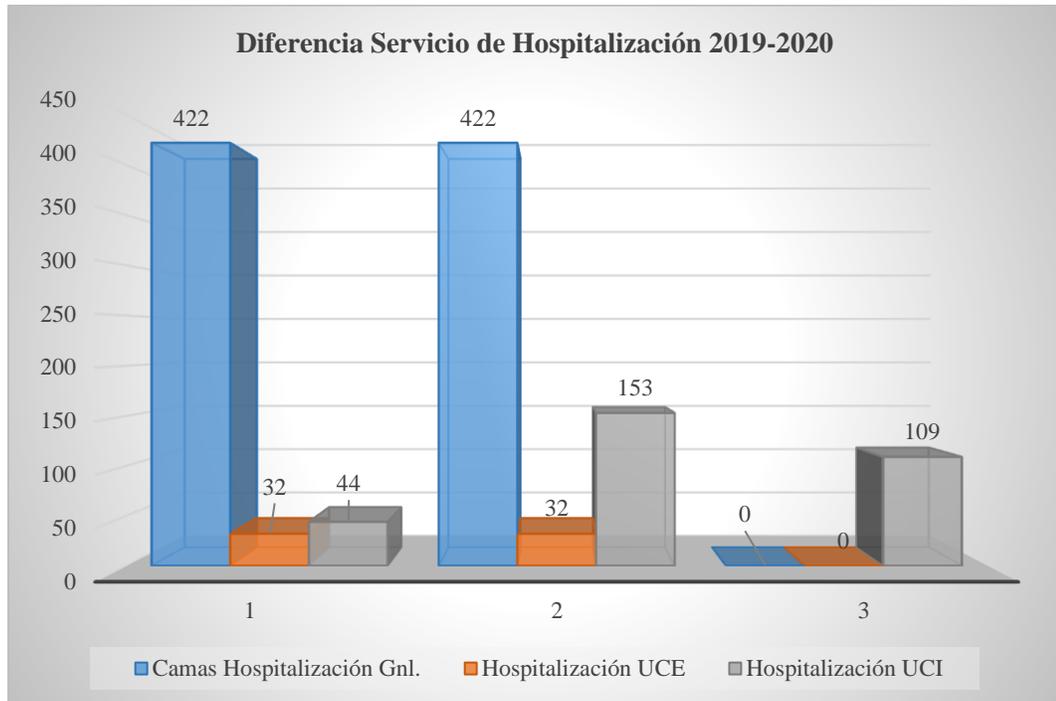
Hospitalización UCE y UCI: 185, clasificadas así; UCE: 32 y UCI: 153

**TABLA 6 CAMAS HABILITADAS PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN AÑOS 2019-2020**

Camas / Habitación	AÑO 2019	AÑO 2020	Diferencia
Camas Hospitalización Gnl.	422	422	0
Hospitalización UCE	32	32	0
Hospitalización UCI	44	153	109

**Fuente:** Construcción del investigador con datos Emanados de la IPS Universitaria

**GRÁFICO 7 CAMAS HABILITADAS PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN AÑOS 2019-2020**



**Fuente:** Construcción del investigador con datos Emanados de la IPS Universitaria

En la tabla 6 se puede evidenciar que en el año 2019 al 2020 el crecimiento de la disponibilidad de camas fue significativo ya que aumento en más de 100 camas en el servicio de UCI, lo que demuestra un crecimiento amplio y significativo rango que está asociado a los requerimientos demandados por la pandemia de la enfermedad COVID-19 en la ciudad de Medellín. Lo que permite analizar en este caso es que el crecimiento de hospitalización en relación a las camas para la atención de pacientes con enfermedad por covid-19 merece una programación y valoración detallada, ya que puede presentarse un límite en la capacidad de respuesta a solicitudes de hospitalización de los servicios de urgencias y referencia (remitidos) para pacientes con otro tipo de patologías, politraumatismos o postquirúrgicos.

### **B) Manejo de camas a nivel institucional**

La administración de camas a nivel institucional gracias a la tecnología es un proceso centralizado realizado por medio de profesionales del área de referencia y contra referencia quienes toman decisiones soportados en protocolo institucional, condiciones y necesidades específicas de los pacientes.

El proceso de gestión de cama hospitalaria en la IPS Universitaria, tiene en cuenta el uso eficiente del recurso, para garantizar el cumplimiento de la orden médica e indicación de la hospitalización según requerimientos de especialidad, aislamiento y seguridad.

La recepción de las solicitudes de la remisión de un paciente de la IPS Universitaria, requiere la asignación de cama, por página web, a través de la plataforma virtual módulo de remisión. La Regulación del paciente urgente que viene de urgencia procedente de otra prestadora puede regularse mediante de las plataformas del CRUE Y SEM, o en muchas ocasiones no son reguladas, y llegan al servicio de urgencias de manera espontánea.

El personal de referencia tiene la responsabilidad de ingresar al GHIPS e ir verificando las solicitudes pendientes, registrar todos los datos clínicos y administrativos del paciente y hacer seguimiento del caso. Tienen que realizar la consulta a la enfermera de turno por la disponibilidad y estado de la cama cuando el paciente cumple criterios clínicos y administrativos para la asignación (E: 29) (E: 54) (E: 53).

Las solicitud y asignación de la cama se realiza teniendo en cuenta el tipo de aislamiento que requiere el paciente según condición clínica (E: 22) (E: 40) (E: 29) (E: 54) (E: 53) (E: 22) y según el protocolo de precaución por transmisión del paciente hospitalizado.

Se puede evidenciar que la IPS Universitaria cuenta con un alto número de camas disponibles tanto para urgencias (115) como para el servicio de hospitalización (707), pero aun con toda esta disponibilidad, el aumento progresivo de la demanda de atención hace que no se suficiente. Una de las ventajas en el manejo de las camas es el uso de la tecnología de la institución que permite que sea un proceso centralizado con personal capacitado y disponible 24 horas para hacer seguimiento a solicitudes de asignación de camas y distribución de las mismas según prioridades detectadas.

### **C) Pacientes ingresados a urgencias y trasladados a hospitalización**

A continuación, en la tabla número 7 se agrupan la información relacionada con: Numero total de pacientes clasificados en el área de triage (columna2), número total de pacientes con realización del formato F3 (columna3), el cual corresponde a la valoración inicial por parte del médico en el servicio de urgencias, número total de pacientes con Triage Expres (columna 4) que hace referencia a los pacientes que por su condición de gravedad requirieron un ingreso directo al sistema lo que

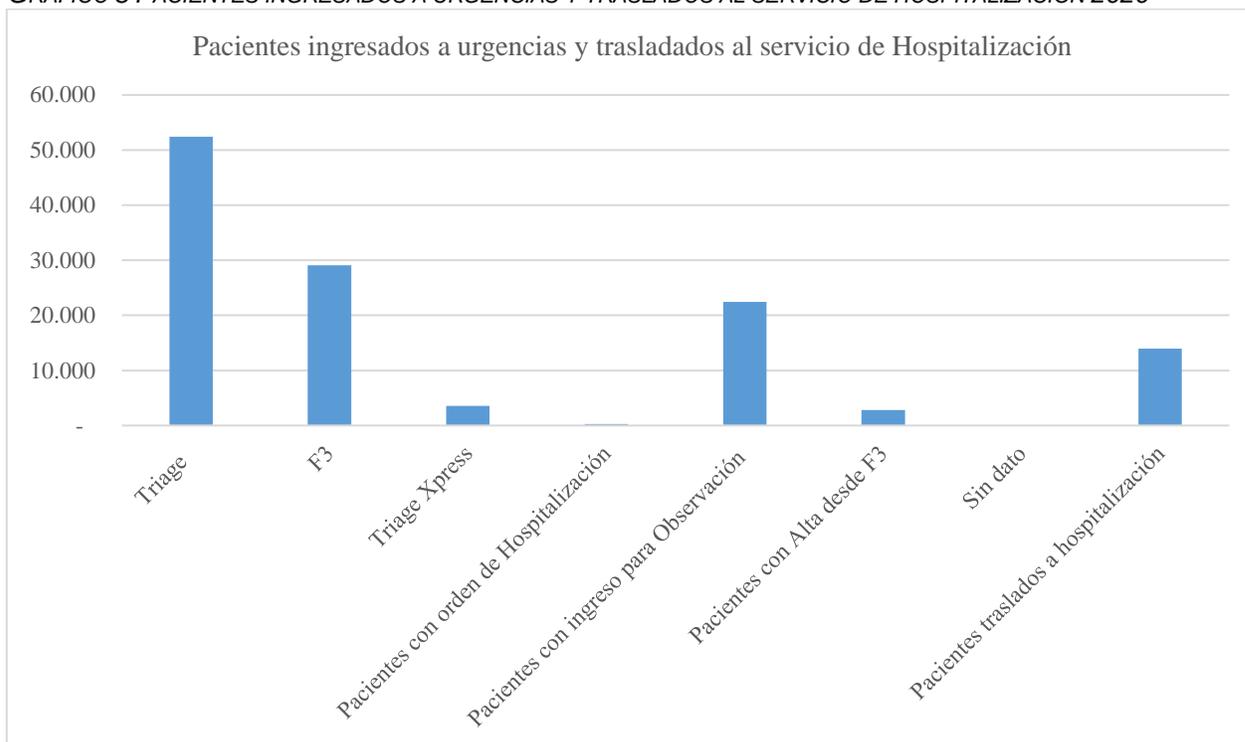
facilita el registro e indicaciones médicas en la historia clínica del paciente, número total de pacientes con orden de hospitalización desde el F3 (valoración inicial) (columna 5), número total de pacientes con ingreso al servicio de urgencias para observación y posterior definición de conducta (columna 6), número total de pacientes quienes fueron dados de alta desde el F3 (valoración inicial) (columna7), la columna 8 de la tabla hace referencia a número de pacientes sin datos de definición de conducta desde el formato de F3 (valoración inicial) y la última columna hace referencia al número total de pacientes los cuales fueron trasladados del servicio de urgencias al servicio de hospitalización.

**TABLA 7 PACIENTES INGRESADOS A URGENCIAS Y TRASLADADOS AL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN EN EL 2020**

<b>Pacientes ingresados a urgencias y trasladados al servicio de Hospitalización</b>								
<b>Mes</b>	<b>Triage</b>	<b>F3</b>	<b>Triage Xpress</b>	<b>Pacientes con orden de Hospitalización</b>	<b>Pacientes con ingreso para Observación</b>	<b>Pacientes con Alta desde F3</b>	<b>Sin dato</b>	<b>Pacientes trasladados a hospitalización</b>
<b>Enero</b>	5.062	2.401	150	20	1.942	288	1	1.144
<b>Febrero</b>	4.939	2.651	156	21	2.064	408	2	1.134
<b>Marzo</b>	4.391	2.157	182	15	1.706	253	1	1.087
<b>Abril</b>	2.583	1.427	228	26	1.063	110	-	930
<b>Mayo</b>	3.376	1.867	318	25	1.336	187	1	1.003
<b>Junio</b>	3.408	1.904	318	19	1.379	187	1	1.124
<b>Julio</b>	4.111	2.521	429	27	1.861	202	2	1.347
<b>Agosto</b>	3.837	2.614	332	33	2.018	229	2	1.340
<b>Septiembre</b>	5.297	2.909	389	37	2.271	208	4	1.264
<b>Octubre</b>	5.571	2.919	375	23	2.265	251	5	1.288
<b>Noviembre</b>	4.916	2.756	313	28	2.180	231	4	1.119
<b>Diciembre</b>	4.947	2.990	345	22	2.359	264	-	1.186
<b>Total</b>	52.438	29.116	3.535	296	22.444	2.818	23	13.966

**Fuente:** Construcción del investigador con datos Emanados de la IPS Universitaria.

GRÁFICO 8 PACIENTES INGRESADOS A URGENCIAS Y TRASLADOS AL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN 2020



**Fuente:** Construcción del investigador con datos Emanados de la IPS Universitaria.

De acuerdo con la información suministrada en la tabla 7 podemos evidenciar que durante todo el año el número de pacientes que acuden a la institución es alto, 52.438 pacientes, sin embargo, la aplicación de la clasificación del triage permite a la institución ingresar a valoración médica a aproximadamente la mitad de los pacientes consultantes, esto traduce que la clasificación de triage es una herramienta fundamental en la descongestión de los servicios de urgencias de alta complejidad, permitiendo la priorización de los pacientes con signos o síntomas que representan riesgo de muerte y con requerimientos de atención de alta complejidad; esto podría explicar el número de realizaciones de Triage Express (3.535) los cuales representan la necesidad de ingresar al paciente en el sistema de la clínica de manera inmediata con el fin de iniciar con el proceso de atención e indicación de ordenes médicas que permitan garantizar la oportunidad en la atención según gravedad del paciente.

Del total de los pacientes con valoración médica inicial (29.116) podemos evidenciar que son muy pocos los pacientes (296) que desde el inicio tienen clara las necesidades terapéuticas y son hospitalizados, por ende, la mayoría de pacientes (22.444) ingresan al servicio de urgencias y son dejados en las áreas de observación con el fin de re - evaluar su evolución según resultados de ayudas diagnósticas o laboratorios, realización de procedimientos emergentes o administración de tratamientos. Es por esto que el funcionamiento del servicio de urgencias en cuando a oportunidad en la realización de procedimientos de enfermería, de ayudas diagnósticas y laboratorios es indispensable ya que de estos depende la capacidad resolutoria de los médicos o especialistas para poder definir la conducta final con cada paciente.

También es importante resaltar que la valoración inicial también puede funcionar como un segundo filtro en el servicio de urgencias, ya que posterior a la evaluación médica el paciente puede ser dado de alta si el medico no identifica la necesidad de atención emergente o urgente en el paciente, si bien según los datos anteriores el valor es bajo (2.818), es un valor que aporta a la disminución de la congestión del servicio y es un buen indicador de la adecuada clasificación de triage que se realiza en la institución.

Ahora, en lo relacionado los pacientes trasladados del servicio de urgencia a servicio de hospitalización, se puede percibir qué es un alto número de pacientes los que cada mes son trasladados con un promedio de 1.163, esto puede estar asociado a la condición pluripatológica de la población que consulta a la institución y al nivel de complejidad de la misma. Es claro que el número de pacientes trasladados al servicio de hospitalización durante los meses de enero febrero y marzo son similares al número de pacientes trasladados en los meses de noviembre y diciembre, de esta manera el mayor porcentaje de pacientes trasladados al servicio de hospitalización desde urgencias esta entre los meses de julio, agosto,

septiembre y octubre, esto podría contrastarse con el porcentaje ocupacional del servicio de urgencias ya que para esos meses se mantuvo entre el 82% y 85%. En términos generales el número de pacientes trasladados al servicio de hospitalización desde el servicio de urgencias es constante 13.966 traslados durante todo el año, y su aumento en frecuencia podría estar asociado al número de pacientes que consultan al servicio y la complejidad de su estado de salud.

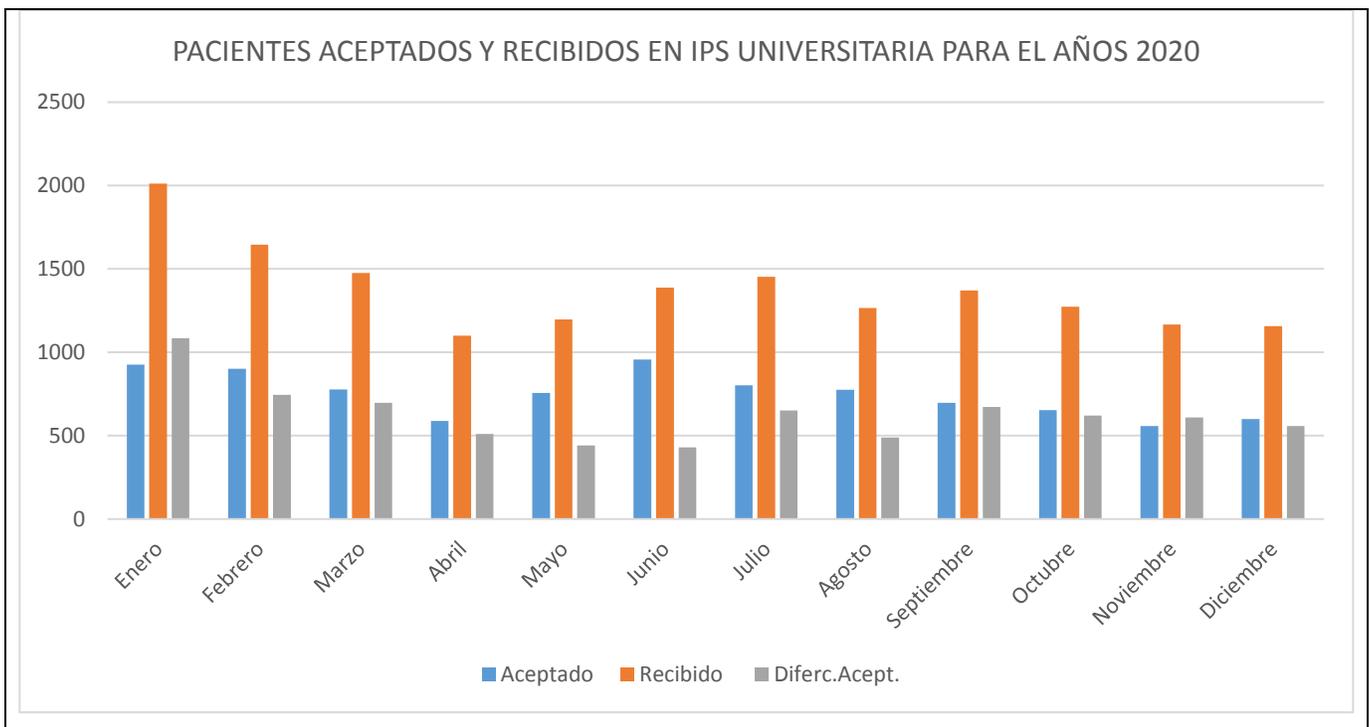
A continuación, se registran el número de pacientes aceptados y recibidos en la institución durante todo el año 2020. Entendiendo los pacientes aceptados como aquellos que cumplen con un proceso de remisión previa en el área de referencia y contra referencia, a los cuales se les realiza la asignación de una cama según las necesidades requeridas por el paciente o su condición clínica. Los pacientes recibidos hacen referencia a aquellos que no cumplen con un proceso de remisión o regulación desde el área de referencia y contra referencia, pero son recibidos para dar respuesta al requerimiento de la atención de alta complejidad ya sea en el servicio de urgencias u hospitalización.

*TABLA 8 PACIENTES ACEPTADOS Y RECIBIDOS EN IPS UNIVERSITARIA PARA EL AÑO 2020*

<b>Detalle Meses</b>	<b>Aceptados</b>	<b>Recibidos</b>	<b>Diferencia</b>
Enero	926	2011	1085
Febrero	901	1646	745
Marzo	777	1475	698
Abril	588	1099	511
Mayo	756	1197	441
Junio	957	1387	430
Julio	802	1453	651
Agosto	775	1265	490
Septiembre	698	1370	672
Octubre	653	1274	621
Noviembre	558	1167	609
Diciembre	599	1157	558
<b>Total</b>	<b>8990</b>	<b>16501</b>	<b>7511</b>

**Fuente:** Construcción del investigador con datos Emanados de la IPS Universitaria.

GRÁFICO 9 PACIENTES ACEPTADOS Y RECIBIDOS EN IPS UNIVERSITARIA PARA EL AÑO 2020



**Fuente:** Construcción del investigador con datos Emanados de la IPS Universitaria.

En la tabla número 8 se puede observar la cantidad de mensual de solicitudes de remisión aceptadas por la institución. Pero adicional a las solicitudes aceptadas, la clínica hace una recepción de pacientes mucho mayor con el fin de dar respuesta a las demandas de hospitalización de los pacientes, o traslados emergentes o urgentes no regulados. Lo que se convierte en un factor que afecta notablemente los procesos y procedimientos ya que se está recibiendo más de lo planeado según disponibilidad de recursos y esto tiene consecuencias en aumento de saturación de los servicios, desempeño de las funciones y el abastecimiento de las camas, dispositivos médicos y demás recursos de la clínica, lo cual influye en la congestión en el servicio. Cómo se puede evidenciar en la tabla 9 los pacientes aceptados en el mes de enero fueron 926 y los recibidos realmente fueron 2011, diferencia de 1085, asimismo el caso febrero, se aceptaron 901 y se recibieron 1646, la diferencia

es de 745 pacientes, esto podría explicar el estado de sobresaturación en el servicio.

La IPS por medio del área de referencia y contra referencia define la ruta de atención de pacientes que requieren hospitalización y / o atención de urgencia generada en un servicio ambulatorio de la IPS Universitaria: consulta externa, cirugía ambulatoria, salud oral, apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.

Una vez se cumpla el procedimiento de referencia del paciente quien define la ubicación del mismo es el medico que hace la atención inicial, según el estado y condición de salud real encontrado por la valoración inicial se define si el paciente requiere primero estabilización en urgencias y luego debe pasar al servicio de hospitalización o si el paciente puede ingresar directo a este servicio.

El comportamiento de las solicitudes aceptadas por remisión durante el año 2020 tuvo una fluctuación debido a lo siguiente:

- A partir del 1ro de marzo de 2020 se declaró confinamiento por el Gobierno a causa la pandemia Covid 19, periodo en el cual se limita la aceptación de pacientes fuera del Área Metropolitana por los cierres aéreos y terrestres.

- En el segundo trimestre la ocupación hospitalaria disminuyó significativamente por el confinamiento, lo cual generó posibilidad de aceptar mayor número de pacientes.

- A partir del 1 de septiembre se abre todo el país, sin restricciones algunas para el tránsito; esto generó mayor número de consultas por urgencias, atención de pacientes crónicos descompensados, aumento de los días de estancia hospitalaria y menor número de egresos institucional.

- La conversión de camas hospitalarias en UCI, como respuesta a la pandemia, redujo la posibilidad de aceptación de pacientes comentados por remisión y aumento los traslados no regulados.

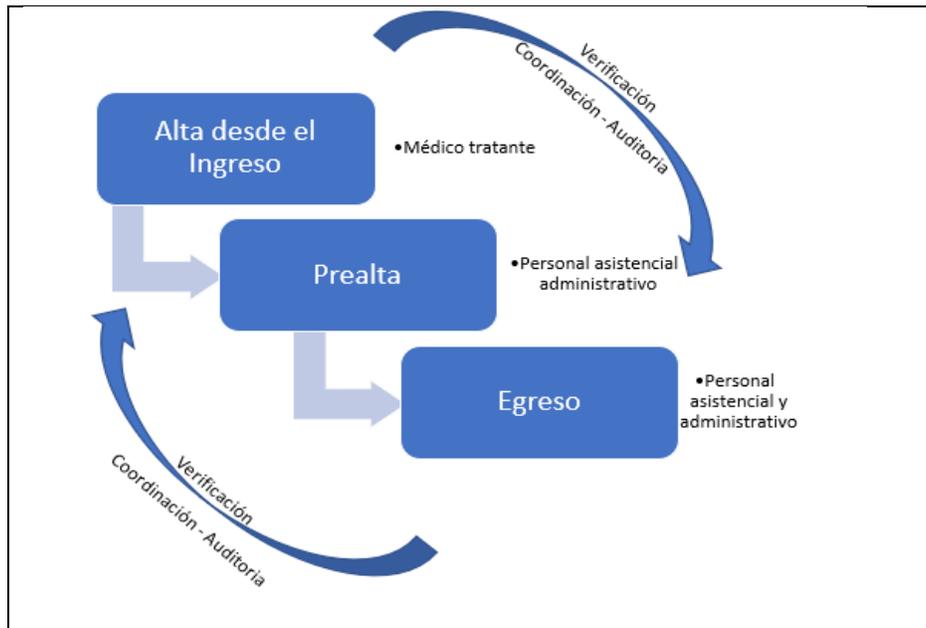
- A partir del 15 de Julio de 2020 se declara la alerta naranja en el departamento de Antioquia, y bajo el decreto 538 de 2020 el CRUE departamental asume la regulación de las camas de UCEM y UCI.

#### **D) Descripción del procedimiento de egreso.**

El procedimiento de egreso de urgencias puede ser definido desde el consultorio basado en la valoración inicial del paciente, donde el medico da orden de alta desde el ingreso con tratamiento y recomendaciones para la casa, define si hay necesidad de continuar con un seguimiento o manejo ambulatorio o, si por el contrario requiere una remisión a un menor nivel de complejidad o domiciliario para continuar la atención. Desde la valoración inicial el medico también puede definir el procedimiento de prealta que hace referencia al egreso del paciente durante las próximas 24 o 48 horas posterior al ingreso y atención. Esta información debe quedar registrada en la historia clínica de manera que todo el personal de salud gestione las órdenes necesarias para cumplir con este procedimiento.

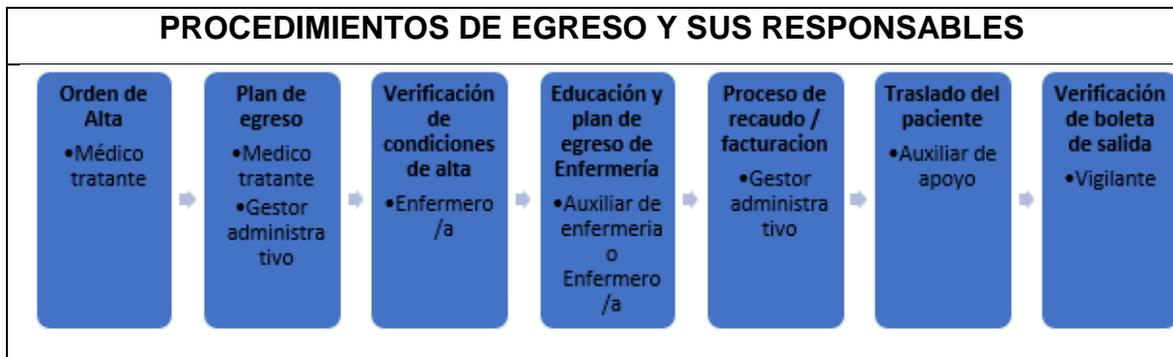
En lo relacionado con el paciente que ingresa al servicio de urgencias y recibe atención médica, la orden de egreso del servicio se da cuando se resuelve la condición de urgencia por la cual ha consultado inicialmente, en caso de requerir hospitalización, se emite dicha orden, se rotula por la especialidad y se solicita el traslado para el servicio de hospitalización requerido según necesidades del paciente.

ILUSTRACIÓN 13 PROCEDIMIENTO DE ALTA Y EGRESO



**Fuente:** Construcción del investigador con datos Emanados de la IPS Universitaria.

ILUSTRACIÓN 1412 PROCEDIMIENTOS DE EGRESO Y SUS RESPONSABLES



**Fuente:** Construcción del investigador con datos Emanados de la IPS Universitaria.

En el procedimiento de egreso están involucrados muchos actores, ya que para la definición de un egreso tanto del servicio de hospitalización como de urgencias se requiere que el paciente esté en condiciones estables y aceptables para regresar a culminar con la recuperación y condolencia en su hogar, pero para lograr esa recuperación del estado de salud es necesario cumplir con todos los tratamientos, realización de procedimientos, estudios, valoración por diferentes

disciplinas, y cada uno de estos pasos toma un tiempo, de la oportunidad de cada uno depende la rapidez del egreso del paciente, claramente sin dejar a un lado las condiciones propias del paciente y su entorno social, cultural, económico etc.

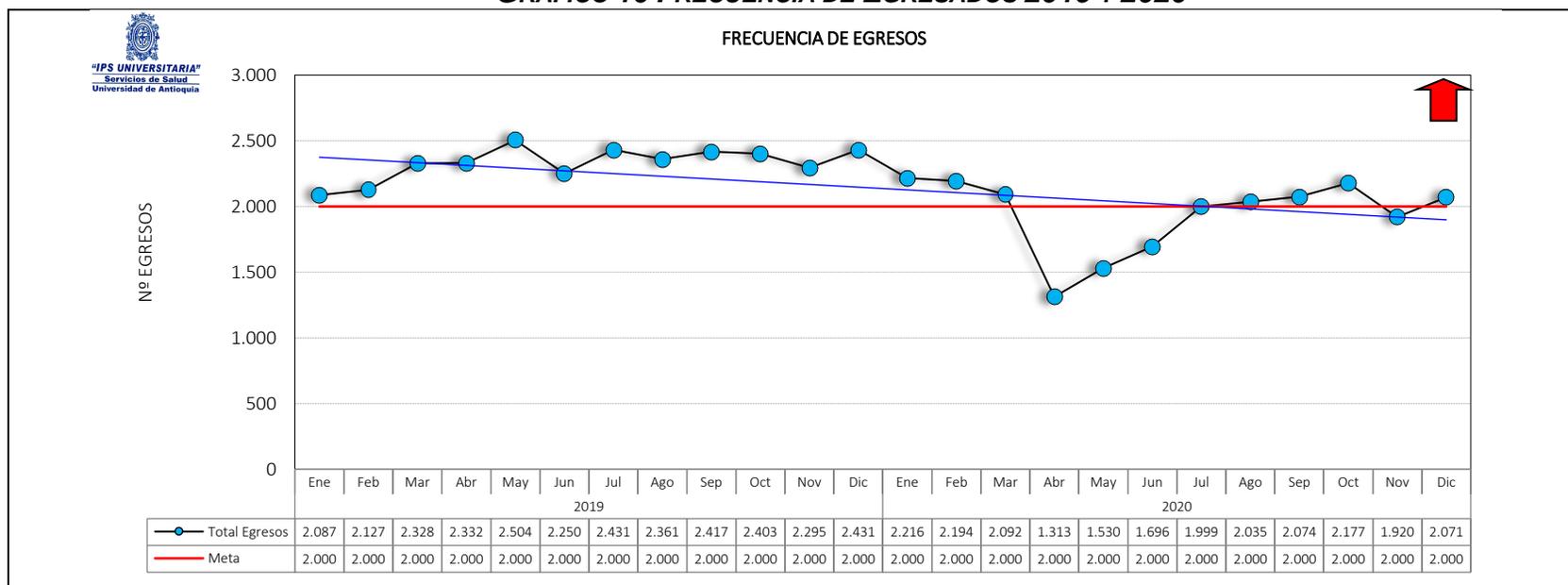
En las primeras tablas a continuación se describen el número de egresos a nivel de la institución, sumando egresos del servicio de urgencias y hospitalización, posterior a esto, se describen los egresos solo para el servicio de hospitalización. En la siguiente tabla se reporta el número de egresos para todos los servicios de la institución. La IPS Universitaria tiene valor de meta de egresos de 2.000 egresos mensuales, lo que permitiría a la institución mantener los indicadores de giro cama y estancia hospitalaria dentro de los estándares.

**TABLA 9 EGRESOS HOSPITALARIOS PARA EL AÑO 2020**

Egresos Hospitalarios para el año 2020												
Detalle Meses	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
<b>Total Egresos</b>	2.216	2.194	2.092	1.313	1.530	1.696	1.999	2.035	2.074	2.177	1.920	2.071
<b>Egresos IPS Universitaria</b>	1.803	1.728	1.718	1.206	1.339	1.487	1.729	1.747	1.721	1.772	1.552	1.677
<b>Urgencias ≥ 24 Horas</b>	413	466	374	107	191	209	270	288	353	405	368	394
Meta	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000

Fuente: Información suministrada de la IPS Universitaria

**GRÁFICO 10 FRECUENCIA DE EGRESADOS 2019 Y 2020**



Fuente: Información suministrada de la IPS Universitaria

La meta de egresos hospitalarios en toda la institución de 2000 por mes se cumple durante los primeros 4 meses, pero para los meses de abril, mayo, junio y julio se ve el descenso en egresos posiblemente relacionado con la disminución del porcentaje ocupacional en la institución dado por la pandemia, sin embargo, es claro que entre más egresos tenga la institución más será la disponibilidad para recibir nuevos pacientes.

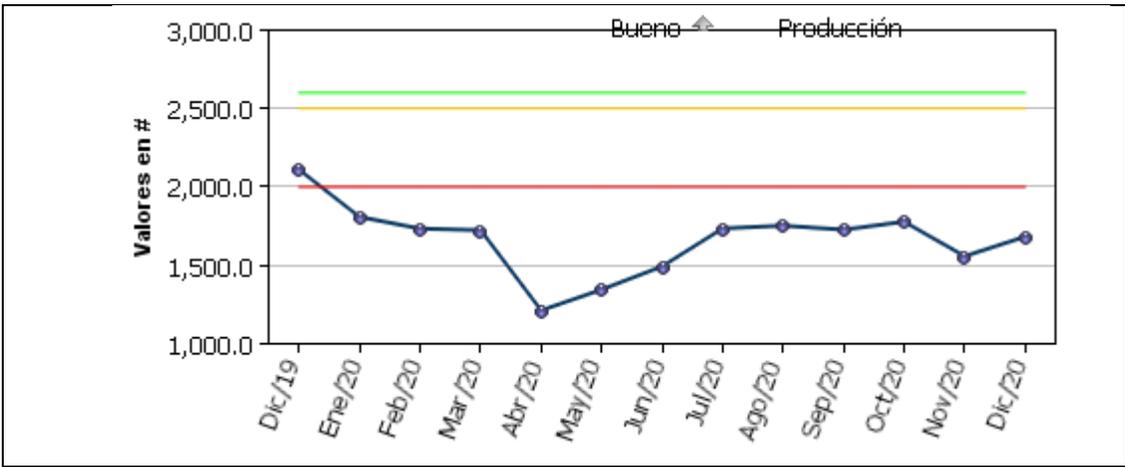
A continuación, en la tabla 10 se describen únicamente los egresos del servicio de hospitalización durante el año 2020, para este servicio específicamente la IPS Universitaria establece el valor meta de 2.500 egresos mensuales, con un valor ideal (sobresaliente) de 2.600 egresos mensuales, y un valor mínimo permitido de 2.000 egresos mensuales.

*TABLA 10 FRECUENCIA DE EGRESOS SOLO SERVICIO HOSPITALIZACIÓN*

<b>Año</b>	<b>Mes</b>	<b>Valor</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Meta</b>	<b>Sobresaliente</b>
2020	Dic	1,677.0	2,000.0	2,500.0	2,600.0
2020	Nov	1,552.0	2,000.0	2,500.0	2,600.0
2020	Oct	1,772.0	2,000.0	2,500.0	2,600.0
2020	Sep	1,721.0	2,000.0	2,500.0	2,600.0
2020	Ago	1,747.0	2,000.0	2,500.0	2,600.0
2020	Jul	1,729.0	2,000.0	2,500.0	2,600.0
2020	Jun	1,487.0	2,000.0	2,500.0	2,600.0
2020	May	1,339.0	2,000.0	2,500.0	2,600.0
2020	Abr	1,206.0	2,000.0	2,500.0	2,600.0
2020	Mar	1,718.0	2,000.0	2,500.0	2,600.0
2020	Feb	1,728.0	2,000.0	2,500.0	2,600.0

**Fuente:** Información suministrada de la IPS Universitaria

**Gráfico 11 Frecuencia De Egresos Solo Servicio Hospitalización**



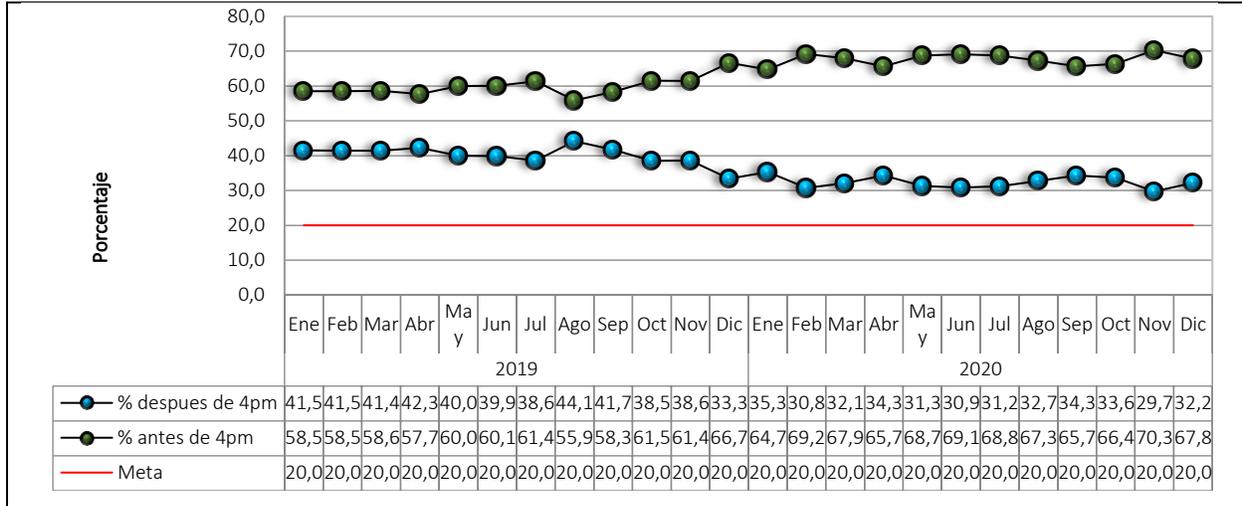
**Fuente:** Información suministrada de la IPS Universitaria

En el servicio de hospitalización durante todo el año el número de egresos estuvo por debajo de la meta, esto debido a los cambios en las características y condiciones de los pacientes consultantes, ya que por la pandemia hubo una disminución de pacientes quirúrgicos que egresan con mayor rapidez y se prolongó la estancia del paciente adulto mayor comórbido - pluripatológico. Es necesario que el servicio de hospitalización se mantenga sobre los valores meta, ya que de esto depende la disponibilidad de camas y recepción de nuevos pacientes.

**E) Patrón horario de egresos**

En la siguiente grafica se indica el número total de egresos mensuales durante el año 2020, discriminando los datos entre egresos dados antes y después de las 4 pm.

**GRÁFICO 11 EGRESOS HOSPITALARIOS ANTES Y DESPUÉS DE 4 PM EN TODA LA INSTITUCIÓN**

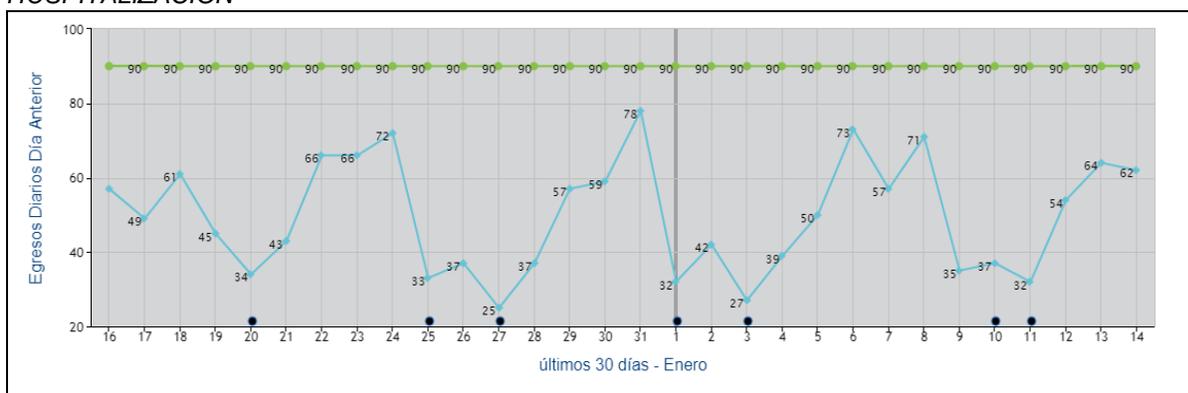


**Fuente:** Información suministrada de la IPS Universitaria

La información arrojada en la gráfica anterior se considera importante ya que es evidencia clara de cómo la realización de ayudas diagnósticas y disponibilidad de algunas especialidades influye en la toma de decisiones relacionadas con egreso hospitalario ya que muestra claramente como el número de egresos antes de la 4 pm es mayor a la cantidad de egresos que se realizan después de dicha hora, esto puede estar influenciado por que la mayoría de rondas medicas se realizan en el transcurso de la mañana, donde los médicos y especialistas dejan ordenes de realización de laboratorios, ayudas diagnósticas y procedimientos para definir egreso posterior, a pesar de que los resultados de estos procedimientos salgan para el mismo día, ya el paciente debería esperar al siguiente día para ser revalorado por la especialidad. También es claro que la disponibilidad de agenda en la realización de algunas ayudas diagnosticas solo en la mañana y parte de la tarde influye en la disminución de egresos para después de las 4 pm.

En los gráficos siguientes se ilustra el número de egresos que hay en la institución para el servicio de hospitalización y urgencias por días. Dejando en evidencia un patrón de egresos relacionado con los días de la semana.

**GRÁFICO 12 EGRESOS DIARIOS (ÚLTIMOS 30 DÍAS DE (15/01/2021)) SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN**



**Fuente:** Información suministrada de la IPS Universitaria

**GRÁFICO 13 EGRESOS DIARIOS (ÚLTIMOS 30 DÍAS DE (15/01/2021)) SERVICIO DE URGENCIAS**



**Fuente:** Información suministrada de la IPS Universitaria

Es evidente que la curva de egresos disminuye notoriamente durante los días de fin de semana (sábado, domingo); es decir la cantidad de egresos sobre todo para el servicio de hospitalización disminuyo de manera considerable, una explicación a este evento es la ya mencionada disponibilidad de especialistas y realización de ayudas diagnósticas. Lo que se puede comprobar al comprar la curva de egresos con el servicio de urgencias, a pesar de que también hay tendencia a disminuir egresos los fines de semana el cambio es menos notorio, esto podría estar relacionado con la disponibilidad de 24 horas de algunas especialidades.

## F) Analizar indicadores de estancia hospitalaria y giro cama del servicio de hospitalización

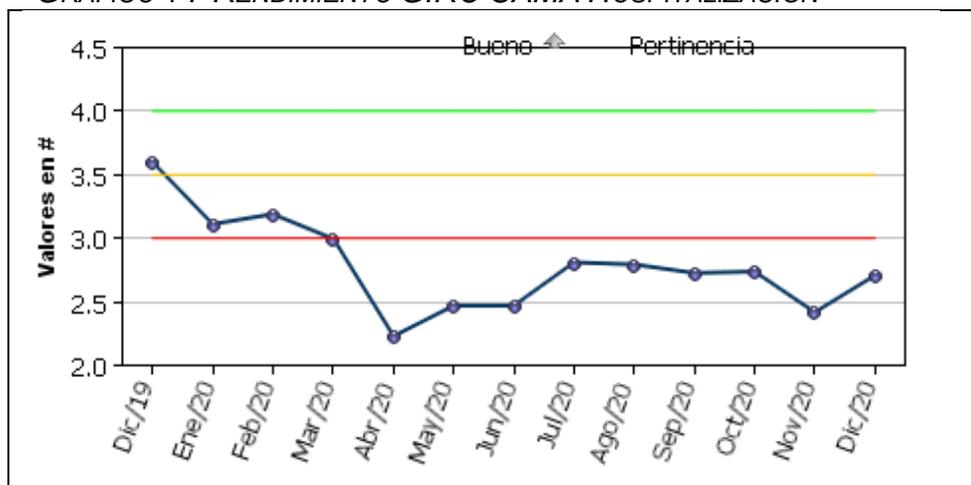
En la siguiente tabla se describe el rendimiento giro cama en el servicio de hospitalización. Entendiendo este indicador como la rotación media de las camas que expresa cuántos pacientes pasan en un período dado. Para el servicio de hospitalización el indicador de rendimiento de giro cama tiene el valor meta de 3.5, con un valor ideal (sobresaliente) de 4 y un valor mínimo de 3 pacientes por mes.

*TABLA 11 RENDIMIENTO GIRO CAMA HOSPITALIZACIÓN*

Año	Mes	Valor	Mínimo	Meta	Sobresaliente
2020	Dic	2.7	3.0	3.5	4.0
2020	Nov	2.4	3.0	3.5	4.0
2020	Oct	2.7	3.0	3.5	4.0
2020	Sep	2.7	3.0	3.5	4.0
2020	Ago	2.8	3.0	3.5	4.0
2020	Jul	2.8	3.0	3.5	4.0
2020	Jun	2.5	3.0	3.5	4.0
2020	May	2.5	3.0	3.5	4.0
2020	Abr	2.2	3.0	3.5	4.0
2020	Mar	3.0	3.0	3.5	4.0
2020	Feb	3.2	3.0	3.5	4.0
2020	Ene	3.1	3.0	3.5	4.0

**Fuente:** Información suministrada de la IPS Universitaria

*GRÁFICO 14 RENDIMIENTO GIRO CAMA HOSPITALIZACIÓN*



**Fuente:** Información suministrada de la IPS Universitaria

De acuerdo a la información anterior se puede evidenciar que el indicador de rendimiento de giro cama para el servicio de hospitalización estuvo por fuera de la meta durante todo el año 2020, cada cama del servicio de hospitalización recibió menos de 4 pacientes para cada mes. Datos importantes, ya que entre mayor sea el número de pacientes que rotan por cada cama del servicio, mayor será la capacidad de traslados de pacientes del servicio de urgencias al servicio de hospitalización.

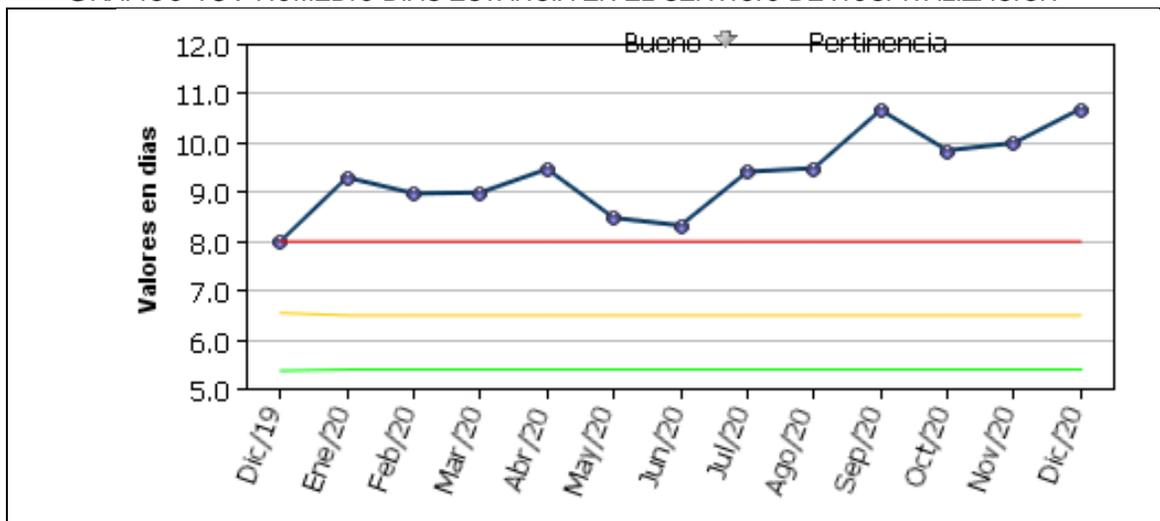
A continuación, en la tabla 12, se describen los datos del promedio días estancia del servicio de hospitalización de la IPS Universitaria, estableciendo un valor meta de 6.5 días de estancia por paciente, un valor ideal (sobresaliente) de 5,4 días y valor máximo permitido de 8 días de estancia por paciente.

*TABLA 12 PROMEDIO DÍAS ESTANCIA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN*

<b>Año</b>	<b>Mes</b>	<b>Valor</b>	<b>Máximo</b>	<b>Meta</b>	<b>Sobresaliente</b>
2020	Dic	10.7	8.0	6.5	5.4
2020	Nov	10.0	8.0	6.5	5.4
2020	Oct	9.8	8.0	6.5	5.4
2020	Sep	10.7	8.0	6.5	5.4
2020	Ago	9.5	8.0	6.5	5.4
2020	Jul	9.4	8.0	6.5	5.4
2020	Jun	8.3	8.0	6.5	5.4
2020	May	8.5	8.0	6.5	5.4
2020	Abr	9.5	8.0	6.5	5.4
2020	Mar	9.0	8.0	6.5	5.4
2020	Feb	9.0	8.0	6.5	5.4
2020	Ene	9.3	8.0	6.5	5.4

**Fuente:** Información suministrada de la IPS Universitaria

GRÁFICO 15 PROMEDIO DÍAS ESTANCIA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN



Fuente: Información suministrada de la IPS Universitaria

En lo relacionado al indicador de promedio día estancia en el servicio de hospitalización se puede concluir que este estuvo fuera de metas durante todo el año 2020, esto posiblemente explicado por las posibles complicaciones de patologías de base de los pacientes que acuden a la institución y a al aumento en la cantidad de pacientes aceptados a las unidades de cuidados intensivos a causa de la pandemia.

### G) Recomendaciones para mejorar la disponibilidad de camas en el servicio de hospitalización

Realizar una adecuada administración de las camas a nivel institucional mediante:

- Garantizar recurso humano disponible según camas habilitadas, realizar una planeación de recurso humano previo a la apertura de nuevas camas.
- Mantener la administración de la cama como un proceso centralizado, sin embargo, es necesario asignar personas específicas para la gestión de procedimientos relacionados con asignación de cama.
- Utilizar las plataformas de direccionamiento de pacientes de manera constante con el fin que la mayoría de pacientes de la red de urgencias sean regulados. Es decir, planear la aceptación y recepción de pacientes

de acuerdo a recursos disponibles, sin congestionar la institución. Establecer un número máximo de pacientes recibidos en la institución sin regulación previa por las plataformas habilitadas, es decir, si para el mes de enero se aceptaron 926 pacientes, recibir solo ese número de pacientes más un 10% adicional que corresponderían a pacientes no regulados, pero que por su condición de salud tienen que ser recibidos en la institución, con esta medida se evita la congestión de los servicios de hospitalización y la retención de pacientes en el servicio de urgencias hasta lograr disponibilidad de traslados a hospitalización.

- Establecer alerta de pacientes con posible egreso con el fin de gestionar todo lo pendiente.
  - Disponer de algunas especialidades (medicina interna, ortopedia y cirugía general) y ayudas diagnosticas (radiografía, tomografía, resonancia magnética, ecografía y electrocardiografía) 24 horas, con el fin de mantener el número de egresos constante para todos los días de la semana.
  - Asignar personal que dé seguimiento a los procesos de egreso pendientes.
- **Analizar el funcionamiento de la plataforma del centro integrado de gestión de acceso en salud (CIGA) como herramienta para mejorar la oportunidad de la prestación de servicios de salud de los pacientes que acuden a urgencias de la IPS Universitaria.**

#### **A) Descripción de funcionamiento de la utilización de la estrategia CIGA**

La plataforma CIGA en la IPS Universitaria funciona las 24 horas del día, los 7 días de la semana y ha permitido garantizar un direccionamiento seguro de pacientes que acuden a las urgencias de la institución a un menor nivel de complejidad debido a que la condición del paciente no amerita un ingreso en una institución de alta complejidad. El funcionamiento se cumple tal y como lo establece la norma. El paciente recibe su clasificación de TRIAGE, y si su condición de salud es estable, y no requiere

de una institución de alto nivel de complejidad es direccionado por la plataforma, la cual es el medio por el cual se establecen canales de comunicación directos con las EPS quienes dan respuesta de donde será atendido el paciente. Se explica al paciente el proceso de direccionamiento y la IPS receptora para que acuda a recibir su atención.

## **B) Descripción de Proporción de solicitudes gestionadas por el CIGA según TRIAGE**

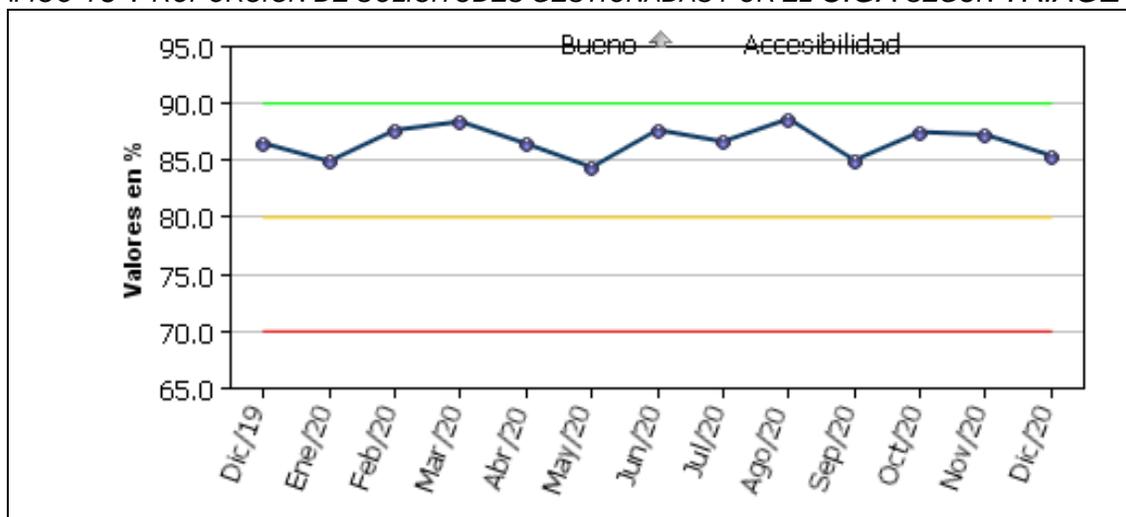
En la siguiente tabla se describe la proporción de solicitudes gestionadas por la plataforma CIGA en la IPS Universitaria según la clasificación dada por el enfermero de Triage en el servicio de urgencias. Al ser esta una herramienta funcional para descongestionar el servicio de urgencias la IPS Universitaria ha establecido un valor meta de 80 solicitudes gestionadas, con un valor ideal (sobresaliente) de 90, y un valor mínimo de 70 solicitudes gestionadas.

*TABLA 13 PROPORCIÓN DE SOLICITUDES GESTIONADAS POR EL CIGA SEGÚN TRIAGE*

<b>Año</b>	<b>Mes</b>	<b>Valor</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Meta</b>	<b>Sobresaliente</b>
2020	Dic	85.3	70.0	80.0	90.0
2020	Nov	87.2	70.0	80.0	90.0
2020	Oct	87.4	70.0	80.0	90.0
2020	Sep	84.9	70.0	80.0	90.0
2020	Ago	88.6	70.0	80.0	90.0
2020	Jul	86.6	70.0	80.0	90.0
2020	Jun	87.6	70.0	80.0	90.0
2020	May	84.3	70.0	80.0	90.0
2020	Abr	86.4	70.0	80.0	90.0
2020	Mar	88.3	70.0	80.0	90.0
2020	Feb	87.6	70.0	80.0	90.0
2020	Ene	84.8	70.0	80.0	90.0

**Fuente:** Información suministrada de la IPS Universitaria

GRÁFICO 16 PROPORCIÓN DE SOLICITUDES GESTIONADAS POR EL CIGA SEGÚN TRIAGE



Fuente: Información suministrada de la IPS Universitaria

Como se mencionó anteriormente la utilización de la estrategia CIGA es una herramienta fundamental para descongestionar los servicios de urgencias de alta complejidad. Es utilizada en la IPS Universitaria en cerca del 90% de pacientes susceptibles, siendo este un muy buen resultado ya que no todos los pacientes son candidatos para direccionar por CIGA por su requerimiento de alta complejidad o condición emergente.

Como todo el funcionamiento en la institución, durante la disminución de porcentaje ocupacional debido a medidas de confinamiento por la pandemia se disminuyó levemente el porcentaje de pacientes gestionados por CIGA. Posiblemente debido a la disminución en la cantidad de pacientes que acudieron al servicio de urgencias o por el contrario debido a la demora para consultar por miedo al contagio, lo que se tradujo en pacientes muchos más enfermos no candidatos a direccionar a servicios de menor complejidad.

La proporción de pacientes TRIAGE 3, 4 y 5 direccionados mediante la estrategia CIGA ha permanecido estable dentro de la meta. Se ha observado con la pandemia, que los pacientes no han tenido un adecuado control de sus enfermedades crónicas, y se demoran para acudir a los servicios de urgencias, por lo que llegan con más deterioro, lo

que limita la posibilidad de direccionarlos a una institución de menor complejidad y por ende tienen que ser ingresados en la institución.

**C) Identificación de pacientes que acuden a la IPS Universitaria direccionados de otra institución y no regulados por plataforma CIGA.**

Actualmente a la institución llegan pacientes direccionados de manera insegura de otras instituciones de salud, a pesar de que la norma es clara y todas las IPS de la ciudad tienen la responsabilidad del buen uso de la plataforma, lastimosamente se pudo evidenciar que mensualmente el servicio de urgencias recibe más de 10 pacientes con direccionamiento no seguro que pudieron haber sido regulados por dicha plataforma y aun así no se realizó la regulación.

Sin embargo, la cuantificación de estos pacientes no se realiza actualmente, por lo que se vio la necesidad de implementar un formato para registro de estos pacientes con regulación no segura con el fin de realizar una posterior notificación a las entidades de control encargadas, con el fin de mejorar el uso de la plataforma en todas las instituciones que componen la red de urgencias de la ciudad de Medellín. La cuantificación de los pacientes se inició en el mes de diciembre.

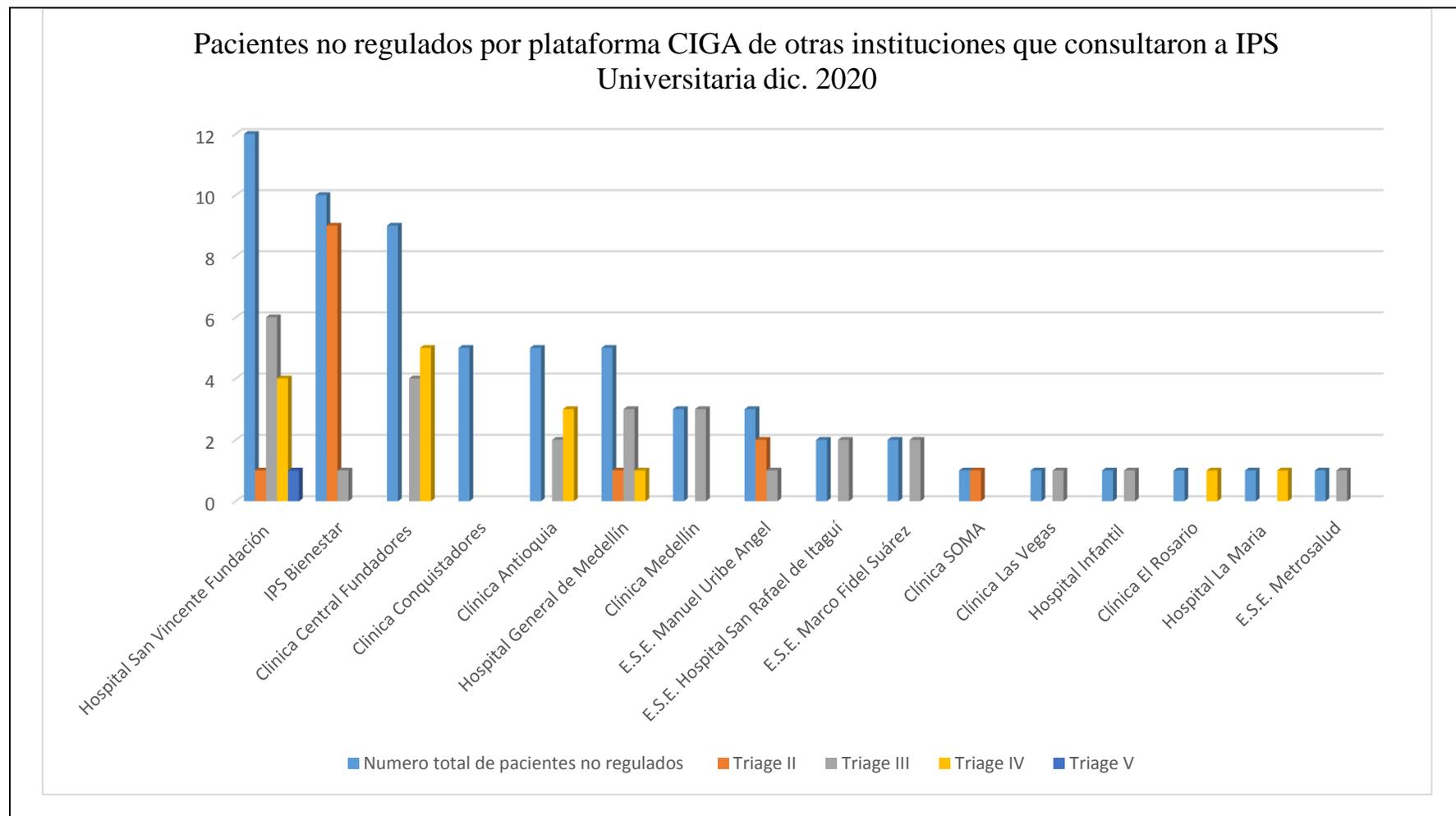
En la siguiente tabla se describe el número de pacientes que consultaron a la IPS Universitaria redireccionados por otras IPS durante el mes de diciembre del año 2020. No se describe información de meses anteriores debido a que el control de estos pacientes no se realizaba hasta antes del inicio de este proyecto, por ende, posterior al análisis del funcionamiento del servicio de urgencias realizado mediante de este proyecto se logró identificar la necesidad de cuantificar el número de pacientes que mes a mes recibe la IPS Universitaria, los cuales en la mayoría de casos son redireccionados de manera no segura o no son regulados por las plataformas habilitadas para dicho fin.

TABLA 14 PACIENTES NO REGULADOS POR PLATAFORMA CIGA DE OTRAS INSTITUCIONES QUE CONSULTARON A IPS UNIVERSITARIA DIC. 2020

PACIENTES NO REGULADOS POR PLATAFORMA CIGA DE OTRAS INSTITUCIONES QUE CONSULTARON A IPS UNIVERSITARIA Dic. 2020						
INSTITUCIÓN	N° Total de Pacientes No Regulados	TRIAGE II	TRIAGE III	TRIAGE IV	TRIAGE V	OBSERVACIONES
Hospital San Vicente Fundación	12	1	6	4	1	
IPS Bienestar	10	9	1			
Clínica Central Fundadores	9		4	5		
Clínica Conquistadores	5					En el reporte de TRIAGE de la esta institución se evidencia variación en escala de clasificación.
Clínica Antioquia	5		2	3		
Hospital General de Medellín	5	1	3	1		
Clínica Medellín	3		3			
E.S.E. Manuel Uribe Ángel	3	2	1			
E.S.E. Hospital San Rafael de Itagüí	2		2			
E.S.E. Marco Fidel Suárez	2		2			
Clínica SOMA	1	1				
Clínica Las Vegas	1		1			
Hospital Infantil	1		1			
Clínica El Rosario	1			1		
Hospital La María	1			1		
E.S.E. Metrosalud	1		1			
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>14</b>	<b>27</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	

Fuente: Construcción del investigador con datos Emanados de la IPS Universitaria.

GRÁFICO 17 PACIENTES NO REGULADOS POR LA PLATAFORMA CIGA DE OTRAS INSTITUCIONES QUE CONSULTARON A IPS UNIVERSITARIA DIC. 2020



Fuente: Construcción del investigador con datos Emanados de la IPS Universitaria.

De acuerdo a la información anterior para el mes de Diciembre los pacientes redireccionados de manera no segura de otras IPS de Medellín a las urgencias de la IPS Universitaria fueron 62, de los cuales 14 fueron clasificados en institución de origen como TRIAGE II, lo que no los hace susceptibles para direccionamiento por medio de la plataforma CIGA, pero tampoco es seguro enviar a los pacientes a consultar de manera espontánea, dado que cumpliendo con lo dicho por la norma, se debe atender la urgencia, estabilizar y en caso de ser necesario iniciar un proceso de remisión. Solo 27 corresponden a clasificación de TRIAGE III, considerados como pacientes estables, susceptibles para redireccionamiento seguro por medio de plataforma CIGA. Por último, se cuantificaron 15 pacientes clasificados como TRIAGE IV y 1 como TRIAGE V que fueron direccionados a IPS Universitaria de manera no segura sin tener fundamento para ello, ya que pacientes clasificados como TRIAGE IV son susceptibles de manejo en menores niveles de complejidad o en red ambulatoria, mas no en IPS de alta complejidad.

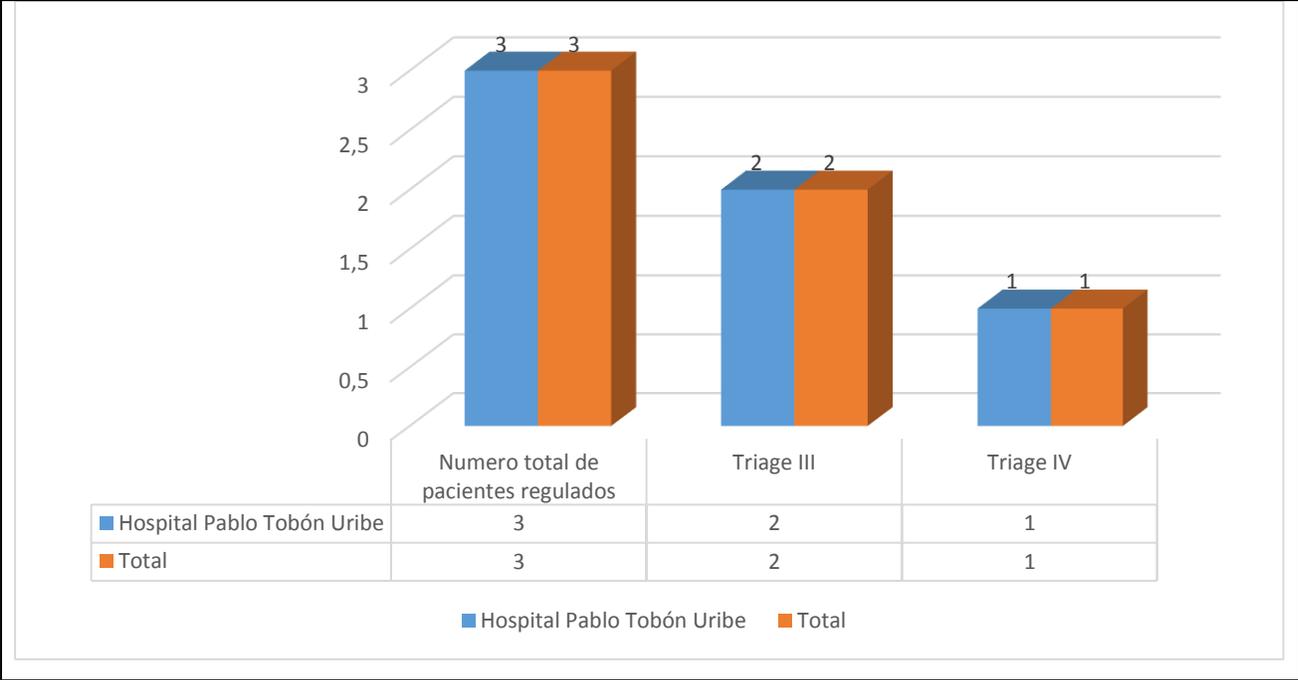
En la siguiente tabla se describen los pacientes que para el mes de diciembre consultaron en IPS Universitaria direccionados de manera segura o regulada por las plataformas habilitadas.

*TABLA 15 PACIENTES REGULADOS POR PLATAFORMA CIGA DE OTRAS INSTITUCIONES QUE CONSULTARON A IPS UNIVERSITARIA DIC. 2020.*

<b>PACIENTES REGULADOS POR PLATAFORMA CIGA DE OTRAS INSTITUCIONES QUE CONSULTARON A IPS UNIVERSITARIA</b>			
<b>INSTITUCIÓN</b>	<b>N° Total de Pacientes Regulados</b>	<b>TRIAGE III</b>	<b>TRIAGE IV</b>
<b>Hospital Pablo Tobón Uribe</b>	3	2	1
<b>Total</b>	3	2	1

**Fuente:** Información suministrada de la IPS Universitaria

**GRÁFICO 18 PACIENTES REGULADOS POR PLATAFORMA CIGA DE OTRAS INSTITUCIONES QUE CONSULTARON A IPS UNIVERSITARIA**



**Fuente:** Información suministrada de la IPS Universitaria

De acuerdo a la información anterior para el mes de diciembre solo 3 pacientes fueron direccionados de manera segura por medio de la plataforma CIGA, la única institución que cumplió con este direccionamiento fue el Hospital Pablo Tobón Uribe. Sin embargo, es importante mencionar que los pacientes clasificados como TRIAGE IV no son susceptibles para atención en IPS Universitaria ya que esta es una institución de alto nivel de complejidad y cumpliendo con la norma, la clasificación de Triage IV corresponde a pacientes que pueden ser manejados en los servicios de menor complejidad.

**D) Análisis de factores positivos y negativos influyentes en los procesos de regulación de pacientes por medio de la plataforma CIGA**

Las limitaciones con el uso de la plataforma CIGA radican principalmente en que los direccionamientos en ocasiones no son gestionados por diferentes inconsistencias administrativas, como, por ejemplo, no todas las EPS están vinculadas con esta

plataforma, en ocasiones los pacientes se encuentran retirados de las EPS, la EPS no cuenta con suficientes convenios con otras instituciones para lograr hacer el direccionamiento.

Si bien la implementación de esta estrategia de direccionamiento esta solo para Medellín, es importante destacar que la estandarización de la estrategia a nivel departamental y nacional tendría un mayor impacto positivo en la descongestión de los servicios de urgencias de alta complejidad de cada ciudad.

**E) Recomendaciones para mejorar la oportunidad de la prestación de servicios de la red de atención de urgencias de los pacientes que acuden a la IPS Universitaria mediante el uso de la plataforma CIGA**

- Mantener el funcionamiento constante de la plataforma de regulación de pacientes CIGA
- Realizar direccionamiento seguro de pacientes a un menor nivel de complejidad con el fin de garantizar oportunidad en atención de urgencia
- Aumentar en número de EPS vinculadas a la plataforma CIGA
- Difundir el uso de la plataforma CIGA en todo el departamento de Antioquia y a nivel Nacional ya que es una herramienta indispensable en la descongestión de los servicios de urgencias.
- Capacitar al personal de urgencias de todas las IPS para motivar al buen uso de la plataforma.
- Establecer una opción para garantizar el direccionamiento de pacientes que no cuentan con afiliación activa al sistema de salud.
- Eliminar las barreras administrativas mencionadas anteriormente para el proceso de direccionamiento

- Implementar un formato de registro de identificación de pacientes que ingresan a la IPS Universitaria y no fueron direccionados por medio de la plataforma CIGA por parte de la IPS remitente, siendo estos susceptibles para el direccionamiento seguro con el fin de hacer un reporte oficial a entidades de control sobre dirección no segura de pacientes que aumentan el riesgo de complicaciones del estado de salud. Este direccionamiento mediante la plataforma CIGA, coordinaría todos los procesos de forma integrada de manera rápida y controlada proporcionando eficiencia y claridad en la respuesta de cada solicitud. (Ver Tabla 16).

**TABLA 16 FORMATO DE PROPUESTA PARA REGISTRO DE PACIENTES NO DIRECCIONADOS POR CIGA**

FORMATO DE PROPUESTA PARA REGISTRO DE PACIENTES NO DIRECCIONADOS POR CIGA											
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
DATOS GENERALES				DATOS CONDICIONADOS AL REINGRESO							
#	FECHA	DOCUMENTO	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	Clasificación de Triaje en dada en la IPS U	Impresión diagnóstica del Triaje en otra institución	Clasificación de Triaje en dada en la otra institución	IPS que direccionó	¿Trae Triaje en físico?	Cuántas instituciones ha visitado	Observaciones adicionales	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											
32											
33											

**Fuente:** Construcción del investigador

De acuerdo al análisis de los resultados anteriores se planteó elaborar un documento final que concluya todas las estrategias de mejoramiento construidas de los objetivos anteriores para disminuir la sobreocupación en el servicio de urgencias de la IPS Universitaria – Servicios de salud de la Universidad de Antioquia.

Teniendo en cuenta la actualización de la información respecto a las condiciones de sobreocupación del servicio, desde el área de coordinación de urgencias se realizó la actualización del plan de contingencia del servicio de urgencias, el cual está en proceso de evaluación por el área de calidad, para posteriormente ser actualizado y socializado en archivador institucional “calipsu”.

## CONCLUSIONES

De los resultados encontrados en la realización de este proyecto de intervención se concluye lo siguiente:

- La IPS Universitaria por su nivel de complejidad, gran aceptación y recepción de pacientes permanece con altos niveles de sobreocupación. La institución tiene una adecuada capacidad instalada y disponibilidad de recursos, sin embargo, se debe fortalecer la adecuada redistribución de los mismos según necesidades de la institución en todos sus servicios y áreas. Para esto es indispensable que durante todo el año se mida el porcentaje ocupacional del servicio de urgencias con el fin de tomar decisiones teniendo en cuenta la demanda real. Esto permite al personal administrativo una redistribución de los recursos disponibles según necesidades de los pacientes. Esto mejora la eficiencia en todos los procesos y procedimientos del servicio en busca de mayores niveles de optimización. Sin embargo, adicional a la redistribución de los recursos disponibles es necesario también considerar el aumento de los mismos, esto para los casos específicos donde el nivel de demanda no permite cubrir los servicios con la misma cantidad de recursos, por lo que es indispensable considerar en los planes de contingencia un aumento en el recurso humano y tecnológico que permita dar respuesta a las necesidades requeridas por todos los pacientes del servicio de urgencias.
- La sobreocupación del servicio de urgencias es una realidad que afecta la calidad de la atención ofrecida a los pacientes que acuden a la IPS Universitaria en busca de soluciones a problemas de salud emergentes y urgentes, ya que al aumentar la demanda de atención se disminuyen las capacidades de respuesta en lo

relacionado con recurso humano y tecnológico y esto traduce en impactos negativos en la oportunidad de valoraciones médicas, aplicación de tratamiento y realización de procedimientos, sin mencionar los impactos negativos en el concepto de humanización vigente en el modelo de atención de la institución.

- Los procesos dentro de la institución y sus servicios tanto de urgencias como de hospitalización están bien definidos y respaldados por documentos que contienen la descripción de subprocesos, procedimientos y protocolos dispuestos para acceso de todos sus colaboradores. Sin embargo, es indispensable establecer puntos de control con responsables asignados con el fin de evaluar constantemente los resultados de cada proceso, subproceso, procedimiento y adherencia a protocolos institucionales.
- La eficiencia en la clasificación de la urgencia (TRIAGE) es una estrategia fundamental en el control de la sobreocupación del servicio de urgencias, su oportunidad permite aumentar la cantidad de pacientes clasificados y por ende la identificación de necesidades en un tiempo pertinente, esto a su vez, conlleva a una evacuación rápida del número de pacientes consultantes, dejando en el servicio de urgencias pacientes que requieran una atención de alta complejidad.
- La capacidad resolutoria del servicio de urgencias está directamente relacionada con la capacidad de respuesta de todos los colaboradores a las necesidades de cada paciente, de esta manera la definición de conducta con cada paciente está vinculada con el motivo inicial de consulta o gravedad de estado de salud y a su vez con el tiempo que transcurre mientras el médico o especialista resuelve el estado de salud emergente o urgente de los pacientes ayudado claramente con

la realización oportuna de ayudas diagnósticas, laboratorios, procedimientos de enfermería y administración de tratamientos. Posiblemente por las características de los pacientes que acuden a la institución y la complejidad en su manejo la capacidad resolutive del servicio de urgencias se ve afectada para la institución, adicional a esto la falta de oportunidad en la realización de algunas ayudas diagnosticas como radiografía, tomografía, resonancia magnética, ecografía y electrocardiografía también puede influir en los resultados obtenidos para dicho indicador durante todo el año 2020. Cabe mencionar que el año 2020 fue un año atípico, ya que a raíz de la pandemia Covid 19 y sus implicaciones en el aumento de pacientes complicados por afectaciones respiratorias graves hacen que el manejo requiera mayor tiempo de análisis para la toma de decisiones respecto a las condiciones de salud – enfermedad de cada paciente consultante. De acuerdo a esto, en términos generales el procedimiento de atención del paciente en del servicio de urgencias o de hospitalización depende de factores indispensables como la realización de procedimientos de enfermería (administración de medicamentos, curaciones, paso de sondas, etc.), ayudas diagnósticas y toma de muestras de laboratorio. Además, influyen también procedimientos asociados a traslado de pacientes según requerimientos y funcionamiento del servicio de farmacia en lo relacionado a entrega de medicamentos y dispositivos médicos. De acuerdo a esto es indispensable garantizar oportunidad en la clasificación de urgencias (TRIAGE), en la realización de procedimientos y ayudas diagnosticas con el fin de impactar en la capacidad resolutive del servicio de urgencias.

- El profesional de enfermería es un actor indispensable en el cuidado y recuperación del paciente, por ende todas las actividades y procedimientos realizados en los planes de cuidado deben ser evaluados constantemente, al mismo tiempo que la oportunidad de respuesta de esta profesión con respecto a las necesidades del paciente, si bien dentro del funcionamiento del servicio de urgencias se puede evidenciar un patrón de actividad constante de estos profesionales, es necesario que la institución establezca indicadores de medición que permitan evaluar tiempo de respuesta específico para determinadas actividades como la realización de procedimientos propios de esta área (valoración del paciente, planes de cuidado, educación, toma de laboratorios, realización de curaciones, asistencia para suturas, paso de sondas, canalización, realización de electrocardiograma, , administración de medicamentos, etc.). Además, a raíz de la realización de este proyecto se descubre la necesidad de correlacionar el funcionamiento de los procedimientos del servicio de farmacia en relación con la administración de medicamentos, ya que del eficiente funcionamiento de dicho servicio depende la oportunidad en el cumplimiento de la administración de medicamentos por parte de enfermería.
- Es un requerimiento para mejorar las condiciones de calidad en la prestación de servicios, que la institución establezca puntos de control en el procedimiento de indicación, programación y realización de todas las ayudas diagnósticas específicamente para el servicio de urgencias, ya que si bien la oportunidad para realización de algunas ayudas diagnósticas como lo es radiología simple es adecuada, es indispensable que de la misma manera se trabaje en mejorar la

oportunidad de otras ayudas diagnosticas indispensables para el servicio de urgencias como los son, ecografías, tomografías, electrocardiografía y resonancias magnéticas.

- Al ser la IPS Universitaria un punto de referencia de alta complejidad que a diario recibe un número significativo de pacientes, la clasificación del TRIAGE en el servicio de urgencias le permite a la institución garantizar la oportunidad de atención para los pacientes que realmente requieren una atención emergente o urgente de alta complejidad, lo que hasta la fecha se evidencia como una herramienta fundamental en la descongestión del servicio. Sin embargo del total de pacientes ingresados a valoración médica son muy pocos los que desde su primera evaluación tienen criterios claros de hospitalización, de esta manera la gran mayoría de pacientes que son ingresados a valoración médica pasan a salas de observación en el servicio de urgencias lo que obliga al servicio a garantizar un funcionamiento eficiente en cada uno de sus procesos con el fin de impactar de manera positiva en la capacidad resolutive de médicos y especialistas para definir el destino final de estos pacientes en el menor tiempo posible
- La IPS Universitaria gracias a la documentación y estandarización de sus procesos en lo relacionado con aceptación y recepción de pacientes desde el servicio de referencia y contra referencia permite un análisis previo y detallado de las solicitudes de remisión de pacientes, las cuales, si cumplen con los criterios de alta complejidad y procesos administrativos son aceptadas, sin embargo, la constante demanda de servicios hace que a diario la institución tenga que recibir pacientes no aceptados ni regulados por plataformas específicas como CRUE,

SEM y CIGA ya que dichos pacientes requieren de atención emergente o urgente de alta complejidad. Esto trae como consecuencia los resultados encontrados en este proyecto donde el número de pacientes recibidos por la institución hasta triplica el porcentaje de los pacientes que fueron aceptados, lo que explica el alto nivel de ocupación de los servicios de urgencias y hospitalización durante todo el año. Este comportamiento puede estar relacionado con los impactos negativos de la pandemia por la Covid- 19 en el estado de salud enfermedad de la comunidad y la gravedad de sus implicaciones. Si bien el servicio de hospitalización es un servicio diferente al de urgencias, su disponibilidad de camas influye directamente en la sobreocupación del servicio de urgencias, ya que, a un mayor número de camas disponibles en los servicios de hospitalización, mayor número de pacientes salen del servicio de urgencias. De acuerdo a esto es necesario que el proceso de asignación de cama sea un proceso eficiente, que incluya un análisis de necesidades institucionales detallado, pero sobre todo que establezca límites de recepción de pacientes cuando es claro que la capacidad instalada no permite un mayor número de ingresos a la institución y al servicio de hospitalización.

- A pesar de que el número de egresos mensuales en la institución estuvo cerca de la meta durante todo el año 2020, es importante trabajar en mejorar los resultados para los egresos específicamente del servicio de hospitalización, ya que durante todo el año el número de egresos mensuales fue menor al valor mínimo requerido. A pesar de que estos resultados puedan estar directamente relacionados con la complejidad de la institución y la cantidad de camas aumentadas en los servicios de hospitalización de cuidados intensivos a raíz de la pandemia, se pudo

evidenciar también que los patrones de egresos relacionados con horas del día y días de la semana son un factor influyente en el número total de egresos por mes, impactando negativamente en los indicadores de rendimiento giro cama y estancia hospitalaria los cuales tuvieron resultados fuera de las metas para este mismo año. De acuerdo a los resultados, la cantidad de egresos después de las 4 pm y durante los fines de semana disminuyen, por ende, es importante verificar las razones de este comportamiento con el fin de corregirlas y mantener una frecuencia de egresos constante, lo que traerá como consecuencia la mejora en los indicadores de rendimiento giro cama y estancia hospitalaria

- La implementación de la plataforma CIGA como estrategia de direccionamiento seguro de pacientes para atención de menor complejidad ha sido una herramienta que hasta la fecha ha arrojado excelentes resultados en el descongestionamiento de los servicios de urgencia de alta complejidad y en garantizar la oportunidad de la atención a todos los pacientes que acuden a la institución. Partiendo de estos resultados es importante mencionar que el uso activo de esta plataforma por todas las instituciones de salud de Medellín permitiría un direccionamiento de pacientes más seguro. Según lo evidenciado en la información de este proyecto no todas las instituciones hacen el uso adecuado de esta plataforma, lo que conlleva al direccionamiento no seguro a otras instituciones (en este caso a IPS Universitaria) de pacientes solo con el reporte de TRIAGE; muchos de estos TRIAGES son clasificados como emergencia o urgencia (TRIAGE II o III), en estos casos específicos, es obligatorio para todas las instituciones y su servicio de urgencia, dar respuesta a las necesidades de atención del paciente y cumplir con la

normativa vigente, o en caso de no contar con los recursos necesarios para la atención o no corresponder a nivel de complejidad que el paciente requiere, utilizar las plataformas de direccionamiento de pacientes habilitadas según legislación vigente (CRUE, SEM y CIGA) con el fin de garantizar la atención del paciente de manera segura, oportuna y con calidad.

- De acuerdo con el funcionamiento actual de la plataforma CIGA es indispensable solucionar los inconvenientes de tipo administrativos (no vinculación de EPS a la plataforma, pacientes sin seguridad social, no disponibilidad de agendas) que hasta la fecha limitan el procedimiento.
- Es indispensable que todos los servicios de urgencias garanticen la atención inicial del paciente, y cumplan con los procesos de regulación legales vigentes con el fin de disminuir el número de ingresos no regulados en instituciones que tienen un alto porcentaje ocupacional.
- Es importante contar con un proceso de control para la cuantificación de pacientes no regulados por medio de la plataforma CIGA, por ende, se debe trabajar en educar a los enfermeros de TRIAGE en la importancia de identificar estos casos desde el principio para mejorar la calidad de la información, además, esta cantidad de pacientes se debe verificar en bases de datos de plataforma CIGA con el fin de identificar si en algún momento si se realizó la solicitud de direccionamiento y fueron los pacientes los que no aceptaron dicha solicitud.
- La realización de este proyecto permitió exaltar el compromiso que tiene la IPS Universitaria con la atención de emergencia o urgencia que brinda a sus pacientes, dando respuesta permanente a las necesidad requeridas según

recursos disponibles, recibiendo a diario un número considerable de pacientes y reestructurando sus procesos para garantizar dicha atención, es claro que se deben mejorar algunos de sus procesos de regulación y control con el fin de mejorar sus indicadores de calidad en los casos específicos de sobreocupación, sin embargo, se resalta el ejercicio de nunca negar una atención medica cuando el paciente así lo requiere. Así mismo permitió realizar recomendaciones específicas que pretenden contribuir al mejoramiento de la sobreocupación en el servicio de urgencias de la IPS Universitaria, con base en los productos obtenidos de los objetivos del proyecto de intervención.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ley 100 de. Ministerio de Salud y de la protección social, Servicio de Urgencias. Bogotá - Colombia; 1993.
2. H.E.S.E. Atención de Hospitalización. Bogotá Colombia : Hospital Universitario Hermanos M.E.O.S.; 2020.
3. Mario MÁ. El Sistema general de seguridad social en salud brindará atención en salud. Universidad de Antioquia Medicina.. [Online].; 2013 [cited 2020 noviembre 8. Available from: <https://www.slideshare.net/mario2705/calidad-de-salud-en-colombia-16792923>.
4. En Colombia.com. Sector salud Informe. [Online].; 2019 [cited 2020 noviembre 7. Available from: <https://encolombia.com/economia/economicolombiana/sector-salud/informe-sostenibilidad-andi/ips-prestacion-servicios-salud/>.
5. DECRETO N° 1011 DE 2006. Ministerio De La Protección Social. Bogotá Colombia. In Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá Colombia: Ministerio De La Protección Social; 2006.
6. Ministerio De La Protección Social. DECRETO N° 1011 DE 2006 - Sistema único de Habilitación (Título III Capítulo I). In Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá Colombia : Ministerio De La Protección Social. Bogotá Colombia - abril 2006 p. 3; 2006.
7. Glosario Valle Invencible.com. Entidad Administradora de Planes de Beneficio (EAPB). [Online].; 2020 [cited 2020 octubre 19. Available from: <https://www.valledelcauca.gov.co/salud/publicaciones/34515/glosario-de-terminos/#:~:text=ENTIDADES%20ADMINISTRADORAS%20DE%20PLANES%20DE,actividades%20de%20Salud%2C%20las%20Entidades>.
8. Ley 1438 de. Sistema General de Seguridad Social en Salud. In Disposiciones Generales. Bogotá D.C. : Min. Salud y Protección Social; 2011.

9. Decreto 1011 de. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. In Colombia. Ministerio de Protección Social. Decreto 1011 de 2006. Bogota, D.C. : Min. Protección Social; 2006.
10. Estrada Atehortúa & Zuluaga Gómez. Estrategias para la medición y el manejo de la sobreocupación de los servicios de urgencias de adultos en instituciones de alta complejidad con altos volúmenes de consulta. In 2019 L, 33 , editors.. N/R.: Revisión de la literatura; 2019.
11. Piedrahita RZ&JP&EP&ZF&. Saturacion de los servicios de urgencias: Análisis de cuatro hospitales de Medellín y simulación de estrategias. In Revista Gerencia y Políticas de Salud. Medellín ; 2018. p. 17-34.
12. CONAMED–OPS. Los Eventos Adversos y la Seguridad del Paciente. Órgano de Difusión del Centro Colaborador en Materia de Calidad y Seguridad del Paciente. [Online].; 2015 [cited 2020 octubre 21. Available from: [http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos\\_adversos.pdf](http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos_adversos.pdf).
13. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud, aprobada en la Conferencia Internacional de Salud de 1946, y que entró en vigor el 7 de abril de 1948. Glosario de Promoción de la Salud. Traducción del Ministerio de Sanidad. Madrid (2016). [Online].; 2016 [cited 2020 octubre 21. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/22-10-2020-the-world-health-organization-and-wikimedia-foundation-expand-access-to-trusted-information-about-covid-19-on-wikipedia>.
14. Hernandez Sampieri R. Metodología de la Investigación. 2nd ed. México: McGrawHill- Quinta Edición; 2010.
15. Estrada Atehortúa A, Zuluaga Gomez M. Strategies for the measurement and management of overcrowding in the adult emergency services of high complexity and high consultation volumes hospitals. A literature review. Iatreia. 2020;33(1):68-77.
16. Restrepo Zea J, Jaén Posada J, Espinal Pihedrahita, Zapara Florez P. Piedrahita

- E. Saturación de los servicios de urgencias: Análisis de cuatro hospitales de Medellín y simulación de estrategias. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2018;17(34)
17. Marín YA, Chávez BM. Inconsistencias en la afiliación al sistema de salud colombiano: barrera administrativa para la atención integral de las urgencias médicas. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2014;32(1):62-70.
  18. Erazo P, Sanchez C. Impacto del Centro Integrado de Gestión del Acceso en Salud (CIGA) en el servicio de urgencias de la IPS Universitaria. [Tesis Especialización administración servicios de salud]. Medellín. Universidad de Antioquia. 2018.
  19. Colombia. Ministerio de Protección Social. Decreto 1011 de 2006: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá, D.C. 2006.
  20. IPS Universitaria [Internet]. [citado 25 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://www.ipsuniversitaria.com.co/es/>
  21. Rodríguez-Páez FG, Jiménez-Barbosa WG, Palencia-Sánchez F. Uso de los servicios de urgencias en Bogotá, Colombia: Un análisis desde el Triage. *Univ y Salud*. 2018;20(3):215.
  22. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 412 de 1992: Por el cual se reglamenta parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C. 1992.
  23. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2003 de 2014: Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Bogotá D.C. 2014
  24. Colombia. Ministerio de Protección Social. Resolución 1220 de 2010: Por la cual se establecen las Condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres, CRUE. Bogotá D.C. 2010.
  25. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 926 de 2017: Por la cual se reglamenta el desarrollo y operación del Sistema de Emergencias Médicas (SEM). Bogotá D.C. 2017.

26. Colombia. Alcaldía de Medellín. Decreto 1217 de 2016: Por medio del cual crea el centro de direccionamiento de Medellín como una estrategia para apoyar el acceso a los servicios de salud de los pacientes clasificados como TRIAGE III, IV y V en los servicios de urgencias de las IPS de alta y mediana complejidad. Medellín, Antioquia. 2016.
27. Colombia. Ministerio de Protección Social. Resolución 5596 del 2015: Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias "TRIAGE". Bogotá D.C. 2015.
28. Colombia. Congreso de la República. Ley 100 De 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C. 1993.
29. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1438 de 2011: Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C. 2011.
30. Ramírez AM, Rocha DE, Durango LF, Rodríguez SB. Implicaciones de la ley estatutaria 1751 de 2015 sobre las entidades promotoras de servicios de salud. Rev CES Derecho. 2016;7(2):1-29.
31. Estrada-Atehortúa AF, Zuluaga-Gómez M. Estrategias para la medición y el manejo de la sobreocupación de los servicios de urgencias de adultos en instituciones de alta complejidad con altos volúmenes de consulta. Revisión de la literatura. Iatreia. 2019;33(1):68-77.
32. Colombia. Superintendencia Nacional de Salud. Circular 000012 de 2016: . Por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular 047 de 2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud y el sistema de Información para la Calidad. Bogotá D.C, 2016
33. Gómez Ramírez OJ, Soto Gámez A, Arenas Gutiérrez A, Garzón Salamanca J, González Vega A, Mateus Galeano E. Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. Av en Enfermería. 2011;29(2):363-74.
34. Correa Zambrano ML. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. Rev Cuid. 2016;7(1):1227.

35. Colombia. Ministerio de Protección Social. Resolución 1043 de 2006: Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C, 2006.
36. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 256 de 2016: Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. Bogotá D.C, 2016
37. Riaño-casallas MI. Condiciones De Trabajo De Los Profesionales De La Salud. Acta Odontológica Colomb. 2012;2(2):183-91.
38. Seguel Palma F, Valenzuela Suazo S, Sanhueza Alvarado O. El trabajo del profesional de enfermería: Revisión de la literatura. Cienc y Enferm. 2015;21(2):11-20.
39. Luengo-Martínez C, Sanhueza O. Condiciones de trabajo y su relación con la calidad del cuidado y salud del profesional de enfermería. Med segur trab. 2016;62(245):368-80.
40. Colombia. Ministerio del Trabajo. Decreto 1443 de 2014: Por el cual se dictan disposiciones para la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). Bogotá D.C. 2014.
41. Vesga JJ. Cultura organizacional y sistemas de gestión de la calidad: una relación clave en la gestión de las instituciones de educación superior. Rev Guillermo Ockham. 2013;11(2):89-100.
42. Carvajal R, García R. Factores asociados a la sobreocupación en el servicio de urgencias del hospital cardiovascular del niño de Cundinamarca. [Trabajo de investigación para optar al título de Magíster en Epidemiología]. Bogotá D.C. Universidad del Rosario. 2019.
43. Castro J, Cohen E, Lineros A, Sánchez R. Escala NEDOCS para medir congestión en urgencias: estudio de validación en Colombia. [Trabajo de investigación]. Bogotá D.C. Universidad del Rosario. 2010.
44. Garcia Romero M, Rita Gáfaró CG, Quintero Manzano J, Bermon A. NEDOCS vs

- subjective evaluation, ¿Is the health personnel of the emergency department aware of its overcrowding? *Colomb Med.* 2017;48(2):53-7.
45. Pavón-León P, Gogiascoechea-Trejo C. La importancia de la administración en salud. *Rev Médica la Univ Veracruzana.* 2004;4(1):13-6.
  46. Lopera Betancur MA, García Henao ML, Madrigal Ramírez MC, Forero Pulido C. Dificultades para la atención en los servicios de urgencias: la espera inhumana. *Investig y Educ en Enfermería.* 2010;28(1):64-72.
  47. Gómez R, Velásquez W, Rodríguez F, Yepes C, López J, Martínez O, Roldan P, Vargas G, Agudelo N. *Manual de gestión de proyectos.* 2 ed. Colombia. 2013.

## ANEXOS

### ANEXO 0-A. CÁLCULO DE SOBRECUPACIÓN ESCALA NEDOCS

## NEDOCS

### NEDOCS CALCULADOR

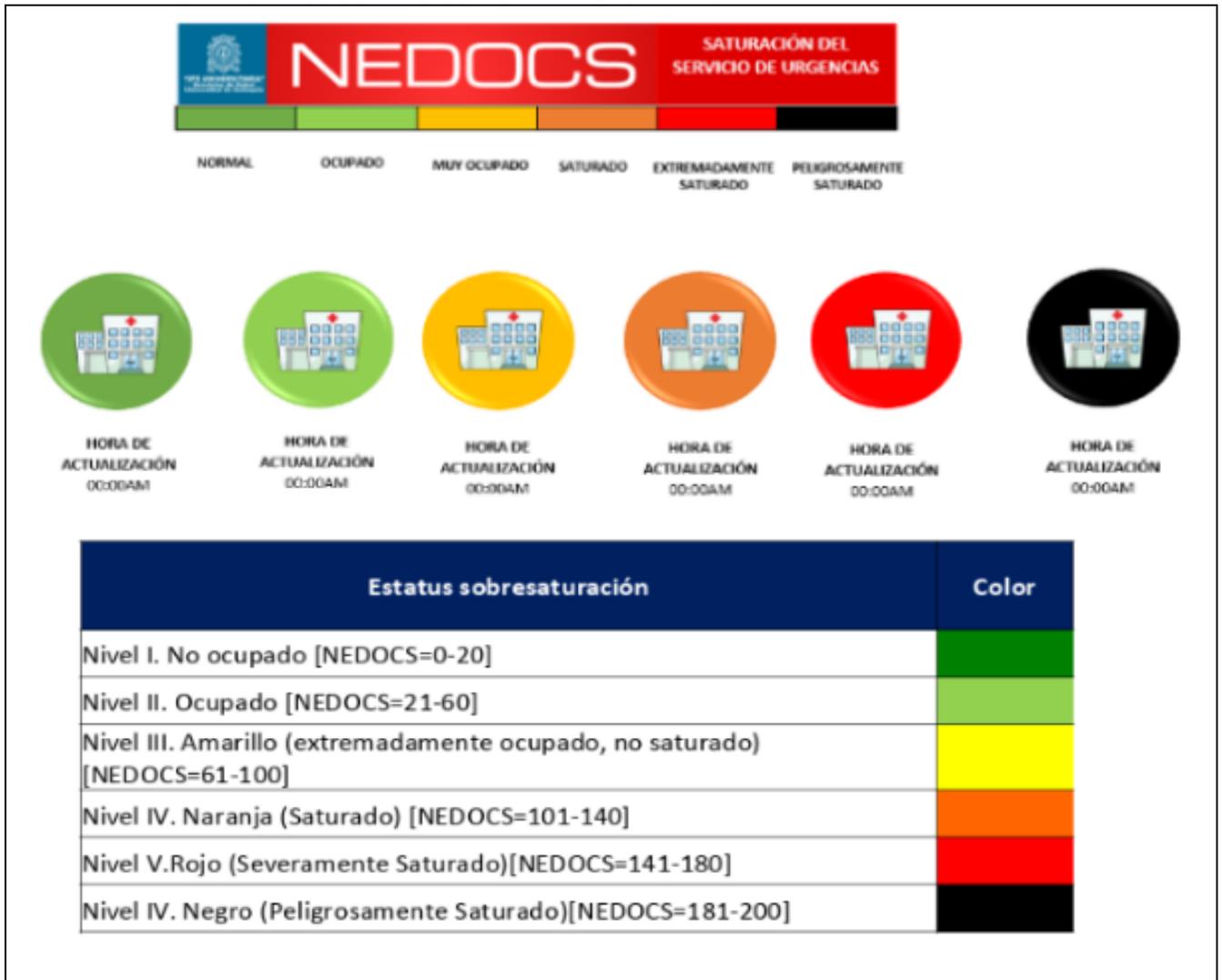
CONSTANTES INSTITUCIONALES	Número de camas ED <input type="text"/>	Número de camas de hospital <input type="text"/>	
ELEMENTOS COMUNES	Total de pacientes en urgencias <input type="text"/>	Número de respiradores en el servicio de urgencias <input type="text"/>	Mayor tiempo de admisión (en horas) <input type="text"/>
MODELO ESPECÍFICO	Total de ingresos en urgencias <input type="text"/>	Tiempo de espera en la sala de espera para el último paciente llamado (en horas) <input type="text"/>	
PUNTUACIÓN NEDOCS	<input type="button" value="Calcular"/>		<input type="text"/>
<input type="button" value="Clear Fields"/>			

interpretación de resultados

00 a 20 No ocupado	21 a 60 ocupado	61 a 100 Extremadamente ocupado pero no abarrotado	101 a 140 Sobrepoblado	141 a 180 Muy superpoblado	181 a 200- Peligrosamente superpoblado
--------------------	-----------------	--	------------------------	----------------------------	--

**Fuente:** Información de la IPS Universitaria

## ANEXO B ESTATUS SOBREOCUPACIÓN IPS UNIVERSITARIA



Fuente: Información de la IPS Universitaria