

Impacto del Centro Integrado de Gestión del Acceso en Salud (CIGA) en el servicio de urgencias de la clínica León XIII

Impact of the Integrate access center to health (CIGA) on emergency of health services institution university Clinic León XIII.

**Paola Andrea Erazo
Claudia Catalina Sánchez**

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

**Asesor
Luis Eybar López Salazar
Ph.D en Salud Pública.
Docente Facultad Nacional de Salud Pública.**

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

Tabla de contenido

Tabla de tablas	3
Tabla de figuras	4
Tabla de anexos	6
Tabla de cuadros	7
Glosario	8
Resumen	9
Abstract.....	10
1. Introducción.....	11
2. Planteamiento del problema.....	13
3. Objetivos	15
3.1 Objetivo general	15
3.2 Objetivos específicos	15
4. Marcos referenciales	16
4.1 Marcos normativo.....	16
4.2 Marco contextual.....	21
4.3 Marco teórico	24
4.3.1 Triage.....	24
4.3.2 Calidad en la atención en salud en urgencias	25
4.3.3 Centro Integrado de Gestión del Acceso en Salud (CIGA)	27
5. Metodología.....	30
6. Resultados	34
7. Discusión.....	51
8. Conclusiones y recomendaciones.....	53
Agradecimientos	55
Referencias bibliográficas	56
Anexos.....	60

Tabla de tablas

Tabla 1. Capacidad instalada servicio de urgencias Clínica León XIII.....	23
Tabla 2 Reducción en la congestión del servicio de urgencias.....	34
Tabla 3. Satisfacción triage III Vs IV y V.	49

Tabla de figuras

Figura 1. Oportunidad en la atención de urgencias. Agregado nacional 2009-2014	27
Figura 2. Porcentaje de descongestión del servicio de urgencias Clínica León XIII 2017-1.....	35
Figura 3. Satisfacción del triage III con el tiempo transcurrido desde el ingreso hasta el triage.	36
Figura 4. Satisfacción del triage III con la amabilidad y disposición del personal de enfermería encargado del triage.	36
Figura 5. Satisfacción del triage III con la confianza generada por el jefe de enfermería encargado del triage.	37
Figura 6. Satisfacción del triage III con la explicación del motivo del direccionamiento.....	38
Figura 7. Satisfacción del triage III con la información recibida en la taquilla del CIGA.....	38
Figura 8. Satisfacción del triage III con el tiempo transcurrido desde la finalización del triage hasta la asignación de la entidad receptora.	39
Figura 9. Satisfacción general con el servicio de urgencias de la Clínica León XII del triage III.	40
Figura 10. Desenlace de direccionamiento de los pacientes triage III.	40
Figura 11. Promedio de tiempo de espera desde el triage hasta la atención médica inicial para el triage I.....	41
Figura 12. Promedio de tiempo de espera desde el triage hasta la atención médica inicial para el triage II.	42
Figura 13. Promedio de tiempo de espera desde el triage hasta la atención médica inicial para el triage III.	43
<i>Figura 14. Efectividad del CIGA para el direccionamiento de las solicitudes generadas en el primer trimestre del 2017.</i>	<i>44</i>
Figura 15. Satisfacción del triage V y V con el tiempo transcurrido desde el ingreso hasta el triage.	45
<i>Figura 16. Satisfacción del triage IV y V con la amabilidad y disposición del personal de enfermería encargado del triage.</i>	<i>45</i>
Figura 17. Satisfacción del triage IV y V con la confianza generada por el jefe de enfermería encargado del triage.	46
<i>Figura 18. Satisfacción del triage IV y V con la explicación del motivo del direccionamiento.....</i>	<i>46</i>
<i>Figura 19. Satisfacción del triage IV y V con la explicación del motivo del direccionamiento.....</i>	<i>47</i>
Figura 20. Satisfacción del triage IV y V con el tiempo transcurrido desde la finalización del triage hasta la asignación de la entidad receptora.	48

Figura 21. Satisfacción general con el servicio de urgencias de la Clínica León XII del triage IV y V.....48

Tabla de anexos

Anexo 1. Encuesta de satisfacción y desenlaces para triage III direccionados.	60
Anexo 2. Encuesta de satisfacción y triage IV y V direccionados.....	61

Tabla de cuadros

Cuadro 1. Promedio de tiempo de espera triage I, II y III.....	32
--	----

Glosario

CIGA: Centro Integrado de Gestión del Acceso en Salud.

Triage: Sistema de selección y clasificación inicial de los pacientes en urgencias.

IPS: Institución prestadora de servicios de salud.

EPS: Entidad prestadora de salud.

GHIPS: Sistema de Gestión Hospitalaria, plataforma creada en la IPS Universitaria León XIII para realizar las historias clínicas electrónicas.

Institución Receptora: hace referencia a aquellas entidades donde es direccionado y aceptado el paciente para recibir atención médica.

MIAS: Modelo de Atención Integral en Salud.

RIAS: Rutas Integrales de Atención en Salud.

PAIS: Política de Atención Integral en Salud

GIRS: Gestión Integral del Riesgo en Salud.

APS: Atención primaria en Salud.

RHS: Recurso Humano en Salud.

APH: Atención pre hospitalaria.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

Resumen

La plataforma del centro Integrado de gestión del acceso en salud (CIGA), es una estrategia puesta en marcha en agosto del 2016 en la red de urgencias de la ciudad de Medellín, con el propósito de disminuir la congestión, mediante el direccionamiento de pacientes clasificados como triage IV - V y algunos III de los centros de alta complejidad hacia instituciones de menor complejidad.

Se realizó un estudio en el servicio de urgencias de la IPS universitaria Clínica León XIII el cual fue descriptivo y retrospectivo, con el objetivo de evaluar el impacto presentado con la implementación de dicha estrategia, la oportunidad en la atención de los pacientes urgentes, y la satisfacción de los usuarios que fueron direccionados.

Para esto, se compararon los primeros semestres del 2016 y 2017, encontrándose una notoria disminución en el promedio de tiempos de espera para los triages I, II y III y una disminución significativa en la saturación del servicio de urgencias, con cifras mensuales que oscilan entre el 14% al 54%, superando en su gran mayoría la meta establecida del 30%. Por otra parte, del triage III direccionados, el 19% no acudieron a los centros receptores asignados lo que genera un riesgo de complicaciones para los pacientes y de repercusiones legales para la institución.

La satisfacción de los usuarios clasificados como triage IV y V fue mayor a la de los pacientes con triage III, que se direccionaron a servicios de urgencias de menor complejidad para su atención.

Palabras claves: CIGA, triage, urgencias, saturación, satisfacción, oportunidad, impacto.

Abstract

The platform of Integrate access center (CIGA) is a strategy started up in emergency system at Medellin city on august, 2016. The principal purpose of it was reducing congestion of triage patients IV - V and some others with classification III from institutions of high complexity to institutions with less complexity.

A study was conducted in the University IPS Clinic León XIII. This investigation was descriptive and retrospective, aiming to evaluate the impact presented with the implementation of this strategy, service for urgent patients, and satisfaction of users that were addressed.

The first semesters of 2016 and 2017 were compared, finding a meaningful decrease in timeouts average for triages I, II and III; another important decrease was found in saturation of emergency service with monthly figures oscillating between 14% to 54% and exceeding the established goal of 30%. On the other hand, the patients addressed with classification III, 19% did not go to the assigned receiving centers, generating a risk of complications for them and legal repercussions for the institutions.

The user service level with patients as Triage IV and V was greater than patients with Triage III, who were forwarded to institutions with less complexity.

keywords: CIGA, triage, emergency, congestion, satisfaction, opportunity, impact.

1. Introducción

Todos los proyectos incluidos los de salud, y en especial aquellos dirigidos a la mejoría de la calidad en la atención, tienen un grupo de procesos importantes durante su desarrollo, uno de ellos son las actividades de monitoreo y control, en las cuales se determina si las metas propuestas durante la planeación, corresponden con los resultados obtenidos posterior a la implementación, para verificar el alcance y determinar los riesgos y fallas, con el propósito de establecer planes de mejora.

Este trabajo pretende evaluar el impacto del centro integrado de acceso a la salud (CIGA), en el servicio de urgencias de la IPS universitaria Clínica León XIII luego de su implementación el 19 de agosto del 2016. Para lo cual se planteó la meta de disminuir en un 30% la congestión de los servicios de Urgencias de alta y mediana complejidad de la ciudad de Medellín, y aunque, son evidentes para el personal administrativo y asistencial de la clínica los logros alcanzados por la estrategia, aún se desconoce de una manera clara y objetiva el alcance y las falla que se pueden estar presentando en la implantación.

El CIGA surge como una iniciativa innovadora ante la problemática de la saturación de los servicios de urgencias de alta y mediana complejidad de la ciudad de Medellín. Se encontró que al igual que los servicios de urgencias del mundo, la congestión podría explicarse en gran medida a la sobredemanda de consultas no urgentes, lo genera un impacto negativo en los tiempos de espera de los pacientes que requieren atención urgente, deteriorando la calidad en la atención y la satisfacción de los usuarios.

El CIGA se desarrolla mediante una plataforma tecnológica virtual, que articula en tiempo real a la red de IPS, EPS y ente territorial, lo que garantiza el flujo seguro de los pacientes en la red de servicios de salud de acuerdo a su condición clínica.

Es importante conocer objetivamente, si la plataforma ha mejorado los tiempos de espera desde el triage hasta la atención inicial de los pacientes que son

* Entrevista con María Griselda Silva Díaz, Coordinadora de Referencia y Contrarreferencia de la IPS Universitaria Clínica León XIII, Medellín, 08 de febrero del 2018.

catalogados como verdaderas urgencias (triage I y II) y que deben ser atendidos en la institución; ya que en últimas, el objetivo de disminuir la saturación del servicio es prestar atención oportuna y de calidad que mitigue el riesgo de morbimortalidad, además de optimizar los recursos y reducir los costos derivados de la atención en salud, entendiéndose que los costos no se refieren únicamente al sentido económico.

Finalmente, pese a que la estrategia CIGA promete mejorar el flujo de pacientes dentro del sistema de salud de la ciudad y ha generado el deseo de replicación en otros municipios cercanos, evidencia que existe un riesgo con del direccionamiento, el cual debe ser medido y calculado, con el propósito de plantear medidas preventivas o correctivas necesarias para mitigarlo.

Este riesgo radica en las posibilidades de complicaciones de aquellos pacientes clasificados como triage III, puesto que pese a que se garantiza el direccionamiento a una entidad de menor complejidad con los recursos necesarios para su atención, el estado de salud puede deteriorarse rápidamente con respecto al inicial; en este proceso son diversos los factores que pueden influir, uno de ellos es que la clasificación de triage se realiza mediante el conjunto de síntomas y signos vitales del paciente, esto implica que para un mismo síntoma pueden existir varias posibles patologías como causa, cada una de ellas con diferente riesgo de complicación.

También, es importante el tiempo que transcurre desde que el paciente es clasificado, hasta que recibe la atención inicial en la IPS receptora, debido a que el traslado debe realizarlo por sus propios medios; en esto interviene la condición socioeconómica además de la cultura del paciente y su núcleo familiar.

Pese a que el CIGA realiza un seguimiento estrecho de estos pacientes y solo termina el mismo cuando la entidad receptora informa el ingreso a la institución, se desconoce el manejo que le es dado a cada paciente.

2. Planteamiento del problema

En la ciudad de Medellín, la Secretaria de Salud en convenio con la Universidad Ces desarrolló un Proyecto de Supervisión del Acceso a los Servicios de Salud durante el periodo comprendido entre noviembre del 2014 y febrero del 2015, con el objetivo de conocer de forma cualitativa y cuantitativa los problemas que presentaban los usuarios respecto al acceso a los servicios de salud, teniendo en cuenta la oportunidad, pertinencia en el direccionamiento a otras instituciones de menor complejidad, capacidad instalada y uso inadecuado del servicio de urgencias por parte de los pacientes; para ello, se monitorearon 29 IPS de baja (21%), mediana (45%) y alta complejidad (34%) de la ciudad, tomándose una muestra de 660 pacientes para su respectiva evaluación (1)(2).

Junto con la encuesta realizada de Percepción Ciudadana de: Medellín Cómo Vamos, se logró identificar que uno de los principales problemas que ocasionan el colapso permanente de los servicios de salud, es la falta de oportunidad en la asignación de citas de medicina general y especializada a los usuarios, ya que, que en promedio el 59.7% de los medellinenses que accedieron a los servicios de salud, lo hicieron a través de urgencias y; del total de pacientes que llegan a los servicios de urgencias de alta complejidad, el 45% podrían ser atendidos en instituciones de menor complejidad (2).

Como resultado del análisis de estos hallazgos, surge la Estrategia CIGA (Centro Integrado de Gestión del Acceso en Salud) como medida para mejorar la oportunidad y disminuir en un 30% la saturación de los servicios de urgencias de alta complejidad, mediante el direccionamiento de los pacientes no urgentes (triage IV – V) hacia centros de menor complejidad (3) (4).

Este proyecto fue impulsado por la Alcaldía de Medellín, la Secretaria de Salud de este municipio, la Secretaria de Salud de Antioquia y el Ministerio de Salud y Protección Social, no obstante, fue necesaria la articulación con las ocho EPS y las IPS que funcionan en la ciudad.**

** Entrevista con Juan Usuga, Líder de Proceso CIGA de la IPS Universitaria Clínica León XIII, Medellín, 21 de marzo del 2018.

Los resultados que ha arrojado el CIGA desde Agosto del 2016, fecha en la cual inició su funcionamiento en las distintas instituciones están siendo continuamente analizados por el equipo designado para supervisar el proceso por el ente territorial; sin embargo, el acceso para obtener dichos datos no está disponible para el público en general ni para entidades externas, por lo que dificulta poder realizar un análisis del impacto generado por esta estrategia en cada una de las instituciones de alta complejidad, teniendo en cuenta que cada una de ellas cuenta con particularidades que las hace distintas unas de otras y que, esas diferencias interfieren directamente en el resultado final obtenido con la implementación.

La IPS Universitaria León XIII, es una de las instituciones pioneras de alta complejidad en la implementación de la Estrategia CIGA, sin embargo, no cuenta con la evaluación y análisis respectivo de su efectividad, teniendo en cuenta el número y tipo de pacientes que acceden a su servicio de urgencias, su capacidad instalada, la georreferenciación de los pacientes, sus vinculaciones y convenios, lo que le impide finalmente tomar medidas y realizar acciones que le permitan mejorar dicho servicio.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Determinar el Impacto de la estrategia CIGA (Centro Integrado de Gestión del Acceso en Salud) en el servicio de urgencias de la clínica IPS Universitaria León XIII.

3.2 Objetivos específicos

- Cuantificar la reducción en la congestión del servicio de urgencias de la clínica IPS Universitaria León XIII desde la implementación del CIGA.
- Evaluar la satisfacción y el direccionamiento del triage III que se gestionan mediante la estrategia CIGA.
- Comparar los tiempos de espera de los pacientes triage 1,2 y 3 atendidos en el servicio de urgencias antes y después de la implementación del CIGA
- Determinar el grado de satisfacción de los usuarios clasificados como no urgentes que fueron direccionados mediante la estrategia CIGA.

4. Marcos referenciales

4.1 Marcos normativo

La reglamentación del sistema de salud actual en Colombia ha cambiado de manera sustancial en las últimas décadas, tiene sus raíces en los noventa durante el Gobierno de Cesar Gaviria Trujillo, con la constitución política de 1991, ley máxima que especifica los derechos y deberes y la estructura del estado; En ella se define el derecho a la vida en el artículo 11, y de forma indirecta el derecho a tener salud. De igual manera reglamenta de en el artículo 48 la seguridad social como un servicio de carácter obligatorio, pero finalmente establecido como servicio, no como derecho (5).

Con la ley 100 de 1993 se establecen los fundamentos del sistema general de seguridad social definiéndolo como:

El conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad (6).

La ley 1438 del 2011 tiene como objetivo el fortalecimiento del Sistema de seguridad en salud, con un cambio de enfoque hacia la atención primaria en salud (APS), volviendo al concepto planteado en la conferencia de Alma – Ata desde 1978 donde se indicó que la APS debe ser el pilar de los sistemas de salud centrándose en servicios cercanos e integrales, con un enfoque preventivo (7).

Desde allí surge un cambio de enfoque hacia una visión preventiva e integradora en la cual la gestión del riesgo se desarrolle simultáneamente por parte de los aseguradores, entes territoriales y las instituciones prestadoras de servicios alrededor del individuo no solo de forma reactiva ante la enfermedad sino anticipándose a esta.

La Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015), consagra la salud como un derecho fundamental autónomo, garantiza su prestación, regulación y establece los mecanismos de protección, indicando al gobierno el modelo integral de atención en salud (MIAS), como el garante. Para la implementación se desarrolla la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) en la resolución 429 del 2016, que busca incluir el concepto de determinantes sociales de la salud en el modelo de atención no centralizado (8).

El modelo integral de atención en salud (MIAS), es el marco estratégico para el desarrollo de dicha política, en este se plantea una interacción coordinada entre IPS, EPS y Entidades territoriales, alrededor de los pacientes para permitir una gestión integral de riesgo en salud de los individuos, con un enfoque familiar y comunitario, conforme a los planes de desarrollo territoriales, decenal de salud pública y nacional de desarrollo.

Especifica 10 componentes del MIAS: Caracterización de la Población, Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS), Delimitación Territorial del MIAS, Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, Redefinición del rol del asegurador, Redefinición del Esquema de incentivos, Requerimientos y procesos del sistema de información, Fortalecimiento del Recurso Humano en Salud (RHS) y Fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación del conocimiento.

Define a las RIAS como:

Una herramienta obligatoria que define a los integrantes del Sector salud (Entidad territorial, EAPB, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación.(9)

Su propósito es la integración de acciones desde lo individual hasta lo colectivo, mediante tres tipos de rutas: Promoción y Mantenimiento de la Salud; Grupo de Riesgo y eventos Específicas de Atención. Actualmente estos procesos están en desarrollo. Con respecto al tema específico de los servicios de urgencias, existe reglamentación desde el año 1990 con el decreto 1761, el cual fue modificado

dos años después en el decreto 412, este establece la obligatoriedad de prestar la atención inicial definida como: “El conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias” (10), en casos de urgencias de forma independiente al nivel socioeconómico de los pacientes.

Define 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 y muerte” (10).

Adicionalmente en el artículo 4 establece que las IPS son responsables de aquellos pacientes a los cuales se les brinde atención inicial en el servicio de urgencias, hasta el momento en el cual sean dados de alta, o remitidos y entregados a otra entidad.

El primer contacto de los pacientes en los servicios de urgencias con personal de salud se realiza mediante el triage; una herramienta de clasificación y priorización que se aplica a cada persona para realizar la gestión del riesgo, dicho procedimiento se encuentra reglamentado en Colombia por el decreto 4747 del 2007, en el cual se otorga la autoridad al ministerio de protección social de definir el sistema de selección y clasificación, y decreta el carácter obligatorio para las instituciones prestadoras que tengan habilitados servicios de urgencias .

A su vez, indica para las entidades encargadas del pago de los servicios, la responsabilidad de contar con una red de prestadores que garanticen la suficiencia y disponibilidad adecuada para dar respuesta a la demanda de su población asegurada, y reglamenta los tiempos de autorización para procedimientos subsiguiente a la atención inicial (11).

Posteriormente en la resolución 5596 del 2015 se define bajo criterios técnicos los niveles o categorías de clasificación de los pacientes en el triage, con el fin de asegurar una atención ordenada, que disminuya los riesgos de complicaciones, secuelas y muerte de aquellos que acuden a los servicios de urgencias.

Define las siguientes categorías del triage:

I: requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámica o neurológico, pérdida de miembro u órgano u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata.

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.

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.

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.

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. (12)

Además, reglamenta las responsabilidades de las IPS entre las cuales se encuentran: tener implementado un protocolo de triage según las categorías previamente expuestas, dar cumplimiento a los tiempos estipulados, informar a los usuarios acerca de su utilidad, y realizar como primera instancia la valoración y clasificación de los pacientes antes que la verificación de los derechos administrativos.

El personal destinado a su realización, estará definido por el nivel del servicio; estableciendo para alta y mediana complejidad personal médico o de enfermería, y para los de baja complejidad puede ser realizado por auxiliares de enfermería o técnicos en APH con formación en clasificación de pacientes bajo la supervisión médica; sus responsabilidades en esta función serán las de organizar y garantizar el orden a realizar el triage, efectuar una valoración oportuna, generar clasificación de la urgencia con su correspondiente registro e informar al paciente y acompañante del resultado y tiempo probable de espera.

Luego de la atención inicial reglamenta un plazo de 24 horas para las IPS informar a las entidades encargadas del pago de los servicios; Las relaciones entre estas dos entidades están definidas en la resolución 3047 del 2008, esta indica cuales son los formatos en los cuales se realiza el informe de atención inicial, además de los necesarios para solicitar los procedimientos posteriores, establece los mecanismos de envío, procedimientos y términos de respuesta (13).

Algunos de los pacientes clasificados y atendidos en una institución podrán requerir el traslado hacia otra, bien sea para la continuidad de la atención médica en otro nivel de mayor o menor complejidad, o para la realización de ayudas diagnósticas. Estos procesos denominados de referencia y contra referencia, están definidos en el decreto 2759 de 1991 con el fin de brindar una atención oportuna y eficaz a los pacientes, mejorando el flujo de los mismos en la red de salud.

Este decreto realiza algunas definiciones que vale la pena tener presentes para el desarrollo de este trabajo entre las cuales se encuentran:

Referencia: el envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de las unidades prestatarias de servicios de salud, a otras instituciones de salud para atención o complementación diagnóstica, que de acuerdo con el grado de complejidad den respuesta a las necesidades de salud.

Contrarreferencia: la respuesta que las unidades prestatarias de servicios de salud receptoras de la referencia, dan al organismo o a la unidad familiar. La respuesta puede ser la contrarremisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica (14).

Las diferentes solicitudes que pueden realizarse son: remisión, interconsulta, orden de servicio o apoyo tecnológico. Este régimen busca además garantizar un uso racional de los recursos del sistema.

4.2 Marco contextual

La IPS universitaria inicio labores en diciembre de 1998, con el propósito de brindar servicios de salud integrales, con alta calidad humana, técnica y científica en todos los niveles de complejidad, a la población de la universidad de Antioquia. A partir del año 2000, inicia su funcionamiento como sede de prácticas universitarias para los estudiantes de las áreas de la salud, iniciando su propósito de estructurarse como Hospital Universitario.

Posteriormente, fue certificada bajo la norma ISO 9001 en procesos ambulatorios; para el 2007 le es otorgada la operación de la Clínica León XIII; de esta manera amplía el portafolio de servicios ofrecidos y aumenta el número de estudiantes para que realicen prácticas e investigación. En el año 2008 la Universidad de Antioquia adquiere la estructura física de la clínica. (15)

Debido a sus logros desde el año 2012, inicia un proceso de expansión, con nuevas sedes ubicadas en: de Barranquilla, San Andrés, Providencia y Santa Catalina y Apartado.

La clínica León XIII, es una entidad de carácter público de alta complejidad, que ofrece los servicios de consulta general, consulta especializada, ayudas diagnósticas, urgencias, cirugía, terapia de reemplazo renal, hospitalización, trasplantes e investigación.

Se encuentra localizada en el barrio Sevilla en la calle 69 # 51 C 24; cuenta en el momento con tres bloques, con expectativas de ampliación a un cuarto, donde su construcción está contemplada en el Plan Estratégico 2017 -2026.

El servicio de urgencias está ubicado estratégicamente en el tercer bloque, ya que se encuentra, sobre la avenida Carabobo una de las principales vías de comunicación del centro de la ciudad, que le permite a los usuarios tener un fácil acceso, abarca el primer piso, donde actualmente se atienden las urgencias pediátricas, a la población del régimen especial del magisterio y de la Nueva EPS, y en el sótano, dedicado a la atención de los adultos provenientes de las demás aseguradoras.

La llegada de un paciente a urgencias supone un momento de incertidumbre, miedo y malestar para esa persona y/o quienes le acompañan; por ello, la calidad de atención que se presta al usuario de urgencias en este momento es un elemento clave de la política de la Clínica. Una mejor y más rápida “recepción, acogida y clasificación” de pacientes en urgencias permite una atención más personalizada y mejora los tiempos de respuesta, la oportunidad y la continuidad de los servicios de salud.

Por este motivo, la Clínica Universitaria León XIII le apostó a dar valor a este momento, adoptando la plataforma del CIGA, con resultados muy positivos. Este proceso una vez aplicado los protocolos del triage y establecida la clasificación del riesgo, permite dar oportunidad y continuidad del servicio de salud a los pacientes clasificados en los niveles IV y V del triage redireccionándolos hacia las urgencias de las EPS correspondientes y ubicándolo en lugares georreferenciados de la red de prestadores.

El triage es realizado por personal profesional de enfermería, quienes reciben entrenamiento continuo por docentes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia; además, cuentan con la asesoría y acompañamiento de médicos especialistas en urgencias. En la sala de espera, hay una auxiliar de enfermería permanente que se encarga de estar atenta ante los cambios de la condición de salud de los usuarios que se encuentren en ella y de priorizar el ingreso en el caso que se requiera y de resolver las dudas de los usuarios.

Para cada turno (12 horas) se cuenta con el siguiente personal: 27 auxiliares de enfermería, 10 jefes de enfermería, 4 urgentólogos para los turnos diurnos entre semana, y 2 para fines de semana y turnos nocturnos, 12 médicos generales y un pediatra. El servicio se encuentra dividido entre las áreas de flujo rápido, observación, pediatría y expansión.

A continuación, se muestra la distribución de las áreas anteriores y la capacidad instalada en la actualidad; cabe resaltar que ésta se encuentra disminuida de manera temporal debido a la realización de adecuaciones estructurales en desarrollo. ***

*** Entrevista con Jorge Otero Gutiérrez, Coordinador de Urgencias de la IPS Universitaria Clínica León XIII, Medellín, 21 de febrero del 2018.

Tabla 1. Capacidad instalada servicio de urgencias Clínica León XIII.

Área	Componentes	Camas reales	Camas virtuales
Flujo rápido	Críticos	4	
	Trauma	9	10
	ERA 1	11	11
	ERA 2	11	11
	SAI	13	
Observación	1	4	
	2	9	
	3	9	
	4	8	
	5	10	
	6	6	6
	7	10	
Pediatría	ERA	7	12
	SAI	9	11
Expansión			15

4.3 Marco teórico

4.3.1 Triage

Triage ó triaje proviene de la palabra francesa “trier” que significa clasificar o seleccionar.

Es una herramienta que surgió en el ejército desde hace muchos años, inclusive abarca desde la época de Napoleón, sirvió como método para clasificar a los soldados heridos en guerra, con un enfoque completamente distinto a como se desarrolla en la actualidad; ya que, en aquellos tiempos, la prioridad era brindar la atención a los soldados que tenían lesiones menores, para así poder regresarlos nuevamente a las batallas. (16)

A partir de los años 60, el concepto de triage cambia, debido a que se introduce a los servicios de urgencias, y surge como medida para afrontar de forma adecuada el aumento de la demanda. Como resultado, nace en EE UU un sistema de clasificación básico de 3 niveles: emergente, urgente y no urgente (17).

Posteriormente en los años 90, el sistema estadounidense anterior cambia a 4 niveles de clasificación; concomitantemente , el Colegio Australiano de Medicina de Emergencias diseña la escala National Triage Scale for Australasian Emergency Departments, NTS por su sigla en inglés, con el propósito de universalizar un modelo de triage, la cual está basada en la escala de Ipswich, comprende 5 niveles de priorización: Nivel 1: Resucitación, Nivel 2: Emergencia, Nivel 3: Urgente, Nivel 4: Semiurgente, Nivel 5: No urgente. (17)(18) y fue adoptada en su país como la Escala Aaustraliana de triage (ATS).

Es entonces a partir de estas escalas, como emergen los 5 sistemas de triage estructurados que se utilizan actualmente.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la salud (OPS) son:

- La Escala canadiense de triage y urgencia para los servicios de urgencias CTAS (Canadian Emergency Department Triage y Acuity Scale)
- El sistema de triage de Manchester “MTS” por sus siglas en inglés.

- El Índice de severidad de urgencias de 5 niveles de triage ESI: Emergency Severity Index 5 level triage.
- Escala Auastraliana de triage (ATS).
- Sistema Español de Triage (SET), adaptado de El Modelo andorrano de triage MAT: Model Andorrà de triatge por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. (18)

El triage "permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando las demandas y las necesidades superar los recursos" (18); es decir, tiene como función: identificar de forma rápida a aquel paciente que tiene una enfermedad que pone en inminente peligro su vida y por tanto su atención debe ser inmediata, clasificar de forma eficiente a los pacientes de acuerdo con la prioridad que se requiera y los recursos que necesiten, realizar constantemente la re-evaluación de los pacientes que están a la espera de atención médica y aportar información tanto para el proceso asistencial como a los familiares de los pacientes (16)(18).

4.3.2 Calidad en la atención en salud en urgencias

La calidad es un atributo de vital importancia para la prestación de servicios de salud, puesto que, permite de forma accequible y equitativa, proveerle y garantizarle a un paciente la atención, satisfaciendo sus necesidades y cumpliendo con sus expectativas, mediante el uso de los recursos necesarios y disponibles de acuerdo con su capacidad instalada, del personal profesional idóneo que requiere, teniendo en cuenta la relación riesgo / beneficio de la prestación de un servicio. (19).

En el artículo 3 del decreto 1011 de 2006 se enuncia las características de Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad; estas son:

- 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.
- Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o

su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

- Seguridad. Es el 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.

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

- 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 (20).

Para un servicio de urgencias brindar una atención con calidad cumpliendo con las 5 características enunciadas anteriormente es primordial, no sólo porque algunas de las patologías que se atienden lo requiere, sino porque es el reflejo de la organización de una institución, permitiéndole a ésta, afrontar debidamente la demanda de usuarios que lo conlleve a lograr los resultados deseados (21).

De acuerdo con el Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud del 2015 realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia se logró observar que:

- El tiempo de espera en la atención de consulta de urgencias reportado por las IPS durante el periodo 2009 -2014 presentó un aumento pasando de 28.71 minutos a 32.61 minutos y está relacionado por factores como: baja disponibilidad de los servicios de telemedicina, capacidad instalada insuficiente, y especialmente por el aumento de la demanda de la población a estos servicios.

Oportunidad en la atención en Consultas de urgencias. Agregado nacional 2009-2014



Figura 1. Oportunidad en la atención de urgencias. Agregado nacional 2009-2014
Fuente: Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud del 2015

- El promedio anual de atenciones desde el 2009 hasta el 2011 fue aproximadamente 18 millones de consultas/ año de las cuales el 85% fueron ambulatorias, el 10% de urgencias y el 5% hospitalizaciones.
- Por grupos de edad los niños y las mujeres en edad fértil de las edades más jóvenes dominan la demanda de prestaciones de salud y las consultas de urgencias más frecuentes fueron por causa de diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (el 6.2% en mujeres y el 7.4% en hombres, otros dolores abdominales y los no especificados (el 6.9% en mujeres y el 4.9% en hombres) y fiebre no especificada (el 46% en mujeres y el 6.1% en hombres). (22).

Con este informe se puede inferir que, en los últimos años, a nivel nacional la oportunidad en urgencias tiende al retroceso y estos resultados obtenidos no son más que el reflejo de la situación que vive actualmente la Salud en Colombia; donde las barreras de tipo administrativas, geográficas, normativas priman sobre la situación del paciente, aumentando el tiempo de espera para la atención, además de la poca oferta que existe (23).

4.3.3 Centro Integrado de Gestión del Acceso en Salud (CIGA)

El centro Integrado de Gestión del Acceso en Salud (CIGA) es una estrategia innovadora desarrollada en Medellín, que surge como una necesidad por el colapso continuo de los servicios de urgencias de la ciudad; fue posible, por el compromiso de todas las instituciones que integran el Sistema de Salud: Ministerio

de Salud y Protección Social, Secretaria Seccional de Salud de Antioquia, Secretaria de Salud de Medellín, IPS, EPS, usuarios. (24)

Esta estrategia se fundamenta, en el direccionamiento de los pacientes que ingresan a los servicios de urgencias de instituciones de alta y mediana complejidad, y que después de una evaluación inicial realizada por un jefe de enfermería ó medico son clasificados en el triage como : III - IV – V, y posteriormente direccionados hacia instituciones de menor complejidad; cabe aclarar, que no todos los pacientes triage III cumplen criterios para ser direccionados y por tanto, solo ingresaran al programa aquellos con patologías que no ameritan la atención en una institución de alta complejidad, por ejemplo: paciente que requiere un procedimiento menor : sutura

El CIGA está conformado por un centro de Referencia, ubicado en el décimo piso de la IPS Universitaria León XIII, utiliza una plataforma virtual que permite articularse en tiempo real con las IPS y EPS de la ciudad de Medellín, lo que permite garantizar un flujo adecuado de los pacientes en el sistema de salud de la ciudad, que sea coherente con el nivel de complejidad.

Esta plataforma recibe las solicitudes generadas por las IPS de alta y mediana complejidad de los pacientes que fueron clasificados como triage III, IV y V; inmediatamente son ingresados, se notifica a la EPS a la cual pertenece el usuario, y de acuerdo a la clasificación dada, se asigna una cita médica la cual debe cumplir con los siguientes tiempos: menor a 24 horas para pacientes triage IV y antes de 72 horas para los triage V.

Para aquellos pacientes que son clasificados como triage III el proceso que se realiza es distinto, una vez se notifica a la EPS, ésta realiza la ubicación del paciente en una institución de menor complejidad que cuente con los requerimientos solicitados por la plataforma, y el centro de referencia del CIGA se encarga de realizarle al paciente, un seguimiento estrecho desde el momento en el que sale de una institución hasta el momento en el que ingresa a la otra institución donde le brindaran la atención, esto en aras de la seguridad del paciente.

Cabe mencionar, que para garantizar la oportunidad de las citas, la EPS debe dar respuesta en tiempo máximo de 15 minutos, ya que de no hacerlo, el centro de

referencia tiene la facultad de asignar la cita médica en la red pública de Metrosalud, con un posterior cobro a la EPS del paciente por la atención generada a tarifas SOAT.

Para lograr este objetivo, se requirió del esfuerzo de las distintas EPS al aumentar las agendas de consulta médica general dedicadas a citas prioritarias y la ampliación de horarios, para garantizar la oportunidad en la atención.

Dentro de los logros obtenidos por la aplicación de esta estrategia, el Alcalde de Medellín – Federico Gutiérrez en una entrevista para el periódico El Tiempo el 10 de enero del 2018 manifiesta que: “El CIGA en Medellín ha registrado más de 260.000 pacientes con acceso oportuno a servicios de atención prioritaria y consulta externa, gracias a que, con esta estrategia se amplió la oferta de servicios de consulta prioritaria en 88% y de urgencias de baja complejidad en un 25%”. (24)

Igualmente, como señala el 26/08/2016 el Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios, Fernando Ruiz, en el boletín de Prensa N. 175 "esta estrategia es una de las victorias tempranas que tiene el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), y es una plataforma de integración digna de ser replicada en el país" (25).

5. Metodología

Se desarrolló una evaluación descriptiva, retrospectiva en el servicio de urgencias de la IPS universitaria Clínica León XIII en la ciudad de Medellín, para determinar el impacto de la estrategia CIGA, en términos de: disminución de la congestión del servicio, oportunidad en la atención de urgencias, satisfacción y desenlaces del direccionamiento a los triages III y satisfacción de los usuarios que fueron clasificados como no urgentes.

Los datos fueron recolectados de los software Ghips y Alphasig, utilizados por la IPS universitaria para el registro de las historias clínicas y seguimiento de indicadores, con colaboración del centro de gestión de la información, y la realización de encuestas por vía telefónica a los pacientes ingresados por esta institución al CIGA.

Objetivo: Cuantificar la reducción en la congestión del servicio de urgencias de la clínica IPS Universitaria león XIII desde la implementación del CIGA.

La evaluación porcentual de la reducción en el servicio de urgencias de la clínica León XIII, se desarrolló mediante la comparación de los primeros semestres del año 2016 y del 2017 que corresponden a periodos antes y después respectivamente de la implementación de la estrategia.

Gracias a la gestión de la información de la IPS Universitaria, fue posible conocer el número total de pacientes que consultaron cada uno de los meses de estos dos semestres; se comparó la reducción en el número absoluto de pacientes atendidos en el servicio en cada mes, restando al semestre 2017-1 los pacientes que fueron gestionados efectivamente por CIGA y direccionados a otras instituciones; El porcentaje fue representado teniendo como línea de base el 2016.

Objetivo: Evaluar la satisfacción y los desenlaces de direccionamiento de los triage 3 que son redireccionados mediante la estrategia CIGA.

Se evaluó la satisfacción de los pacientes que fueron clasificados como triage 3 y direccionados a otras instituciones de menor complejidad durante el mes de febrero y marzo del 2018; De un total de 1.410 pacientes se tomó una muestra al

azar de 90 personas con un intervalo de confianza del 95% y un margen de error del 10%.

La fórmula para calcular el tamaño de muestra fue la siguiente:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

En donde, N = tamaño de la población Z = nivel de confianza, P = probabilidad de éxito, o proporción esperada Q = probabilidad de fracaso D = precisión (Error máximo admisible en términos de proporción)

Para la recolección de los datos, a cada paciente se le aplicó una encuesta telefónica de 11 preguntas, lo que permitió conocer la percepción que tienen acerca del proceso que se les realizó en la Clínica León XIII, el porcentaje de los usuarios que aceptaron asistir a la institución receptora asignada, y determinar (valor medido en porcentaje) si la institución a donde fue direccionado cada paciente, respetó el triage realizado inicialmente e inmediatamente a su llegada recibió atención médica, o si por el contrario, fueron nuevamente clasificados y redireccionados a otra institución.

En el anexo 2, se muestra el formato de la encuesta realizada; en ella se utilizó la escala convencional de Likert, para la puntuación con valores de 1 a 5, siendo: 1 muy malo, 2 malo, 3 regular, 4 bueno y 5 excelente.

Para conocer el grado de satisfacción de los pacientes las preguntas están dirigidas a los siguientes aspectos:

- El tiempo transcurrido desde su llegada hasta la evaluación inicial o triage.
- La amabilidad y disposición del personal de salud que le realizó el triage.
- La confianza generada por el enfermero del triage.
- La explicación de porqué no iba a ser atendido en el servicio de urgencias de la clínica León XIII y el proceso a seguir.

- La información recibida por parte del personal del CIGA sobre la asignación de la cita o centro receptor.
- El tiempo transcurrido desde finalizado el triage hasta la asignación de la cita prioritaria o el centro de urgencias al cual se direccionó.
- La atención realizada en el servicio de urgencias de la Clínica León XIII.

Objetivo: Comparar los tiempos de espera de los pacientes triage I, II, y III atendidos en el servicio de urgencias antes y después de la implementación del CIGA.

Con el fin de conocer cuantitativamente el impacto que tuvo la estrategia CIGA en los pacientes atendidos en la IPS Universitaria que fueron clasificados como triage I, II y III ó, se tomó el indicador definido por la institución, el cual es el promedio de tiempo de espera desde la realización del triage hasta la atención médica inicial (denominado F3), de manera comparativa en los primeros semestres del 2016 y 2017 que corresponden al antes y después de la implementación de la estrategia. El indicador es calculado de la siguiente manera por el sistema de gestión de la información de acuerdo a la base de datos de la Clínica para cada uno de los triages.

Cuadro 1. Promedio de tiempo de espera triage I, II y III.

Indicador	Promedio de tiempo de espera para la atención del paciente clasificado como triage (i, ii, iii) en el servicio de urgencias.
Numerador	Sumatoria del número de minutos transcurridos a partir de que el paciente es clasificado como Triage I, II, y III y el momento en el cual es atendido en consulta de Urgencias por el médico.
Denominador	Total consulta urgencias por Triage
Unidad de medición	Minutos
Periodicidad de cálculo	Mensual
Criterios de exclusión	Usuarios que llegan en emergencia no clasificados en Triage con ubicación en Express

Indicador	Promedio de tiempo de espera para la atención del paciente clasificado como triage (i, ii, iii) en el servicio de urgencias.
Sentido del indicador	Descendente
Responsable del indicador	Gestión de la información
Responsable del análisis	Coordinador Urgencias
Meta	30 minutos
Meta mínima	40 minutos
Meta sobresaliente	20 minutos

Objetivo: Determinar el grado de satisfacción de los usuarios clasificados como no urgentes que fueron direccionados mediante la estrategia CIGA.

Para su desarrollo, se estableció el número total de solicitudes generadas al CIGA durante el primer trimestre del 2018; de este total de solicitudes, se seleccionaron únicamente aquellas que fueron gestionadas efectivamente en los meses de Febrero y Marzo mediante la plataforma.

De un total de 7.776 pacientes efectivamente gestionados y direccionados hacia citas prioritarias, se encuestaron 258, con un intervalo de confianza del 95% y un porcentaje de error del 6%, la encuesta de satisfacción aplicada constó de las 7 primeras preguntas que se les realizaron a los pacientes triage III, que previamente están detalladas en el anexo 2.

6. Resultados

Objetivo 1: Cuantificar la reducción en la congestión del servicio de urgencias de la clínica IPS Universitaria león XIII desde la implementación del CIGA.

Tabla 2 Reducción en la congestión del servicio de urgencias.

Periodo	Total de consultas	Total de solicitudes gestionadas	Total de pacientes atendidos	Reducción absoluta	Porcentaje de reducción
Enero 2016	4.423				
Enero 2017	3.885	1.851	2.034	2.389	54%
Febrero 2016	4.718				
Febrero 2017	4.371	1.849	2.522	2.196	47%
Marzo 2016	3.281				
Marzo 2017	4.948	2.137	2.811	470	14%
Abril 2016	3.809				
Abril 2017	4.719	2.142	2.577	1.232	32%
Mayo 2016	4.536				
Mayo 2017	5.159	2.443	2.716	1.820	40%
Junio 2016	4.601				
Junio 2017	4.691	2.453	2.238	2.363	51%

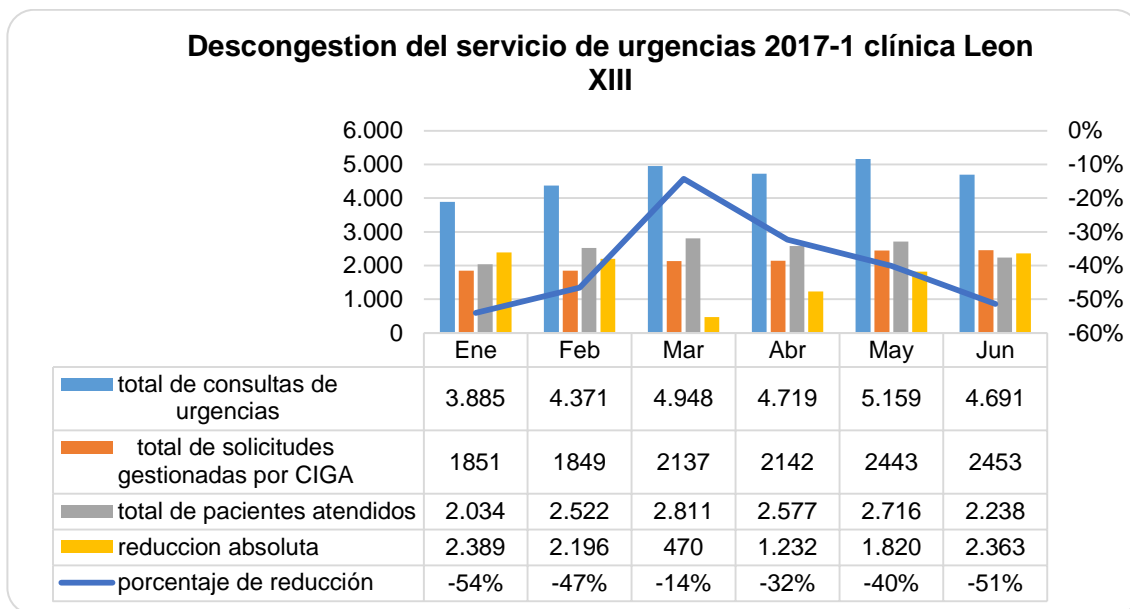


Figura 2. Porcentaje de descongestión del servicio de urgencias Clínica León XIII 2017-1.

Como se puede observar en la tabla número 3, al comparar el primer semestre del año 2016 (antes del CIGA) con el mismo semestre del 2017 (después del CIGA) se encontró que hubo una disminución en la congestión del servicio de urgencias; del 54% en el mes de Enero, 47% durante el mes de febrero, 14% en marzo, 32% en abril, 40% en mayo y 51% para junio.

En la figura número 2, se muestra el número total de pacientes direccionados a otros servicios de atención en la red de salud de la ciudad de Medellín, fue de 1.815 en Enero, 1.849 en Febrero, 2.137 en Marzo, 2.142 en Abril, 2.443 en Mayo y 2.453 en Junio.

Objetivo 2: Evaluar la satisfacción y el direccionamiento del triage III que se gestionan mediante la estrategia CIGA.

En la siguiente figura, se muestra la satisfacción de los pacientes, con respecto al tiempo de espera desde su ingreso al servicio de urgencias hasta la realización del triage por el personal de enfermería, se obtuvo una calificación de: excelente en el 29%, buena 33%, regular 17%, malo 9% y muy malo el 13%.

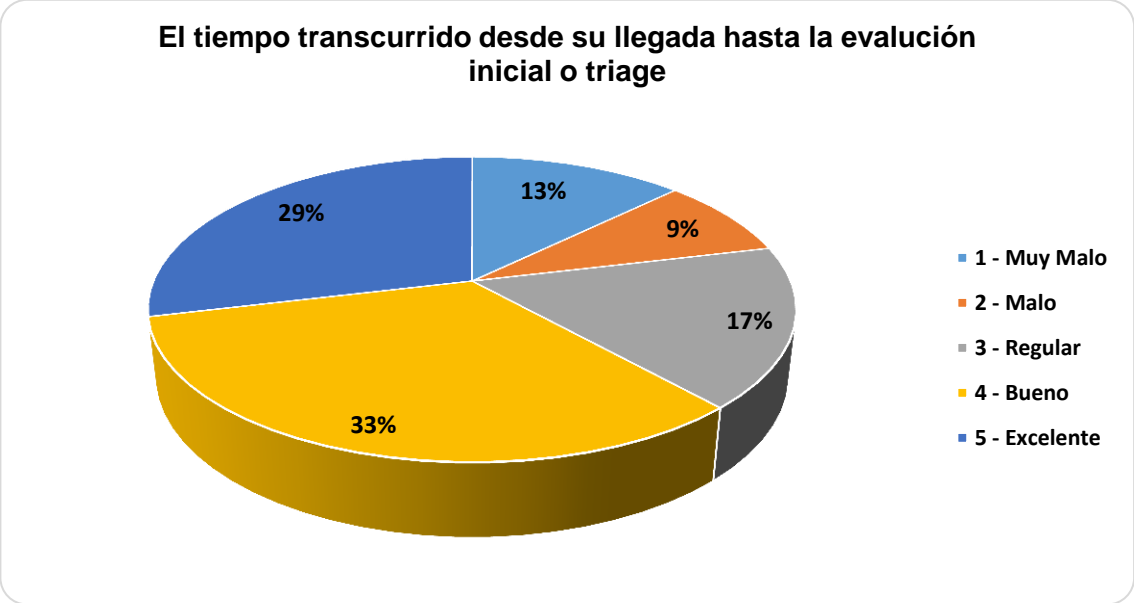


Figura 3. Satisfacción del triage III con el tiempo transcurrido desde el ingreso hasta el triage.

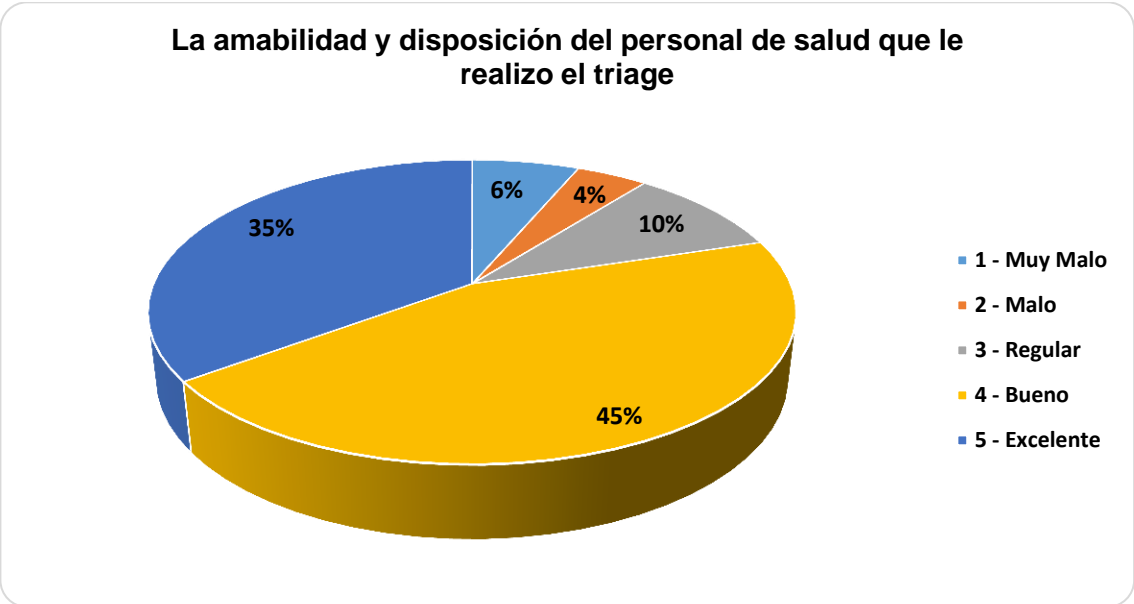


Figura 4. Satisfacción del triage III con la amabilidad y disposición del personal de enfermería encargado del triage.

En la figura 4, se muestra la satisfacción de los usuarios triage III direccionados, en cuanto a la calificación de la amabilidad de los jefes de enfermería encargados

de la realización del triage, se encontró que el 35% de los pacientes la consideran excelente 45% buena 10% regular, 4% malo y 6% muy malo.

La figura 5, muestra la satisfacción de los pacientes direccionados en cuanto a la confianza generada por el personal encargado de realizar el triage obtuvo una calificación de: excelente en el 33%, buena 38%, regular 15%, malo 6% y muy malo el 7%.

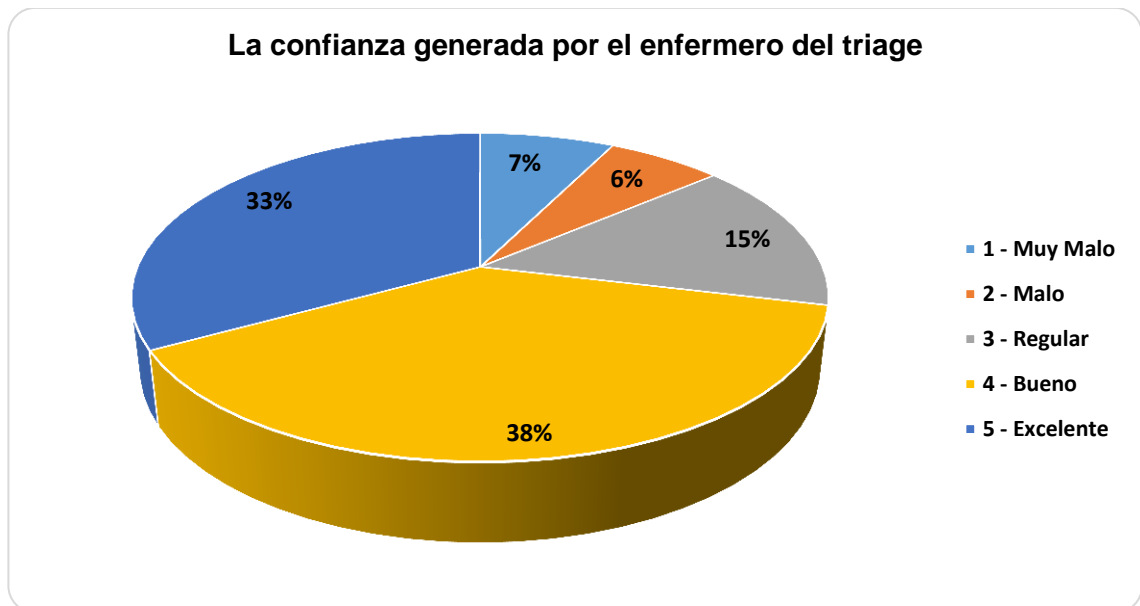


Figura 5. Satisfacción del triage III con la confianza generada por el jefe de enfermería encargado del triage.

En la siguiente figura número 6, se observa la satisfacción de los pacientes con respecto a la explicación dada luego de que el paciente fuera clasificado como urgente, sobre el motivo del direccionamiento a una institución de menor complejidad, el proceso y plan a seguir, obtuvo una calificación de: excelente en el 24%, buena 37%, regular 21%, malo 9% y muy malo el 9%.

La explicación de porqué no iba a ser atendido en el servicio de urgencias de la clínica León XIII y el proceso a seguir

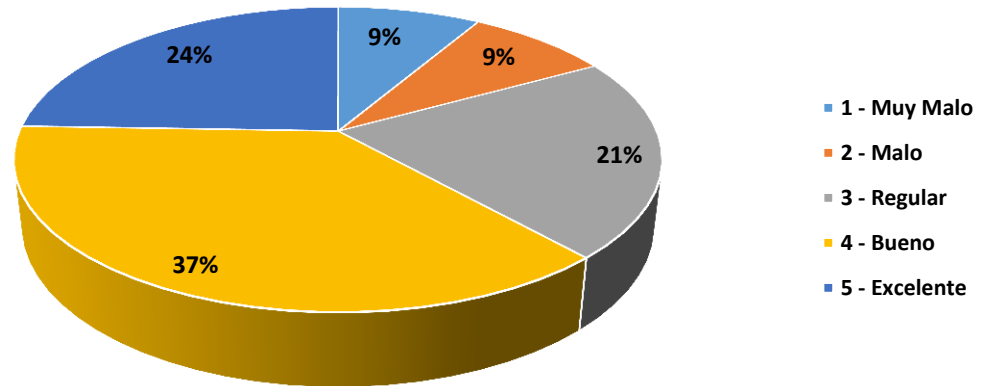


Figura 6. Satisfacción del triage III con la explicación del motivo del direccionamiento.

La información recibida por parte del personal en la Asignación de la cita

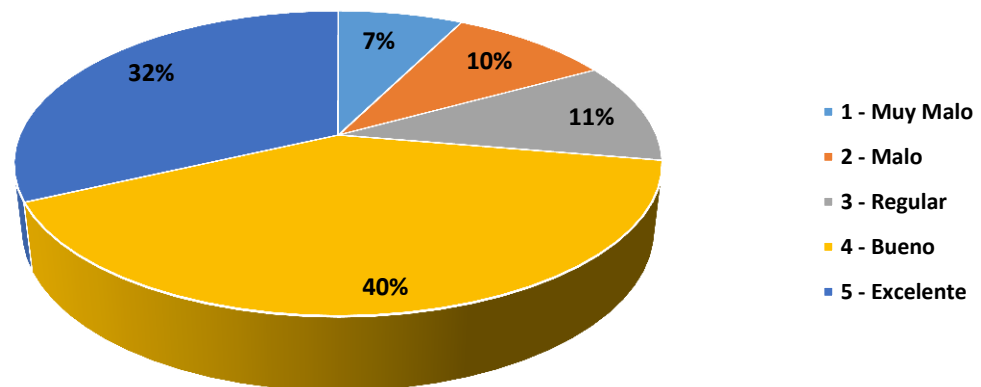


Figura 7. Satisfacción del triage III con la información recibida en la taquilla del CIGA

La figura número 7, representa la satisfacción de los pacientes con la información recibida por el usuario por parte del personal del CIGA ubicado en la taquilla del servicio de urgencias de la clínica, que se encarga de explicarle a donde fue direccionado, obtuvo una calificación de: excelente en el 32%, buena 40%, regular 11%, malo 10% y muy malo el 7%.

La satisfacción de los usuarios con el tiempo transcurrido luego de que el usuario fue clasificado, hasta la asignación de la institución receptora por parte del personal de CIGA, está representado en la figura 8, en este ítem se obtuvo una calificación de: excelente en el 27%, buena 44%, regular 12%, malo 10% y muy malo el 9%.

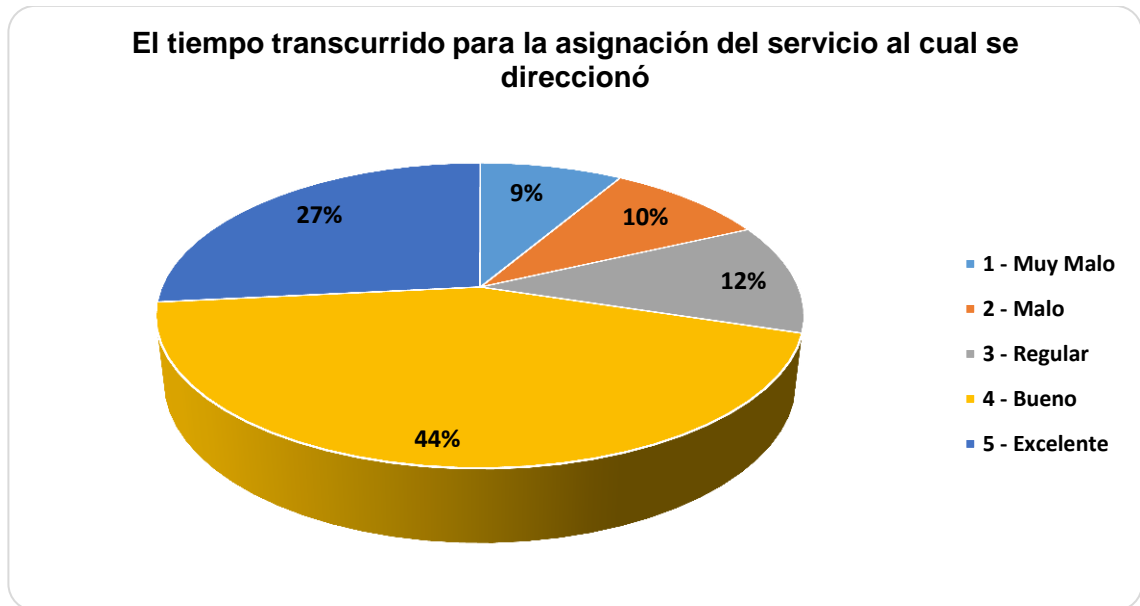


Figura 8. Satisfacción del triage III con el tiempo transcurrido desde la finalización del triage hasta la asignación de la entidad receptora.

En la siguiente figura número 9, se observa la satisfacción general de los pacientes triage III, clasificados y direccionados mediante CIGA a otros servicios de menor complejidad, obtuvo una calificación de: excelente en el 34%, buena 33%, regular 15%, malo 7% y muy malo el 9%.

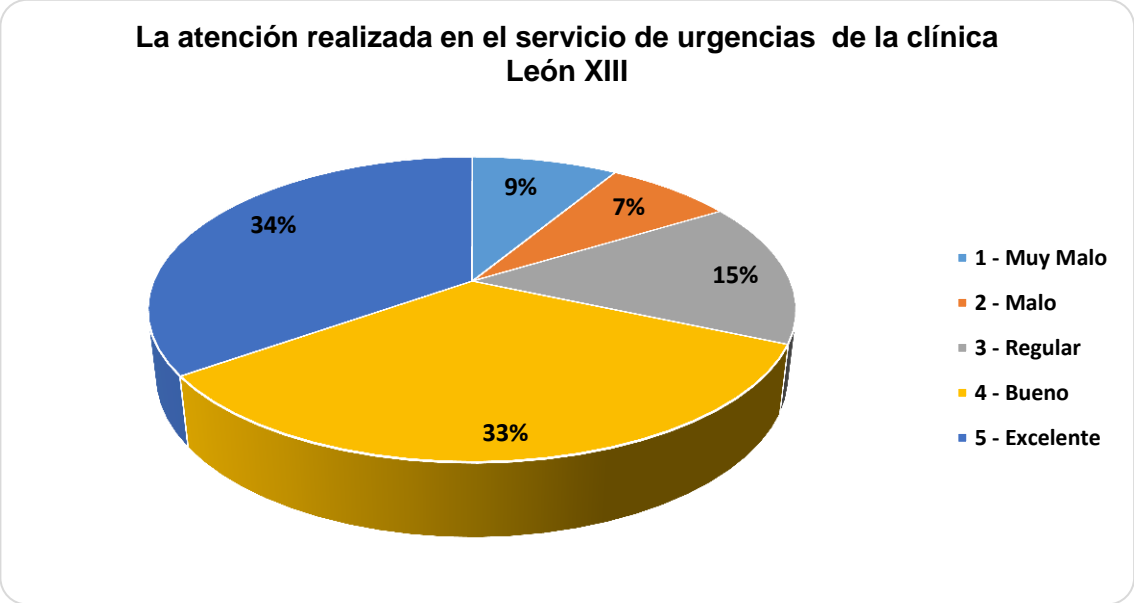


Figura 9. Satisfacción general con el servicio de urgencias de la Clínica León XII del triage III.

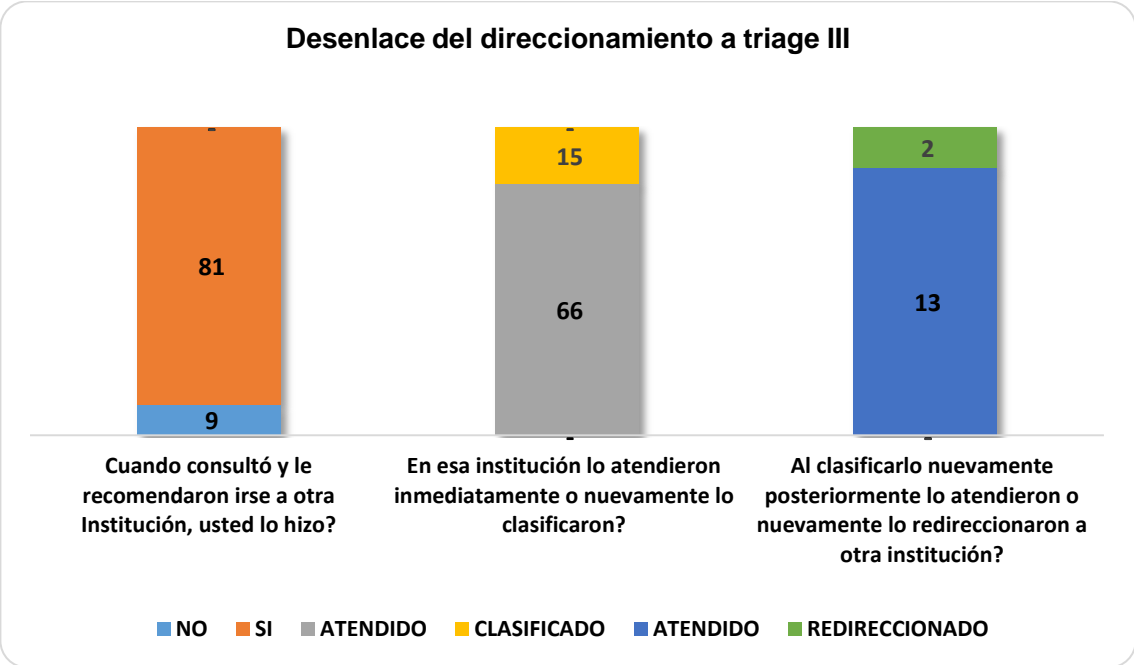


Figura 10. Desenlace de direccionamiento de los pacientes triage III.

En cuanto al direccionamiento de estos pacientes, de un total de 90 personas encuestadas, clasificadas en la IPS Universitaria Clínica León XIII como triage III

durante los meses de febrero y marzo del 2018, que fueron direccionadas a otros servicios de urgencias de menor complejidad; el 90% (81) asistieron a la Institución prestadora de salud asignada y sólo el 10% (9) no lo hizo como se muestra en la figura 10.

De los 81 pacientes que llegaron a la institución receptora, el 81% (66) manifestaron que recibieron atención médica inmediatamente, mientras que un 19% (15) a su llegada nuevamente fueron clasificados; de estos, el 87%(13) fueron atendidos en dicha institución y el 13% (2) nuevamente fueron redireccionados a otra IPS.

Objetivo 3: Comparar los tiempos de espera de los pacientes triage I, II, y III atendidos en el servicio de urgencias antes y después de la implementación del CIGA.

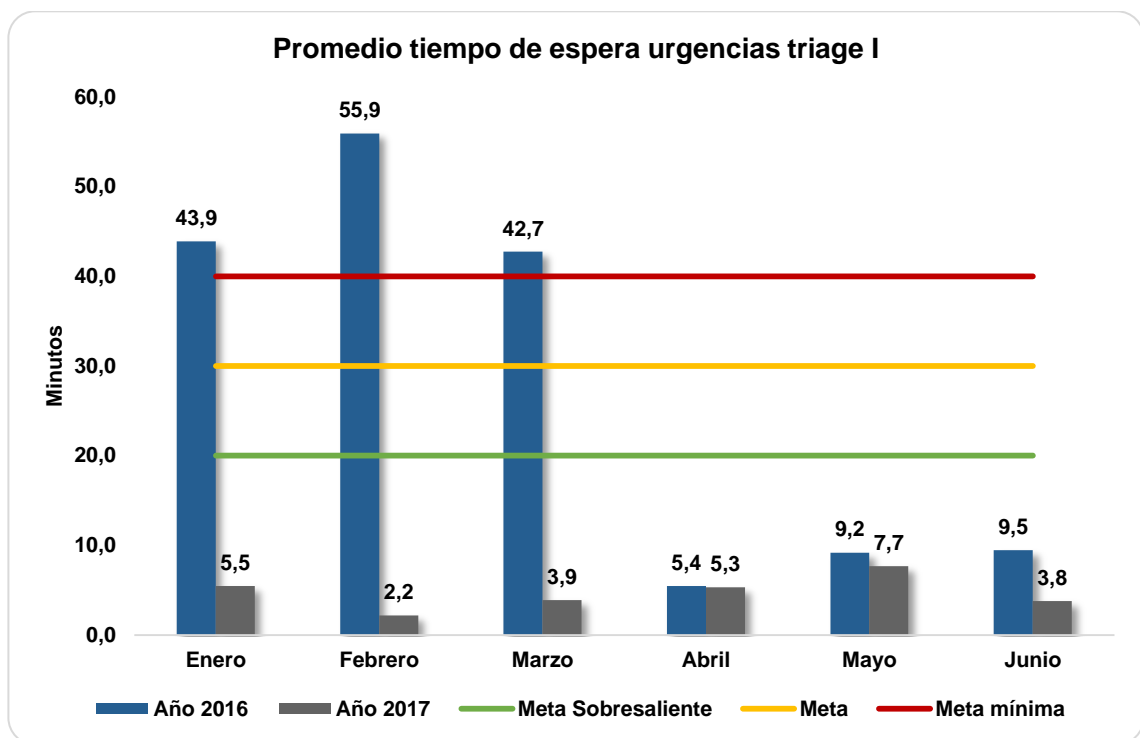


Figura 11. Promedio de tiempo de espera desde el triage hasta la atención medica inicial para el triage I.

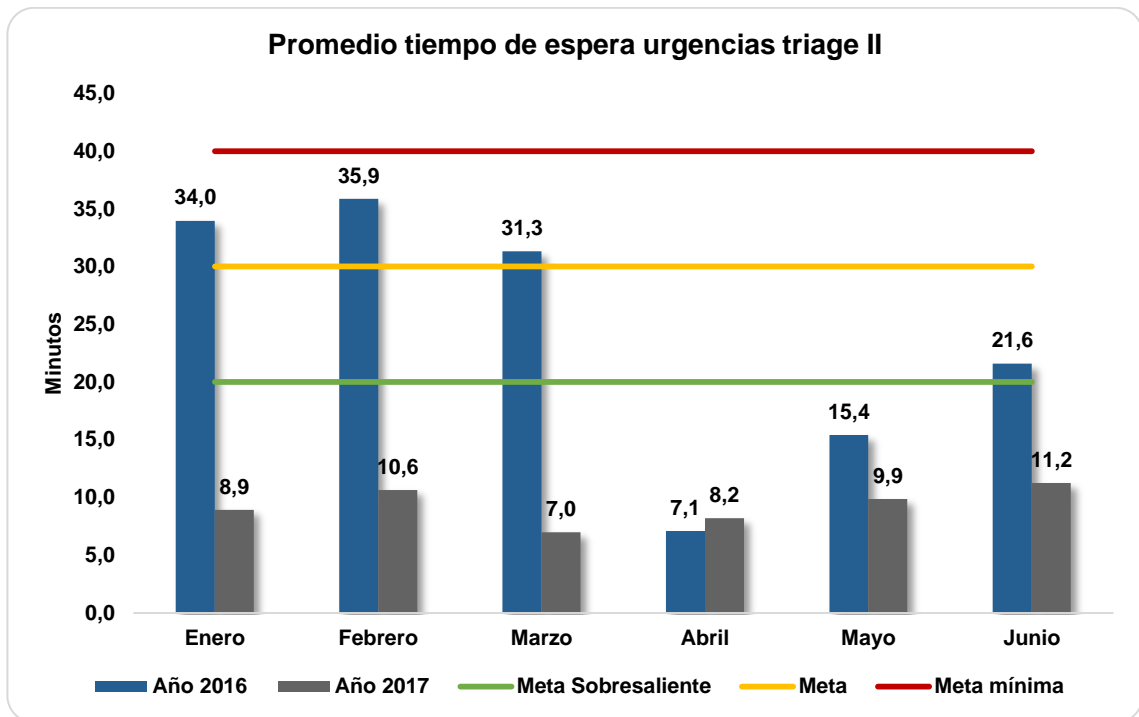


Figura 12. Promedio de tiempo de espera desde el triage hasta la atención médica inicial para el triage II.

Como se puede observar en las figuras 11 y 12, el promedio en el tiempo de espera para la atención de los pacientes clasificados como Triage I, II en el servicio de urgencias de la Clínica León XIII, muestra una notable disminución al comparar el primer semestre del 2016 con el mismo periodo del 2017, exceptuando en el mes de abril.

En el mes de enero pasa de tener un promedio de espera de 43,9 a 5,5 minutos (triage I), y de 34 a 8,9 minutos (triage II) ; de 55,9 a 2,2 minutos (triage I) y de 35,9 a 10,6 minutos (triage II) en Febrero, de 42,7 a 3,9 minutos (triage I) y de 31,3 a 7,0 minutos (triage II) en el mes de Marzo, de 9,2 a 7,7 minutos (triage I) y de 15,4 a 9,9 minutos (triage II) para el Mayo y de 9,5 a 3,8 minutos (triage I) y 21,6 a 11,2 minutos (triage II) en Junio; en el mes de abril no demostró una disminución significativa durante todos los meses del primer semestre del 2017, se evidenció que el promedio de tiempo de espera para la atención de pacientes Triage I y II, se mantuvo por debajo de la meta sobresaliente.

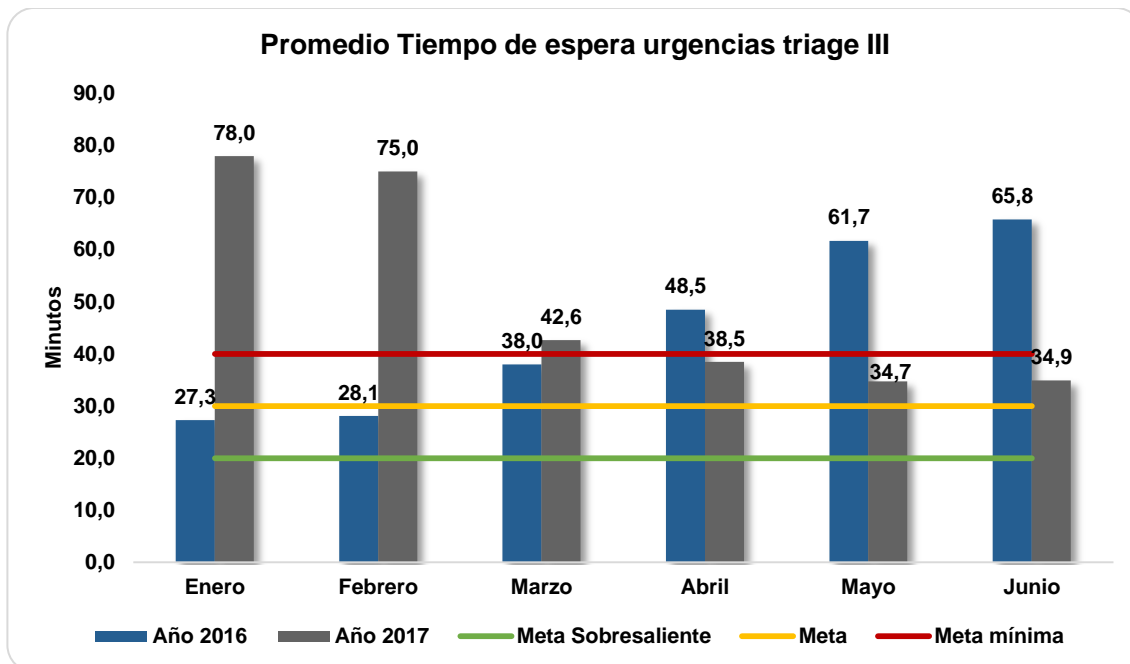


Figura 13. Promedio de tiempo de espera desde el triage hasta la atención médica inicial para el triage III.

En la figura 13, se muestra el comportamiento del promedio de tiempos de espera para la atención inicial luego del triage; se encontró un comportamiento diferente para los pacientes clasificados como triage III, con un aumento en el promedio de los tiempos de espera para estos pacientes de manera significativa en el primer trimestre del 2017 en comparación al 2016, mostrando un aumento de 27,3 a 78 minutos para Enero, de 28,1 a 75 minutos para Febrero y de 38 a 42,6 minutos en el mes de Marzo.

En el segundo trimestre del 2017 se muestra una disminución en relación al 2016, pasando de 48,5 a 38,5 minutos para el mes de Abril, de 61,7 a 34,9 minutos para el mes de Mayo y de 65,8 a 34,9 minutos para el mes de Junio; pese a mejorar progresivamente en el último trimestre el promedio permaneció por encima de la meta.

Objetivo 4: Determinar el grado de satisfacción de los usuarios clasificados como no urgentes que fueron direccionados mediante la estrategia CIGA.

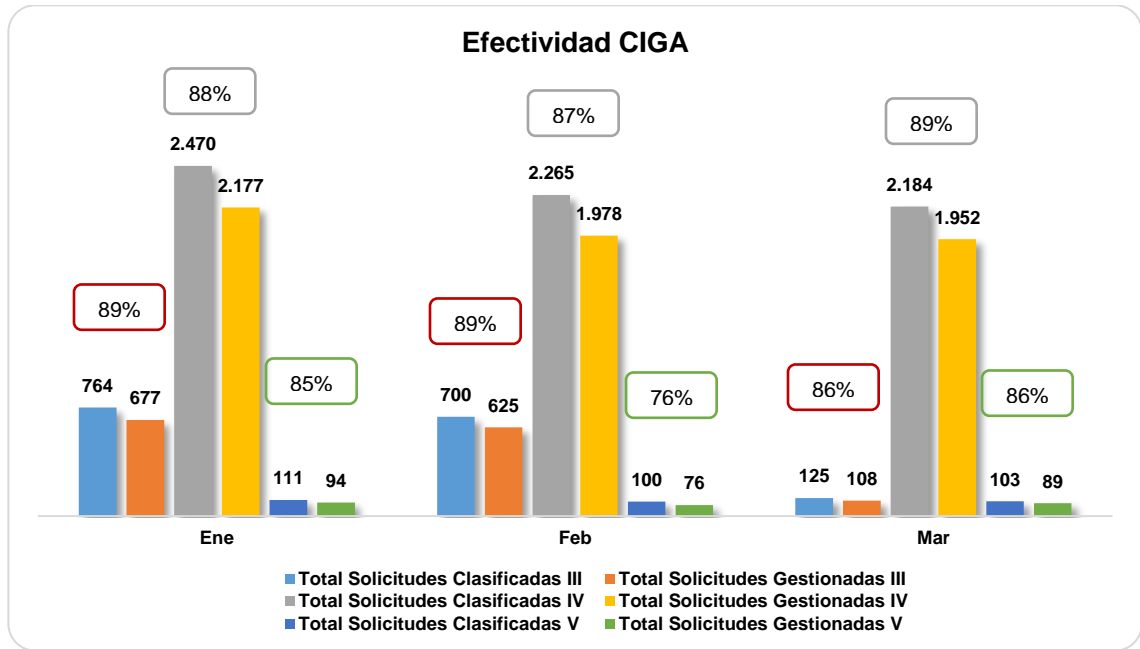


Figura 14. Efectividad del CIGA para el direccionamiento de las solicitudes generadas en el primer trimestre del 2017.

En un promedio ponderado para los meses de Enero, Febrero y Marzo del 2018 se gestionó por CIGA el 89% de las solicitudes de triage III, el 88% de las Triage IV y el 83% de las triage V, como se muestra en la tabla 13 en donde se relacionan el total de solicitudes al CIGA por triage por mes y el total de las que fueron realmente gestionadas y se les pudo dar un direccionamiento; De estas solicitudes efectivas se tomaron para la selección de la muestra aquellas realizadas en Febrero y Marzo para la realización de la encuesta de satisfacción.

En la figura 15, se muestra la satisfacción de estos pacientes, con respecto al tiempo de espera desde su ingreso al servicio de urgencias hasta la realización del triage por el personal de enfermería obtuvo una calificación de: excelente en el 33%, buena 40 %, regular 16%, malo 7% y muy malo el 4%.

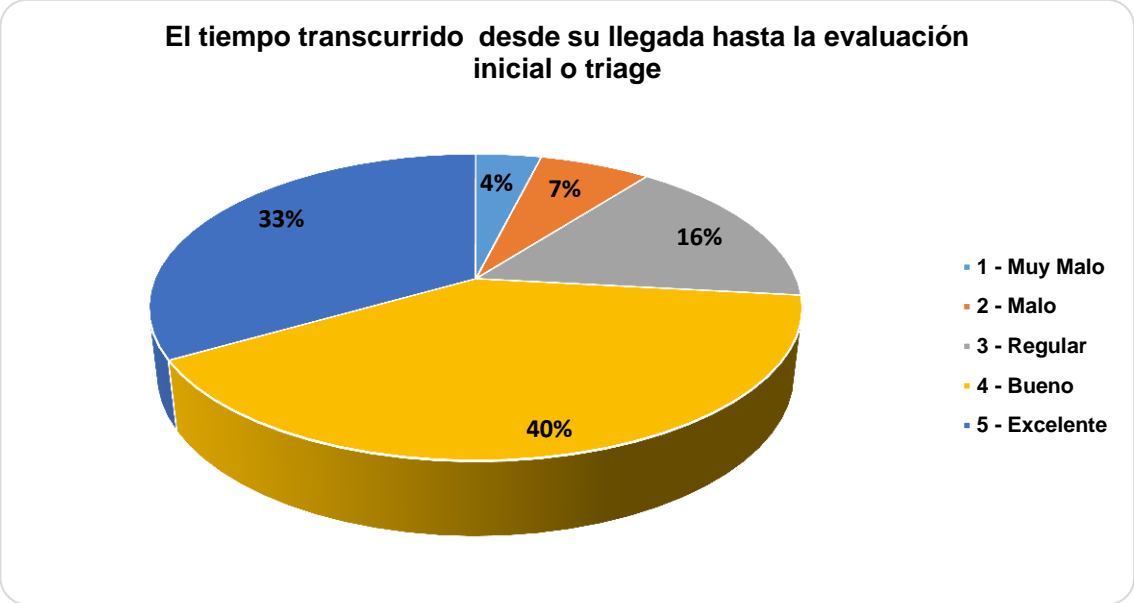


Figura 15. Satisfacción del triage V y V con el tiempo transcurrido desde el ingreso hasta el triage.

En la siguiente figura la 16, se observa que la satisfacción de los pacientes no urgentes con respecto a la calificación de la amabilidad del personal de enfermería profesional encargado de la realización del triage, se encontró una calificación de excelente en el 49%, buena 34%, regular 8%, malo 6% y muy malo el 3%.

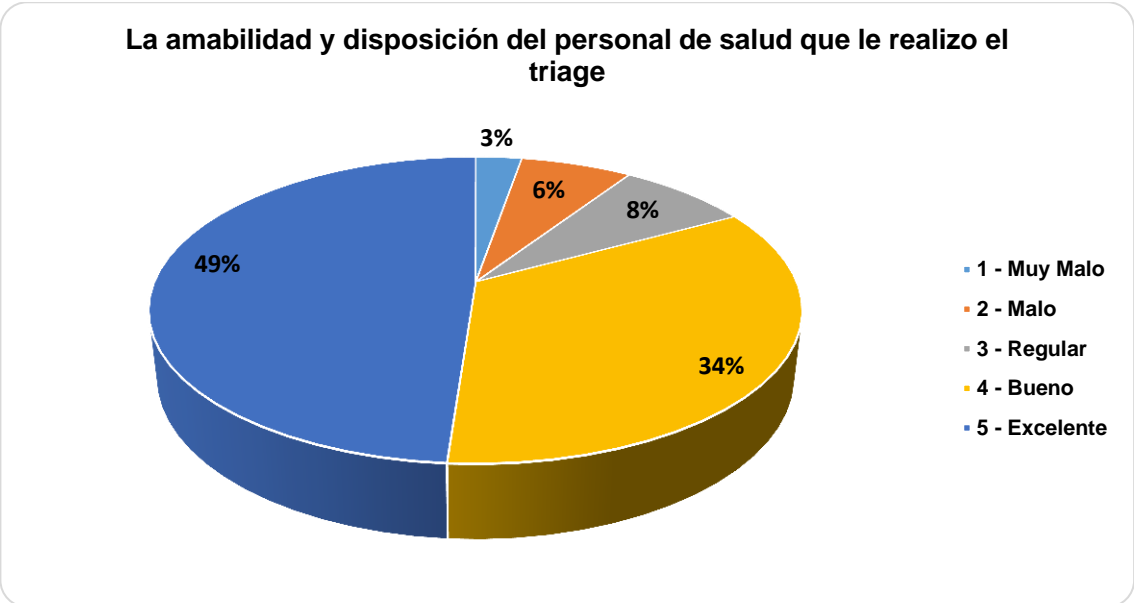


Figura 16. Satisfacción del triage IV y V con la amabilidad y disposición del personal de enfermería encargado del triage.

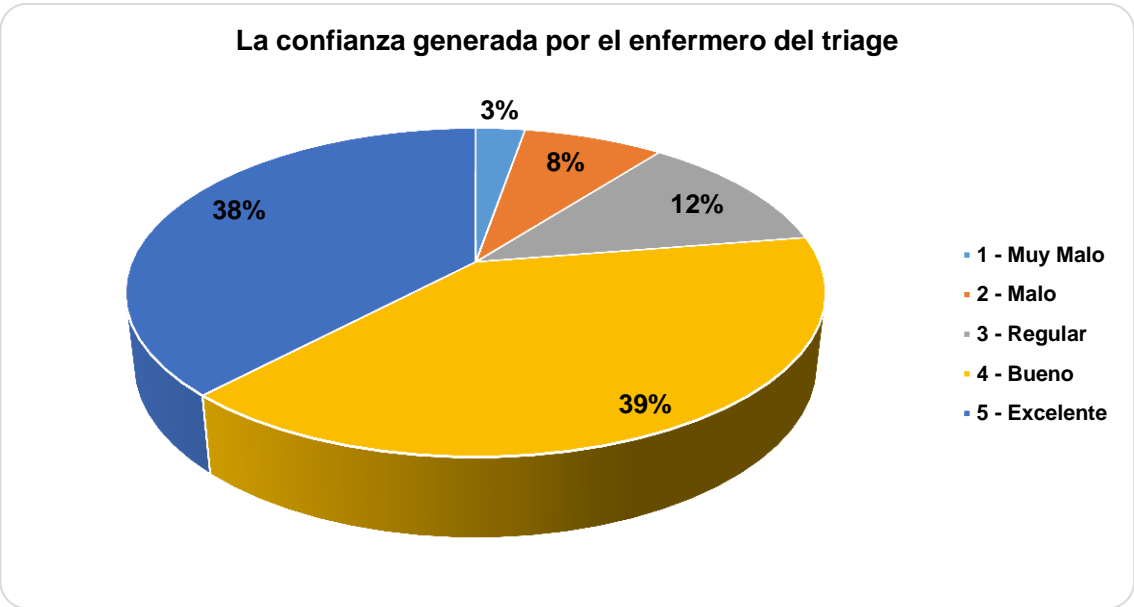


Figura 17. Satisfacción del triage IV y V con la confianza generada por el jefe de enfermería encargado del triage.

La satisfacción de los pacientes en relación a la confianza generada por el personal de enfermería quien realizó el triage obtuvo una calificación de: excelente en el 38%, bueno 39%, regular 12%, malo 8% y muy malo el 3% como se observa en la figura 17.

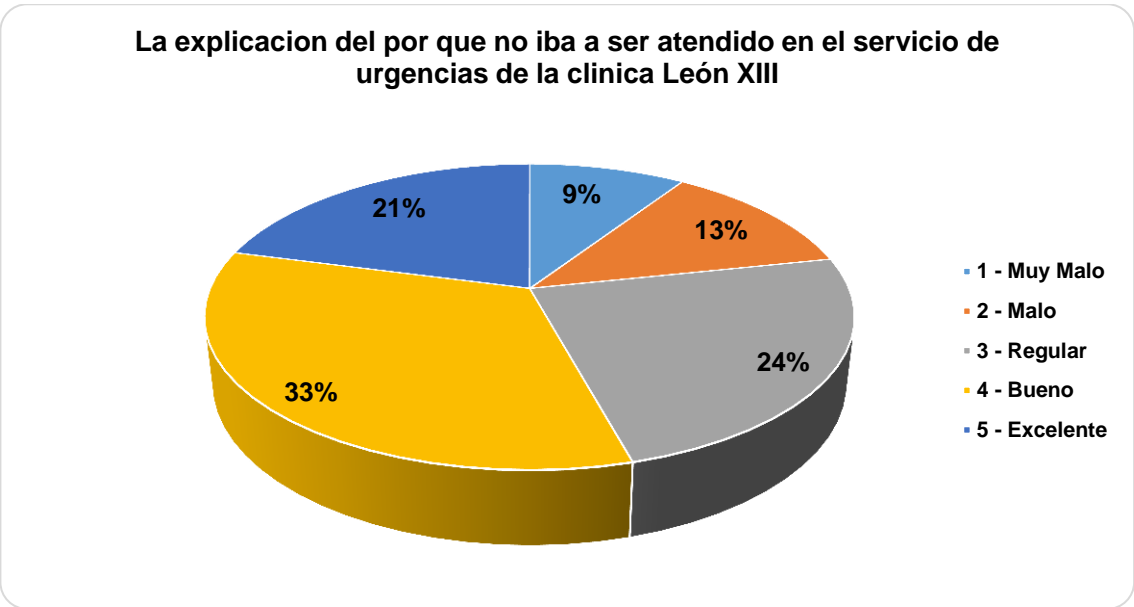


Figura 18. Satisfacción del triage IV y V con la explicación del motivo del direccionamiento.

La satisfacción de los usuarios con la explicación dada luego de que el paciente fuera clasificado como no urgente, sobre el motivo del direccionamiento a cita prioritaria y el proceso a seguir, se ilustra en la figura 18, para este ítem se obtuvo una calificación de: excelente en el 21%, buena 33%, regular 24%, malo 13% y muy malo el 9%.

La satisfacción de los pacientes con la información dada al usuario por parte del personal encargado de la taquilla CIGA en la sala de espera del servicio de urgencias de la clínica, obtuvo una calificación de: excelente en el 35%, bueno 44%, regular 12%, malo 7% y muy malo el 2%, como puede observarse en la figura 19.

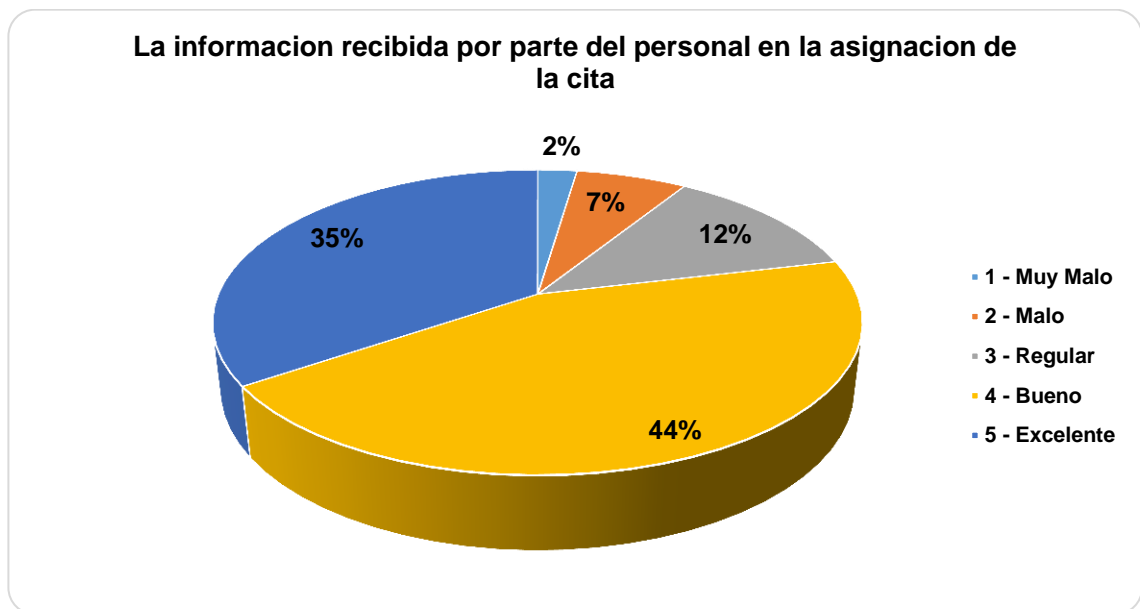


Figura 19. Satisfacción del triage IV y V con la explicación del motivo del direccionamiento.

En la figura 20, se visualiza la satisfacción de los pacientes con el tiempo transcurrido luego de que el usuario fuera clasificado en el triage, hasta la asignación de la cita prioritaria por parte del personal de CIGA, obtuvo una calificación de: excelente en el 24%, bueno 42%, regular 20%, malo 11% y muy malo el 3%.

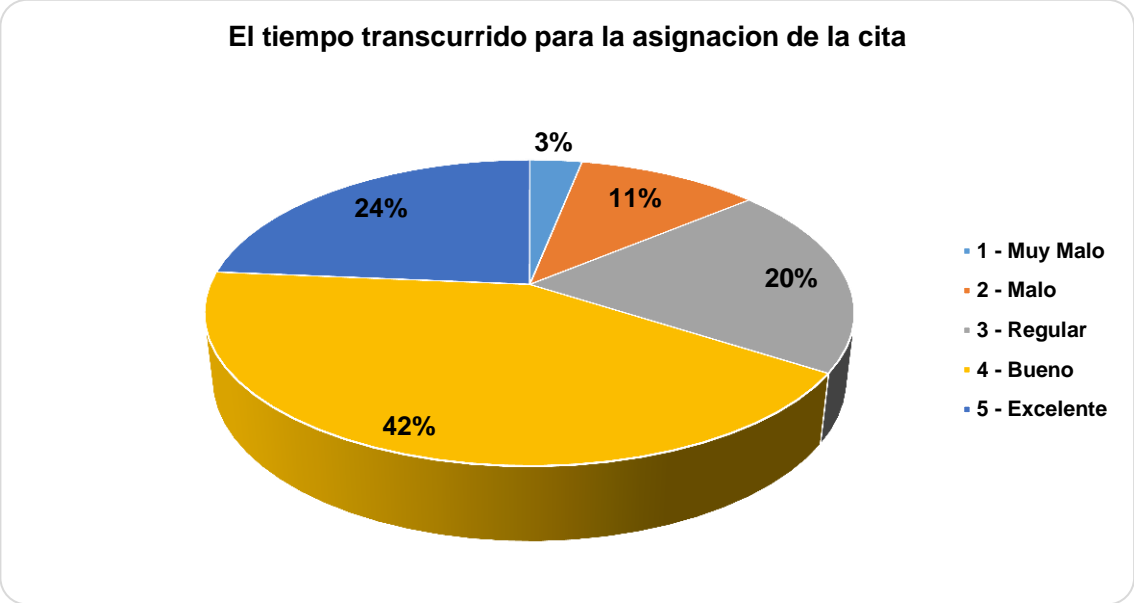


Figura 20. Satisfacción del triage IV y V con el tiempo transcurrido desde la finalización del triage hasta la asignación de la entidad receptora.

La siguiente figura número 21, representa la satisfacción general de los pacientes triage IV y V, clasificados y direccionados mediante CIGA a citas prioritarias, obtuvo una calificación de: excelente en el 38%, bueno 32%, regular 19%, malo 7% y muy malo el 4%.

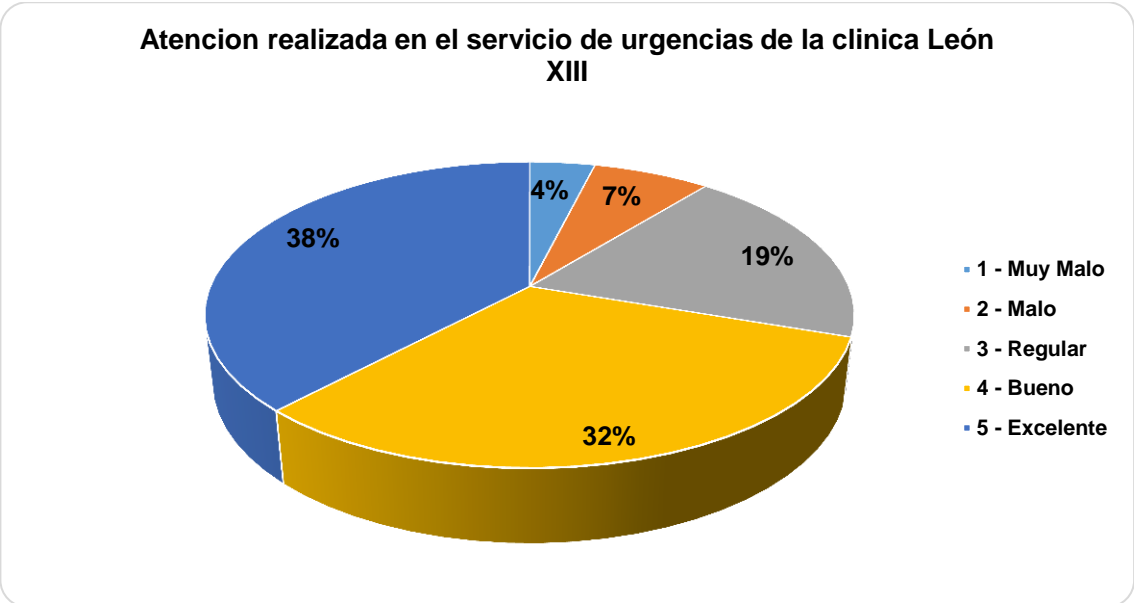


Figura 21. Satisfacción general con el servicio de urgencias de la Clínica León XII del triage IV y V.

A continuación se presenta una tabla comparativa en cuanto a los resultados obtenidos en satisfacción de los pacientes direccionados triage III con respecto a los triage IV y V, en la cual se encuentra que en general se presentó una mejor calificación en todos los ítems de la encuesta en los pacientes no urgentes.

Tabla 3. Satisfacción triage III Vs IV y V.

Item	Calificación	Porcentaje de satisfacción triage III	Porcentaje de satisfacción triage IV y V
<i>El tiempo transcurrido desde su llegada hasta la evaluación inicial o triage.</i>	Muy malo	13	4
	Malo	9	7
	Regular	17	16
	Bueno	33	40
	Excelente	29	33
<i>La amabilidad y disposición del personal de salud que le realizó el triage.</i>	Muy malo	6	3
	Malo	4	6
	Regular	10	8
	Bueno	45	34
	Excelente	35	49
<i>La confianza generada por el enfermero del triage.</i>	Muy malo	7	3
	Malo	6	4
	Regular	15	8
	Bueno	38	34
<i>La explicación de porqué no iba a ser atendido en el servicio de urgencias de la clínica León XIII y el proceso a seguir.</i>	Excelente	33	49
	Muy malo	9	9
	Malo	9	13
	Regular	21	24
	Bueno	37	33
<i>La información recibida por parte del personal en la asignación de la cita.</i>	Excelente	24	21
	Muy malo	7	2
	Malo	10	7
	Regular	11	12
	Bueno	40	44
<i>El tiempo transcurrido</i>	Excelente	32	35
	Muy malo	9	3

Item	Calificación	Porcentaje de	Porcentaje de
<i>para la asignación de la cita o institución a donde se direccionó.</i>	Malo	10	11
	Regular	12	20
	Bueno	44	42
	Excelente	27	24
	Muy malo	9	4
<i>La atención realizada en el servicio de urgencias de la Clínica León XIII</i>	Malo	7	7
	Regular	15	19
	Bueno	33	32
	Excelente	34	38

7. Discusión

En diciembre del 2015 el Ministerio de Salud y Protección Social enuncia la resolución 5596, la cual establece que el método de selección y clasificación del triage debe ser de cinco categorías (26) (27), obligando a la Clínica IPS Universitaria León XIII a realizar un cambio en abril del 2016 en la forma de clasificación y así, pasó de tener una escala de tres a cinco categorías.

El resultado que se obtuvo fue una disminución en el número de pacientes clasificados como triage I y II, para el triage I hubo una reducción de hasta 28 veces, si se compara el primer con el segundo trimestre del 2016, y de 37 veces al compararse el primer trimestre del 2016 con los dos primeros trimestres del 2017. Sin embargo, el efecto producido con esta disminución fue el aumento considerable en el número de pacientes clasificados como triage III.

Además, existe un sesgo en los resultados obtenidos, este radica en que al realizar las comparaciones entre los primeros semestres del 2016 y 2017, se está dando por sentado que la salud de la población que asistió al servicio de urgencias de la IPS Universitaria mantuvo en los dos periodos características iguales y un comportamiento similar, por tanto, tiene un comportamiento similar, cosa que es irreal debido a que todos los servicios de urgencias son dinámicos y variables y están influenciados por diversos factores humanos, ambientales, sociales, entre otros.

Desde octubre del 2016 la población atendida en la IPS Universitaria Clínica León XIII, cambió de forma importante; se realizaron nuevos convenios y modelos de contratación que aumentaron el número de usuarios.

En el mes de febrero del año 2017 recibió 200.000 nuevos pacientes de la EPS Savia Salud, y en abril del mismo año recibió 5.105 de la Nueva EPS. Esta población trajo nuevos retos para la clínica, no solo de tipos administrativos sino también financieros y académicos, debido a que dentro de sus particularidades está en que son pacientes pluripatológicos, con mal control de sus enfermedades de base y sin adherencia a los tratamientos, que conllevó a un aumento en la demanda en todos los servicios, lo que se ve reflejado en un aumento en los promedios de tiempo de espera del primer trimestre del 2017.

Frente a esta nueva población la IPS universitaria inicio diferentes estrategias encaminadas a optimizar los recursos y mejorar la oportunidad en la atención en los diferentes servicios, tales como atención domiciliaria “ser más”, modelo de telemedicina de asesoría al médico domiciliario en la toma de conductas, garantía en la entrega oportuna de los medicamentos, se implementaron líneas de atención al usuario y rutas de acceso directo a la institución entre otros.

Todas las estrategias implementadas dieron resultado y se evidenciaron en el mes de mayo del 2017 donde nuevamente el promedio de tiempo espera de los usuarios clasificados como urgentes (triage I, II, y III) disminuyó si se compara con el año 2016.

Al evaluar el comportamiento del direccionamiento de los pacientes clasificados como triage III por el CIGA, durante los meses de febrero y marzo del 2018, se estableció que en su gran mayoría (90%) asistieron a la institución receptora, cabe mencionar que una gran parte de dicha población, pertenece a la Nueva EPS, y esta entidad cuenta con un servicio de urgencias de menor complejidad en el mismo bloque donde se encuentran las urgencias de la IPS Universitaria, favoreciendo así, la adherencia al proceso ya que se eliminan algunas barreras en el acceso.

También, se pudo evidenciar que pese a que los pacientes eran adherentes al proceso, el 19% de ellos fueron nuevamente clasificados, lo que significa que existe un alto porcentaje de usuarios a los cuales no se les cumplieron las normas establecidas por el CIGA.

Al aplicar la encuesta de satisfacción a los usuarios pertenecientes a la Nueva EPS, fue necesaria la aclaración de que se trata de dos servicios diferentes, ya que en su gran mayoría tenían desconocimiento.

8. Conclusiones y recomendaciones

Luego de la implementación del CIGA y pese al aumento de la población pluripatológica en aproximadamente 7.000 usuarios para la clínica León XIII, se evidenció en todos los meses del primer semestre del 2017 en comparación con el 2016 una disminución en la saturación del servicio, que oscila entre el 14% al 54%, cumpliéndose la meta propuesta por el CIGA de descongestionar los servicios de urgencias en un 30%; con excepción del mes de abril que es explicado por los cambios ocurridos en este mes.

De los triages III que fueron direccionados a otras instituciones de menor complejidad, el 10% no asistió a la institución receptora, aumentando el riesgo de complicación y secuelas en pacientes que por ley son catalogados como urgentes y deberían ser atendidos en el servicio; de igual manera en peligro la imagen de la institución y aumenta el riesgo de procesos legales derivados de la no atención, por lo que no recomendamos el direccionamiento de dichos pacientes.

La principal causa de inasistencia a la institución receptora de los pacientes clasificados como triage III, fue el temor de no recibir atención médica o ser nuevamente direccionados, motivándolos a consultar a médico de forma particular.

Del total de pacientes direccionados a servicios de urgencias de menor complejidad, el 19% fueron nuevamente clasificados en la institución receptora, esto representa un reproceso y aumento en los tiempos de espera para recibir la atención médica, impactando de manera negativa en los desenlaces y la satisfacción de los usuarios.

La satisfacción general de los pacientes clasificados como triage IV y V es mayor en todos los ítems en comparación con la obtenida por los pacientes triage III.

Se encontró deficiencia en la explicación dada a los usuarios por parte del enfermero que realiza el triage, del porque no iban a ser atendidos en la IPS, dado que este ítem obtuvo una calificación en la encuesta de satisfacción en conjunto

de las categorías muy malo, malo y regular del 39% para el triage III, y 46% para el triage IV y V.

El ítem mejor calificado en la encuesta de satisfacción tanto para los usuarios clasificados en triage III, como para los IV y V, fue la información recibida por parte del personal del CIGA, en la asignación de la cita prioritaria o institución receptora.

CIGA es una propuesta innovadora que ha permitido mejorar la congestión y respuesta del servicio de urgencias de la Clínica León XIII, mostrando una mejoría en el promedio de tiempos de espera para los pacientes urgentes atendidos en la institución.

A pesar de que el objetivo de este trabajo no es evaluar la satisfacción de los pacientes en las instituciones receptoras es importante mencionar que para la IPS Universitaria es fundamental realizar campañas de educación acerca del funcionamiento de los dos servicios para que la imagen de la IPS Universitaria no se vea afectada.

Agradecimientos

A nuestro asesor por su dedicación y compromiso con el proceso de formación y aprendizaje.

A la jefe María Griselda Silva por sus consejos y ayuda durante toda la realización del trabajo

A todo el personal de la IPS Universitaria Clínica León XIII, por brindarnos su ayuda y asesoría desinteresada con tanta paciencia y compromiso, de manera especial al doctor Jorge Otero coordinador de urgencias, Diana Castrillón de gestión de la información y Juan Úsuga líder de proceso CIGA.

Referencias bibliográficas

1. López Arbeláez ML, Córdoba Narváez SL, Vanegas Salazar CM. Propuesta de un plan de acción para mejorar el acceso y oportunidad de atención en los servicios de urgencias de las IPS de baja, mediana y alta complejidad en Medellín Antioquia. [Trabajo de grado Especialista en Auditoria en Salud] Medellín: Universidad CES. Facultad de Medicina; 2015.
2. Hernández Montoya PA. Citas de medicina general oportunas, estrategia para descongestionar el servicio de urgencias en Medellín. [Internet] [Consultado 2018 marzo 1] Disponible en: <https://www.medellincomovamos.org/citas-de-medicina-general-oportunas-estrategia-para-descongestionar-el-servicio-de-urgencias-en-medellin/>
3. Alcaldía de Medellín. La alcaldía de Medellín emprende acciones para descongestionar los servicios de urgencias. [internet] Medellín;[Consultado 2018 Marzo 01] Disponible en: <https://www.medellin.gov.co/iri/portal/medellin?NavigationTarget=navurl://b65b60654ef4cc55aa5b292ed3764a5b>
4. Isaza M. Servicios de urgencias serían un 30% más rápidos con nuevo plan piloto. El Colombiano. 2016 agosto 17. [Internet] [Consultado 2018 02 25] Disponible en: <http://www.elcolombiano.com/colombia/salud/urgencias-en-medellin-se-descongestionarian-con-centro-de-direccionamiento-LE4798481>
5. Colombia, Asamblea Nacional Constituyente. Constitución política de Colombia de 1991. 1991 Julio 04 [internet] [consultado 2017 Diciembre 3] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>.
6. 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. (Diciembre 23 de 1993)

7. Colombia. Congreso de la República. Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 47.957 (Enero 19 de 2011)
8. Colombia. Congreso de la República. Ley 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 49.427 (Febrero 16 de 2015)
9. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 del 2016, por medio de la cual se adopta la política de atención integral en salud. Diario Oficial, 49.794 (Febrero 22 de 2016)
10. Colombia, Presidencia de la República. Decreto 412 de 1992, por el cual se reglamenta parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 40.368 (Marzo 6 de 1992)
11. Colombia, Presidencia de la República. Decreto 4747 de 2007, por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 46835 (Diciembre 7 de 2007)
12. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 5596 del 2015, por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias “Triage”. Diario Oficial, 49.739 (Diciembre 24 de 2015)
13. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3047 del 2008, Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007. Diario Oficial, 47082 (Agosto 15 de 2008)
14. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 2759 de 1991, por el cual se organiza y establece el régimen de referencia y contrarreferencia. Diario Oficial, 40218 (Diciembre 12 de 1991)

15. Ips Universitaria. Servicios de Salud Universidad de Antioquia. [internet][consultado en 2017 Febrero 15] Medellín, Disponible en: <http://www.ipsuniversitaria.com.co/es/quienes-somos/resena-historica>
16. Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Anales Sis San Navarra [Internet] 2010; 33 (Suppl 1): 55-68 [Consultado 2017 Nov 25]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200008&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200008&lng=es)
17. Gómez Jiménez, J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. Emergencias. [Internet]. 2003; 15:165-174 [Consultado 2017 Nov 20]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/clasificacion_y_triaje.pdf
18. Organización Panamericana de la Salud. Manual para la Implementación de un Sistema de Triage para los Cuartos de Urgencias. Washington, DC; 2010 [Internet]. [Consultado 2017 noviembre 20] Disponible en: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS IS Manual Sistema Tiraje C uartosUrgencias2011.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS_IS_Manual_Sistema_Tiraje_CuartosUrgencias2011.pdf)
19. Sampayo Salazar AM, Jaimes Parra BD, Franco Aguirre DM. Auditoria de la oportunidad de la atención en el servicio de urgencias en pacientes adultos con triaje dos y tres. [Trabajo de grado Especialista en Auditoria de Servicios de Salud]. Bucaramanga: Universidad Nacional Autónoma de Bucaramanga en convenio con la Universidad CES; 2009.
20. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto número 1011 de 2006, Abril 3, 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. [Internet] [Consultado 2017, Oct 13] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf
21. Andrade Pérez CE, Gómez Forero LA. Oportunidad en la prestación de servicios de salud en urgencias 24 horas de una IPS de nivel I en Santiago de

Cali 2012 - 2013. [Trabajo de Investigación en Maestría en Administración de la Salud]. Santiago de Cali: Universidad del Valle. Facultad de Salud. Escuela de Salud Pública; 2014.

22. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud, 2015 [Internet] [Consultado 2017 Dic 02]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/informe-nal-calidad-atencion-salud-2015.pdf>
23. 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. [Internet] 2014; 13(27): 242-265. [Consultado 2017 Dic 02]. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rqps/v13n27/v13n27a15.pdf>
24. Municipios del Aburrá se unen a plan para descongestionar urgencias. El Tiempo. 2018 enero 10[Internet][Consultado 2018 marzo 01]. Disponible en:
<http://www.eltiempo.com/colombia/medellin/municipios-del-valle-de-aburra-se-unen-a-programa-para-descongestionar-urgencias-169694>
25. Ministerio de Salud y Protección Social. El CIGA en Medellín es una victoria temprana del MIAS [internet] [Consultado 2018 03 13] Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/EI-CIGA-en-Medellin-es-una-victoria-temprana-del-MIAS.aspx>

Anexos

Anexo 1. Encuesta de satisfacción y desenlaces para triage III direccionados.

Fecha de aplicación:

Nombre: _____

Género: Femenino Masculino Comunidad LGBTI

Fecha de consulta:

Como califica usted ...	1 Muy malo	2 Malo	3 Regular	4 Bueno	5 Excelente
El tiempo transcurrido desde su llegada hasta la evaluación inicial o triage.					
La amabilidad y disposición del personal de salud que le realizo el triage.					
La confianza generada por el enfermero del triage.					
La explicación de porqué no iba a ser atendido en el servicio de urgencias de la clínica León XIII y el proceso a seguir.					
La información recibida por parte del personal en la Asignación de la institución receptora.					
El tiempo transcurrido para la asignación de la cita a donde se direccionó.					
La atención realizada en el servicio de urgencias de la Clínica León XIII					

¿Cuándo consultó y le recomendaron irse a otra Institución, usted lo hizo?

SI NO

¿Por qué? _____

En esa institución lo atendieron inmediatamente o nuevamente lo clasificaron.

Clasificado ____ Atendido ____

¿Al clasificarlo nuevamente posteriormente lo atendieron o nuevamente lo redireccionaron a otra institución?

Atendido ____ Direccionado ____

Anexo 2. Encuesta de satisfacción y triage IV y V direccionados.

Fecha de aplicación:

Nombre: _____

Género: Femenino __ Masculino __ Comunidad LGBTI __

Fecha de consulta:

Como califica usted ...	1 Muy malo	2 Malo	3 Regular	4 Bueno	5 Excelente
El tiempo transcurrido desde su llegada hasta la evaluación inicial o triage.					
La amabilidad y disposición del personal de salud que le realizo el triage.					
La confianza generada por el enfermero del triage.					
La explicación de porqué no iba a ser atendido en el servicio de urgencias de la clínica León XIII y el proceso a seguir.					
La información recibida por parte del personal en la Asignación de la cita					
El tiempo transcurrido para la asignación de la cita a donde se direccionó.					
La atención realizada en el servicio de urgencias de la Clínica León XIII					