

Caracterización de la oportunidad de la atención en el servicio de urgencias, de la Clínica Sagrado Corazón de Medellín, durante el primer semestre del 2017.

**Claudia Marcela Foronda López
Daniela Morales Ospina**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud pública
“Héctor Abad Gómez”
Medellín
2018**

Caracterización de la oportunidad de la atención en el servicio de urgencias, de la Clínica Sagrado Corazón de Medellín, durante el primer semestre del 2017.

Claudia Marcela Foronda López
Daniela Morales Ospina

Trabajo de grado para optar al título de
Especialista en Auditoría en salud

Asesor

Fabián Alonso Gutiérrez Builes
Administrador en salud
Docente facultad Nacional de Salud Pública

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud pública
“Héctor Abad Gómez”
Medellín
2018**

Contenido

Resumen.....	5
1. Planteamiento del problema	9
2. Justificación	12
3. Objetivos.....	13
3.1 Objetivo general.....	13
3.2 Objetivos específicos:.....	13
4. Marco teórico	15
4.1 Marco conceptual	15
4.2 Marco contextual	30
4.2.1 Perfil de la clínica.....	30
4.2.2 Misión.....	30
4.2.3 Visión	31
4.2.4 Valores corporativos.....	31
4.2.5 Portafolio de servicios.....	32
4.3 Marco legal	32
5. Diseño metodológico	39
5.1 Tipo de estudio:	39
5.2 Población:.....	39
5.3 Criterios de inclusión:	39
5.4 Muestra:	39
5.5 Variables:.....	40
5.6 Descripción de las variables.....	41
5.7 Fuentes de información.....	42
5.8 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.	42
6. Resultados.....	44
7. Discusión.....	54
8. Conclusiones	61
9. Recomendaciones	63
Anexos	65

Referencia bibliográfica 65

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. Matriz de operacionalización de variables	40
Tabla 2. Distribución porcentual por aseguradora de la utilización del servicio de urgencias	44
Tabla 3. Distribución de clasificación de triage	46
Tabla 4. Distribución por aseguradoras de los usuarios no atendidos	46
Tabla 5. Distribución clasificación de triage con diagnóstico relacionado	48
Tabla 6. Distribución por aseguradoras de los usuarios atendidos	50
Tabla 7.. Tiempo promedio para el proceso de clasificación en triage	52
Tabla 8. Tiempo promedio de atención en triage según clasificación de triage	52
Tabla 9. Tiempo promedio de atención medico desde la clasificación en triage	53

Lista de figuras

Figura 1. Distribución de usuarios que asistieron al servicio de urgencias en el periodo enero – junio de 2017	56
Figura 2. Distribución de tiempos para el proceso de admisión según clasificación de triage.....	58
Figura 3. Tiempo promedio para el proceso de admisión según clasificación de triage.....	59
Figura 4. Tiempo promedio de atención en triage según clasificación de triage.....	60

Lista de Anexos

	Pág.
Anexo 1. informe de PQRS clínica sagrado corazón, primer semestre 2017	69
Anexo 2. Informe de PQRS clínica sagrado corazón segundo semestre 2017	70
Anexo 3. Consolidado de PQRS para el año 2017 clínica sagrado corazón	71
Anexo 4. Distribución de las quejas y reclamos del servicio de urgencias por causa en el año 2017 en la clínica sagrado corazón	71
Anexo 5. Distribución porcentual de quejas y reclamos en el servicio de urgencias en el año 2017 en la clínica sagrado corazón	72

Resumen

Objetivo: Caracterizar los tiempos de espera de los pacientes clasificados en triage que asistieron al servicio de urgencias de la Clínica Sagrado Corazón de la ciudad de Medellín, en el primer semestre del año 2017, con el fin de plantear recomendaciones, que sean el insumo para futuros planes de intervención.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en la Clínica Sagrado Corazón del municipio de Medellín. La población se encuentra conformada por los pacientes que acudieron al servicio de urgencias de la institución durante el primer semestre del año 2017. Se determinaron factores sociodemográficos, demanda atendida y no atendida, tiempo para la clasificación en triage y tiempo de espera para la atención médica. La fuente de información, fue la base de datos de la institución, los datos fueron almacenados en una hoja de cálculo de Excel, de donde se obtuvieron medidas estadísticas de tendencia central y de frecuencia.

Resultados: El tiempo promedio para los pacientes clasificados en triage I es de 11 minutos con 50 segundos, la demanda no atendida equivale al 49% de la población que fue clasificada en triage, el tiempo promedio desde la admisión en la institución para la clasificación en triage es de 15 minutos, se encontraron diferencias entre los estándares propuestos por la OPS/OMS y lo hallado en la institución.

Conclusión: Los datos obtenidos evidencian, que aunque hay cumplimiento en los tiempos de atención médica para triage I y II, hay un aumento de la demanda no atendida y la insatisfacción por parte del personal que acude a la institución.

Palabras claves: Oportunidad de la atención, triage, urgencias.

Abstract

Objective: To characterize the waiting times of patients classified in triage in the emergency service of the Clinica Sagrado Corazón of the city of Medellín, in order to propose recommendations for future intervention plans for patients who attended the service, in the first half of 2017

Materials and methods: A retrospective descriptive study was carried out in Clinica Sagrado Corazon of the city of Medellín. The population is made up of patients who went to the emergency department of the institution during the first semester of 2017. Sociodemographic factors were measured, time for classification in triage, waiting time for medical attention, demand attended and not attended, the data source was the database of the institution, the data were stored in an Excel spreadsheet where statistical measurements of central tendency and frequency were obtained.

Results: The average time for patient classified in triage I is 11 minutes with 50 seconds, the unmet demand equals 49% of the population that was classified in triage, the average time since admission in the institution for the classification in triage is 15 minutes, differences were found between the standards proposed by OPS/OMS and what was found in the institution.

Conclusion: The data obtained show that although there is compliance in the times of medical attention for triage I and II, there is an increase in unmet demand and dissatisfaction on the part of the personnel who come to the institution.

Key words: Opportunity of attention, triage, waiting times, emergencies.

1. Planteamiento del problema

La red de servicios de urgencias está reglamentada dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) por la Resolución 249 de 1998, que decreta que “la atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) independientemente de su carácter público, privado o mixto (1)”. Definiendo una urgencia como: “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 o muerte” (1); según esta definición los servicios de urgencias están obligados a prestar atención de manera inmediata, oportuna y satisfactoria.

En Colombia, para el año 2006 se establece el decreto 1011 en el que definen las características de la atención en salud; definiendo la oportunidad como: “la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios” (2).

La cita normativa anterior vincula en su cumplimiento a la Clínica Sagrado Corazón, quien se caracteriza por ser una institución de naturaleza jurídica privada, situada en el oriente de la ciudad de Medellín, en el barrio Buenos Aires, esta presta servicios de alta complejidad. El lugar donde se encuentra ubicado, es cercano a las principales comunas; al norte con Villa hermosa, al oriente con el corregimiento de Santa Elena, al sur con el Poblado y al occidente con la Candelaria, por lo que se observa un alto flujo de pacientes en el

servicio de urgencias.

En el informe mensual de “Medios de comunicación- usuario” realizado por el área de SIAU, de la clínica sagrado corazón, sobre PQRS (Petitionen, quejas, reclamos y sugerencias)*. Para el primer semestre del 2017, se identificaron para todas las dependencias 1145 felicitaciones, 199 quejas y 123 sugerencias; de las cuales, para el servicio de urgencias corresponden 13 felicitaciones, 44 quejas y 9 sugerencias. De las 44 quejas, se identificaron cinco causas: la primera causa fueron quejas por oportunidad en la atención con 29, que corresponde a un 65.91%, seguida por quejas sobre la mala atención por falta de humanización, con un total de 6 que corresponde a un 13.64% en tercer lugar está la percepción de la mala clasificación del triage con un total de 5, que corresponde a un 11.36%, en cuarto lugar se encuentra las quejas por percibir falta de impericia (habilidad y preparación técnica) en el personal, con un total de 3 que corresponden a un 6.82% y como ultima causa identificada, se encuentra quejas por no atención (se van del servicio sin ser atendidos) con un total de 1 que corresponde al 2.27%.

Para el segundo semestre del 2017, se identificaron para todas las dependencias 858 felicitaciones, 152 quejas y 127 sugerencias; de las cuales, para el servicio de urgencias corresponden 14 felicitaciones, 52 quejas y 5 sugerencias. De las 52 quejas, se identificaron cinco causas: la primera causa de esta relacionada por la falta de oportunidad en la atención y fueron 35 usuarios quienes expresaron esta inconformidad, que corresponde a un 67.31%, aumentando con respecto al primer semestre en un 1.40%, seguida por quejas sobre la mala atención por falta de humanización, con un total de 7 que corresponde a un 13.46%, con una variabilidad de -0.17% con respecto al semestre anterior, ocupa el tercer lugar se encuentra la percepción de la mala clasificación del triage, con un total de 6, que corresponde

a un 11.54% con una variabilidad 0.17% con respecto al semestre anterior, en el cuarto lugar se encuentra las quejas por percepción de falta de impericia (habilidad y preparación técnica) en el personal, con un total de 2 que corresponden a un 3.85% con una² ³variabilidad de -2.97% con respecto al semestre anterior y como ultima causa identificada, se encuentra quejas por no atención (se van del servicio sin ser atendidos) con un total de 2 que corresponde al 3.85% con una variabilidad de 1.57% con respecto al semestre anterior.*

La caracterización de la oportunidad del triage en el servicio de urgencias, surge como medida preventiva para evitar los efectos negativos, ya que como lo expresa Josep Maria Módol “La falta de oportunidad y la saturación de los servicios de urgencias deteriora la efectividad y la calidad, ocurre un descenso de la mayoría de indicadores de calidad, como pacientes no atendidos, altas voluntarias, revisitas, fallecidos y reclamaciones, además conlleva un alto riesgo de peores resultados clínicos. Esta situación conduce a la insatisfacción de pacientes, familiares y personal sanitario y a deterioro de aspectos como la dignidad, la comodidad o la confidencialidad. (3)

Es por esto, que es necesario cuantificar la oportunidad de la atención de los pacientes clasificados triage en el servicio de urgencias de la Clínica Sagrado Corazón en el primer semestre del año 2017, ya que en el momento no existe una caracterización de esta en la institución.

* Clínica Sagrado Corazón, informe mensual de “Medios de comunicación- usuario. Medellín: Clínica Sagrado Corazón; 2017.

2. Justificación

La saturación en los servicios de urgencias ha sido a través de los años, el tema central de muchos interrogantes a nivel de las instituciones; esto dado al creciente porcentaje de ocupación, a la disminución en la capacidad de respuesta y a la crisis que afronta el sistema de salud en Colombia en la actualidad, que ha llevado a convertir la solución a dicha problemática, en un reto para las organizaciones. (4)

En la Clínica Sagrado Corazón del municipio de Medellín en el momento no cuenta con un diagnóstico que le permita dimensionar la congestión que presenta el servicio de urgencias, la caracterización que se realice de los pacientes clasificados en triage en la institución, planteara estrategias que permita y facilite el diseño un plan de mejoramiento que tendría un impacto positivo en la calidad de la atención prestada a los pacientes que acuden al servicio.

Así mismo, con la información encontrada se establecerá un antecedente para futuros planes de intervención, desde una perspectiva basada en necesidades reales y actuales de la institución que permita fortalecer las capacidades y conocimientos de la gestión en el servicio de urgencias.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Determinar y caracterizar los tiempos de espera de los pacientes clasificados en triage en el servicio de urgencias de la Clínica Sagrado Corazón de la ciudad de Medellín, con el fin de plantear recomendaciones para futuros planes de intervención, para pacientes que asistieron al servicio, en el primer semestre del año 2017.

3.2 Objetivos específicos:

- Realizar búsqueda en el sistema de información del servicio de urgencias de la Clínica Sagrado Corazón de la ciudad de Medellín de pacientes que asistieron al servicio, en el primer semestre del año 2017 y que fueron clasificados, para determinar y caracterizar los tiempos de espera y demanda no atendida.
- Comparar los resultados obtenidos de la medición y caracterización de los pacientes clasificados en el servicio de urgencias, de la Clínica Sagrado Corazón de la ciudad de Medellín, en el primer semestre del año 2017, con relación al manual para la implementación de un sistema de triage de la OPS/OMS y establecer sus variaciones.
- Analizar los resultados obtenidos, concluir y plantear recomendaciones, que pueden ser adoptadas por la Institución, según su consideración, en la búsqueda de intervenir los hallazgos o que sea el punto de partida para nuevos estudios que propendan por el mejoramiento de los tiempos de espera prolongados,

en el servicio de urgencias de la Clínica Sagrado Corazón de la ciudad de Medellín de pacientes que asistieron al servicio, en el primer semestre del año 2017.

4. Marco teórico

4.1 Marco conceptual

El concepto de Urgencia se define según el decreto 412 de 1992 del ministerio de salud que la define como “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” (5).

Para lo cual se debe entender,

que cuando exista dicha alteración en una persona, debe haber una atención inicial, donde sin importar su etiología, a una persona con patología de urgencia, deben 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 (5).

En consecuencia con lo anterior,

Se diseñaron unidades que en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación, que permitieran 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, entendido esto como servicio de urgencias (5).

A su vez el decreto 412 de 1992 del ministerio de salud implementó la articulación entre las:

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”, con el fin de mejorar el proceso y las llamo red de urgencias, “las cuales actuaran coordinadamente bajo una estructura conformada por subsistemas de información, comunicaciones, transporte, insumos, educación, capacitación y de laboratorios (5).

Las responsabilidades institucionales derivadas de la prestación de atención inicial de urgencia fueron dadas en dicho decreto y estarán enmarcadas por los servicios que se presten, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad, que a cada entidad le determine el Ministerio de salud. Aclarando que la entidad que haya prestado la atención inicial de urgencia tiene responsabilidad sobre el paciente, hasta el momento en que el mismo, haya sido dado de alta, si no ha sido objeto de una remisión y si el paciente ha sido remitido, su responsabilidad llega hasta el momento en que el mismo, ingrese a la entidad receptora.

Es por esto y con el fin de establecer pautas de calidad dentro de la atención en salud, fortaleciendo el proceso, el decreto 1011 del 2006 establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, del Sistema General de Seguridad Social, entendida como:

La provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos

usuarios”. Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, se deberá cumplir con las siguientes características:

1. Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. Oportunidad. La posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

3. Seguridad. 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.

4. Pertinencia. Grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

5. Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico. (2)

Y con cuatro componentes adicionales habilitación, auditoría, acreditación y el sistema de información para la calidad en salud:

Sistema único de habilitación: Definido como 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, es de obligatorio cumplimiento.

Auditoria para el mejoramiento de la calidad: Mecanismo sistemático y continuo de evaluación de estándares de calidad, con grado de obligatoriedad.

Sistema único de acreditación: Entendido como el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa. El proceso es voluntario.

Sistema de información para la calidad: El cual será implantado por el ministerio, con el fin de estimular la competencia por calidad.

Todos los componentes y características están enfocados en brindar una atención con calidad, intervienen en los resultados finales, de esta manera los nuevos planteamientos se orientan a modelos de gestión, con la excelencia del sistema en conjunto (2).

Una vez establecidas las unidades que prestarán la atención, con su función específica, teniendo en cuenta los pasos para ofrecer calidad en la atención en salud, el ministerio de salud, plantea unificar criterios y estandarizar procesos de atención, lo cual integra lo dispuesto en la Ley 100 de 1993, que garantiza la cobertura para acceder al servicio público de salud en todos los niveles de atención, tal como se encuentra definido, en los

principios que desarrolla el sistema de seguridad social integral, a fin de cumplir con sus objetivos, en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, consagra dentro de los derechos de las personas, relacionados con la prestación de servicios de salud, “el de recibir atención oportuna en el servicio de urgencias y en el mismo sentido, establece la prohibición a la negación de los servicios de salud, cuando se trate de atención de urgencias” (6).

Con el fin de continuar fortaleciendo lo dispuesto en la ley 100 de 1993 y lo ratificado en la ley 1751 de 2015 se establece a través de la resolución 5596 del 2015, los criterios técnicos para el sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencias “Triage” (7).

En esta resolución:

El triage se define como un sistema de selección y clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles, que consiste en una valoración clínica breve, que determinará 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.

Dentro de los objetivos del "Triage" está el asegurar una valoración rápida y ordenada de todos los pacientes que llegan a los servicios de urgencias, identificando a aquellos que requieren atención inmediata, además de seleccionar y clasificar los pacientes para su atención según su prioridad clínica y los recursos disponibles en la institución, disminuyendo el riesgo de muerte, complicaciones o discapacidad. Además de brindar una comunicación inicial con información completa que lleve al paciente y su familia a entender el proceso de clasificación de triage, los tiempos de atención y de espera de los pacientes que acuden a los

servicios de urgencia (7).

De igual forma, la presente resolución determina la manera para priorizar la atención de los pacientes en el servicio de urgencias, teniendo en cuenta la siguiente categorización, organizada de mayor a menor riesgo. Haciendo la aclaración de que los tiempos de atención establecidos, no aplicarán en situaciones de emergencia o desastre con múltiples víctimas.

- **Triage I:** Requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de miembro u órgano u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata.
- **Triage II:** La condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los treinta (30) minutos. La presencia de un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría.
- **Triage III:** La condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico aunque su situación puede empeorar si no se actúa.
- **Triage IV:** El paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe la atención correspondiente.

- **Triage V:** El paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general de paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de miembro u órgano (7).

Allí mismo en la presente resolución estableció las responsabilidades del personal que realiza el "Triage". Dejando claro que debe de:

- Organizar y garantizar el orden en el que se realizará el "Triage" a las personas que lleguen al servicio de urgencias.
- Entrevistar al paciente y/o acompañante.
- Evaluar de manera oportuna y pertinente al paciente de acuerdo a las guías de práctica clínica en el servicio de urgencias.
- Clasificar al paciente de acuerdo con la metodología de "Triage" implementada en la IPS, según los criterios definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Llevar el registro de los datos obtenidos en el proceso de "Triage".
- Informar al paciente y/o acompañante el resultado de la clasificación realizada, el área de tratamiento y el tiempo estimado de espera para la atención inicial de urgencias, con observancia de los parámetros.

Además de dejar registro que contenga a información mínima de identificación del paciente, fecha, hora de ingreso y de realización del "Triage", así como la clasificación del paciente (7).

Estandarizado el proceso y definido los conceptos de categorización, se buscó con esto, mejorar la atención en dichas unidades, para evitar la saturación en los servicios de urgencias y mejorar la calidad de la atención.

Para lograr esto se creó la necesidad de implantar un sistema de triage estructurado a nivel nacional, que permita brindar una atención oportuna con calidad, enfocada en prestar un servicio con seguridad y eficiencia. Para ello las unidades de atención buscaron seguir parámetros establecidos por organismos con experiencia, con el fin de buscar el éxito en la implementación del modelo, minimizando los riesgos en la atención:

Los organismos elegidos con tal experiencia fueron La OMS (Organización Mundial de la Salud) en articulación con la OPS (Organización Panamericana de la Salud) quienes brindaron las herramientas para construir a nivel mundial el modelo de atención en los servicios de urgencias “triage”. Para ello publicaron el “manual para la implementación de un sistema de triage para los cuartos de urgencias” con este se pretendía compartir la experiencia y globalizar el modelo.

Dentro del modelo se mencionaron como principios fundamentales que caracterizan a un sistema de triage estructurado los siguientes:

- Ha de ser un sistema de triage de 5 niveles de priorización, normalizado y dotado de un programa informático de gestión del triage, que permita el registro de la clasificación, el control de todos los pacientes dentro y fuera del servicio y el control de tiempos de actuación (“Timelines”).
- Ha de ser un modelo integrador de los aspectos más relevantes de los modelos actuales de triage de 5

categorías, a los que ha de aportar aspectos de revisión y adaptación al entorno sanitario donde se aplique.

- Se ha de constituir en un modelo de calidad, con objetivos operativos, propuestos como indicadores de calidad del triage, fiable, válido, útil, relevante y aplicable.
- Ha de ser un sistema de triage de enfermería no excluyente, integrado en una dinámica de servicio donde se prioriza la urgencia del paciente, sobre cualquier otro planteamiento estructural o profesional, dentro de un modelo de especialización de urgencias.
- Ha de ser un modelo dotado de un programa informático de ayuda a la decisión clínica en el triage, evaluado y validado, con ayuda continua y con registro anamnésico del triage.
- Ha de proponer adaptaciones estructurales y de personal en el cuarto de urgencias, acordes con las necesidades de calidad del sistema de triage y formación específica para el personal de triage.
- Ha de ser un sistema de triage estructurado holístico, de aplicación tanto en el terreno de la urgencia hospitalaria como extra hospitalaria, aplicable tanto a niños como a adultos y con independencia del tipo de hospital, dispositivo o centro de asistencia.

Los objetivos del sistema de triage estructurado son:

- Identificar rápidamente a los pacientes que sufren una enfermedad que pone en peligro su vida, con el objetivo de priorizar su asistencia para garantizar su seguridad (disminuir su riesgo).
- Determinar el área más adecuada para tratar un paciente que se presenta en un cuarto de urgencias o el

centro hospitalario más adecuado para trasladar un paciente que se presenta o es atendido por un dispositivo de asistencia extra hospitalaria.

- Disminuir la congestión de las áreas de tratamiento de los cuartos de urgencias.
- Permitir la evaluación continua de los pacientes mediante reevaluaciones periódicas que garanticen que sus necesidades de atención son satisfechas, asegurando la reevaluación periódica de los pacientes que no presentan condiciones de riesgo vital.
- Permitir una información fluida a los pacientes y sus familias sobre el tipo de servicio que necesita el paciente, dando información sobre cuáles son las necesidades de exploraciones diagnósticas y medidas terapéuticas preliminares y el tiempo de espera probable.
- Proporcionar información que permita conocer y comparar la casuística de los cuartos de urgencias y emergencias, (urgencia y complejidad de las patologías que se atienden), con la finalidad de optimizar recursos y mejorar su gestión (mejorar la eficiencia).
- Crear un lenguaje común para todos los profesionales que atienden las urgencias y emergencias, independientemente del tamaño, estructura o ubicación de los centros asistenciales. Este punto es crítico para mejorar la gestión de las urgencias y emergencias, allá donde se producen y mejorar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.
- Mejorar la calidad de las organizaciones en la asistencia a las urgencias.

Como objetivos de calidad que complementan el modelo se definen 4 indicadores de la calidad (IC) del triage:

1. Índice de pacientes perdidos sin ser visitados por el médico: El índice de pacientes no visitados ha sido definido como un IC de satisfacción, riesgo y adecuación. El

estándar establecido se sitúa en \leq al 2% del total de pacientes que acuden a urgencias. Se subdivide este indicador en:

- Índice de pacientes perdidos sin ser clasificados: Porcentaje de pacientes que deciden dejar el cuarto de urgencias después de su llegada a urgencias y/o de ser registrados administrativamente y antes de ser clasificados, sobre el total de pacientes registrados. Este índice está afectado directamente por la calidad del triage.
- Índice de pacientes clasificados y perdidos sin ser visitados por el médico; Porcentaje de pacientes clasificados que deciden dejar el cuarto de urgencias antes de ser visitados por el médico, sobre el total de pacientes clasificados.

2. Tiempo llegada/registro - triage: El tiempo desde la llegada del paciente al cuarto de urgencias hasta el momento que se inicia la clasificación. El IC de tiempo llegada/registro - triage se define como el porcentaje de pacientes con este tiempo \leq 10 minutos sobre el total de pacientes clasificados. Se establece un estándar $>$ al 85%. Complementariamente establecemos un IC de tiempo registro-triage \leq 15 minutos, con un estándar $>$ al 95%.

3. Tiempo de duración del triage: Se recomienda que el tiempo de duración de la clasificación sea \leq a 5 minutos en $>$ 95% de los pacientes clasificados.

4. Tiempo de espera para ser visitado: Se establece que al menos un 90% de los pacientes tienen que ser visitados por el equipo médico en \leq a 2 horas desde su clasificación y el 100% en \leq a 4 horas.

Los indicadores de calidad del triage estructurado se proponen como estándares, y por tanto su grado de cumplimiento, que puede verse influenciado por múltiples factores al margen del profesional que realiza el triage, ha de ser entendido siempre como un objetivo de calidad.

Como instrumento, su monitorización periódica permitirá poner en marcha mecanismos de corrección y mejora, dentro de una dinámica de mejora continua de la calidad (8).

Buscando complementar el modelo de implementación de triage en aras de identificar sus falencias, las instituciones han realizado diferentes estudios que caracterizan los puntos críticos, en los cuales se debería intervenir.

En un estudio realizado por Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, VH-Dover, R. En Medellín, Colombia, se analizó el acceso a los servicios de salud, sus barreras y sus estrategias, en tres puntos de la ciudad (San Cristóbal, Manrique y Belén) llegando a la conclusión propia después de su estudio, que el acceso a los servicios de salud se define como la posibilidad de obtener, de una manera integral, los servicios de salud para satisfacer las necesidades de prevención y tratamiento de la enfermedad, y de conservación y mejoramiento de la salud; sin barreras, con oportunidad, equidad y calidad; garantizando el derecho fundamental a la salud y a una vida digna, y contando con la persona como corresponsable en el autocuidado y en el uso adecuado del sistema. (9)

Además, identifican como actores condicionantes del acceso al conocimiento del sistema, características del entorno, capacidad del sistema para responder las necesidades del usuario, conocimiento del usuario por parte de los actores del sistema, percepción y experiencias previas del usuario sobre el servicio, cercanía a los centros de atención costos de los servicios (copagos, medicamentos cubiertos y transporte) y cultura. (9)

En conclusión, se resalta el hecho de que todos los actores del sistema se ven afectados por las barreras de acceso. Aunque los usuarios son los que reciben los efectos, en detrimento directo a su salud, los administradores y profesionales perciben presiones del sistema, que dificultan sus labores y generan frustración (9).

En un estudio realizado por Ballesteros M. en 2002 -2003 en seis ciudades de Colombia (Bucaramanga, Cali, Cartagena, Medellín, Montería y Soacha) se caracterizó el acceso a los servicios de salud en dos dimensiones: potencial y real. El acceso potencial es la posibilidad de obtener atención determinada por la adecuación entre el sistema de prestación de servicios (disponibilidad de recursos, tipo de aseguramiento y estructuras de servicios) y las características de la población (predisposición frente al sistema de servicios, tener carné de aseguramiento y morbilidad percibida). El acceso real se refiere a la “utilización efectiva” de servicios de salud, los cuales, en el caso de la oferta, van desde el tipo de institución y servicios utilizados hasta la capacidad resolutive. En el ámbito de las características de la población, el acceso real pasa por la satisfacción del usuario, las actitudes y prácticas respecto a la experiencia de utilizar servicios y la percepción de resolución de la necesidad en salud. (10)

Por otro lado, en un estudio realizado por Luis R. Alvis Estrada en la ciudad de Cartagena en el 2012, que trató de la accesibilidad y la oportunidad de los servicios de urgencias de tercer nivel de complejidad, donde se tomaron todos los servicios de urgencias de Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) de tercer nivel en la ciudad de Cartagena, se concluyó que los pacientes no son atendidos en el tiempo estipulado según su gravedad y lo descrito por la norma, además de evidenciar que los funcionarios que

realizaron el “triage” no son los adecuados para esta tarea; también se evidencia en el estudio, la demora en la atención a los pacientes que tenían un nivel de afiliación subsidiada en comparación al tiempo de los contributivos, igual que se evidencia diagnósticos no acordes con la situación de los pacientes y por otro lado se observó que existe incoherencia en la atención relacionada con el nivel de gravedad de los pacientes, además de establecer que existe una gran discordancia entre la gravedad de los pacientes y la prestación de los servicios encontrando una problemática de gran magnitud que hace reflejar el inadecuado funcionamiento de los servicios de urgencias de la ciudad. (11)

la organización para la Cooperación del Desarrollo Económico (OECD) expresa en su documento Fast track paper- emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventionto Manage the Demand el incremento de la demanda de urgencias en sus países del 7% donde muchas de estas consultas son inapropiadas y consideran el envejecimiento de la población, las complicaciones de las cirugías ambulatorias que terminan en urgencias, la crisis económica, la falta de horarios adecuados a las necesidades de los usuarios, y la insuficiente atención primaria, como causas del fenómeno de sobrecarga de los servicios, además de otros factores asociados con la demora para atender los pacientes. Y proponen como estrategia aumentar la atención primaria y los servicios de atención prioritaria cerca de los departamentos de urgencia, el uso de nuevas tecnología, y la consulta tipo “fast track”. Entre sus 22 países, solo Chile, Irlanda y la Republica Checa han presentado una tendencia decreciente en sus tasas de consulta de urgencias. En Chile y en concreto en Santiago se desarrollaron servicios de urgencia de baja o mediana complejidad cerca del lugar de residencia de la población con horarios extendidos que permi-

tieron el anterior resultado. Se piensa que el Triage es una metodología que puede clasificar y priorizar la atención de los pacientes más graves, con el objeto de proteger su vida y disminuir las complicaciones, dando una atención oportuna. (12)

La OMS/OPS en su “manual de implementación de sistema de triage para los cuartos de urgencias” cita las salas rápidas “fast track”, las cuales tienen como objetivo, la rápida resolución protocolizada de pacientes de nivel IV y V. Como criterio general, el tiempo de estancia en urgencias de un paciente atendido en una sala rápida ha de ser menor a 1 hora. Es importante protocolizar el tipo de pacientes que deben atenderse en sala rápida, en función del motivo de consulta y especialmente el tipo de pacientes que es preferible no visitar en estas salas a pesar de su baja o nula urgencia (dolores abdominales, exploración y drenaje de abscesos, exámenes pelvianos, epistaxis activas, vómitos y/o diarreas, quemados, fracturas y suturas complejas...). (8)

Los pacientes identificados en nivel V y IV son derivados de forma protocolizada a otros niveles asistenciales desde el triage inicial. Para ello es necesario establecer el perfil clínico de los pacientes potencialmente derivables según el tipo de organización en red con la atención primaria de salud.

Con todo esto se llega a identificar que la disponibilidad de un modelo de sistema de triage de cinco niveles, válido, útil, fiable, relevante y aplicable, con una estructura física, profesional y tecnológica en los servicios, con dispositivos y centros donde se atienden las urgencias y emergencias, que permitan hacer el triage de los pacientes según un modelo de calidad evaluable y continuamente mejorable, es una medida fundamental para mejorar la eficiencia de los Servicios de urgencias, para proteger a los

pacientes, aumentar la satisfacción de los usuarios y optimizar recursos.

Asimismo, a partir del análisis de los tiempos de espera según nivel de urgencia, permite la definición de indicadores de saturación claros y comparables con fines de establecer un modelo de mejora continua de la calidad que garantice que las necesidades de atención de los pacientes son satisfechas, controlando los tiempos de espera, activando procesos de sobre triage automático y dando información fluida a los pacientes y a sus familiares, sobre los tratamientos a realizar y el tiempo de espera y permitiendo la gestión ordenada de la actividad de los diferentes equipos asistenciales.

4.2 Marco contextual

4.2.1 Perfil de la clínica

La Clínica Sagrado Corazón es una institución ubicada en el departamento de Antioquia, en el municipio de Medellín, es una entidad de carácter privado encargada de prestar servicios de III y IV nivel de complejidad, en la que se integra una gran variedad de especialistas para brindar una atención de forma holística.

4.2.2 Misión

“Somos una institución prestadora de servicios de salud de alta complejidad, comprometidos con la calidad y el cuidado del medio ambiente, brindando una atención segura, humanizada y empática para todos nuestros grupos de interés, permitiendo el desarrollo corporativo

y el bienestar de nuestros colaboradores” (13)

4.2.3 Visión

“Seremos en el 2020 una clínica reconocida como un aliado estratégico de los usuarios y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, mediante el logro de altos estándares de calidad y seguridad en la atención, la solvencia empresarial y el desarrollo integral del talento humano, garantizando así la satisfacción de las necesidades de nuestros clientes internos y externos (13)”.

4.2.4 Valores corporativos

Calidez

Es el cariño, amabilidad y afecto que muestran las personas por el otro, refleja el amor, la vocación y el gusto propio por la asistencia a los demás.

Empatía

Es la capacidad que tiene el ser humano para conectarse a otra persona, compartiendo sus sentimientos e ideas para responder adecuadamente a sus necesidades. Es aprender a ponerse en el lugar del otro, dejando de ser tú por un momento.

Creatividad + innovación

Es el mecanismo óptimo para garantizar la sostenibilidad del crecimiento y la competitividad de la organización en el largo plazo. Por medio de estos, podemos resolver problemas, encontrar soluciones, soñar en grande, motivarnos a seguir y ayudar a otros.

Flexibilidad

Tenemos la capacidad de buscar siempre una mejor alternativa para darle solución a las necesidades de nuestros grupos de interés. Somos capaces de entender que siempre hay alternativas; estamos dispuestos positivamente para los cambios. Somos capaces de ofrecerles a los pacientes y EPS que somos su aliado experto, que somos su mejor opción. (13)

4.2.5 Portafolio de servicios

En la clínica se ofrecen servicios de:

- Cirugía general
- Equipo de oncología
- Ortopedia y traumatología
- Equipo de urología
- Equipo de ginecología
- Medicina crítica y cuidados intensivos
- Neurocirugía
- Equipo de Urgencias

4.3 Marco legal

Se realizó una revisión del marco normativo para los servicios de urgencias, en lo referente al triage y la atención inicial de urgencias en Colombia, conceptos a tratar durante el desarrollo del proyecto de investigación y para lo cual se encontró:

Inicialmente, con la aparición de la Constitución Política de Colombia de 1991 en el título I De de los derechos fundamentales, en el artículo 2, se reglamenta que las autoridades de la republica protegerán a todas

las personas en su vida, honra, bienes, creencias y demás derechos. En el título II De los derechos, las garantías y los deberes, capítulo I Derechos fundamentales, en el artículo 11, citan que el derecho a la vida es inviolable y no habrá pena de muerte. En el capítulo II de los derechos sociales económicos y culturales en el artículo 48 citan; la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio a cargo del estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. En el artículo 49 Acto Legislativo No. 02 de 2009, artículo 1. El artículo 49 de la Constitución Política quedará así: La atención en salud y saneamiento ambiental a cargo del estado Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. En el artículo 50 Todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado. La ley reglamentará la materia. (14).

En el Decreto 412 de 1992, por el cual se reglamenta parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones:

En el artículo 2 la obligatoriedad de la atención inicial de urgencias: todas las instituciones que ofrezcan servicios de salud están obligadas a prestar atención inicial de urgencias independientemente de la capacidad socioeconómica de los solicitantes del servicio. Recalca la responsabilidad de IPS con respecto a la atención inicial de urgencia, formación del recurso humano y educación de la comunidad para disminuir los factores de riesgo que condicionan las patologías de urgencia, creación de los comités de urgencias. (6)

Posteriormente con La ley 100 de 1993, se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. La norma marco el sistema de salud nacional, la cual incluye el sistema general de pensiones, el sistema general de seguridad social en salud, el

sistema general de riesgos laborales y el de servicios sociales complementarios. Esta tiene por objeto, garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. (15)

Como apartes importantes se tiene:

En el capítulo II de dicha resolución de los afiliados al sistema: el artículo 157 dice: todo colombiano participara en el servicio de salud.

En el artículo 159 La prestación del servicio público de salud (atención de urgencias en todo el territorio).

En el capítulo III Régimen de beneficios; en el parágrafo 5, habla del Sistema de referencia y contrarreferencia, donde el gobierno regulara la atención de urgencias.

En el artículo 166 de la misma ley reglamenta la atención materno infantil.

En el artículo 167 se habla de los riesgos catastróficos y accidentes de tránsito En el artículo 168 reglamenta la atención inicial de urgencias; que será prestada por toda IPS en el país, sin necesidad de contrato, ni orden previa (FOSYGA).

En la actualidad aún sigue siendo referente para el manejo del sistema de salud en el país.

La resolución 5261 de 1994 por la cual se establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de salud en el sistema general de seguridad social en salud la cual en el artículo 10; ratifica:

La atención de urgencias comprende la organización de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros de un proceso de cuidados de salud indispensables e inmediatos a personas que presentan una urgencia. Todas las entidades o establecimientos públicos o privados, que presten servicios de consulta de urgencias, atenderán obligatoriamente estos casos en su fase inicial aún sin convenio o autorización de la E.P.S.

respectiva o aún en el caso de personas no afiliados al sistema. Las urgencias se atenderán en cualquier parte del territorio nacional sin que para ello sea necesario autorización previa de la E.P.S. o remisión, como tampoco el pago de cuotas moderadoras. La I.P.S. que presta el servicio recibirá de la E.P.S. el pago correspondiente con base en las tarifas pactadas o con las establecidas para el S.O.A.T. En todo caso es el médico quien define esta condición y cuando el paciente utilice estos servicios sin ser una urgencia deberá pagar el valor total de la atención. Además, establece las actividades para la atención de pacientes en el servicio de urgencias, definiendo las siguientes: la evaluación y atención médica, atención medica que requiera sutura, atención medica con cuidado que requiera observación hasta por 24 horas, atención medica con cuidado en hidratación, evaluación, estabilización y remisión del paciente que lo requiera, Otras actividades y procedimientos médicos y de enfermería e Interconsulta especializada. (16)

Circular externa número 014 de 1995 donde El Superintendente Nacional de Salud en uso de las facultades legales conferidas por el numeral 6, artículo 7 del Decreto 1259 de 1994, Considera de especial importancia impartir instrucciones que permitan garantizar el acceso a la atención inicial de urgencias y a la atención de urgencias, así como orientar al sector salud sobre la forma de garantizar la financiación de este tipo de atención. (17)

Decreto 1922 de 1994 Por el cual se reglamenta la intervención del Ministerio de Salud en el Sistema de Seguridad Social en Salud, conforme a lo dispuesto en el Decreto-ley 056 de 1975, la Ley 60 de 1993 y el Decreto 1298 de 1994 Salud. La intervención será administrativa, técnica y procederá por razones de orden público, administrativo o técnico, como medida preventiva o correctiva a juicio del Ministerio de Salud o de la Dirección de Salud respectiva y de

conformidad con las normas legales. (18)

La ley 715 de 2001, organiza la prestación de los servicios de educación y salud. En el artículo 42:

Establece la competencia en salud por parte de la nación en el sector salud: Definir, implantar y evaluar la política de prestación de servicios de salud. Además de establecer los procedimientos y reglas para la intervención técnica y/o administrativa de las instituciones que manejan recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sea para su liquidación o administración a través de la Superintendencia Nacional de Salud en los términos que señale el reglamento. En el artículo 54 se organiza y consolida las redes de servicios; El servicio de salud a nivel territorial deberá prestarse mediante la integración de redes que permitan la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta. La red de servicios de salud se organizará por grados de complejidad relacionados entre sí, mediante un sistema de referencia y contrarreferencia que provea las normas técnicas y administrativas con el fin de prestar al usuario servicios de salud acordes con sus necesidades, atendiendo los requerimientos de eficiencia y oportunidad, de acuerdo con la reglamentación que para tales efectos expida el Ministerio de Salud. En el Artículo 67. Atención de urgencias. La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas. Para el pago de servicios prestados su prestación no requiere contrato ni orden previa y el reconocimiento del costo de estos servicios se efectuar mediante resolución motivada en caso de ser un ente público el pagador. (19)

Así mismo, la ley 1112 de 2007, Artículo 20:

Se garantiza a todos los colombianos la atención inicial de urgencias en cualquier IPS del país. Las EPS o las entidades territoriales responsables de la atención a la población pobre no cubierta por los subsidios a la demanda, no podrán negar la prestación y pago de servicios a las IPS que atiendan sus afiliados, cuando estén causados por este tipo de servicios, aún sin que medie contrato. (20)

Por otro lado, referente al triage: En el Decreto 4747 de Diciembre de 2007, en su capítulo III Proceso de atención, en su artículo 10 define (21):

“Sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias “triage”. El Ministerio de la Protección Social definirá un sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, denominado “triage”, el cual será de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud que tengan habilitados servicios de urgencias y de las entidades responsables del pago de servicios de salud en el contexto de la organización de la red de prestación de servicios” (22).

En este artículo se puede observar como desde el año 2007 se habla de un proceso de triage como medida de habilitación para las instituciones, siendo el Ministerio de Protección Social responsable de la creación de un sistema de selección y clasificación capaz de resolver las necesidades requerida por los pacientes que acuden a los servicios de urgencias, sin embargo, para ese año no existía normatividad específica para la realización de este, era deber de cada institución adecuarlo.

Luego se estableció la 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 dentro de sus funciones se establece que manera conjunta con los actores del sistema General de Seguridad Social en

Salud, debe contribuir en la atención adecuada y oportuna, de los pacientes que requieren atención en situaciones de urgencia y deben procurar dar una respuesta eficiente y coordinada, con las entidades del sector salud que hacen parte del Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres (SNPAD) (23).

En el año 2015 surge la resolución 5596 la cual tiene como objetivo establecer los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias "Triage", para ser aplicado en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, como un Sistema de Selección y Clasificación de pacientes, sus objetivos a nivel institucional, el personal encargado de realizarlo, las responsabilidades por parte de las IPS y EPS, y la importancia de este para realizar una adecuada priorización. (8)

En relación a esto y como se expresa en la resolución es deber de la entidad prestadora de servicios, conocer el tiempo promedio de atención para triage III, IV Y V, así mismo como hacerlo conocer al paciente y acompañante, para disminuir la ansiedad y hacerlos partícipes del proceso salud-enfermedad. (8)

5. Diseño metodológico

5.1 Tipo de estudio:

La presente investigación es un trabajo de corte cualitativo y de tipo descriptivo retrospectivo, según Danhke 1989 (citado por Hernández y baptista, 2003) Los trabajos de tipo descriptivo se orientan a describir tal o cual fenómeno o problema, es decir explicar el cómo se manifiesta determinado fenómeno. Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del Fenómeno a Investigar. Un estudio Descriptivo selecciona una serie de aspectos y luego los mide independientemente para así describir lo que se investiga. (24)

5.2 Población:

Pacientes que consultaron al servicio de urgencias durante el primer semestre del año 2017, que hayan sido clasificados en triage.

5.3 Criterios de inclusión:

Personas que hayan asistido al servicio de urgencias de la clínica sagrado corazón y hayan sido clasificadas en el primer semestre del año 2017

5.4 Muestra:

No se aplicó cálculo de muestreo dado que se tomó el total del universo y/o población suministrada por la institución Clínica Sagrado Corazón

que contenía los usuarios que acudieron al servicio de urgencias durante el periodo Enero- Junio del 2017 para un total de 14.456 usuarios.

5.5 Variables:

Las variables permiten determinar datos reales, enfocando la atención en lo que se puede medir, observar, evaluar e inferior ya que contextualizan los resultados encontrados.

Por esta razón, para el presente proyecto se eligieron las siguientes variables:

Tabla 10. Matriz de operacionalización de variables

VARIABLE		NATURALEZA	NIVEL	CATEGORIA
Socieodemográficas	Tipo de documento	Cualitativa	Nominal	Politómica
	Régimen o vinculación al SGSS	cualitativa	Nominal	Politómica
Proceso de ingreso a urgencias	Tiempo desde la admisión a la clasificación en triage	Cuantitativa	Razón	continua
	Fecha de atención	Cuantitativa	Ordinal	Politómica
	Clasificación en triage	Cuantitativa	Ordinal	Politómica
	Tiempo desde la clasificación en triage hasta la atención médica	Cuantitativa	Razón	Continua
	Diagnostico	Cualitativa	Nominal	Politómica
	Demanda atendida	Cuantitativa	Nominal	Politómica
	Demanda no atendida	Cuantitativa	Nominal	Politómica

5.6 Descripción de las variables

- **Variables socio demográficas**
- **Tipo de documento:** Se registra el tipo de documento de identificación del paciente que acude a la institución, se contempla las opciones cedula, tarjeta de identidad, registro civil, pasaporte, cedula de extranjería, entre otros.
- **Régimen o vinculación al SGSS:** Corresponde al tipo de vinculación al sistema general de seguridad social en salud, contributivo o subsidiado
- **Proceso de ingreso a urgencias**
- **Tiempo desde la admisión a la clasificación en triage:** Tiempo transcurrido desde que el paciente realiza el ingreso a admisiones hasta que es llamado a triage para ser clasificado
- **Clasificación en triage:** Clasificación que se realiza al paciente, la cual es descrita en la resolución 5596 la cual tiene como objetivo establecer los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias, la clasificación es de 1 a 5 las cuales fueron descritas anteriormente.
- **Tiempo desde la clasificación en triage hasta la atención médica:** Tiempo transcurrido desde que el paciente ha sido clasificado en triage, hasta que es evaluado por el médico.
- **Diagnóstico:** De acuerdo a la condición clínica, signos y síntomas por los cual el paciente consulto, el profesional encargado de realizar triage, realiza un diagnóstico inicial.

- **Fecha de atención:** Indica la fecha en la que el paciente fue clasificado en el servicio de urgencias.
- **Demanda atendida:** Pacientes que fueron clasificados en triage y recibieron atención médica
- **Demanda no atendida:** Pacientes que fueron clasificados en triage, sin embargo, egresaron del servicio sin esperar atención médica.

5.7 Fuentes de información

La principal fuente de información fue la base de datos de la institución donde se incluyó el número total de personas que consultaron al servicio de urgencias durante el primer semestre del año 2017.

Protocolo para la atención de pacientes que consultan a triage de la clínica sagrado corazón.

5.8 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.

Para realizar la medición se tuvieron en cuenta los siguientes elementos:

- Fecha y hora de llegada al servicio de urgencias
- Aseguradora
- Clasificación de triage
- Tiempo de admisión
- Tiempo de triage
- **Tiempo de atención medica**

El instrumento utilizado fue la filtración de la información por medio de tablas dinámicas y cruce de variables, manejadas en el programa de Excel, que luego fueron analizadas.

6. Resultados

Los datos de la muestra suministrada por la clínica sagrado corazón, correspondiente al semestre enero - junio del 2017, de los usuarios que consultaron al servicio de urgencias en dicho periodo, está conformada por 14456 usuarios, de los cuales 11889 correspondiente al 82.24% son mayores de edad y 2567 correspondiente al 17.75% son menores de edad.

En cuanto al asegurador que más utiliza el servicio de urgencias, es el régimen contributivo de EPS SURA con 4790 consultas correspondiente al 33,14% seguido de SANITAS EPS con 3483 correspondiente al 24,09%, en tercer lugar esta SALUD TOTAL EPS-S con 1506 que corresponde al 10,42%, en cuarto lugar SALUD TOTAL PGP con 1349 que corresponde al 9,33% y en quinto lugar se encuentra PAGO GLOBAL SOS con 756 correspondiente al 5.23%. (Ver tabla 2).

Tabla 11. Distribución porcentual por aseguradora de la utilización del servicio de urgencias

N°	ASEGURADORA	CANTIDAD ATENDIDOS	CANTIDAD NO ATENDIDOS	TOTAL	PORCENTAJE
1	R.C EPS SURA	1990	2800	4790	33,14
2	SANITAS EPS	1568	1915	3483	24,09
3	R.C. SALUD TOTAL EPS-S S.A	671	835	1506	10,42
4	SALUD TOTAL PGP	1149	200	1349	9,33
5	PAGO GLOBAL SOS	294	462	756	5,23
6	R.S. ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S	321	239	560	3,87
7	COOSALUD ARS	214	33	247	1,71
8	PARTICULARES	86	131	217	1,50
9	COMPANIA SURAMERICANA DE SEGUROS S.A. SOAT	182	22	204	1,41
10	R.C NUEVA EPS S.A	64	139	203	1,40
11	MUNDIAL DE SEGUROS SOAT	163	24	187	1,29
12	R.S. EPS SURA	66	78	144	1,00
13	SEGUROS DEL ESTADO SOAT	99	8	107	0,74
14	CONSORCIO SAYP	61	28	89	0,62

N°	ASEGURADORA	CANTIDAD ATENDIDOS	CANTIDAD NO ATENDIDOS	TOTAL	PORCENTAJE
15	QBE SEGUROS S.A	77	8	85	0,59
16	SANITAS PGP	55	12	67	0,46
17	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	46	14	60	0,42
18	COOMEVA EPS	26	29	55	0,38
19	R.S SALUD TOTAL EPS-S S.A	29	20	49	0,34
20	MUNICIPIO DE MEDELLIN	18	27	45	0,31
21	SEGUROS COLPATRIA S.A	37	1	38	0,26
22	LA PREVISORA SOAT	28	5	33	0,23
23	SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A	25	5	30	0,21
24	CAFESALUD	15	11	26	0,18
25	LIBERTY SOAT	17	1	18	0,12
26	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES (SOAT)	15	0	15	0,10
27	CRUZ BLANCA EPS S.A.	6	7	13	0,09
28	FUNDACION MEDICO PREVENTIVA	6	5	11	0,08
29	BNP PARIBAS CARDIF	7	1	8	0,06
30	R.S NUEVA EPS S.A	2	6	8	0,06
31	MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A	6	1	7	0,05
32	DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR	6	1	7	0,05
33	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA S.A.	6	1	7	0,05
34	EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD (SOS)	3	3	6	0,04
35	R.C ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S	2	4	6	0,04
36	POLIZA ESTUD DE SEGUROS DEL ESTADO	3	1	4	0,03
37	ARP SURA	2	2	4	0,03
38	SECCIONAL DE SANIDAD ANTIOQUIA	1	3	4	0,03
39	SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A	1	0	1	0,01
40	MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A	1	0	1	0,01
41	LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA	1	0	1	0,01
42	IPS UNIVERSITARIA	1	0	1	0,01
43	ECOPETROL	1	0	1	0,01
44	DIRECCION SECCIONAL DE SALUD ANTIOQUIA	1	0	1	0,01
45	COMFENALCO EPS VALLE DEL CAUCA	1	0	1	0,01
46	COMFACHOCO	1	0	1	0,01
	TOTAL	7374	7082	14456	100,00

En cuanto a la clasificación más requerida en el servicio de urgencias, se encuentra el TRIAGE III con 6017 que corresponde al 41,62% seguido de TRIAGE IV con 5437 que corresponde 37,61% y en tercer lugar está el TRIAGE II con 2096 que corresponde al 14,50%, este dato obtenido de la demanda total de usuarios, teniendo en cuenta los atendidos y no atendidos en dicho periodo. (Ver tabla 3)

Tabla 12. Distribución de clasificación de triage

TRIAGE	TOTAL	PORCENTAJE
III	6017	41,62
IV	5437	37,61
II	2096	14,50
V	669	4,63
I	237	1,64
TOTAL	14456	100,00

En cuanto a la distribución por aseguradoras de los usuarios atendidos y no atendidos en el periodo en cuestión (Enero – Junio 2017) se encontró de los usuarios no atendidos fueron 7082 que corresponde al 48.99% del total de la población que asistió al servicio de urgencias donde la EPS SURA con su régimen contributivo fue la primera con 2800 usuarios no atendidos que corresponden al 19,34% del total de la población que asistió al servicio de urgencias y el 39,54% del total de los usuarios no atendidos. La segunda aseguradora con más usuarios no atendidos en el periodo fue SANITAS EPS con 1915 que corresponde al 13,25 de la población que asistió al servicio de urgencias y al 27.04% del total de usuarios no atendidos. En el tercer lugar se encuentra SALUD TOTAL EPS-S con 835 que corresponde al 5,78% del total de la población que asistió a urgencias y al 11,79% del total de la población no atendida. (Ver tabla 4)

Tabla 13. Distribución por aseguradoras de los usuarios no atendidos

N°	ASEGURADORA	CANTIDAD	CLASIFICACION DE TRIAGE					PORCENTAJE DEL TOTAL DE LOS USUARIOS QUE CONSULTARON	PORCENTAJE DEL TOTAL DE NO ATENDIDOS
			I	II	III	IV	V		
1	R.C EPS SURA	2800	1	13	406	2178	202	19,37	39,54
2	SANITAS EPS	1915	1	10	203	1555	146	13,25	27,04
3	R.C. SALUD TOTAL EPS-S S.A	835		1	196	553	85	5,78	11,79
4	PAGO GLOBAL SOS	462		1	15	415	31	3,20	6,52
5	R.S. ALIANZA MEDELLIN AN-TIOQUIA EPS S.A.S	239	1	3	80	124	31	1,65	3,37
6	SALUD TOTAL PGP	200		4	59	102	35	1,38	2,82
7	R.C NUEVA EPS S.A	139		2	47	69	21	0,96	1,96

8	PARTICULARES	131	2	26	75	28	0,91	1,85	
9	R.S. EPS SURA	78		20	54	4	0,54	1,10	
10	COOSALUD ARS	33	1	10	17	5	0,23	0,47	
11	COOMEVA EPS	29	1	13	13	2	0,20	0,41	
12	CONSORCIO SAYP	28	1	16	7	4	0,19	0,40	
13	MUNICIPIO DE MEDELLIN	27		12	11	4	0,19	0,38	
14	MUNDIAL DE SEGUROS SOAT	24	1	4	7	12	0,17	0,34	
15	COMPANIA SURAMERICANA DE SEGUROS S.A. SOAT	22	1	5	7	9	0,15	0,31	
16	R.S. SALUD TOTAL EPS-S S.A	20	1	2	12	5	0,14	0,28	
17	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14		3	6	5	0,10	0,20	
18	SANITAS PGP	12		3	7	2	0,08	0,17	
19	CAFESALUD	11		4	4	3	0,08	0,16	
20	QBE SEGUROS S.A	8	1	2	2	3	0,06	0,11	
21	SEGUROS DEL ESTADO SOAT	8		1	2	5	0,06	0,11	
22	CRUZ BLANCA EPS S.A.	7		2	3	2	0,05	0,10	
23	R.S. NUEVA EPS S.A	6		3	3		0,04	0,08	
24	FUNDACION MEDICO PREVENTIVA	5		1	3	1	0,03	0,07	
25	LA PREVISORA SOAT	5		1	3	1	0,03	0,07	
26	SEGUROS COMERCIALES BOLLIVAR S.A	5		1	1	3	0,03	0,07	
27	R.C. ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S	4		2	1	1	0,03	0,06	
28	EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD (SOS)	3			3		0,02	0,04	
29	SECCIONAL DE SANIDAD ANTIOQUIA	3		1	2		0,02	0,04	
30	ARP SURA	2	1		1		0,01	0,03	
31	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA S.A.	1			1		0,01	0,01	
32	BNP PARIBAS CARDIF	1		1			0,01	0,01	
33	DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR	1		1			0,01	0,01	
34	LIBERTY SOAT	1			1		0,01	0,01	
35	MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A	1		1			0,01	0,01	
36	POLIZA ESTUD DE SEGUROS DEL ESTADO	1			1		0,01	0,01	
37	SEGUROS COLPATRIA S.A	1				1	0,01	0,01	
	TOTAL NO ATENDIDOS	7082	5	42	1141	5243	651	48,99	100,00

De los usuarios no atendidos dentro de los principales diagnósticos se tiene que el primer lugar lo ocupa los usuarios que dentro de su clasificación no se asoció a un diagnóstico, en total 6.947 que corresponden al 48.06% del total de la población que consulto al servicio de urgencias y al 98.09% del total de usuarios no atendidos. En segundo lugar se ubica el diagnostico de diarrea sin deshidratación con un total de 35 pacientes que corresponde al 0.24% del total de población y 0.49% del total de usuarios no atendidos. En tercer lugar

está el diagnóstico odinofagia, disfagia, sialorrea, fiebre sin compromiso de estado general con 22 pacientes, que corresponde al 0.15% del total de la población que consultó al servicio de urgencias y 0.31% del total de usuarios no atendidos.

Así mismo, se encontró que en la clasificación de triage de los usuarios no atendidos 4 usuarios triage I no fueron atendidos y 1 usuario con un diagnóstico de abuso sexual no fue atendido, con respecto a triage II 37 usuarios no fueron atendidos y 3 pacientes con diagnóstico de abuso de sustancias con signos y síntomas de intoxicación no fueron atendidos. (Ver tabla 5)

Tabla 14. Distribución clasificación de triage con diagnóstico relacionado

N°	DIAGNOSTICO	TRIAGE I	TRIAGE II	TRIAGE III	TRIAGE IV	TRIAGE V	TOTAL	PORCENTAJE DEL TOTAL DE LOS USUARIOS QUE CONSULTARON	PORCENTAJE DEL TOTAL DE USUARIOS NO ATENDIDOS
1	SIN DIAGNOSTICO	4	37	1117	5145	644	6947	48,06	98,09
2	X DIARREA SIN DESHIDRATACION				35		35	0,24	0,49
3	ODINOFAGIA, DISFAGIA , SIALORREA, FIEBRE, SIN COMPROMISO DEL ESTADO GENERAL				22		22	0,15	0,31
4	INFECCIÓN RESPIRATORIA ALTA, NO COMPLICADA, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA O FIEBRE Y SIN FACTORES DE RIESGO				19		19	0,13	0,27
5	CEFALEA LEVE EN PACIENTE CON HISTORIA DE MIGRAÑA, NO ASOCIADA A HIPERTENSIÓN, NI A TRAUMA Y SIN COMP			7			7	0,05	0,10
6	TRAUMA Y/O LESIÓN CONTUSA MÚSCULO ESQUELÉTICOS CON DOLOR MODERADO			5			5	0,03	0,07
7	OTITIS SUPURATIVA O NO SUPURATIVA, SIN COMPROMISO SISTÉMICO				5		5	0,03	0,07
8	X DOLOR ABDOMINAL SIN SÍNTOMAS ASOCIADOS			4			4	0,03	0,06
9	CEFALEA LEVE O MODERADA SIN SÍNTOMAS ASOCIADOS (SIGNOS DE ALARMA)				4		4	0,03	0,06
10	HALLAZGO INCIDENTAL DE ESTADO II DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SIN SIGNOS NI SÍNTOMAS ASOCIADOS				4		4	0,03	0,06

11	ABUSO DE SUSTANCIAS, CON SIGNOS Y SÍNTOMAS DE INTOXICACIÓN AGUDA	3				3		0,02	0,04
12	TRAUMA Y/O LESIÓN CONTUSA MÚSCULO ESQUELÉTICOS CON DOLOR LEVE				3	3		0,02	0,04
13	CUERPO EXTRAÑO EN OJO SIN COMPROMISO VISUAL ,NI EVIDENCIA DE LESIÓN CORNEAL		2			2		0,01	0,03
14	X DIARREA CON DESHIDRATACION		2			2		0,01	0,03
15	DOLOR CERVICAL, DORSAL, LUMBAR, SACRO Y/O COCCÍGEO CRÓNICO AGUDIZADO LEVE SIN SÍNTOMAS ASOCIADOS O E			2		2		0,01	0,03
16	LACERACIONES, EXCORIACIÓN Y HERIDAS QUE NO REQUIEREN SUTURA			2		2		0,01	0,03
17	LESIONES CRÓNICAS EN PIEL SIN COMPROMISO DEL ESTADO GENERAL				2	2		0,01	0,03
18	SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES CRÓNICOS SIN NINGUNA MANIFESTACIÓN AGUDA				2	2		0,01	0,03
19	ABUSO SEXUAL	1				1		0,01	0,01

N°	DIAGNOSTICO	TRIAGE I	TRIAGE II	TRIAGE III	TRIAGE IV	TRIAGE V	TOTAL	PORCENTAJE DEL TOTAL DE LOS USUARIOS QUE CONSULTARON	PORCENTAJE DEL TOTAL DE NO ATENDIDOS
20	ANTECEDENTE DE CONVULSIÓN CON RECUPERACIÓN TOTAL SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO (SIN OTROS CRITERIOS POR TR		1				1	0,01	0,01
21	EPISODIO AGUDO DE PÉRDIDA O DISMINUCIÓN DE LA FUNCIÓN MOTORA (DISARTRIA, PARESIA, AFASIA) SÚBITOS O		1				1	0,01	0,01
22	OTALGIA, OTORREA Y FIEBRE			1			1	0,01	0,01
23	SÍNDROME VERTIGINOSO SIN VOMITO			1			1	0,01	0,01
24	SÍNTOMAS URINARIOS (DISURIA ,POLAQUIURIA) CON SOSPECHA DE COMPROMISO DEL TRACTO URINARIO			1			1	0,01	0,01
25	X VOMITO SIN OTRO SINTOMA			1			1	0,01	0,01
26	DRENAJE PURULENTO EN OJOS, ASOCIADO A SIGNOS Y SÍNTOMAS COMO INFLAMACIÓN AGUDA, INYECCIÓN CONJUNTIVA				1		1	0,01	0,01
27	SÍNTOMAS RESPIRATORIOS ALTOS Y/O DISFONÍA Y/O ODINOFAGIA				1		1	0,01	0,01
28	DOLOR MÚSCULO ESQUELÉTICO CRÓNICO LEVE					1	1	0,01	0,01
29	ESPASMO MUSCULAR LEVE SIN OTROS SÍNTOMAS ASOCIADOS					1	1	0,01	0,01
30	ESTREÑIMIENTO					1	1	0,01	0,01
	TOTAL	5	42	1141	5243	651	7082	48,99	100,00

De los usuarios atendidos en el periodo Enero – Junio de 2017, en el primer lugar esta régimen contributivo de EPS SURA CON 1.990 que

corresponde al 13,77 del total de la población que asistió al servicio de urgencias y al 26,99% del total de usuarios atendidos. En el segundo lugar se encuentra SANITAS EPS con 1568 que corresponde al 10,85% del total de la población que asistió al servicio de urgencias y al 21,26% del total de usuarios atendidos. En tercer lugar, esta SALUD TOTAL PGP con 1149 que corresponde al 7,95% del total de la población que consulto y el 15,58% del total de usuarios atendidos (Tabla 6).

Tabla 15. Distribución por aseguradoras de los usuarios atendidos

N°	ASEGURADORA	CANTIDAD	CLASIFICACION DE TRIAGE					PORCENTAJE DEL TOTAL DE LOS USUARIOS QUE CONSULTARON	PORCENTAJE DEL TOTAL DE ATENDIDOS
			I	II	III	IV	V		
1	R.C EPS SURA	1990	36	574	1310	69	1	13,77	26,99
2	SANITAS EPS	1568	24	384	1104	52	4	10,85	21,26
3	SALUD TOTAL PGP	1149	8	279	852	8	2	7,95	15,58
4	R.C. SALUD TOTAL EPS-S S.A	671	24	204	419	20	4	4,64	9,10
5	R.S. ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S	321	67	165	85	3	1	2,22	4,35
6	PAGO GLOBAL SOS	294	2	76	208	8		2,03	3,99
7	COOSALUD ARS	214	8	72	134			1,48	2,90
8	COMPANIA SURAMERICANA DE SEGUROS S.A. SOAT	182		23	151	8		1,26	2,47
9	MUNDIAL DE SEGUROS SOAT	163	2	20	133	8		1,13	2,21
10	SEGUROS DEL ESTADO SOAT	99		13	81	4	1	0,68	1,34
11	PARTICULARES	86	7	37	40	2		0,59	1,17
12	QBE SEGUROS S.A	77	1	15	60	1		0,53	1,04
13	R.S. EPS SURA	66	3	25	35	1	2	0,46	0,90
14	R.C NUEVA EPS S.A	64	15	38	11			0,44	0,87
15	CONSORCIO SAYP	61	1	19	36	4	1	0,42	0,83
16	SANITAS PGP	55	13	42				0,38	0,75
17	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	46		4	38	3	1	0,32	0,62
18	SEGUROS COLPATRIA S.A	37		7	30			0,26	0,50
19	R.S SALUD TOTAL EPS-S S.A	29	3	10	15	1		0,20	0,39
20	LA PREVISORA SOAT	28		7	21			0,19	0,38
21	COOMEVA EPS	26	12	11	3			0,18	0,35
22	SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A	25		4	20	1		0,17	0,34
23	MUNICIPIO DE MEDELLIN	18	8	10				0,12	0,24
24	LIBERTY SOAT	17		5	12			0,12	0,23
25	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES (SOAT)	15			15			0,10	0,20
26	CAFESALUD	15	3	9	2	1		0,10	0,20
27	BNP PARIBAS CARDIF	7		4	3			0,05	0,09

N°	ASEGURADORA	CANTIDAD	CLASIFICACION DE TRIAGE					PORCENTAJE DEL TOTAL DE LOS USUARIOS QUE CONSULTARON	PORCENTAJE DEL TOTAL DE ATENDIDOS
			I	II	III	IV	V		
36	R.C ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S	2		2				0,01	0,03
37	ARP SURA	2		2				0,01	0,03
38	SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A	1		1				0,01	0,01
39	SECCIONAL DE SANIDAD ANTIOQUIA	1		1				0,01	0,01
40	MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A	1			1			0,01	0,01
41	LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA	1			1			0,01	0,01
42	IPS UNIVERSITARIA	1		1				0,01	0,01
43	ECOPETROL	1		1				0,01	0,01
44	DIRECCION SECCIONAL DE SALUD ANTIOQUIA	1	1					0,01	0,01
45	COMFENALCO EPS VALLE DEL CAUCA	1			1			0,01	0,01
46	COMFACHOCO	1		1				0,01	0,01
TOTAL ATENDIDOS		7374	245	2083	4834	195	17	51,01	100,00
28	MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A	6			6			0,04	0,08
29	FUNDACION MEDICO PREVENTIVA	6	2	4				0,04	0,08
30	DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR	6	2	4				0,04	0,08
31	CRUZ BLANCA EPS S.A.	6	2	2	2			0,04	0,08
32	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA S.A.	6		3	3			0,04	0,08
33	POLIZA ESTUD DE SEGUROS DEL ESTADO	3		1	1	1		0,02	0,04
34	EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD (SOS)	3		2	1			0,02	0,04
35	R.S NUEVA EPS S.A	2	1	1				0,01	0,03

En cuanto a los tiempos de atención en el servicio de urgencias, para el proceso de clasificación del usuario, el promedio de tiempo transcurrido del paciente entre el ingreso y la clasificación se encontró que para pacientes clasificados en triage I está en 11 minutos con 50 segundos, con una desviación estándar de 9 minutos 58 segundos. El promedio de tiempo transcurrido del paciente entre el ingreso y la clasificación se encontró que para pacientes clasificados en el triage II es de 17 minutos con 27 segundos con una desviación estándar de 15 minutos con 10 segundos. y para triage III se obtuvo un tiempo promedio de 15 minutos con 10 segundos con una desviación estándar

de 14 minutos con 16 segundos. (Ver tabla 7)

Tabla 16.. Tiempo promedio para el proceso de clasificación en triage

CLASE DE TRIAGE	Promedio de DIFER ADMISION	DESVIACION E. DIFER ADMISION	ATENDIDOS	NO ATENDIDOS	TOTAL
TRIAJE I	00:11:50	00:09:58	232	5	237
TRIAJE II	00:17:27	00:15:10	2054	42	2096
TRIAJE III	00:15:10	00:14:16	4876	1141	6017
TRIAJE IV	00:16:15	00:15:38	194	5243	5437
TRIAJE V	00:15:03	00:18:15	18	651	669
Total general	00:15:44	00:14:30	7374	7082	14456

Para el proceso de triage, el promedio de tiempo transcurrido entre el ingreso del paciente a triage y la clasificación se encontró que para pacientes clasificados en triage I está en 2 minutos con 44 segundos, con una desviación estándar de 3 minutos 24 segundos, para el triage II es de 3 minutos con 54 segundos con una desviación estándar de 4 minutos con 43 segundos y para triage III se obtuvo un tiempo promedio de 4 minutos con 37 segundos con una desviación estándar de 3 minutos con 53 segundos. (Ver tabla 8)

Tabla 17. Tiempo promedio de atención en triage según clasificación de triage

CLASE DE TRIAGE	Promedio de DIFER TRIAGE	DESVIACION E. DIFER TRIAGE	ATENDIDOS	NO ATENDIDOS	TOTAL
TRIAJE I	00:02:44	00:03:24	232	5	237
TRIAJE II	00:03:54	00:04:43	2054	42	2096
TRIAJE III	00:04:37	00:03:53	4876	1141	6017
TRIAJE IV	00:05:46	00:03:27	194	5243	5437
TRIAJE V	00:06:25	00:04:55	18	651	669
Total general	00:04:23	00:04:09	7374	7082	14456

En cuanto a los tiempos de atención en el servicio de urgencias, para el proceso de atención médica, el promedio de tiempo transcurrido desde la clasificación hasta la atención médica, se encontró que para

pacientes clasificados en triage I esta en 11 minutos con 21 segundos, con una desviación estándar de 24 minutos con 6 segundos, para el triage II es de 29 minutos con 26 segundos con una desviación estándar de 3 horas con 17 minutos 40 segundos y para triage III se obtuvo un tiempo promedio de 1 hora con 11 minutos 59 segundos, con una desviación estándar de 3 horas 56 minutos y 14 segundos (Ver tabla 9)

Tabla 18. Tiempo promedio de atención medico desde la clasificación en triage.

CLASE DE TRIAGE	Promedio de DIFER URG.	DESVIACION E. DIFER URG.	ATENDIDOS	NO ATENDIDOS	TOTAL
TRIAJE I	00:11:21	00:24:06	232	5	237
TRIAJE II	00:29:26	03:17:40	2054	42	2096
TRIAJE III	01:11:59	03:56:14	4876	1141	6017
TRIAJE IV	02:14:49	09:18:39	194	5243	5437
TRIAJE V	06:33:03	20:09:44	18	651	669
Total general	01:00:42	04:05:32	7374	7082	14456

7. Discusión

El triage en los servicios de urgencia es un Sistema de Selección y Clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles, que consiste en una 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)

El objetivo básico de la implantación de un sistema de triage estructurado de cara al paciente, es controlar su riesgo ante una eventual espera para ser visitado; es decir, aumentar su seguridad, aunque el triage estructurado aporta mejoras en aspectos como la accesibilidad y disponibilidad de los profesionales de cara al paciente, que se convierte en el verdadero centro de la asistencia, así como un mayor acceso a la información y sobre todo una mayor humanización de la asistencia, incidiendo directamente en aspectos como asistencia con calidad, segura y eficiente. (8)

De acuerdo a la implementación de este modelo de atención "triage" en las diferentes instituciones desde la perspectiva de calidad, se obtienen unos parámetros internacionales a tener en cuenta para la monitorización del mismo, como lo son los indicadores de calidad del triage propuestos por OPS/OMS. Estos se proponen como estándares, y por tanto su grado de cumplimiento, ha de ser entendido siempre como un objetivo de calidad, como un instrumento, que permitirá poner en marcha mecanismos de corrección y mejora, dentro de una dinámica de mejora continua de la calidad, enfocada a la atención. (8)

Dentro de los indicadores de la propuesta de implementación del modelo de un sistema de triage para los servicios de urgencias se plantean 4 indicadores de calidad del triage: (8)

1. Índice de pacientes perdidos sin ser visitados por el médico: El índice de pacientes no visitados ha sido definido como un IC de satisfacción, riesgo y adecuación. El estándar establecido se sitúa en \leq al 2% del total de pacientes que acuden a urgencias. Se subdivide este indicador en:

- Índice de pacientes perdidos sin ser clasificados: Porcentaje de pacientes que deciden dejar el cuarto de urgencias después de su llegada a urgencias y/o de ser registrados administrativamente y antes de ser clasificados, sobre el total de pacientes registrados. Este índice está afectado directamente por la calidad del triage.

- Índice de pacientes clasificados y perdidos sin ser visitados por el médico: Porcentaje de pacientes clasificados que deciden dejar el cuarto de urgencias antes de ser visitados por el médico, sobre el total de pacientes clasificados.

De acuerdo a los resultados hallados, se obtuvo que en la Clínica Sagrado Corazón de la ciudad de Medellín la distribución de los usuarios que consultaron al servicio de urgencias en el periodo Enero – Junio 2017 (ver figura 1)

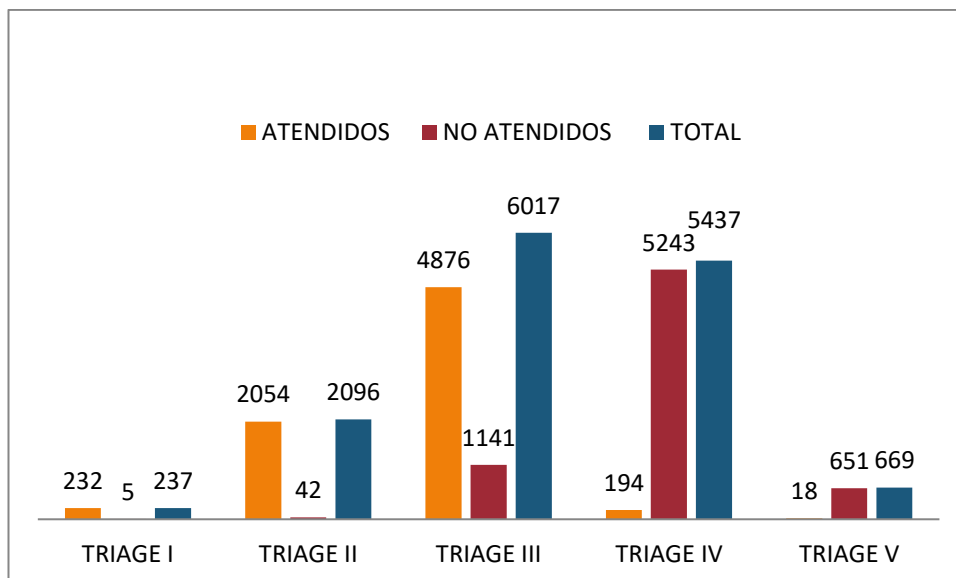


Figura 1. Distribución de usuarios que asistieron al servicio de urgencias en el periodo enero – junio de 2017

Teniendo en cuenta los estándares pactados por OPS/OMS para los indicadores de calidad para el Índice de pacientes perdidos sin ser clasificados, no se obtuvo Porcentaje porque ese dato no fue suministrado por la Clínica Sagrado Corazón, en el universo de la muestra no registran los pacientes que deciden dejar el cuarto de urgencias después de su llegada a la misma y/o de ser registrados administrativamente y antes de ser clasificados.

Con respecto al índice de pacientes clasificados y perdidos sin ser visitados por el médico: Porcentaje de pacientes clasificados que deciden dejar el cuarto de urgencias antes de ser visitados por el médico, sobre el total de pacientes clasificados. Se observó una diferencia de 292 usuarios entre 7374 usuarios atendidos y clasificados, contra 7082 no atendidos pero clasificados, de un total de 14456 usuarios que visitaron el servicio de urgencias y que fueron clasificados; que corresponde a una variación 3.95% y una cantidad significativa de usuarios no atendidos del 48.99%, resultado por debajo del 2%

establecido como parámetro pactado como objetivo de la calidad del triage.

2. El segundo indicador de calidad de triage es el Tiempo llegada/registro - triage: El tiempo desde la llegada del paciente al servicio de urgencias hasta el momento que se inicia la clasificación. El IC de tiempo llegada/registro – triage, se define como el porcentaje de pacientes con este tiempo ≤ 10 minutos, sobre el total de pacientes clasificados. Se establece un estándar $>$ al 85%. Complementariamente se establece un IC de tiempo registro-triage ≤ 15 minutos, con un estándar $>$ al 95%. (22)

Para este indicador de calidad de triage, se obtiene del resultado del universo (ver grafica 2) que 219 usuarios tuvieron el tiempo por debajo de los 10 minutos que corresponden al 2.97% del total de atendidos y al 1.51% del total de pacientes clasificados; resultado que se encuentra muy por debajo del parámetro establecido para la calidad del triage en $>85\%$ que correspondería a 6267 usuarios de los atendidos, teniendo en cuenta que el universo de la muestra solo establece el tiempo desde la admisión del usuario hasta la clasificación, este tiempo podía ser mayor al no contar el tiempo de espera desde el ingreso al servicio hasta la admisión.

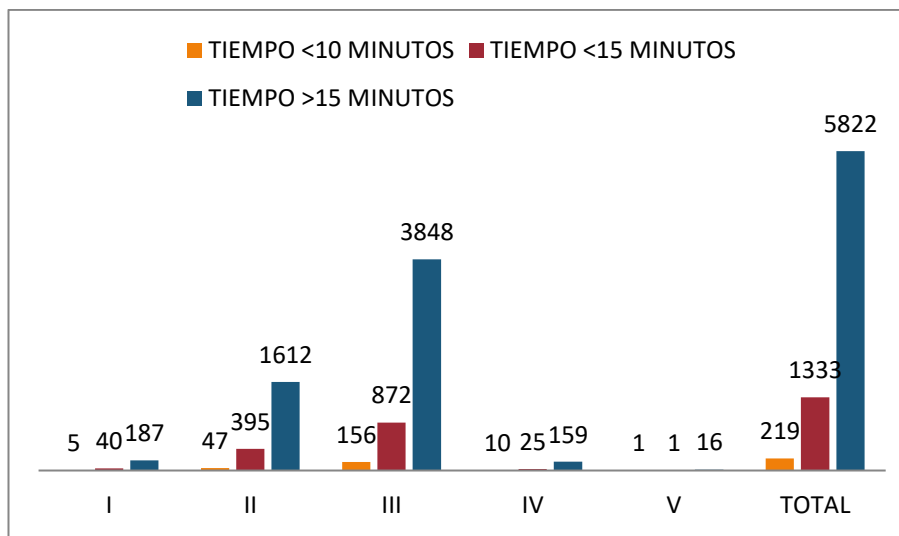


Figura 2. Distribución de tiempos para el proceso de admisión según clasificación de triage

Al realizar la identificación con el indicador complementario que es el tiempo registro-triage ≤ 15 minutos se encontró que 1333 tuvieron este tiempo y corresponden al 18.08% del total de atendidos y al 9.22% del total de usuarios clasificados, resultado significativamente por debajo del 95% que es el parámetro establecido para la calidad del triage. Por lo cual se puede evidenciar que el 78.95% de los usuarios atendidos estaría con tiempo por encima de los 15 minutos y sobre el total de usuarios clasificados representaría el 40.27%.

De acuerdo con los tiempos en para el proceso de admisión según clasificación se puede observar en la muestra que el promedio según los resultados se encuentra distribuido de esta manera (ver grafica 3) lo que evidencia el no cumplimiento de los parámetros para este objetivo en los indicadores de calidad de triage.

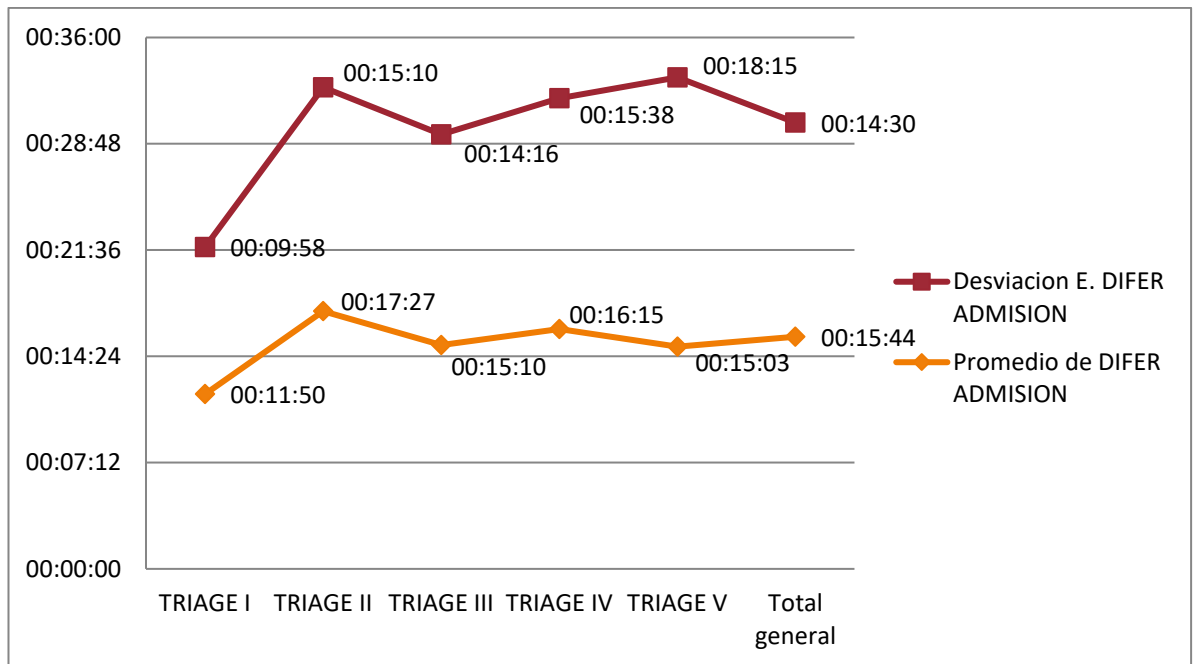


Figura 3. Tiempo promedio para el proceso de admisión según clasificación de triage

3. El tercer indicador es el tiempo de duración del triage: Se recomienda que el tiempo de duración de la clasificación sea \leq a 5 minutos en $>$ 95% de los pacientes clasificados.

Para este objetivo de calidad del triage, en el universo se encontró que 8350 usuarios tuvieron la clasificación de triage con un tiempo promedio inferior o igual a los 5 minutos que corresponden al 57.76% del total de usuarios clasificados 14456. Resultado que está por debajo del parámetro de calidad del triage que de ser mayor al 95% de los pacientes clasificados. Se observa que el 42.24% que corresponde a 6106 usuarios tuvieron un tiempo de clasificación por encima de los 5 minutos. (Ver grafica 4)

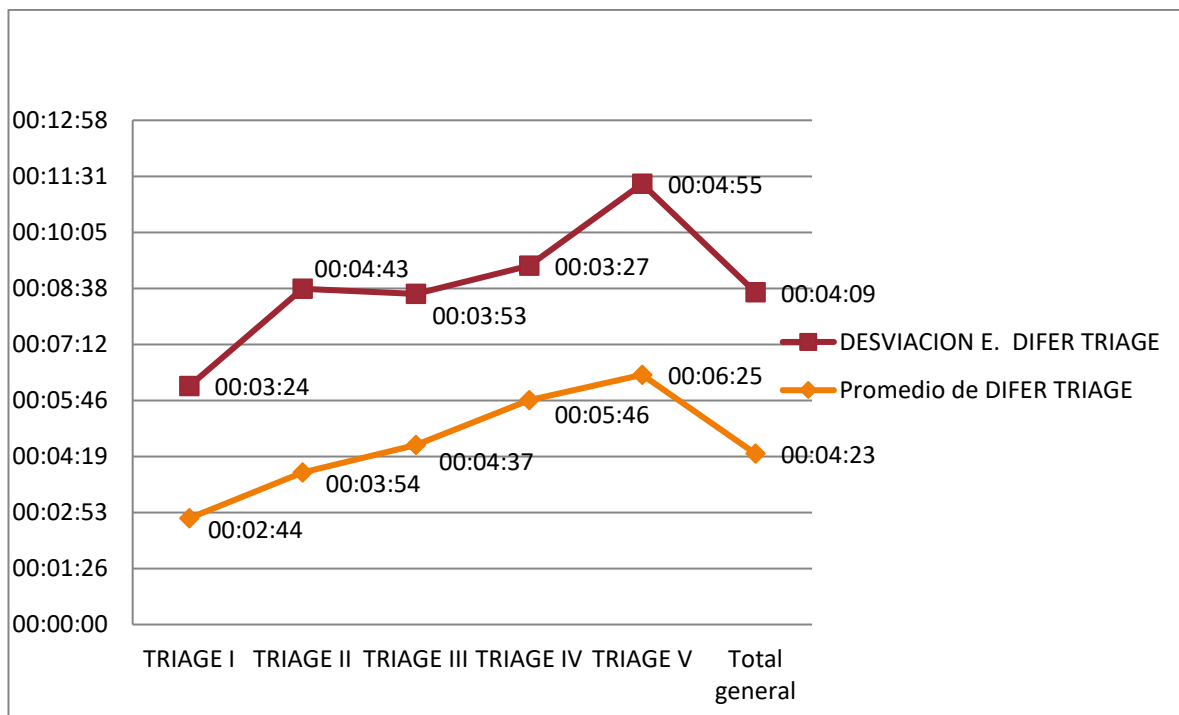


Figura 4. Tiempo promedio de atención en triage según clasificación de triage

4. el cuarto objetivo es el tiempo de espera para ser visitado: Se establece que al menos un 90% de los pacientes tienen que ser visitados por el equipo médico en \leq a 2 horas desde su clasificación y el 100% en \leq a 4 horas.

Para este objetivo en el análisis del universo se obtuvo, que el tiempo promedio desde la clasificación hasta la atención medica menor o igual a 2 horas, se encontraron 7162 usuarios que corresponden al 49.54% en el periodo estudiado, resultado por debajo de los parámetros de calidad del triage propuesto por OPS/OMS. Si se tiene en cuenta los usuarios atendidos en menos de 4 horas se obtiene la cifra de 7356 que corresponde 99.75% del total de atendidos, cifra que no corresponde al 100% de los usuarios, parámetro establecido para tal indicador.

8. Conclusiones

- Se encontró que la población que más asiste al servicio de urgencias son mayores de edad, con 82.24% sobre el total de la población, en cuanto al asegurador que más utiliza el servicio de urgencias, es el régimen contributivo de SURA con un total de 33,14% de los pacientes que asistieron a la institución.
- Se evidenció que para el triage I el cual por norma su atención debe ser inmediata, se encuentra un promedio de 11 minutos, llegándose a evidenciar tiempos de espera mayor a 20 minutos, lo que genera un incumplimiento de la norma.
- El tiempo de espera para la atención médica de los pacientes clasificados con triage II, se encuentra en 29.26 minutos, tiempo acorde con la normatividad vigente, donde el parámetro establecido para dicha clasificación se establece como inferior a los 30 minutos.
- El tiempo de espera para Pacientes clasificados con triage III, en promedio se encuentra en 1 hora 11 minutos 59 segundos, lo cual está acorde ya que este tiempo debe ser definido por la institución y según el protocolo el tiempo de atención para pacientes clasificados en triage III está en 8 horas.
- La demanda no atendida corresponde al 49% de los pacientes que fueron clasificados, encontrándose en primer lugar SURA con un 39,54%, en segundo lugar SANITAS con 27.04% y finalmente SALUD TOTAL EPS-S con el 11.79%, que corresponde a los usuarios no atendidos.

- Se observó que el 78% de los pacientes que acudieron al servicio de urgencias en la institución, el tiempo promedio para ser atendido en triage fue mayor a 15 min, por norma este debe ser en 10 minutos, con el fin de disminuir el riesgo de complicaciones asociadas a la patología con la que acude el paciente
- La clasificación más requerida en el servicio de urgencias es triage III con un total de 41.62% de pacientes clasificados sobre el total de pacientes que consultaron en la institución para el primer semestre del año 2017.
- Según el informe mensual de “Medios de comunicación- usuario” realizado por el área de SIAU, de la institución, sobre PQRS, el servicio de urgencias ocupa el primer lugar en quejas, siendo la primer causa oportunidad para la atención en urgencias y tiempos prolongados para la atención.
- La comparación del manual para la implementación de un sistema de triage con el modelo en estudio, arrojó grandes diferencias, principalmente en el tiempo de realización del triage y en la atención medica encontrándose una desviación del 38% de cumplimiento respecto al manual.

9. Recomendaciones

- “Para las categorías IV y V del "Triage", en conjunto con sus redes de prestadores de servicios de salud, adelantar estrategias que garanticen y mejoren la oportunidad para el acceso a los servicios conexos a la atención de urgencias, entre ellos, consulta externa, general, especializada y prioritaria, así como los servicios de apoyo diagnóstico, entre otros”.
- Como se sugiere en “la implementación del sistema de triage” dado por la OMS/OPS Se recomienda la evaluación continua de los 4 indicadores de calidad del triage, dentro del modelo de mejoramiento continuo, al obtenerse resultados por fuera de los parámetros establecidos para calidad del triage.
- Es importante priorizar dentro de los indicadores de calidad de triage, el índice de pacientes perdidos sin ser clasificados; el cual corresponde al porcentaje de pacientes que deciden dejar el cuarto de urgencias después de su llegada a urgencias y/o de ser registrados administrativamente y antes de ser clasificados, índice no evaluable por falta de datos en el universo suministrado por la Clínica Sagrado Corazón. Además, evaluar el índice de pacientes clasificados y perdidos sin ser visitados por el médico, el cual se encuentra en 48.99%, resultado por debajo del 2% sugerido por la OMS/OPS.
- Se recomienda la existencia de un número suficiente de profesionales cualificados o formados en triage, garantizándoles una capacitación permanente, que permita mejorar el tiempo de la clasificación de acuerdo a los parámetros de calidad \leq a 5 minutos en

> 95% de los pacientes clasificados. recomendación dada por normatividad donde “el personal responsable del "Triage" deberá contar con constancia de asistencia a cursos o actividades de formación en asuntos directamente relacionados con el sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, "Triage", aplicado por la Institución Prestadora de Servicio de Salud –IPS” .

Referencia bibliográfica

1. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 249 de 1998 por la cual se orienta el cumplimiento y se fija el sistema de coordinación de los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones. Registro Distrital 1641 (abril. 20 de 1998).
2. Colombia. Presidencia de la Republica de Colombia. Decreto 1011 del 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. Diario oficial,46230 (abr. 03 2006).
3. Sesma Sánchez J. Saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2012 Ago [citado 2018 Ene 23]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272012000200001&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-6627201200020000>.
4. Perez A, Dominguez S, Florez K, Giraldo F, regulación de la salud en Colombia: un problema de información secuestrada [Internet]. 2018 Ene [consultado 2018 Mar 23]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/papel/v22n1/0122-4409-papel-22-01-00105.pdf>.
5. Colombia. Ministerio de Salud. Decreto 412, Por el cual se reglamenta parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones. Bogotá; El Ministerio.1992
6. Colombia. Congreso de la Republica. Ley 1751, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Diario oficial, 49427 (Feb. 16 2015).
7. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5596, por la cual definen criterios técnicos para el sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencias triage. Bogotá: El Ministerio; 2015

8. Gómez J, Pardo P, Rúa C, manual para la implementación de un sistema de triage para los cuartos de urgencias. (Dic 2010) [Internet] [consultado 2018 May 20]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS_IS_Manual_Sistema_Tiraje_CuartosUrgencias2011.pdf
9. Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, VH-Dover, R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2014 (2016 Jul 01) [Internet] [consultado 2018 Feb 20]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-70272014000200015
10. Ballesteros P, Mónica P, Gaviria L. Caracterización del acceso a los servicios de salud en la población infantil desplazada y receptora en asentamiento marginales en seis ciudades de Colombia, 2002 – 2003 Rev Fac Nac Salud Pública. (2006 ene 24)[internet][consultado 2017 Dic 20] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2006000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=es
11. Alvis Estrada LR. Colombia, Universidad de Cartagena, accesibilidad y oportunidad de los servicios de urgencias de tercer nivel de complejidad en Cartagena (2012) [internet] [consultado 2017 Nov 16] Disponible en: <http://repositorio.unicartagena.edu.co:8080/jspui/bitstream/11227/3111/1/ACCESIBILIDAD%20Y%20OPORTUNIDAD%20DE%20LOS%20SERVICIOS%20DE%20URGENCIAS%20DE%20TERCER%20NIVEL%20DE%20COMPLEJIDAD%20EN%20CARTA.pdf>
12. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, González G. Documento la necesidad de realizar el triage hospitalario, para asegurar la buena calidad de la atención en los servicios de urgencia sobrecargados de pacientes. Bogotá: El Ministerio; 2016.

13. Clínica Sagrado Corazón. Información corporativa. [Internet]. [Consultado 2017 Nov 16] Disponible en: <http://www.clinicasagradoCorazon.com.co/#corporative>.
14. Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución política de Colombia de 1991. Bogotá: La Asamablea; 1991.
15. 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. Diario oficial ,41.148 (Dic. 23 1993).
16. Colombia. Ministerio de salud. Resolución 5261 de 1994 Por la cual se establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de salud en el sistema general de seguridad social en salud. (Ago. 5 1994). Bogotá: El Ministerio; 1994.
17. Colombia. Superintendencia Nacional de Salud. Circular externa número 014 de 1995 por el cual se garantiza el acceso a la atención inicial de urgencias y a la atención de urgencias, así como orientar al sector salud sobre la forma de garantizar la financiación de este tipo de atención. (Dic. 28 de 1995). Bogotá: La Superintendencia; 1995
18. Colombia. Ministerio de salud. Decreto 1922 de 1994. Por el cual se reglamenta la intervención del Ministerio de Salud en el Sistema de Seguridad Social en Salud, conforme a lo dispuesto en el Decreto-ley 056 de 1975, la Ley 60 de 1993 y el Decreto 1298 de 1994. Diario Oficial No. 41.478 (Agos. 5 1995).
19. Colombia. Congreso de la Republica. Ley 715 de 2001 Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Diario Oficial, 44654 (Dic. 21 2001).

20. Colombia. El congreso de Colombia. Ley 1122 de 2007 en lo relativo a las multas por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario oficial, 46506 (Ene. 9 2007),
21. Colombia. Presidente de la Republica de Colombia. Decreto 4747 del 2007. Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 46835 (Dic 07 2007).
22. Colombia. Ministerio de la protección social. Resolución 1220 del 2010. Por la cual se establecen las condiciones y requisitos para la organización, operación, funcionamiento de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres, CRUE. Diario Oficial 47.679 (Abr 13 2010).
23. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. Cuarta ed. México: McGraw -Hill/interamericana. 2006.

Anexos

Anexo 1. informe de PQRS clínica sagrado corazón, primer semestre 2017

INFORME PQRS CLINICA SAGRADO CORAZON 2017 PRIMER SEMESTRE					SERVICIO DE URGENCIAS			MOTIVOS DE QUEJAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PRIMER SEMESTRE					
MES	FELICITACIONES	QUEJAS Y RECLAMOS	SUGERENCIAS	TOTAL	QUEJAS DE URGENCIAS	FELICITACIONES	SUGERENCIAS	QUEJAS POR OPORTUNIDAD EN LA ATENCION	QUEJAS POR LA PERCEPCION DE LA MALA CLASIFICACION EN EL TRIAGE	QUEJAS POR MALA ATENCION POR FALTA DE HUMANIZACION	QUEJAS POR CONSIDERAR FALTA DE IMPERICIA (HABILIDAD Y PREPARACION TECNICA) EN EL PERSONAL	QUEJAS POR NO ATENCION (SE VAN DEL SERVICIO SIN SER ATENDIDOS)	TOTAL
ENERO	207	25	16	248	4	0	2	4	0	0	0	0	4
FEBRERO	196	38	16	250	8	1	1	3	0	3	2	0	8
MARZO	187	48	28	263	11	0	1	10	0	0	1	0	11
ABRIL	184	34	10	228	4	0	0	2	2	0	0	0	4
MAYO	208	21	26	255	7	0	0	3	2	1	0	1	7
JUNIO	163	33	27	223	10	12	5	7	1	2	0	0	10
TOTAL	1145	199	123	1467	44	13	9	29	5	6	3	1	44

Anexo 2. Informe de PQRs clínica sagrado corazón segundo semestre 2017

PQRS CLINICA SAGRADO CORAZON 2017 SEGUNDO SEMESTRE				SERVICIO DE URGENCIAS		MOTIVOS DE QUEJAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS SEGUNDO SEMESTRE							
MES	FELICITACIONES	QUEJAS Y RECLAMOS	SUGERENCIAS	TOTAL	QUEJAS DE URGENCIAS	FELICITACIONES	SUGERENCIAS	QUEJAS POR OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN	QUEJAS POR LA PERCEPCION DE LA MALA CLASIFICACION EN EL TRIAGE	QUEJAS POR MALA ATENCION POR FALTA DE HUMANIZACION	QUEJAS POR CONSIDERAR FALTA DE IMPERICIA (HABILIDAD Y PREPARACION TECNICA) EN EL PERSONAL	QUEJAS POR NO ATENCION (SE VAN DEL SERVICIO SIN SER ATENDIDOS)	TOTAL
JULIO	208	21	26	255	4	8	1	1	2	1	0	0	4
AGOSTO	137	19	20	176	5	0	0	2	1	2	0	0	5
SEPTIEMBRE	145	31	18	194	9	0	0	6	0	2	1	0	9
OCTUBRE	109	37	19	165	17	2	2	12	1	2	1	1	17
NOVIEMBRE	127	18	21	166	8	3	2	5	2	0	0	1	8
DICIEMBRE	132	26	23	181	9	1	0	9	0	0	0	0	9
TOTAL	858	152	127	1137	52	14	5	35	6	7	2	2	52

Anexo 3. Consolidado de PQRS para el año 2017 clínica sagrado corazón

CLINICA SAGRADO CORAZON			
2017	FELICITACIONES	QRS	% QRS
SEMESTRE 1	1145	322	28,12
SEMESTRE 2	858	279	32,52

Anexo 4. Distribución de las quejas y reclamos del servicio de urgencias por causa en el año 2017 en la clínica sagrado corazón

SERVICIO DE URGENCIAS					
2017	QUEJAS Y RECLAMOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS	QUEJAS POR OPORTUNIDAD EN LA ATENCION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	% QUEJAS POR OPORTUNIDAD EN LA ATENCION CON RESPECTO AL TOTAL DE QUEJAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS	% VARIABILIDAD PARA SEMESTRE 2 DE QUEJAS Y RECLAMOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS	% VARIABILIDAD QUEJAS POR OPORTUNIDAD EN LA ATENCION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PARA EN SEMESTRE 2
SEMESTRE 1	44	29	65,91	18,18	20,69
SEMESTRE 2	52	35	67,31		

Anexo 5. Distribución porcentual de quejas y reclamos en el servicio de urgencias en el año 2017 en la clínica sagrado corazón

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE QUEJAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS

2017	SEMESTRE 1	SEMESTRE 2	% SEMESTRE 1	% SEMESTRE 2	DIFERENCIA % PARA SEMESTRE 2
QUEJAS POR OPORTUNIDAD EN LA ATENCION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	29	35	65,91	67,31	1,40
QUEJAS POR MALA ATENCION POR FALTA DE HUMANIZACION	6	7	13,64	13,46	-0,17
QUEJAS POR LA PERCEPCION DE LA MALA CLASIFICACION EN EL TRIAGE	5	6	11,36	11,54	0,17
QUEJAS POR CONSIDERAR FALTA DE IMPERICIA (HABILIDAD Y PREPARACION TECNICA) EN EL PERSONAL	3	2	6,82	3,85	-2,97
QUEJAS POR NO ATENCION (SE VAN DEL SERVICIO SIN SER ATENDIDOS)	1	2	2,27	3,85	1,57
TOTAL QUEJAS Y RECLAMOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS	44	52	100,00	100,00	0.00