

**OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE
MEDIANA COMPLEJIDAD EN EL SUR DE BOGOTÁ**

(ESTUDIO DE CASO)

JENNY PAOLA LOZANO VANEGAS

VIVIANA GISELA GONZALEZ MARTINEZ

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y FINANCIERAS
ESPECIALIZACIÓN GERENCIA DE LA SALUD**

2020

CONTENIDO

Resumen

1. Introducción.....	5
2. Planteamiento del problema.....	6
3. Marco referencia.....	8
4. Objetivo:	
4.1 General.....	17
4.2 Específicos.....	18
5. Diseño metodológico.....	18
Tipo de investigación	
5.1 Criterios de inclusión.....	18
5.2 Muestras.....	19
5.3 Variables.....	19
6. Hallazgos	20
7. Propuesta de intervención.....	24
8. Conclusiones.....	26
9. Glosario	27
10. Referencias bibliográficas	28

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Dimensiones del modelo SERVQUAL.

Tabla 2 Barreras acceso en la oferta

Tabla 3 Barreras acceso en la demanda

Tabla 4 Causa y estrategias ante la demanda

Tabla 5. Tipos de variables

Figura 1. Total consultas por minutos. Elaboración propia

Figura 2: Total consultas por días de la semana, elaboración propia.

Figura 3: Total de consulta por rango de edad, elaboración propia.

Tabla 6. Total diagnósticos, elaboración propia

Tabla 7. Total de consultas por horas del día. Elaboración propia Tabla 8. Total de diagnósticos

OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE MEDIANA COMPLEJIDAD EN EL SUR DE BOGOTÁ

RESUMEN

Este estudio busca realizar un análisis en el cual se observa el grado de oportunidad de atención en pacientes clasificados como triage II en un servicio de urgencias de mediana complejidad en el sur de Bogotá D.C. del periodo comprendido entre julio de 2018 a julio de 2019. Para ello, se realizó un estudio de caso en una institución de mediana complejidad en el sur de Bogotá D.C. del periodo comprendido entre julio de 2018 a julio de 2019 en el servicio de urgencias. La población del presente estudio son pacientes adultos clasificados como triage II. Entre las variables analizadas se tomaron en cuenta factores sociodemográficos, tiempo de espera en ser atendido en el servicio de urgencias fueron almacenados en una hoja de cálculo. Se analizaron 42.308 registros. El análisis de datos mostró que hay mayor número de consulta por mujeres que por hombres y que lo hacen más frecuentemente entre los 25 y los 29 años, además de un volumen importante iniciando semana y en horas de la mañana, se encontraron entre los diagnósticos más frecuentes rinofaringitis viral, gastroenteritis aguda, amigdalitis aguda y estos diagnósticos no hacen parte de la prioridad dos.

Con base a los resultados se considera importante aumentar el talento humano los días lunes, martes y miércoles, además dejar programado más personal en el turno de la mañana y poder brindar un servicio oportuno, sin embargo, también es importante enfatizar en la educación a los usuarios sobre el buen uso de urgencias y hacer una intervención en el personal que realiza la clasificación de triage y evitar clasificaciones erróneas.

PALABRAS CLAVES: Accesibilidad a los Servicios de Salud, Urgencias Médicas, Servicio de Salud, Enfermería de Urgencia, oportunidad, calidad atención, triage.

1. INTRODUCCIÓN

Los servicios de urgencias deben tener infraestructura para la atención oportuna y con calidad especialmente para aquellos pacientes que solicitan atención por eventos agudos y graves. “La atención inicial de las urgencias abarca todas las acciones realizadas en una persona con

patología urgente, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial.” (1)

Dichos servicios son unidades diseñadas para proporcionar tratamiento médico altamente profesionalizado, con disponibilidad inmediata de recursos especiales a pacientes que requieran (o necesiten) cuidados urgentes, a cualquier hora del día o de la noche y deben contar con los siguientes ambientes, áreas o espacios exclusivos, delimitados, señalizados y de circulación restringida y cuenta con características como el acceso al servicio es independiente y exclusivo, sala de espera entre otros.

En el servicio de urgencias generalmente se encuentra con un gran volumen de pacientes, lo que genera demoras en la atención. El incremento de la demanda se atribuye al crecimiento de la población, su envejecimiento, al aumento de la prevalencia de patologías crónicas, pero también y en gran medida a la utilización del servicio de urgencias como fuente alternativa de cuidados ambulatorios para enfermedades o dolencias no urgentes. (2)

Cuando ingresa el paciente se realiza la clasificación de triage, que es un sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencia, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles para atenderlo.

Según la resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social estipula cinco categorías de triage de acuerdo a la severidad de sus síntomas: los pacientes clasificados en Triage I, II y III, corresponden a urgencias médicas y son atendidos en el servicio de urgencias; los pacientes clasificados Triage IV se derivan a consulta prioritaria, y los clasificados en Triage V se direccionan a los servicios de consulta externa de sus aseguradores.

Como objetivo de la investigación se busca realizar un análisis de la oportunidad de atención en el servicio de urgencias, teniendo en cuenta que ésta se define 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. (3).

Para lo cual se realizó un estudio de tipo de caso de caso descriptivo analizando un total 42.308 registros clínicos de pacientes clasificados con triage II los cuales se captaron desde el periodo de julio de 2018 a julio de 2019.

En el análisis de datos se encontró que hay mayor número de consulta por mujeres que por hombres y que lo hacen más frecuentemente entre los 25 y los 29 años, además de un volumen importante iniciando semana y en horas de la mañana, se encontraron entre los diagnósticos más frecuentes rinofaringitis viral, gastroenteritis aguda, amigdalitis aguda son diagnósticos que no hacen parte de la prioridad de Triage dos. Con base a los resultados se considera importante verificar cuales son las horas críticas del día y de la semana para aumentar el talento humano y poder brindar un servicio oportuno. Además, es importante enfatizar en la educación a los usuarios sobre el buen uso de urgencias y hacer una intervención en el personal que realiza la clasificación de triage para evitar clasificaciones erróneas.

La organización de este documento contiene además de la anterior introducción, el planteamiento del problema donde se analiza la oportunidad de atención en pacientes clasificados como triage II en un servicio de urgencias de mediana complejidad en el sur de Bogota D.C. del periodo comprendido entre julio de 2018 a julio de 2019. Posteriormente, se realiza un marco referencial el cual está compuesto por: marco conceptual, marco teórico,

contextual y normativo, los cuales exponen temas relacionados con el estudio incluyendo artículos analizados, conceptos básicos, normas que rigen en la actualidad y brindar una visión al lector acerca de la actividad desarrollada por la zona de referencia utilizada para este estudio.

Se ha logrado identificar en el servicio de urgencias analizado en el presente trabajo que la oportunidad de la atención se ha visto afectada por el alto volumen de pacientes que son atendidos a diario, todo esto conlleva a diagnósticos tardíos, fallas en la atención, eventos adversos. Por lo anterior nace la necesidad de investigar sobre este tema y poder evidenciar oportunidades de mejora en los servicios de salud resaltando la calidad de servicio con base en la humanización de la atención.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país, teniendo como objetivo brindar al usuario los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos y así no poner en riesgo su vida o su salud; por ende se debe velar por cubrir dichas necesidades mediante una red de servicios de urgencias según prioridad o clasificación.

La red de servicios de Urgencias define 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. 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 (Resolución 214, 1998).

Los servicios de urgencias se encuentran congestionados “debido a que debe tratar no solamente casos graves sino también debe dar diagnósticos que regularmente deberían ser atendidos en consulta externa, esta situación ha generado un incremento en la demanda de los servicios de urgencias, quienes, por Ley, tienen la obligación de atender a los usuarios independientemente del diagnóstico que éstos presenten” (Ardila, Velazco, Jiménez, & Amaya, 2008).

A su vez existen factores internos y externos propios del modelo organizativo de las IPS. Entre los factores internos se encuentran falta de autorización de la EPS que retrasan la oportunidad en la atención y entre los factores externos se encuentra la falta de conciencia del usuario en el uso correcto y racional de estos servicios, lo cual incrementa la demanda del servicio; por último, la barrera geográfica está presente en contextos como ubicación de la institución, acceso a central de urgencias entre otros aspectos, éste es un determinante en la oportunidad en la atención y es un aspecto relevante en éste estudio; ya que las dificultades se presentan en todos los servicios ofrecidos en el primer nivel y en los distintos puntos de la cadena de servicios del sistema. También se presenta dicha barrera en los procesos legales y de reclamos, que implica asistir a lugares específicos, como por ejemplo el centro de atención al usuario de la Secretaría de Salud, por ejemplo en los artículos revisados se presentan quejas y reclamos exigiendo atención oportuna, eficaz y teniendo como prioridad humanización en el cuidado ofertado en el mercado.

En un estudio realizado en la ciudad de Medellín se analizan diversas variables con el objetivo de mejorar el acceso y oportunidad a los servicios de urgencias se encontraron varios factores que afectan la accesibilidad a los servicios de urgencias y a atención oportuna, entre estos factores se encontró que las demoras fueron por falencias en la capacidad instalada, mal uso de urgencias por parte de los usuarios y demoras por parte de las EPS en la asignación de citas. (4)

En muchas ocasiones los usuarios desconocen la normatividad, y al considerar su situación como urgente no tienen en cuenta las exigencias del sistema por esta razón los pacientes presentan inconformidad frente al tiempo de espera, según un estudio (Medellín) desde la perspectiva de los usuarios cuando el paciente y su familia deciden ir a un servicio de urgencias tienen como meta lograr atención rápida, admisión, información y compañía.(4) Es un proceso largo y en ocasiones ineficaz, comenzando con la admisión la cual los usuarios ven como un obstáculo ya que el número de personas que hay en la sala aumenta con las horas. Durante este proceso no hay información oportuna o la información recibida por el personal no responde todas las inquietudes.

En otros estudios realizados en el exterior por los autores Sharoda A. Paul Madhu C. Reddy encuentra que entre 1993 y 2003, la visita a urgencias por parte de los pacientes en los Estados Unidos tuvo un resultado considerable ya que se evidencia un aumento total de 23,6 millones. El hacinamiento se manifiesta de muchas maneras diferentes: un número en exceso que supera la capacidad instalada de la institución en el servicio, pacientes siendo tratado en pasillos, desvíos de ambulancias, largos tiempos de espera del paciente y pacientes que se van sin tratamiento. (5) El alto volumen de pacientes provoca un aumento de los errores médicos, malos resultados para el paciente, altos niveles de estrés, disminución de la moral entre el personal de urgencias. Otro de los efectos del hacinamiento son la insatisfacción del paciente, la disminución de la productividad del médico, la violencia y falta de comunicación.

Con todo lo anterior se quiere analizar la oportunidad de atención de un servicio de urgencias mediana complejidad de los pacientes clasificados como triage II en un periodo de un año, con el fin de encontrar estrategias para que los usuarios tengan un servicio de salud de calidad y humanizado realizando seguimiento del tiempo de espera posterior a la clasificación del triage.

Pregunta de investigación:

¿Cuáles son las estrategias para analizar la oportunidad de atención en pacientes clasificados como triage II en un servicio de urgencias de mediana complejidad en el sur de Bogotá D.C. del periodo comprendido entre julio de 2018 a julio de 2019?

3. MARCO DE REFERENCIAL

Referente Contextual:

Para este trabajo se toma como referencia el grado de complejidad de atención, según el ministerio de salud presentado en la Resolución 1441 del año 2013, según dicha resolución se encuentra dividido en dos áreas: urgencias de baja y mediana- alta complejidad.

Descripción del Área: Urgencias baja complejidad

Este servicio nombrado anteriormente tiene la responsabilidad de brindar atención a las pacientes que presentan alteraciones de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras. La atención debe ser prestada las 24 horas. Por ende, debe cumplir estándares establecidos por la (Resolución 1441, 2013) páginas 41 - 45 entre los cuales se encuentran:

1. -Talento humano
2. -Infraestructura
3. -Dotación
4. -Medicamentos, insumos y dispositivos médicos
5. -Procesos prioritarios
6. -Historia clínica y registro
7. -Interdependencia

Se realiza énfasis en este nivel de atención debido al referente institucional del presente estudio, con el fin de tener claridad en los parámetros básicos para brindar la atención

Descripción del Área:: Urgencias mediana y alta complejidad

Este servicio nombrado anteriormente tiene la responsabilidad de brindar atención a las pacientes que presentan alteraciones de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras. La atención debe ser prestada las 24 horas. Por ende, debe cumplir estándares establecidos por la (Resolución 1441, 2013) páginas 41 - 45 entre los cuales se encuentran los nombrados en el ítem anterior en el párrafo anterior

Referente Institucional:

La institución ha construido más de 100 años de historia gracias al trabajo apasionado y comprometido de más de 26 mil Voluntarios, empleados, directivos, aliados y cooperantes, con el corazón y tener la firme convicción de que no hay nada más valioso que ayudar al otro.

Luego de evaluar el avance en el cumplimiento de los Objetivos del Milenio, la comunidad mundial enfrenta grandes desafíos que ha consolidado en la Agenda Global de Desarrollo Sostenible 2030 “Transformando Nuestro Mundo” en la cual se propone con determinación, 17 objetivos en 5 áreas de importancia crítica para la humanidad y el planeta

Se trata de un modelo de atención ambulatoria de urgencias médicas único en la ciudad que busca como objetivo mejorar las condiciones de vida de los usuarios a través de la atención oportuna en urgencias, estabilizando al paciente y definiendo la conducta médica de acuerdo a la complejidad de su patología logrando altos niveles de resolución y remisión hospitalaria o manejo ambulatorio en casa, en los casos que aplique.

El estudio se realizó en una institución de baja y mediana complejidad, ambulatorio ubicado en el sur de Bogotá en el que se realiza atención de pacientes triage I, II Y III. Se cuenta con especialidades como pediatría, cirugía plástica y ortopedia, en el caso del paciente que requiere manejo intrahospitalario o quirúrgico se inicia proceso de remisión.

Luego de evaluar el avance en el cumplimiento de los Objetivos del Milenio, la comunidad mundial enfrenta grandes desafíos que ha consolidado en la Agenda Global de Desarrollo Sostenible 2030 “Transformando Nuestro Mundo” en la cual se propone con determinación, 17 objetivos en 5 áreas de importancia crítica para la humanidad y el planeta. Se trata de un modelo de atención ambulatoria de urgencias médicas único en la ciudad que busca como objetivo mejorar las condiciones de vida de los usuarios a través de la atención oportuna en urgencias, estabilizando al paciente y definiendo la conducta médica de acuerdo a la complejidad de su patología logrando altos niveles de resolución y remisión hospitalaria o manejo ambulatorio en casa, en los casos que aplique.

En este modelo de prestación de servicios de urgencias de baja y mediana complejidad se realiza la clasificación del Triage según su motivo de consulta y patología, se realiza la atención de los pacientes clasificados como Triage I, II, y III ya que se considera una urgencia, los pacientes clasificados como triage IV y V se derivan para atención en consulta prioritaria o consulta externa según el asegurador del paciente. En caso se amerite manejo quirúrgico u hospitalario mediante una remisión se hace traslado según lo requiere a una institución de mayor nivel de complejidad según el convenio.

Referente Teórico

En la ciudad de Medellín se desarrolla un estudio donde se analizó la saturación en los servicios de urgencias se encontró que hay factores tanto internos como externos que aumentan el volumen en los servicios de urgencias lo que se traduce en tiempos de espera prolongados. Para mejorar esos tiempos de atención se encontraron estrategias como mejorar el registro, mejorar la clasificación de triage, mejorar la clasificación en el triage, agilizar el traslado de pacientes al piso. Todo esto se traduce en ver las urgencias y el hospital como un solo elemento y de este modo mejorar la oportunidad y disminuir la saturación. (6)

Por otro lado, en un estudio realizado en 3 hospitales de tercer nivel en Bogotá donde se evidencio que los días con más volumen de pacientes son los lunes y se concluyó que el uso de los servicios de urgencias está influenciado por las características demográficas, ya que se encontró que los jóvenes son unos de los usuarios más frecuentes, el tipo de afiliación del usuario y la clasificación que tuvo en el triage. (7)

También se encontró en el estudio nombrado en la paragrafo número uno realizado en la ciudad de Medellín, que en los 27 servicios de urgencias de primer, segundo y tercer nivel el acceso a los servicios de urgencias y el tiempo de oportunidad es más prolongado en los servicios de primer nivel, también se evidenciaron problemas de acceso y dificultades en los usuarios por desconocimiento del adecuado uso de los servicios de urgencias.

En un análisis de los servicios de urgencias en México se encontró que hay varios factores que Intervienen en la oportunidad y uno de ellos es la necesidad de ofrecer lo servicios de salud de forma más eficiente; en este se evidenció que la oportunidad va de la mano con la cantidad de personal en la operación encontrando que no se cuenta con el suficiente recurso humano para prestarlo oportunamente y lo ideal sería poder tener el número de médicos por turno que se necesiten según la demanda de pacientes según el día de la semana. (8)

Se evidencio en las determinantes del acceso al servicio de urgencias en el estudio realizado en Medellín la saturación en los servicios de urgencias que influye mucho el uso de este por pacientes que no son urgentes ya que este criterio ha generado gran preocupación a nivel nacional y mundial, se encontró que el uso de este es principalmente diurno y las principales frases que usaron fueron “mi enfermedad justifica el uso de urgencias”, “puedo tomar los exámenes el mismo día”, finalmente todo esto concluyo que no hay un uso racional por los usuarios lo que genera demoras.(6)

Referente conceptual

El triage es un sistema que se estipula por el ministerio de salud y protección social que cuenta con cinco categorías, mediante el cual se hace clasificación de pacientes en los servicios de urgencia, estas se describen a continuación:

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 exigen 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.

Dentro de los estándares de calidad en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se encuentran: 7 estándares, pero se realiza énfasis en los relevantes para este estudio los cuales son corresponden a 3 éstos son:

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: 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.

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

Freeborn y Greenlick sostienen que la satisfacción con la accesibilidad a la atención puede evaluarse por las actitudes de los pacientes con respecto a la medida en que los servicios están disponibles en el momento y el lugar necesarios y si los pacientes percibieron un cambio en su condición como resultado de la atención. La reciente preocupación por la construcción de indicadores sociales de la "calidad de vida" en los Estados Unidos (8), análoga a los indicadores económicos del bienestar financiero de la nación, sugiere un enfoque aún más amplio para el estudio del acceso, en el cual el acceso a la atención médica podría considerarse un tipo de indicador social tanto del proceso como de los resultados conductuales y subjetivos del paso de las personas a través del sistema de atención médica.

Se han realizado diferentes estudios analizando contextos diversos y tomando como prioridad la calidad del servicio orientados a determinar sus dimensiones constitutivas, Donabedian propone tres componentes de la calidad asistencial: (a) el componente técnico que tiene que ver con el uso de la ciencia y la tecnología en el abordaje de un paciente; (b) el componente interpersonal según el cual, las relaciones que se establecen entre las personas deben estar orientadas por normas y valores sociales, influenciadas por los códigos éticos de los profesionales y por las expectativas de las personas, y (c) los aspectos de confort que son todos los elementos del entorno que proporcionan a los usuarios una atención comfortable.

Por otro lado, según Parasuraman, se plantea el modelo SERVQUAL (6), tomando como base el concepto de calidad de servicio percibida para desarrollar un instrumento cuyo propósito fue cuantificar la calidad del servicio a partir del abordaje de cinco dimensiones: confianza, fiabilidad, responsabilidad, garantía y tangibilidad



Tabla 1. Dimensiones del modelo SERVQUAL. Ingeniare. Rev. chil. ing. vol.27 no.4

Fiabilidad: Se refiere a la habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa. Es decir, que la empresa cumple con sus promesas, sobre entregas, suministro del servicio, solución de problemas y fijación de precios.

•2. Sensibilidad: Es la disposición para ayudar a los usuarios y para prestarles un servicio rápido y adecuado. Se refiere a la atención y prontitud al tratar las solicitudes, responder preguntas y quejas de los clientes, y solucionar problemas.

•3. Seguridad: Es el conocimiento y atención de los empleados y sus habilidad para inspirar credibilidad y confianza.

•4. Empatía: Se refiere al nivel de atención individualizada que ofrecen las empresas a sus clientes. Se debe transmitir por medio de un servicio personalizado o adaptado al gusto del cliente.

•5. Elementos tangibles: Es la apariencia física, instalaciones físicas, como la infraestructura, equipos, materiales, personal.

Dicho modelo se publicó por primera vez en el año 1988, y ha experimentado numerosas mejoras y revisiones desde entonces.

El modelo Servqual es una técnica de investigación comercial, que permite realizar la medición de la calidad del servicio, conocer las expectativas de los clientes, y cómo ellos aprecian el servicio. Este modelo permite analizar aspectos cuantitativos y cualitativos de los clientes. Permite conocer factores incontrolables e impredecibles de los clientes.

El Servqual proporciona información detallada sobre; opiniones del cliente sobre el servicio de las empresas, comentarios y sugerencias de los clientes de mejoras en ciertos factores, impresiones de los empleados con respecto a la expectativa y percepción de los clientes. También éste modelo es un instrumento de mejora y comparación con otras organizaciones.

Teniendo en cuenta lo comentado anteriormente se pueden analizar en este mismo modelo las brechas que proponen los autores del Servqual como Parasuraman, Zeithaml, y Berry; indican diferencias entre los aspectos importantes de un servicio, como los son las necesidades de los clientes, la experiencia misma del servicio y las percepciones que tienen los empleados de la empresa con respecto a los requerimientos de los clientes.

Las brechas identifican cinco distancias que causan problemas en la entrega del servicio y que influyen en la evaluación final que los clientes hacen respecto a la calidad del servicio.

A continuación se presentan las 5 brechas que proponen los autores de Servqual:

•Brecha 1: Diferencia entre las expectativas de los clientes y las percepciones de los directivos de la empresa. Si los directivos de la organización no comprenden las necesidades de los clientes, difícilmente podrán impulsar y desarrollar acciones para lograr la satisfacción de esas necesidades y expectativas.

•Brecha 2: Diferencia entre las percepciones de los directivos y las especificaciones de las normas de calidad. El factor que debe estar presente para evitar esta brecha es la traducción de las expectativas, conocida a especificaciones de las normas de la calidad del servicio.

•Brecha 3: Discrepancia entre las especificaciones de la calidad del servicio y la prestación del servicio. La calidad del servicio no será posible si las normas y procedimientos no se cumplen.

•Brecha 4: Discrepancia entre la prestación del servicio y la comunicación externa. Para el Servqual, uno de los factores claves en la formación de las expectativas, es la comunicación externa de la organización proveedora. Las promesas que la empresa hace, y la publicidad que realiza afectarán a las expectativas.

•Brecha 5: Es la brecha global. Es la diferencia entre las expectativas de los clientes frente a las percepciones de ellos.

Las 5 brechas mencionadas permitieron detectar los aspectos en los que está fallando la empresa, ya sea en la seguridad, capacidad de respuesta, Habilidad y elementos tangibles, y permitieron a la empresa tomar las medidas correctas para eliminar estas brechas y aumentar la calidad en el servicio de las empresas de publicidad.

Según la utilización de servicios de urgencias, el esquema más utilizado para analizarlo ha sido el propuesto por Andersen, que postula el uso de los servicios médicos como el resultado de tres componentes fundamentales: predisposición para utilizar los servicios (factores predisponentes), capacidad para obtenerlos (factores facilitadores) y nivel de enfermedad (factores de necesidad). (8)

Factores predisponentes: Son actores socioeconómicos, incluyen el nivel de ingresos y barreras financieras. Grupo étnico, género y cultura, que se convierten en factores determinantes tanto de las diferencias de salud (en forma injusta y evitable) como en las diferencias injustas del acceso a los servicios de salud.

Factores facilitadores: Incluyen características individuales (nivel de ingresos o tipo de seguro) y características poblacionales (disponibilidad y accesibilidad de servicios.)

- Distancia al Servicio de atención en urgencias: El porcentaje de visitas voluntarias son inversamente proporcionales a la distancia al hospital, es decir, entre más lejos residen menos asisten al servicio de urgencias.
- Día de la semana: se encuentra mayor frecuencia de uso inadecuado los lunes.
- Hora de consulta: el porcentaje de uso inadecuado de los servicios disminuye por la noche y aumenta en horario de mañana y tarde.

	Atribuibles	Facilidades	Barreras
O F E R T A	El Sistema	La Constitución	Falta de información para los cambios de afiliación
		La normatividad en salud	Desconfianza y falta de credibilidad en el sistema y en los tratamientos autorizados
		Existencia de mecanismos de participación y de defensa de los derechos en salud	Existencia de dificultades cuando las personas son de otros municipios
		Redes de apoyo al usuario (Supersalud, Personería, centro de atención a usuarios)	Falta de actualización de datos del Sisben y los puntajes asignados
	La Administradora (EPS)	Contratación con algunas IPS	Demora y muchos tramites
			Falta de orientación a los usuarios
	El prestador (IPS)	Demanda inducida	Tiempos de espera
			Limitación en los contratos con IPS
	Ubicación geográfica IPS Régimen subsidiado	Falta de asignación oportuna de citas	

		Estrategias para inducir a programas de promoción y prevención (talleres)	Promoción de los programas y servicios
			Calidad en la atención
		Consulta prioritaria	Capacidad de respuesta a la demanda (recursos humanos, insumos e infraestructura)
		Buzón de comentarios, reclamos y sugerencias	Conocimientos del sistema
		Asesorías cortas sobre el sistema a usuarios	Contacto con la entidad
		Aumento de personal medico	Limitaciones en los contratos con EPS
		Jornadas de promoción y prevención	Fragmentación de los servicios
		Entrega de fórmulas para cuatro o seis meses	Seguridad en los sitios de atención
		Estrategias para la asignación de citas ("fichas", línea telefónica, remisión)	Oferta de servicios
	Tiempos de espera		

Tabla 2. Barreras acceso en la oferta Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F,

	Atribuibles	Facilidades	Barreras
D E M A N D A	El usuario	Contar con redes de apoyo (fundaciones)	Cumplimiento de requisitos para la afiliación
		Asociaciones de usuarios	Características del usuario (descuido, despreocupación)
		Acciones de defensa del derecho a salud (tutela, peticiones y acciones de cumplimiento)	Conocimiento de deberes y derechos
		Contactos o personas que laboran en la IPS y que pueden facilitar tramites	Desconfianza y falta de credibilidad en el sistema
			Ingresos económicos

El contexto	Cercanía geográfica de la red de servicios	Seguridad para acceder a los servicios
		Reclamación de derechos
		Situación de orden público
		Medios de transporte

Tabla 3. Barreras acceso en la demanda. Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, VH-Dover, R.

Factores de necesidad: Se tienen en cuenta el estado de salud percibido y la posible limitación de la actividad por problemas de salud.

La existencia de antecedentes patológicos, el número de patologías asociadas, la discapacidad física y la percepción del estado de salud se asocian con mayor frecuencia consultando en urgencias. En ancianos son las variables de necesidad las principales determinantes de la utilización de urgencias.

Según el modelo organizacional la continuidad de la atención ha sido entendida como el cuidado continuo en salud y enfermedad, a lo largo del ciclo de vida individual y familiar, en los distintos ámbitos en donde transcurre la vida cotidiana del individuo: hogar, trabajo, comunidad, y en la red asistencial (8).

Cuando las personas perciben una alteración de su estado de bienestar (salud), la continuidad en el tratamiento debe manifestarse en el acceso oportuno a la atención requerida (ambulatoria, hospitalaria o de urgencias), con el fin de buscar prestar la mejor respuesta a las necesidades, para lo cual es indispensable el flujo de información, suficiente y oportuna, entre los diferentes responsables de la prestación de los servicios. Para el acceso oportuno se requiere que la red garantice que los servicios se presten en el lugar geográfico cercano a donde viven o trabajan las personas, y a su vez se realicen seguimiento mensual o según disponibilidad de horario en el ámbito familiar aprovechando todos los recursos de la familia como red primaria; ya que es allí donde se adquieren y recrean los estilos, hábitos de vida, y patrones de consumo brindando como plan domiciliario o demanda inducida información verídica y fácil de comprender acerca de los cuidados en salud.

Debido al aumento en la demanda, el crecimiento lento de la capacidad física y humana instalada, es que hace ya más de una década se describió el fenómeno de sobreocupación (overcrowding), se pueden establecer estrategias para reforzar como son:

CAUSA	ESTRATEGIA
-------	------------

Exceso de exámenes y elevados tiempos de respuesta	<p>- Creación de protocolos que defina claramente en qué situaciones se debe solicitar un examen de apoyo diagnóstico.</p> <p>-Controlar y monitorear de manera colaborativa con las unidades de apoyo los tiempos de respuesta de los exámenes, definiendo metas y acciones de mejora.</p>
Capacidad insuficiente de recursos	Reasignar de mejor forma los recursos actuales, adaptándolos según la distribución de la demanda
Mecanismos de control	Realizar seguimiento de los indicadores de diferentes perspectivas que permitan medir el desempeño del servicio.
Demora en la atención por aumento en la demanda	Asignar un médico que apoye el servicio en horas pico de mayor demanda de pacientes para disminuir el tiempo de espera.

Tabla 4. Revista Universidad & Empresa, Universidad del Rosario, 17: 203-222. 2008. Y modificación propia

Referente Normativo

En la resolución 5596 de 2015 se establece los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias "Triage", por otro lado el Ministerio de Salud y Protección Social, dispuso la incorporación de un sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, denominado Triage, que consiste en una valoración clínica breve que determina la prioridad en que un paciente será atendido y está basado en las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles.

La implementación de los servicios de triage serán de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud que tengan habilitados servicios de urgencias, así como de las entidades responsables de pago de servicios de salud en el contexto de la organización de la red de prestación de servicios de salud.

El "Triage", como proceso con variación continua, cambia tan rápidamente como lo puede hacer el estado clínico del paciente. Entre los objetivos del "Triage" podemos encontrar:

- Asegurar una valoración rápida y ordenada de todos los pacientes que llegan a los servicios de urgencias.
- Seleccionar y clasificar los pacientes para su atención según su prioridad clínica y los recursos disponibles en la institución.
- Disminuir el riesgo de muerte, complicaciones o discapacidad de los pacientes que acuden a los servicios de urgencia.

- Brindar una comunicación inicial con información completa que lleve al paciente y a su familia a entender en qué consiste su clasificación de Triage.

Los servicios de urgencias presentan un aumento en la demanda por parte de los usuarios, en muchas ocasiones, debido a motivos que no son pertinentes para ser atendidos en ellos. Esto conlleva a que los servicios de urgencias cada vez sean más utilizados ya que los pacientes consultan por diversos motivos en búsqueda de atención de manera rápida y eficaz en ocasiones sin tener en cuenta que pueden solicitar cita prioritaria por la EPS. Por esta razón aumenta la demanda y la oportunidad de atención se prolonga.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Identificar cuáles con las estrategias para analizar la oportunidad de atención de pacientes clasificado como triage II en el periodo comprendido desde julio de 2018 a julio de 2019, mediante la revisión de registros de base de datos de un servicio de urgencias del sur de Bogotá de mediana complejidad con el fin de establecer estrategias para el mejoramiento de los tiempos de atención en este servicio.

4.2 Objetivos Específicos

- Identificar en qué horas del día de cada semana hay mayor volumen de pacientes.
- Identificar cuáles son los diagnósticos más frecuentes en este servicio de urgencias de los pacientes clasificados como triage II
- Analizar los registros de la base de datos de historias clínicas de los pacientes clasificados triage II.
- Evaluar los resultados obtenidos con el fin de brindar estrategias que mejoren la oportunidad de atención del triage II.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 Población y/o muestra: Registros de ingreso de pacientes clasificados como triage II en el periodo comprendido desde julio de 2018 a julio de 2019, de un servicio de urgencias del sur de Bogotá de mediana complejidad.

5.2 Tipo de Investigación:

Se trató de un estudio de caso descriptivo que se llevó a cabo en el servicio de urgencias en el sur de Bogotá en una institución de mediana complejidad.

5.3 Variables:

Tabla de variables

NOMBRE DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	DIMENSIÓN	RELACIÓN	NATURALEZA Y NIVEL MEDICIÓN	NIVEL OPERATIVO
Sociodemográficas	Son todos los aspectos que caracterizan a una población desde el punto de vista demográfico que afectan la accesibilidad a los servicios de urgencia	Edad	Independiente	Cuantitativa	Razón
		Sexo	Independiente	Cualitativa	Nominal
Barreras en el servicio	Son aquellos aspectos que interfieren en un buen acceso a los servicios de urgencias.	Admisión	Independiente	Cualitativa	Nominal
		Diagnóstico	Independiente	Cualitativa	Nominal
Oportunidad de atención	Acceso oportunidad al servicio de urgencias	Tiempo de espera en ser atendido	Dependiente	Cuantitativo	Razón

Tabla 5. Tipos de variables. Elaboración propia

5.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:

Análisis de registros (historias clínicas) en base de datos de un servicio de urgencias del sur de Bogotá. Por medio del cual se analiza la oportunidad de la atención, desde la admisión, triage.

5.5 Criterios de inclusión – exclusión

Criterios de inclusión:

Registros de pacientes (historias clínicas) el cual muestra datos específicos acerca del ingreso del paciente clasificados triage II en el periodo comprendido desde julio de 2018 a julio de 2019 del convenio más importante de la institución

Criterios de exclusión:

Registros de pacientes clasificados como triage I, III, IV y V, o triage II que no hagan parte de la EPS de mayor convenio institucional.

5.6 Selección y tamaño de la muestra

MUESTRA:

La muestra utilizada es tipo censal y corresponde con el total de los datos consignados en el registro de historias clínicas, el estudio lo constituyeron 42.308 datos registrados de pacientes clasificados con triage II los cuales se captaron desde el periodo de julio de 2018 a julio de 2019.

5.7 Consideraciones éticas.

Esta investigación cabe dentro de la categoría de “investigación sin riesgo” como se describe en el artículo 11 de la resolución 8430 de 1993, porque dentro de esta no intervienen variables fisiológicas, en caso de requerirse se solicitará consentimiento informado. La información que se obtenga de este solo será usada para cumplir los objetivos descritos y los resultados obtenidos tendrán único uso académico

La participación de los actores principales y su eventual retiro de la investigación será voluntaria. La información será tratada de forma confidencial y se buscará proteger la identidad de los participantes para preservar la privacidad y la integridad de los mismos.

6. HALLAZGOS Y ANÁLISIS

Se revisaron 43.192 registros en total teniendo en cuenta los criterios de inclusión y de exclusión, en los cuales se encontraron 685 registros con oportunidad de atención entre 48 horas es decir 2 días y 40 días, que no se incluyeron en la muestra por tratarse de tiempos de espera de que no se consideran fiables para este estudio.

También se encontraron registros entre 12 y 48 horas que hacen parte de los reingresos (todo paciente que vuelve a consultar a urgencias por el mismo motivo de consulta dentro de las próximas 48 horas del egreso).

La oportunidad en los servicios de urgencias se refiere a la capacidad que tienen las entidades de satisfacer las necesidades de los usuarios en salud. Según lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, la atención de estos pacientes debe ser menor a 30 minutos. Al revisar el total de registros seleccionados, se encontró un promedio de tiempo de atención de 79 minutos, de estos solamente 8.110 pacientes fueron atendidos en un tiempo menor a 30 minutos, 7.437 pacientes fueron atendidos de 31 a 45 minutos, 6.409 pacientes fueron atendidos de 46 a 60 minutos, 4.864 pacientes fueron atendidos de 61 a 75 minutos, 3.607 fueron atendidos de 76 a 90 minutos, 2600 pacientes fueron atendidos de 91 a 105 minutos y 1899 y fueron atendidos de 106 a 120 minutos.



Figura 1:
Total
consultas por
minutos,
elaboración
propia.

Revisando
los datos
anteriores se
puede
evidenciar
que solo el
19% de las

consultas del total de registros se valoran en el tiempo establecido por el Ministerio de Salud, de 30 minutos a 1 hora se atendieron el 33% de los pacientes, de 1 a 2 horas se realizó la atención del 31% de los pacientes y el 18% de los pacientes fueron atendidos en un tiempo mayor a 2 horas. Se consideró importante en este análisis hacer la revisión de las variables descritas para de esta forma encontrar factores que sean importantes y poder encontrar estrategias para mejorar la oportunidad de atención.

Se evidenció en la muestra revisada que consultan más las mujeres (24.803) en un 57% que los hombres (18.385) con un 43%.

Se hizo la revisión del promedio de atención por días de la semana, encontrando que los lunes fue de 78.9 minutos, los martes de 79.9 minutos, los miércoles de 78.8 minutos, los jueves de 78.7 minutos, los viernes de 78 minutos, los sábados de 78.8 minutos y los domingos de 78.1 minutos. Si lo revisamos por número de consultas encontramos que los lunes son los días con mayor volumen de pacientes seguido del miércoles y martes, sin embargo, hay una diferencia de 1000 registros entre estos últimos con el lunes tal como puede evidenciarse en la figura 2, el 17% de las consultas se atienden los lunes y los domingos solo tienen el 11% de las consultas. Este fenómeno puede verse reflejado por el deseo de los usuarios de tener una ganancia secundaria al consultar después de finalizar el fin de semana que generalmente es para la población un periodo de descanso.

Figura 1. Total consultas por minutos. Elaboración propia

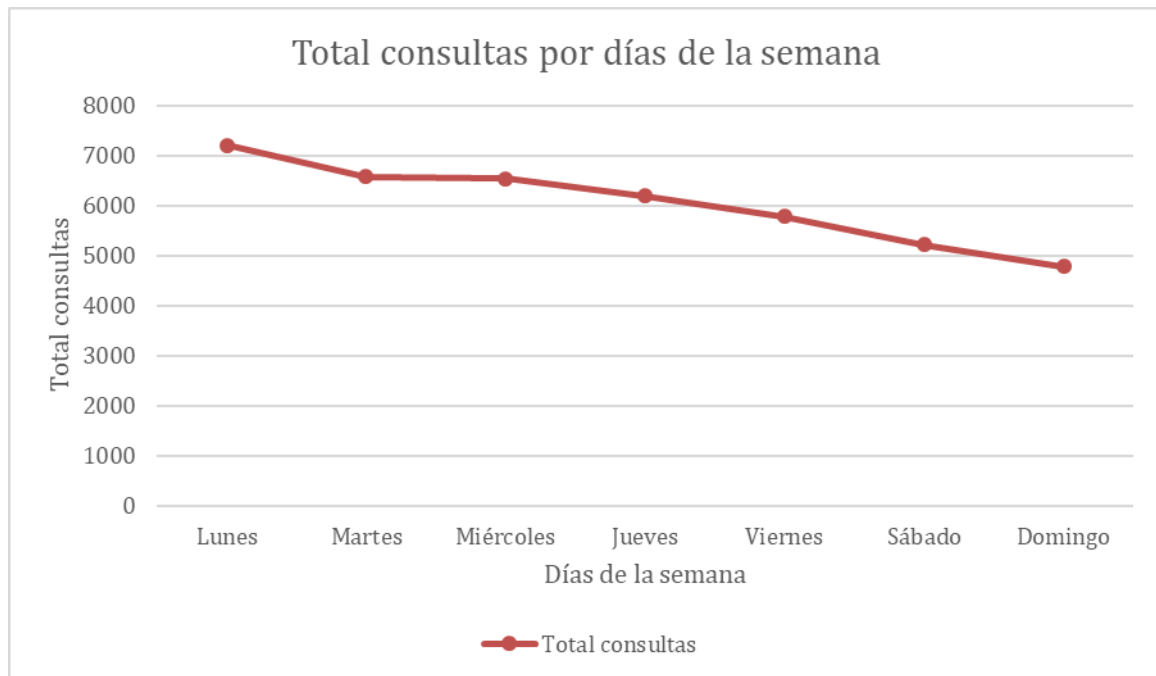


Figura 2: Total consultas por días de la semana, elaboración propia.

Al continuar con la revisión de las variables en el rango de edad se encontraron mayor número de atenciones que fueron en su orden: entre los 25 y los 29 años, entre los 20 y los 24 años, entre los 30 y los 34 años, entre los 1 y 4 los años, entre los 35 y los 39 años, evidenciándose un pico importante en las consultas por las mujeres tal como se muestra en la figura 3.

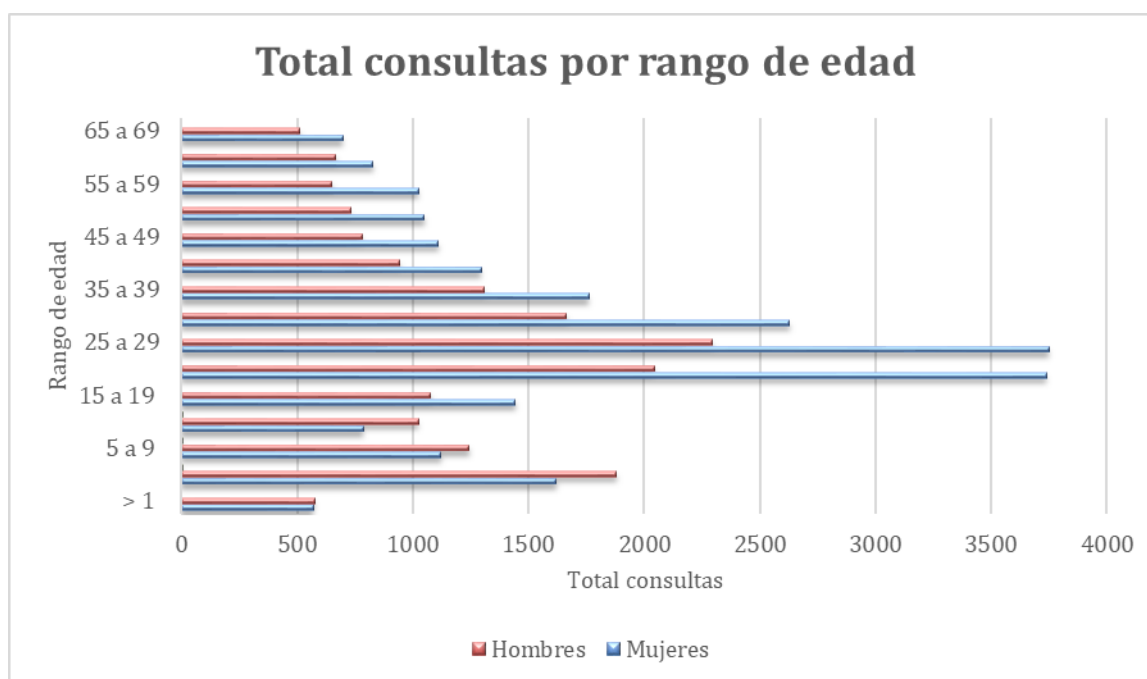


Figura 3: Total de consulta por rango de edad, elaboración propia.

6.1 Diagnósticos más frecuentes:

Se analizaron los registros encontrando que los seis diagnósticos más frecuentes fueron en su orden de mayor a menor: otros dolores abdominales y los no especificados, dolor en el pecho, no especificado, diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, dolor pélvico y perineal, cefalea, síndrome de la articulación condrocostal [tietze], hay evidencia de mayor consulta por mujeres sin embargo hay varios registros en blanco (en el momento de la admisión no se registró el sexo) que limitan el estudio.

Teniendo en cuenta que el rango de edad con mayor número de consultas fue de 25 a 29 años y que hay un mayor número de consultas por mujeres los diagnósticos de dolor abdominal y dolor pélvico pueden verse relacionados a consultas por patologías propias de las mujeres en edad reproductiva incluyendo patologías relacionadas con el embarazo.

Total de diagnósticos				
Diagnóstico	En Blanco	Femenino	Masculino	Total
Otros dolores abdominales y los no especificados	502	1531	1189	3222
Dolor en el pecho, no especificado	528	1493	1126	3147
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	229	883	615	1727
Dolor pélvico y perineal	254	744	536	1534
Cefalea	258	573	473	1304
Síndrome de la articulación condrocostal [tietze]	226	468	345	1039
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	175	448	320	943
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	146	489	302	937

Cólico renal, no especificado	103	352	266	721
Contusión del tobillo	148	327	241	716
Dolor abdominal localizado en parte superior	130	346	230	706
Dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen	96	337	239	672
Contusión de la rodilla	125	281	236	642
Lumbago no especificado	124	269	222	615
Infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores	92	294	223	609

Tabla 6. Total diagnósticos, elaboración propia

Teniendo en cuenta lo anterior descrito se puede inferir que la relación que existe entre el sexo, la edad y los diagnósticos que son más frecuentes las consultas por dolor abdominal y dolor pélvico en las mujeres en edad reproductiva que puede estar asociado al embarazo, también los diagnósticos relacionados con el dolor abdominal. Sin embargo al revisar los registros se encontraron que entre los diagnósticos más frecuentes están rinofaringitis aguda (resfriado común), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, también amigdalitis aguda, ninguno de estos hace parte de los diagnósticos de los pacientes triage II y esto puede verse reflejado por la clasificación errónea, ya que estas patologías pueden ser vista como prioridad III quitando de este modo la atención oportuna a un diagnóstico que requiere mayor prioridad para la valoración médica y alterando los indicadores que se presentan por la institución.

6.4 Consultas por horas del día:

En cuanto a las horas del día se encontró que las seis horas del día con mayor ingreso de pacientes fueron en su orden: 10 am a 11 am, 11 am a 12 pm, 12 pm a 1 pm, 9 am a 10 am, 8 am a 9 pm, 3 pm a 4 pm, como se especifica en la tabla 2. Si lo hablamos en porcentajes el 33% de los pacientes llegan entre las 8 am y las 12 m y entre la 1pm y las 5pm se atiende el 28% de los pacientes, encontramos una diferencia del 5% del total de pacientes que se atienden en la mañana respecto a los atendidos en la tarde.

Total consultas por horas del día			
Hora AM	Total consultas	Hora PM	Total consultas
01 a. m.	426	01 p. m.	2357
02 a. m.	313	02 p. m.	2550
03 a. m.	293	03 p. m.	2582
04 a. m.	360	04 p. m.	2533
05 a. m.	688	05 p. m.	2205
06 a. m.	1161	06 p. m.	2259
07 a. m.	2084	07 p. m.	1897
08 a. m.	2711	08 p. m.	1825
09 a. m.	2791	09 p. m.	1709
10 a. m.	2994	10 p. m.	1315
11 a. m.	2993	11 p. m.	883
12 a. m.	550	12 p. m.	2829

Tabla 7. Total de consultas por horas del día. Elaboración propia

7. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Se revisaron todos los registros y se consideró importante no solo hacer la revisión de la oportunidad sino también se tuvieron en cuenta variables como el sexo, la edad, horas del día, días de la semana, así como los diagnósticos más frecuentes ya que estos factores influyen en la oportunidad de atención

Se sugiere que los tres primeros días de la semana, principalmente en el horario de la mañana se incluya en la programación un médico más para la atención de pacientes clasificados como triage II, adicional a esto se considera importante que se puedan tener médicos que realicen atención de valoraciones iniciales de corrido sin incluir en estas controles, procedimientos, evolución de pacientes en observación; es decir poder destinar dos médicos que estén única y exclusivamente dedicados a la consulta de primer vez de los pacientes y que haya otro médico asignado a valorar los controles o procedimientos que se deriven de estas atenciones; lo ideal sería que los tres primeros días de la semana fueran tres médicos programados para esta tarea y el resto de días dos.

Se encontraron diagnósticos en su orden como diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, rinofaringitis aguda (resfriado común) y amigdalitis aguda, no especificada con un número importante de registros que no hacen parte de los diagnósticos de triage II que pueden tener un tiempo de espera más prolongado para su atención y que al atenderlos como prioridad II generan demoras en la atención de los pacientes que están clasificados de acuerdo a la guía de triage institucional lo que genera problemas para los usuarios y en ocasiones desenlaces fatales. Estos diagnósticos son más frecuentes los días lunes, martes y miércoles (inicio de semana) este fenómeno puede verse reflejado por el deseo de los usuarios de tener una ganancia secundaria al consultar después de finalizar el fin de semana que generalmente es para la población un periodo de descanso. Con base a lo anterior se sugiere hacer una intervención en el personal que realiza la clasificación de triage, se debe fortalecer el proceso de inducción al talento humano nuevo, pero en este momento se debe hacer de forma inmediata reinducción al personal actual socializando nuevamente la guía de triage institucional. Es importante destinar un líder de área por turno que evalúe las clasificaciones de todo el personal por periodos de tiempo y que esté presente para poder resolver dudas en la clasificación de forma inmediata

Se sugiere hacer una separación del personal para que unos puedan hacer atención de población general y otro la atención de sujetos de condición especial.

8. CONCLUSIONES

Con base a los datos analizados se identificó que solo el 19% de los pacientes fueron atendidos de forma oportuna y los demás pacientes no son atendidos en el tiempo estipulado por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia para la clasificación de triage II.

Aunque el promedio de atención no varía considerablemente en los días de la semana se

identificó que los días con mayor volumen de consultas son los lunes, miércoles y martes, las horas del día en las que hay mayor volumen de usuarios se encuentran desde las 10 am hasta las 12m y luego hay otro pico a las 3 pm, sin embargo, se encuentra una diferencia de un 5% entre las atenciones de la mañana respecto a las de la tarde.

Al revisar los diagnósticos más frecuentes se encontró que varios de estos no hacen parte de las patologías que están incluidas dentro de la clasificación de triage II por lo que se concluye que no hay una adecuada clasificación al realizar el triage por parte del personal de enfermería.

Hay congestión en los servicios de urgencias por varias razones entre las cuales se encuentran: primero además de brindar la atención de los casos graves se encuentra que se deben atender pacientes con diagnósticos que pueden ser vistos por consulta externa y segundo tomando en cuenta lo comentado anteriormente se evidencia un aumento importante en la demanda de los servicios de urgencias, donde sin importar el diagnóstico debe hacer la atención de todos los pacientes que se presenten.

Se encontró que el mes con mayor flujo de pacientes fue agosto seguido de septiembre, si bien el pico respiratorio es usualmente en abril y mayo en el año 2018 para el mes de agosto hubo una persistencia del pico que puede verse relacionado con el número de consultas que se encontraron en este mes y que está ligado al número de consultas por rango de edad ya que el cuarto rango de edad más frecuente fue la población de 1 a 4 años.

Si bien es importante que las EPS realice sesiones educativas a los pacientes sobre el buen uso de los servicios de urgencias, así como tener programas de promoción y mantenimiento de la salud, también es muy importante que como instituciones de salud podamos conocer cuáles son las falencias al interior y poder brindar un servicio de calidad con todo lo que esto implica; en el caso específico de nuestro análisis de caso que este sea brindado con oportunidad y de esta forma evitar indicios de atención insegura o eventos adversos que se generen de una atención no oportuna.

9. GLOSARIO

1. 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.

2. 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.

3. Disponibilidad: Que tiene el recurso en el momento en que se requiere pero que no necesariamente hace parte integral del área, ambiente, o del servicio, pudiendo estar ubicado en áreas o ambientes distintos y en el caso de instalaciones o redes suplirse con dispositivos

elementos o equipos independientes.

4. Triage: Sistema de Selección y Clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles que consiste en una valoración clínica breve que determina la prioridad en que un paciente será atendido.

5. Urgencia Médica: Se refiere a todo evento extraordinario que generará o con potencialidad de generar un aumento de la morbi-mortalidad de la población o afectación inusitada de la salud pública y que para su atención requiere una estructura funcional y recursos dispuestos para una atención oportuna e integral del sector salud con un enfoque de protección del derecho a la salud.

6. Emergencias médicas: son amenazas súbitas a la salud pública o al bienestar del medio ambiente, que ocurren debido a causas naturales o a intervenciones del hombre, generalmente causando un impacto que puede ser atendido con recursos locales.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Address communications and requests for reprints to Lu Ann Aday, Ph.D., Center for Health Administration Studies, University of Chicago, 5720 Woodlawn Avenue, Chicago, IL 60637.
2. Amaya, Álvaro; Daza, Miguel; Díaz, Andrea; Sandoval, Andrea Modelo de adherencia al procedimiento de regulación de la urgencia médica en el Centro Regulador de Urgencias - CRUE de Bogotá, D.C. Colombia Cuadernos Latinoamericanos de Administración, vol. VII, núm. 12, enero-junio, 2011, pp. 21-29
Análisis del servicio de Urgencias aplicando teoría de líneas de espera, 2017
3. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Millbank Memorial Fund Q* 1973;51:95-124.
4. Ardila, S., Velazco, N., Jiménez, A., & Amaya, C. (Diciembre de 2008). Revisión de Procesos para la Asignación de Camas a Pacientes Provenientes de Urgencias de un Hospital Privado de Bogotá. Bogotá, Colombia.
5. Atención prehospitalaria de urgencias en el Distrito Federal: las oportunidades del sistema de salud Salud Pública de México, vol. 47, núm. 1, enero-febrero, 2005, pp. 64-71
6. Carreño, A. (2009), “Medición de la calidad, la eficiencia y la productividad en hospitales públicos de tercer nivel de atención en Bogotá, 2008”. En *Revista Universidad & Empresa*, Universidad del Rosario, 17: 203-222.
7. Dimensiones del Modelo SERVQUAL propuesto por Zeithaml, Berry y Parasuraman
8. Eduardo Tobar A., Andrea Retamal R., Nicolás Garrido C. *Rev Hosp Clín Univ Chile* 2014; 25: 189 – 200
9. F. Venegas, C.A. Amaya PhD. & N.Velasco PhD, Los cuadernos de PYLO -Logística Hospitalaria, Diciembre 2007
10. <http://www.saludcapital.gov.co/Politic%20en%20Formulacin/POLITICA%20DE%20PROVISION%20DE%20SERVICIOS%20DE%20LA%20SALUD%20PARA%20BOGOTA.pdf>

11. L. Aparicio, A. López «Prestación de servicios de salud-red de urgencias y seguimiento al paciente en el modelo de salud colombiano», Ingenium, vol. 17. n.º 34, pp. 19-30, mayo de 2016.
12. Martha Adielia Lopera Betancur, Dificultades para la atención en los servicios de urgencias: la espera inhumana, Marzo de 2010.
13. Martha Adielia Lopera Betancur¹, María Lucelly García Henao², Martha Cecilia Madrigal Ramírez³, Constanza Forero Pulido, Dificultades para la atención en los servicios de urgencias: la espera inhumana, Investigación y Educación en Enfermería • Medellín, Vol. 28 No.1 • Marzo 2010.
14. Minsalud.gov.co(<https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ATRIBUTOS-DE-LA-CALIDAD-EN-LA-ATENCI%C3%93N-EN-SALUD.aspx>)
15. Navarro R, López - Andujar L, Brau J, Carrasco M, Pastor P y Masiá V. Estudio del tiempo de demora asistencial en urgencias hospitalarias. Estudio multicéntrico en los servicios de urgencias hospitalarias de la Comunidad Valenciana. Emergencias 2005; 17:209-214.
16. 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; 13(27): 242-265. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.assa>
17. Sánchez L, Bueno A. Factores asociados al uso inadecuado a los servicios de urgencias hospitalarios. Revisión. Emergencias 2005; 17:139-42.
18. Sharoda A. Paul Madhu C. Reddy. A Systematic Review of Simulation Studies Investigating Emergency Department Overcrowding. Septiembre de 2010.
19. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Contaduría y Administración.
20. Vargas J, Julián; Molina M, Gloria Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 27, núm. 2, mayo-agosto, 2009, pp. 121-130 Universidad de Antioquia.
21. Vargas J, Julián; Molina M, Gloria Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 27, núm. 2, mayo-agosto, 2009, pp. 121-130 Universidad de Antioquia .png, Colombia
22. Velásquez-Restrepo, Paula Andrea; Rodríguez-Quintero, Alma Karina; Jaén-Posada, Juan Sebastián Metodologías cuantitativas para la optimización del servicio de urgencias: una revisión de la literatura Revista Gerencia y Políticas de Salud, vol. 10, núm. 21, julio-diciembre, 2011, pp. 196-218
23. Wilcox, L. D. et al. Social Indicators and Societal Monitoring: An Annotated Bibliography. San Francisco: Jossey-Bass, 1972.