



OPORTUNIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN  
URGENCIAS 24 HORAS DE UNA IPS DE NIVEL I EN SANTIAGO DE CALI  
2012-2013

CARMEN ELISA ANDRADE PÉREZ  
LUZ ADRIANA GÓMEZ FORERO

UNIVERSIDAD DEL VALLE  
FACULTAD DE SALUD  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA  
SANTIAGO DE CALI  
2014

OPORTUNIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN  
URGENCIAS 24 HORAS DE UNA IPS DE NIVEL I EN SANTIAGO DE CALI  
2012-2013

CARMEN ELISA ANDRADE PÉREZ  
LUZ ADRIANA GÓMEZ FORERO

Trabajo de Investigación en:  
Maestría en Administración de la Salud

Asesor: Dr. Luis Alberto Tafur

UNIVERSIDAD DEL VALLE  
FACULTAD DE SALUD  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA  
SANTIAGO DE CALI  
2014

Nota de Aceptación

---

---

---

---

Presidente del Jurado

---

Jurado

---

Jurado

Santiago de Cali Valle, Julio de 2014

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos a Dios por sus bendiciones y por permitir que esta ilusión se hiciera realidad siendo un sueño anhelado.

Eterno agradecimiento a los profesores, a la universidad y a nuestros tutores de la tesis, quienes con su paciencia y enseñanza nos abrieron sus puertas como estudiantes, madres y trabajadoras en quienes el tiempo y la disponibilidad para la familia es cada vez más reducido, facilitando la formación y preparación como profesionales y seres humanos para un futuro competitivo y lleno de expectativas en el sector de la salud.

Gratitud con muchas personas que están aquí, en la distancia o en lo profundo de nuestros recuerdos, porque han formado parte de nuestra vida profesional y personal con su incondicional amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles y en la realización de esta investigación.

Y cómo no agradecer a nuestras incomparables familias, esposos e hijos quienes fueron los más afectados por la disponibilidad de tiempo en los duros días de estudio, gracias por la comprensión y entendimiento a nuestros esfuerzos.

## DEDICATORIA

*A Dios en quien tenemos toda la fortaleza para luchar por nuestros sueños; a nuestras familias, esposos e hijos, porque pacientemente cedieron algo del tiempo que les pertenece en pro de nuestra profesionalización.*

## CONTENIDO

Pág.

|                                                                     |    |
|---------------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUCCIÓN .....                                                  | 1  |
| 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....                                  | 3  |
| 1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....                                  | 3  |
| 1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....                                  | 12 |
| 1.3 SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA .....                              | 12 |
| 2. JUSTIFICACIÓN.....                                               | 14 |
| 3. OBJETIVOS.....                                                   | 18 |
| 3.1 OBJETIVO GENERAL .....                                          | 18 |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....                                      | 18 |
| 4. MARCO REFERENCIAL .....                                          | 19 |
| 4.1 MARCO TEÓRICO .....                                             | 19 |
| 4.1.1 Sistema Nacional de Salud .....                               | 19 |
| 4.1.2 La Atención en el Servicio de la Salud.....                   | 26 |
| 4.1.3 La Urgencia.....                                              | 29 |
| 4.1.4 El Triage.....                                                | 32 |
| 4.1.5 Tiempo de Oportunidad en la Atención.....                     | 34 |
| 4.1.6 Modelo de Atención en Salud .....                             | 35 |
| 4.1.6 Factores Asociados a la No Oportunidad en la Atención .....   | 43 |
| 4.1.7 La Percepción .....                                           | 44 |
| 4.1.8 La Satisfacción del Cliente.....                              | 46 |
| 4.2 MARCO LEGAL .....                                               | 49 |
| 4.3 ESTADO DEL ARTE .....                                           | 51 |
| 5. DISEÑO METODOLÓGICO .....                                        | 56 |
| 5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN .....                                     | 56 |
| 5.2 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....             | 56 |
| 5.2.1 Registro del Tiempo de Uso para la Atención en Urgencias..... | 57 |

|                                                                                                                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 5.2.2. Cuestionario de satisfacción 1: Evaluación de los niveles de satisfacción de los usuarios y/ familiares.....                                               | 57 |
| 5.2.3 Cuestionario 2: Recolección datos de modelos de atención de tres IPS que realicen la misma actividad sin importar el nivel de complejidad de la atención. . | 58 |
| 5.2.4 Análisis de la información .....                                                                                                                            | 59 |
| 5.3 LA MUESTRA.....                                                                                                                                               | 60 |
| 5.3.1 Criterios de Inclusión .....                                                                                                                                | 62 |
| 5.3.2 Criterios de Exclusión .....                                                                                                                                | 63 |
| 5.3.3 Aspectos Éticos de la Investigación .....                                                                                                                   | 63 |
| 5.4 VARIABLES DEL ESTUDIO .....                                                                                                                                   | 65 |
| 5.4.1 Variable Dependiente .....                                                                                                                                  | 66 |
| 5.4.2 Variable Independiente .....                                                                                                                                | 66 |
| 5.4.3 Matriz de Operacionalización de Variables .....                                                                                                             | 67 |
| 5.5 DESARROLLO TEMÁTICO.....                                                                                                                                      | 68 |
| 5.5.1 Estimación de los tiempos de atención a los usuarios.....                                                                                                   | 68 |
| 5.5.2 Evaluación de los niveles de satisfacción de los usuarios y/o familiares .....                                                                              | 68 |
| 6. RESULTADOS .....                                                                                                                                               | 70 |
| 6.1 INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA .....                                                                                                                            | 70 |
| 6.2 TIEMPO PARA EL TRIAGE.....                                                                                                                                    | 72 |
| 6.2.2. Tiempo de Espera para la Atención del Triage 2 .....                                                                                                       | 73 |
| 6.3.1 Tiempo para la Realización de la Consulta del Triage 1 .....                                                                                                | 74 |
| 6.3.2 Tiempo de Espera para Consulta del Triage 2.....                                                                                                            | 75 |
| 6.4 TIEMPO TOTAL DE ATENCIÓN DEL TRIAGE 1 Y 2 .....                                                                                                               | 76 |
| 6.4.1 Valoración de la Oportunidad.....                                                                                                                           | 78 |
| 6.5 NIVELES DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS Y/O FAMILIARES .....                                                                                                  | 79 |
| 6.5.1 Variables Sociodemográficas.....                                                                                                                            | 79 |
| 6.5.2 Percepción del Proceso del Triage .....                                                                                                                     | 80 |
| 6.5.3 Percepción del Servicio: Atención-Información.....                                                                                                          | 81 |
| 6.5.4 Percepción de la Calidad en la Atención .....                                                                                                               | 82 |
| 6.5.4.1 Calificación del Servicio .....                                                                                                                           | 82 |

|                                                                                                      |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 6.5.4.2 Percepción del Tiempo de Espera .....                                                        | 83  |
| 6.5.4.3 Percepción del Trato Recibido .....                                                          | 84  |
| 6.5.4.4 Percepción Total de la Satisfacción .....                                                    | 84  |
| 6.5.4.5 Percepción de la Oportunidad.....                                                            | 85  |
| 6.6 ANÁLISIS DE ATENCIÓN, TIEMPOS Y SATISFACCIÓN EN<br>COMPARACIÓN A OTROS MODELOS DE ATENCIÓN ..... | 86  |
| 6.7 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN .....                                                                       | 92  |
| 7. CONCLUSIONES.....                                                                                 | 97  |
| 8. RECOMENDACIONES.....                                                                              | 99  |
| 9. BIBLIOGRAFÍA.....                                                                                 | 101 |
| ANEXOS.....                                                                                          | 105 |
| ANEXO A. CUESTIONARIO PARA USUARIOS Y/O FAMILIARES .....                                             | 106 |
| UNIVERSIDAD DEL VALLE .....                                                                          | 106 |
| CUESTIONARIO PARA USUARIOS Y/O FAMILIARES DE USUARIOS .....                                          | 107 |
| ANEXO B. CUESTIONARIO SOBRE MODELOS DE ATENCIÓN .....                                                | 109 |
| ANEXO C. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....                                                               | 111 |
| UNIVERSIDAD DEL VALLE .....                                                                          | 111 |
| ANEXO D. ACTA DE APROBACIÓN .....                                                                    | 113 |

## LISTA DE FIGURAS

|                                                                 | Pág. |
|-----------------------------------------------------------------|------|
| Figura 1. Tiempos de atención Triage urgencias 2012             | 10   |
| Figura 2. Tiempos de atención Triage urgencias 2013             | 11   |
| Figura 3. Insatisfacción del Usuario                            | 16   |
| Figura 4. Aumento de Consultas 2012 Vs 2013                     | 17   |
| Figura 5. Diagrama del Modelo de Atención Los Cámbulos          | 41   |
| Figura 6. Factores asociados a la inoportunidad en la atención  | 43   |
| Figura 7. Tiempo de atención para la clasificación Triage 1 y 2 | 74   |
| Figura 8. Tiempo de espera para la atención en consulta         | 76   |
| Figura 9. Tiempo de atención del Triage y de consulta           | 78   |
| Figura 10. Valoración de la oportunidad en la atención          | 79   |

## LISTA DE CUADROS

|                                                                                                     | Pág. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Cuadro 1. Planta de personal del CAB entre 2011 y 2012                                              | 6    |
| Cuadro 2. Consulta año 2012 Vs. 2013                                                                | 9    |
| Cuadro 3. Escala de prioridades del Triage                                                          | 34   |
| Cuadro 4. Actividades para la mejora de la calidad                                                  | 39   |
| Cuadro 5. Matriz de operacionalización de variables                                                 | 67   |
| Cuadro 6. Cruce de variables                                                                        | 80   |
| Cuadro 7. Análisis de atención, tiempos y satisfacción en comparación con otros modelos de atención | 89   |

## LISTA DE TABLAS

|                                                                                                                         | Pág. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra                                                                | 71   |
| Tabla 2. Estadísticas tiempo de atención utilizado para la atención triage 1 en usuarios de urgencias, CAB Los Cámbulos | 72   |
| Tabla 3. Estadísticas tiempo de atención utilizado para la atención triage 2 en usuarios de urgencias, CAB Los Cámbulos | 73   |
| Tabla 4. Estadísticas tiempo de espera para la consulta de los pacientes clasificados como triage 1, CAB Los Cámbulos   | 75   |
| Tabla 5. Estadísticas tiempo de espera para la consulta de los pacientes clasificados como triage 2, CAB Los Cámbulos   | 75   |
| Tabla 6. Tiempo total triage 1                                                                                          | 76   |
| Tabla 7. Tiempo total triage 2                                                                                          | 77   |
| Tabla 8. Oportunidad en la prestación del servicio                                                                      | 78   |
| Tabla 9. Percepción del proceso Triage                                                                                  | 81   |
| Tabla 10. Percepción del servicio atención-información                                                                  | 82   |

|                                                                                                                                     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabla 11. Calidad en la atención: calificación del servicio, instalaciones y comodidad, dotación, insumos y elementos de protección | 82 |
| Tabla 12. Tiempo de espera para ser atendido y tiempo en el fue atendido                                                            | 83 |
| Tabla 13. Trato del personal asistencial                                                                                            | 84 |
| Tabla 14. Percepción total de la satisfacción                                                                                       | 85 |
| Tabla 15. Percepción total de la oportunidad                                                                                        | 85 |

## RESUMEN

La oportunidad en la atención en los servicios de salud refleja la capacidad de una organización para desarrollar y mantener ventajas que le permitan sostener una posición en el sector. Dicha oportunidad se mide en el presente estudio con base en la satisfacción de los usuarios, quienes son los que finalmente determinan, mediante su evaluación, si dicho servicio cumplió con sus expectativas y sobre todo, con el deber constitucional de preservar la vida y generar bienestar a toda una comunidad.

En el centro de atención básica Los Cámbulos, Institución Prestadora de Salud de nivel uno en urgencias 24 horas en la ciudad de Santiago de Cali, la gran demanda de los servicios de salud generada a partir del año 2012, dado el cierre de otras IPS del sector, desencadenó una serie de quejas y reclamaciones por parte de los usuarios que fueron identificadas por la Corporación Comfenalco Universidad Libre, administradora de la misma. Frente a ello la presente investigación desde un enfoque cuantitativo y con el objetivo de evaluar entre un grupo de 340 usuarios la oportunidad en los tiempos de atención con base en la clasificación Triage 1 y 2, logra identificar que el 89,47% de la población califica el tiempo de oportunidad como inadecuado con un nivel de satisfacción por el servicio recibido del 76%. Dentro del porcentaje de los niveles de satisfacción, se encontró que la percepción del tiempo de espera total del servicio tiene una calificación regular de 3,6. Los tiempos de espera se encuentran en un promedio para el Triage 1 y 2 de 21,41 y 54,04 minutos respectivamente.

Estos porcentajes resultan muy significativos con base en la problemática detectada durante todo el año 2013 por estudios del sistema SIO de la Corporación acerca de la sobredemanda de usuarios y su frecuente inconformidad; además se logra identificar que los tiempos de atención no cumplen con la normatividad del sistema de salud como tampoco por las

aseguradoras que contratan el servicio. Adicional a ello, se realiza un analisis comparativo de cuatro modelos de atencion en urgencias en tres diferentes IPS de la ciudad, encontrando que todas utilizan el mismo modelo basado en el proceso Triage y que ninguna cumple con los parámetros exigidos por la ley colombiana, con las expectativas de los usuarios ni con la contratación demandada por parte de las aseguradoras para la atención del servicio.

Se determina igualmente con el presente estudio, que el modelo de atención utilizado por la IPS Los Cámbulos requiere una reestructuración que impacte los tiempos de atención para lograr la satisfacción general de los usuarios que utilizan el servicio; para ello se propone el diseño e implementación de un modelo que combine los utilizados en la Fundación Cardiovascular de Colombia y el Hospital Pasteur de Brasil, los cuales basados en los avances tecnológicos y el talento humano, facilitan estandarizar las actividades y optimizar los recursos disponibles, minimizar las barreras de acceso y mejorar continuamente el proceso de atención, pues al tener en cuenta las necesidades tanto del usuario como de sus familias ofrece una información clara y oportuna de los procesos y una constante educación sobre los diferentes procedimientos.

Igualmente debe el modelo tener en cuenta que el usuario es parte activa del servicio, al identificar éste cuánto debe esperar y en qué nivel se encuentra su atención; así mismo que facilite en el personal de atención en los servicios de salud, el desarrollo de la sensibilidad por aquellos pacientes que ameritan una atención inmediata.

Por tanto un buen modelo de atención en los servicios de salud, debe ser una herramienta que ofrezca bienestar para todos los usuarios y un mecanismo de educación efectiva y dinámica para los mismos acerca del significado del servicio, las urgencias, sus diferentes niveles y los tiempos de atención que ellas demandan, para generar una interacción adecuada entre entidad y paciente.

## **ABSTRACT**

The opportunity in health care reflects the ability of an organization to develop and maintain benefits that enable you to hold a position in the sector. This opportunity was measured in this study based on the satisfaction of the users, who are that finally assess if such service met expectations and above all, with the constitutional duty of preserving life and generate welfare to an entire community.

At the basic care centre Cámbulos, provider institution of health of level one emergency department 24 hours in the city of Santiago de Cali, the great demand for health services generated from the year 2012, given the closure of other IPS in the sector, has triggered complaints and claims by users who have been identified by the Corporation Comfenalco free University Administrator of the same; therefore this research, a quantitative approach and aiming to evaluate among a group of 340 users the opportunity at the time of care based sorting Triage1 and 2, manages to identify that the 89,47 of the population qualifies as inappropriate time of opportunity with a level of satisfaction by the service received 76. Within the percentage of satisfaction levels, found that the perception of total timeout of the service has a regular rating of 3.6. Wait times are an average for the Triage 1 and 2 of 21.41 and 54.04 minutes respectively.

These percentages are very significant based on the problems detected during the year 2013 by studies of SIO system of the Corporation about the steering of users and their frequent dissatisfaction; In addition to identified attention times do not comply with the regulations of the health system as neither by insurers that hire service. In addition to this, is a comparative analysis of four models of care in the Emergency Department in three different IPS from the city, finding that all use the same model based on the Triage process and neither complies with the parameters required by the Colombian law, the expectations of users and for hiring sued by insurers for the care of the service.

Is also determined with this study, that the model used by the Cámbulos the IPS requires a restructuring that impacts the time of attention to achieve the overall satisfaction of users who use the service; This proposes the design and implementation of a model that combines used in Cardiovascular Colombia Foundation and the Hospital Pasteur of Brazil, which based on the technological advances and the human talent, make it easy to standardize activities and optimize available resources, minimize barriers to access and continuously improve the process of care, to take into account the needs of both the user and their families offering a clear and timely information of processes and constant education about different procedures.

Also the model should know that the user is part of the service, to identify this must wait for how long and at what level is your attention; Likewise to furnish in the staff of care in health services, the development of sensitivity for those patients that they deserve immediate attention.

Therefore a good model of care in health services must be a tool that provides welfare for all users and a mechanism of dynamic and effective education for them about the meaning of service, emergencies, different levels and times of care that they require, to generate an appropriate entity-patient interaction.

## INTRODUCCIÓN

Los cambios globales en todos los sectores de la producción y los servicios, demandan hoy en día de las organizaciones y sus sistemas estratégicos y gerenciales herramientas que les permitan cumplir tales exigencias en pro de alcanzar la excelencia y con ello su posicionamiento en unos entornos cada vez más competitivos. En el sector de la salud donde la prioridad se relaciona con el oportuno servicio que se preste a los pacientes con el ánimo de preservar sus vidas o en el más difícil de los casos minimizar los riesgos y secuelas, resulta de gran importancia el tiempo con que se atienden los casos de mayor gravedad, es decir, las urgencias que por sus diversas condiciones y características requieren de una atención primero que todo oportuna, pero con calidez, eficiencia y eficacia.

No resulta desconocido que los cambios en el sistema de salud en Colombia han generado toda serie de críticas, inconformidades y quejas frecuentes por los múltiples procesos y trámites que conlleva obtener una atención digna. Algunos de estos cambios han producido en el sur de la ciudad de Santiago de Cali, el cierre de algunas Instituciones Prestadoras de Salud (IPS Tequendama y Policlínica), que consecuentemente llevaron a otras, de acuerdo a su modalidad de contratación con las aseguradoras, a que debieran recibir y atender la población que quedó desatendida. El Centro de Atención Básica -CAB- Los Cámbulos, cuya modalidad es urgencias 24 horas de Nivel Uno con proceso Triage 1, 2, 3 y 4, debió asumir una mayor demanda de los servicios de salud por parte de los usuarios que quedaron sin atención en esta zona de la ciudad.

El aumento de la demanda en un lapso de cuatro meses aproximadamente para finales del año 2012 y principios de 2013, el desconocimiento de los usuarios del significado e importancia de la clasificación de las urgencias y el Triage, así como el insuficiente número de personal de enfermería, la infraestructura, la dotación de equipos

biomédicos entre otros, para atender el servicio, desencadenó una serie de quejas y reclamos dirigidos a la Administración del CAB y a la Corporación Comfenalco Universidad Libre sobre la atención en esta IPS, relacionados esencialmente con los tiempos de oportunidad del servicio. Esta situación motivó la presente investigación cuyo objetivo general, mediante una metodología cuantitativa, ha sido evaluar por parte de los usuarios del área de urgencias 24 horas, la oportunidad en la prestación del servicio de salud, de acuerdo con el proceso de clasificación Triage 1 y 2.

Con base en los resultados, alcance y aplicación de este estudio para el área de la salud, se puede identificar que su importancia obedece al conocimiento que de las necesidades de los usuarios, se obtiene por medio de instrumentos de recolección de información real y directa de los afectados, buscando de esta manera que las acciones mejoradoras redunden en beneficios generales para la comunidad y fortalecimiento del sector de la salud.

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA**

La entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993 crea el Sistema de Seguridad Social integral en Colombia con planes y programas de atención y cobertura en salud para la población y con ésta cambios en el sistema, como las fusiones y separaciones en diferentes clínicas y hospitales de la red hospitalaria del país, como la escisión o división del Instituto de Seguros Sociales -ISS- a través del Decreto 1750 de 2003.

De esta manera, se crea la Empresa Social del Estado -E.S.E.- Antonio Nariño en Santiago de Cali como una categoría especial de entidad pública descentralizada adscrita al Ministerio de la Protección Social, para la prestación esencial de los servicios de salud a cargo del Estado como parte del servicio público social, en los términos del artículo 194 de dicha Ley 100.

Merece la pena mencionar y parafraseando a Rendón, Martínez, Cárdenas y Acevedo<sup>1</sup>, que estas E.S.E. de carácter regional desde su nacimiento, presentaron grandes deficiencias administrativas y una baja capacidad competitiva, al recibir organizaciones con una alta carga de costos laborales, con diferente nivel de capacidades organizacionales y de prestación de servicio (obsolescencia tecnológica y baja productividad), lo que en la década pasada, generó la toma de medidas para reducir los costos fijos, reestructuración de cargos, muchos de éstos pasando de costos fijos a costos variables, mediante cooperativas de trabajo asociado o por prestación de servicios directos, lo que no permite necesariamente una mejor productividad y sobre todo calidad en la prestación de los servicios, cambiando además sus esquemas de

---

<sup>1</sup>Rendón, L. F.; Martínez, S.; Cárdenas, S. y Acevedo, H. Clínica Rafael Uribe Uribe. Proceso de cambio organizacional 2009. Revista Colombiana de salud Libre. Santiago de Cali, 2009. [En línea]. Disponible en Internet: [http://www.unilibrecali.edu.co/Revista\\_Colombiana\\_Salud\\_Libre/vol\\_42/clinica%20rafael%20uribe%20uribe%20proceso%20de%20cambio%20organizacional%20%202009.pdf](http://www.unilibrecali.edu.co/Revista_Colombiana_Salud_Libre/vol_42/clinica%20rafael%20uribe%20uribe%20proceso%20de%20cambio%20organizacional%20%202009.pdf)

vinculación de personal en la fallida búsqueda de modernizar sus procesos administrativos, pero que a fuerza de sus propias crisis de financiamiento disminuyeron las plantas de cargos, los presupuestos de inversión en tecnología, el mantenimiento de sus instalaciones y lo más importante, la pérdida de la perspectiva de futuro y la cohesión de trabajo en equipo, razón por la cual cuatro años después, el Gobierno Nacional se vio en la necesidad de liquidarlas pues eran inviables técnica y financieramente.

Esta nueva E.S.E. como cabeza de la red de servicios hospitalarios con su IPS Clínica Rafael Uribe Uribe, se encargó de la cobertura y atención de la población de los departamentos del suroccidente colombiano con requerimientos especializados en urgencias, hospitalización, apoyo diagnóstico, cirugía y cuidado intensivo, entre otros, hasta el año 2008 cuando la Clínica pasa durante su periodo de liquidación a ser administrada por la Caja de Previsión Social y de Comunicaciones -CAPRECOM- mediante convenio entre dicha Caja y el Gobierno Nacional para que ésta atendiera de manera transitoria y sin interrupciones, la prestación de los servicios de salud en todas las clínicas y centros de atención ambulatoria de los departamentos del Cauca, Valle del Cauca y Nariño, que hacían parte de la E.S.E. Antonio Nariño recién liquidada.

A partir de este convenio CAPRECOM, contrata a La Unión Temporal Comfenalco Valle-Universidad Libre, para la prestación de los servicios de salud en la Clínica Rafael Uribe Uribe, constituyéndose a partir de 2009 en La Corporación Comfenalco Valle- Universidad Libre -CCVLU-, la cual adquiere dicha clínica en el año 2010 y asume así la demanda de los diferentes servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en el nivel tres de atención.

Esta nueva conformación de la Clínica Universitaria Rafael Uribe Uribe, permite determinar que su estructura hospitalaria contaba con varios CAB que pertenecían a la UBN (Unidad Básica de Negocio) de urgencias del nivel central, los cuales ofrecían atención las 24 horas a sus afiliados en los diferentes sectores de la ciudad, sin

embargo, fueron cerrados con la escisión de la E.S.E. Antonio Nariño, quedando solo en funcionamiento el CAB objeto de este estudio.

Por las características y condiciones de esta unidad, la mayor parte de la población atendida en urgencias en la zona sur corresponde a los afiliados a Entidades Promotoras de Salud -E.P.S-, como Nueva E.P.S. en un 61% y su atención se clasifica en el triage uno, dos y tres; afiliados de Comfenalco EPS en un 35% y se atienden urgencias con clasificación triage uno y dos; y el 4% restante, corresponde a otras E.P.S., Administradoras de Riesgos Laborales -ARL-, seguros de salud y Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito -SOAT, entre otros.

Su capacidad instalada mejorada desde 2012, está dotada de tres salas de espera para adultos y una pediátrica, tres salas de observación para hombres, mujeres y una pediátrica, salas de aplicación de medicamentos, de terapia respiratoria, de reanimación, de procedimientos, cuatro consultorios médicos, dos consultorios de triage, área de imagenología, área administrativa y sala de paz, adicional a estos tiene contratados para complementar el servicio misional, la entrega de medicamentos hospitalarios, toma de muestras de laboratorio clínico, servicio de ambulancia, lavandería, fumigación, vigilancia y seguridad, aseo y desinfección, mantenimiento y reparación de equipos biomédicos y recolección de desechos biológicos, los cuales funcionan las 24 horas.

Esta nueva dotación ha implicado una mayor cobertura y mayor cantidad de personal asistencial, con un aumento del 55.8% del personal, entre médicos y auxiliares de enfermería. (Ver cuadro 1)

Cuadro 1. Personal contratado en el CAB 2012-2013

| ÁREAS                       | ANTES<br>2011 | PERSONAL<br>2012-2013 |
|-----------------------------|---------------|-----------------------|
| <b>Administrativa</b>       | 10            | 12                    |
| Facturación                 | 4             | 6                     |
| Admisiones y Autorizaciones | 4             | 4                     |
| Secretaria                  | 1             | 1                     |
| Atención al usuario         | 1             | 1                     |
| <b>Asistencial</b>          | 25            | 41                    |
| Auxiliares                  | 11            | 17                    |
| Enfermeras                  | 4             | 4                     |
| Médicos                     | 9             | 19                    |
| Terapia respiratoria        | 1             | 1                     |
| <b>TOTAL PERSONAL</b>       | 35            | 53                    |

Fuente: SIO. Unidad Básica de Servicios Cámbulos, 2013

El modelo de atención en urgencias del CAB Los Cámbulos, dentro de los parámetros generales de la CCVLU, busca optimizar sus recursos, pero ante todo, garantizar un servicio digno y oportuno para quienes lo requieren mediante un proceso que desarrolla y fortalece el direccionamiento gerencial y misional y ofrece soporte que garantiza la disponibilidad, continuidad e integralidad en la atención de la Clínica Universitaria.

El esquema de funcionamiento utilizado se fundamenta principalmente en el sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias o Triage<sup>2</sup>, entendido como “un

---

<sup>2</sup> Ministerio de la Protección Social. Guías para Manejo de Urgencias 3ª Ed. Tomo III. Grupo Atención de Emergencias y Desastres. Bogotá D.C., 2009. 279 p. [En línea]. Disponible en Internet: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADas%20para%20manejo%20de%20urgencias%20-Tomo%20III.pdf>

*método de clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas y en los recursos disponibles, que consiste en una valoración clínica breve que determina el tiempo y la secuencia en que será atendido, con unos recursos limitados. Es un proceso dinámico que cambia tan rápidamente como lo hace el estado clínico del paciente”.*

Como proceso necesario está determinado por el número de víctimas, la naturaleza de las lesiones, el rendimiento de los recursos sanitarios, la distancia a los hospitales y la esperanza asistencial, entre otros, está constituido en cuatro niveles de clasificación que permiten identificar la urgencia, donde el nivel uno corresponde a la atención inmediata por el riesgo vital inminente, el nivel dos que corresponde a un paciente agudo crítico, el nivel tres a un paciente agudo no crítico y el nivel cuatro, un paciente que puede esperar por un tiempo para su atención o cuidado. De acuerdo con esta clasificación, se deben reevaluar los niveles asignados, ya que pueden haber variaciones durante la espera del paciente que requieran una nueva asignación, esto incluye la clasificación misma del médico encargado, que puede exigir en el tiempo la atención en la mayor brevedad posible, entre ellos prioridades relativas a situaciones especiales, como ancianos desorientados, pacientes agresivos, agresiones sexuales, entre otros, teniendo igualmente en cuenta factores externos como la hora del día o la presión asistencial.

Esta clasificación necesaria es una de las partes del proceso que el paciente considera que le afecta porque de ella se deriva su posible espera, por lo tanto es necesaria una información precisa y clara de sus resultados.

La guía del manejo del Triage adaptada para el CAB Los Cámbulos y de acuerdo con el código que le identifica No. URG-G-005-03\* desde 2010, determina el nivel uno como atención inmediata correspondiente a eventos graves que amenazan la vida del paciente o pérdida de la función y que requieren de una atención inmediata en la sala

---

\*Corporación Comfenalco Valle- Universidad Libre. Proceso de atención en urgencias, adaptación para la IPS Los Cámbulos. 2010

de reanimación, el nivel dos requiere de atención máximo en 10 minutos y corresponde a los eventos presentados por los pacientes que deben recibir atención durante los 10 minutos siguientes al ingreso, por tanto requieren de una atención urgente o de emergencia, siendo su traslado a la sala de paciente de alto riesgo.

La atención es iniciada por el médico del Triage, y solo deja el paciente una vez estabilizado y a cargo del médico a quien corresponda según área designada, el nivel tres o atención máximo en 30 minutos, corresponde a enfermedades que presentan los pacientes que pueden ser atendidos entre un tiempo de 30 minutos, sin que esto represente un riesgo para su vida y el nivel cuatro o atención superior a tres horas, obedece a patologías que corresponden a consultas externas que pueden ser atendidas en un periodo superior a las tres horas, sin que esto represente un riesgo para su vida.

Teniendo en cuenta las diferentes modalidades de contratación en los servicios de salud existentes en Colombia, el modelo de urgencias establecido en el CAB Los Cábmulos por parte de algunas de las EPS (Nueva E.P.S., Coomeva E.P.S., Comfenalco E.P.S., entre otras), obedece por una parte a las necesidades específicas de atención de sus afiliados, así como a los criterios administrativos y organizacionales que les llevan a ahorrar costos en los servicios ofrecidos, es decir, que de acuerdo al tipo de servicio de mayor requerimiento y sector de la ciudad y a sus análisis financieros, dichas EPS establecen estos tipos de contratos de prestación de servicios con las IPS, caso específico Los Cábmulos con atención de urgencias en los niveles uno y dos del triage. Lo demás servicios y los triage tres y cuatro son derivados a las IPS primarias de los pacientes, en donde éstos deben recibir consulta externa y demás especialidades, según el caso y de manera programada.

Algunos cambios en la red de servicios de salud en la ciudad de Santiago de Cali como el no cumplimiento con los indicadores financieros y económicos (rentabilidad organizacional) de las IPS Tequendama y Policlínica, llevó a su cierre definitivo en abril de 2012 por parte de las EPS aseguradoras, sin embargo y no obstante el traslado de

estos usuarios hacia dos nuevas IPS (1-A y Angiografía de Occidente, en el sur y norte de la ciudad respectivamente), muchos de estos afiliados buscaron ser atendidos en Los Cámbulos, lo que generó a partir de dicha fecha hasta la actualidad, un aumento en la demanda de los servicios en salud en este CAB con una asistencia promedio mensual de 3437 pacientes para el mismo número de personal asistencial, lo que representa un incremento del 79.57% en un periodo de un año, generando con esto que los médicos de Triage uno y dos deban desplazarse a las diferentes salas para atender todo tipo de situaciones, sumado a las pocas posibilidades administrativas de reemplazar a tiempo las renunciaciones y ausentismo que se presentan en el grupo médico. (Ver cuadro 2)

Cuadro 2. Consulta año 2011 Vs. 2012

| MES          | FRECUENCIA   |              |
|--------------|--------------|--------------|
|              | 2011         | 2012-2013    |
| Enero        | 2202         | 1656         |
| Febrero      | 1873         | 1427         |
| Marzo        | 2092         | 1430         |
| Abril        | 2018         | 1914         |
| Mayo         | 2283         | 3143         |
| Junio        | 2144         | 3041         |
| Julio        | 2217         | 2973         |
| Agosto       | 2172         | 2939         |
| Septiembre   | 2025         | 2951         |
| Octubre      | 1870         | 2853         |
| Noviembre    | 1728         | 3374         |
| Diciembre    | 1719         | 3382         |
| <b>TOTAL</b> | <b>26354</b> | <b>33095</b> |

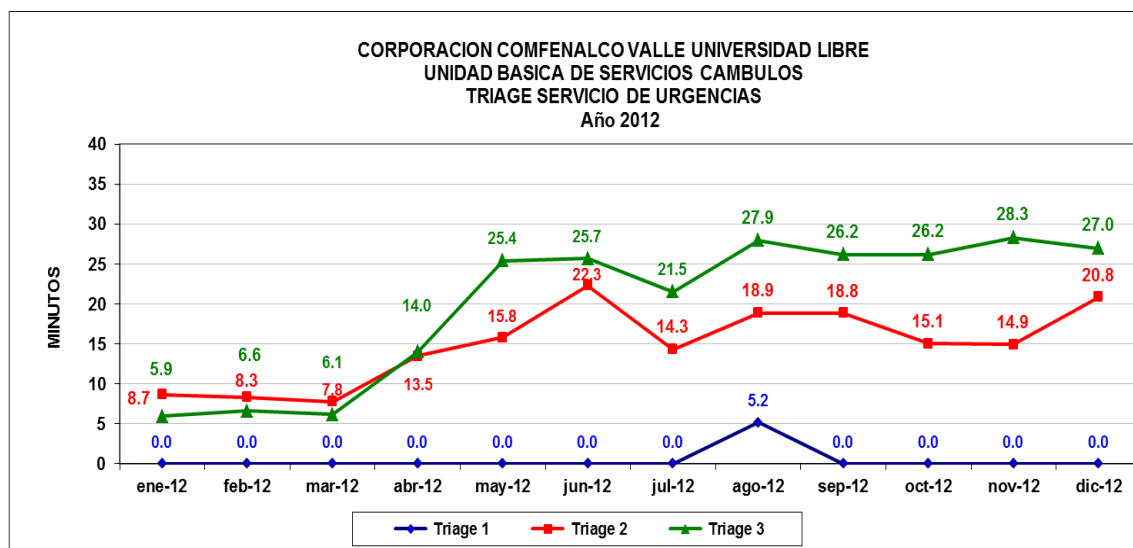
Fuente: SIO. Unidad Básica de Servicios Cámbulos, 2013

Esta inconformidad ha podido ser detectada por la Corporación Comfenalco, gracias a la aplicación en el CAB del Sistema Integral de Oficina -SIO-, el cual como un sistema modular completamente integrado para el manejo médico, operativo y financiero para IPS públicas y privadas, consta de varios módulos que integran totalmente el área científica con la facturación y la contabilidad de la entidad a evaluar, es decir, que

desde el mismo acto médico (Historia Clínica Digital) se afecta en forma automática todo el sistema de información, arrojando en detalle las condiciones del servicio. Este sistema cumple con todas las normas exigidas por la Ley 100 para el manejo financiero, de facturación e historia clínica requerida.

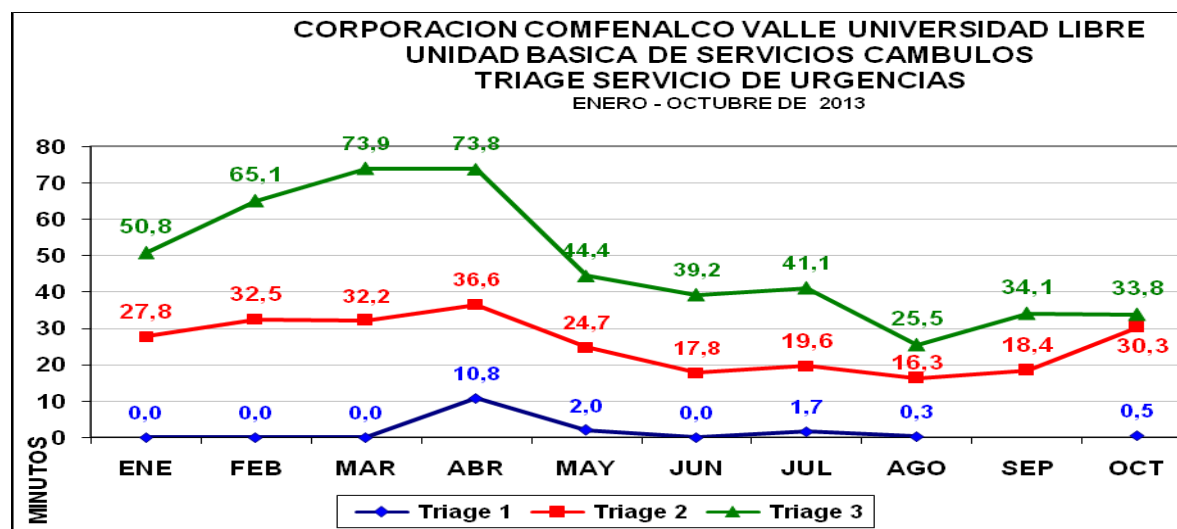
Frente a las quejas y reclamos realizadas a través de encuestas y llamadas telefónicas, se logra evidenciar que el CAB pasó de tener unos tiempos de oportunidad de atención óptimos durante el primer trimestre de 2012 con una atención de urgencias dentro de los cinco primeros minutos (ver figura 1), a un aumento en los tiempos durante 2013 (ver figura 2), hasta de 10,8 minutos en el mes de abril para el triage uno y de 30.3 minutos en octubre de 2013, en el triage dos; lo que ha generado unos registros de inoportunidad desfavorables en términos organizacionales y de la misión institucional.

Figura 1. Tiempos de atención Triage urgencias 2012



Fuente: SIO. Unidad Básica de Servicios Cámbulos, 2013

Figura 2 Tiempos de atención Triage urgencias 2013



Fuente: SIO. Unidad Básica de Servicios Cámbulos, 2013

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Según a figura 1, en la que los hechos evidenciados por el área administrativa del CAB y de la Corporación dan cuenta de una inoportunidad en los tiempos de atención del servicio de urgencias de acuerdo a los niveles Triage uno y dos a partir del segundo semestre de 2012, que han aumentado el número de quejas y reclamos de los usuarios quienes han visto afectadas sus expectativas y necesidades de atención; esto crea para la dirección estratégica de la clínica una problemática que obstaculiza sus políticas institucionales y normativas en el ámbito de la salud, así como las organizacionales que buscan alcanzar unas metas y objetivos, que frente a estos sucesos no se pueden cumplir cabalmente.

Por tanto y dentro de los fines investigativos del presente estudio, al considerar que existe un aumento de los tiempos de oportunidad para la atención en el servicio de urgencias en el CAB influenciados por diversos factores, se deben analizar todas las causas relacionadas con el retraso asistencial, la valoración realizada por el Triage y el desconocimiento de los usuarios acerca de éste como proceso de clasificación de las urgencias; de allí que el grupo investigador se plantea el siguiente interrogante:

¿Cuáles es la oportunidad en la prestación de servicios de salud en urgencias 24 horas de una IPS de nivel I, en Santiago de Cali?

## **1.3 SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cómo son los tiempos de atención para los usuarios en el CAB Los Cámbulos, de acuerdo con la clasificación e identificación de los procesos establecidos en el Triage 1 y 2, para el servicio de urgencias de Nivel I?

¿Cómo están los niveles de satisfacción de los usuarios y/o familiares, con base en los tiempos de oportunidad en la atención durante la prestación del servicio de urgencias de nivel uno en el CAB Los Cármbulos?

¿Cómo se identifican en el modelo de atención y acorde a sus tiempos y satisfacción de los usuarios, los aspectos internos que afectan la oportunidad en el servicio frente a otros modelos de atención?

## 2. JUSTIFICACIÓN

El derecho constitucional a la salud en Colombia, demanda del Estado como objetivo fundamental de su actividad, brindar bienestar general y condiciones dignas de calidad de vida a toda su población, procurando la atención y soluciones de las necesidades insatisfechas en materia de salud, educación, saneamiento ambiental y agua potable, entre otros; donde por mandato expreso de la Constitución Política, el Estado tiene entre otras responsabilidades *“organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios públicos de atención en salud, establecer las políticas en aspectos claves como los relacionados con la calidad en la prestación de servicios de salud”*<sup>3</sup>; es decir, que todo ciudadano tiene derecho a una atención integral en salud, siendo así que las instituciones dedicadas a ello, deben contar con la capacidad de prestar un servicio con calidad, oportunidad y calidez y, a la vez unificar criterios técnicos y administrativos que proporcionen una excelente prestación de dicho servicio.

No obstante la creación de ciertas medidas y mecanismos que dan cumplimiento a tal mandato, se evidencia en el territorio colombiano cómo las reformas al sistema de salud han generado una serie de cambios en la operatividad de centros de servicios y atención en salud, que sumados a los altos volúmenes de pacientes y frente a esto la necesidad imperiosa de tomar decisiones rápidas, demandan unas exigentes respuestas con el inminente riesgo jurídico que deriva de posibles errores clínicos y humanos.

De tal manera que cómo mecanismo de ordenamiento y respuesta a tales exigencias y básicamente dentro del entorno del servicio de urgencias, el cual comprende y abarca el CAB Los Cábulos IPS objeto de estudio, se han generado unas pautas de priorización de la atención de todo paciente, cuyo ingreso por la unidad de urgencias a través de una evaluación médica rápida y eficiente, asegura que quienes presenten

---

<sup>3</sup> Ministerio de la Protección Social. Op. Cit. p. 21

enfermedades o lesiones graves sean atendidos inmediatamente y que se postergue la atención de quienes presenten enfermedades o lesiones menores; debiendo estos últimos ser trasladados a la sala de espera de urgencias, en condiciones de seguridad, sin riesgo para su salud y sin secuelas, pues el alto incremento en la demanda de atención en los servicios de urgencias, hace imperante el contar con un proceso de este tipo, es decir, el Triage, como una necesidad.

En el CAB Los Cámbulos, el gran aumento en la demanda de servicios por urgencias, necesidades de atención especializada, laboratorio y diversos procedimientos tanto de personas adultas como niños pertenecientes o afiliados a las EPS de la zona sur de la ciudad de Cali como Comfenalco, Nueva EPS y particulares, agrava la situación en los diferentes servicios al no poder cumplir con los parámetros establecidos por el Triage para atender una urgencia según lo establecido por las políticas y lineamientos del Ministerio de la Protección Social y por el área legal; puesto que, y como lo define el Artículo 4º del Acuerdo 029 de 2011<sup>4</sup> de la Comisión de Regulación en Salud -CRES-, una atención de urgencias es *“la prestación oportuna de servicios de salud, con el fin de conservarla vida y prevenir consecuencias críticas permanentes o futuras mediante tecnologías en salud, para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional y/o mental, por cualquier causa, y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida y funcionalidad”*; es decir, que requiere ser atendida, conforme a su clasificación, en los tiempos oportunamente definidos, buscando la preservación de la vida humana.

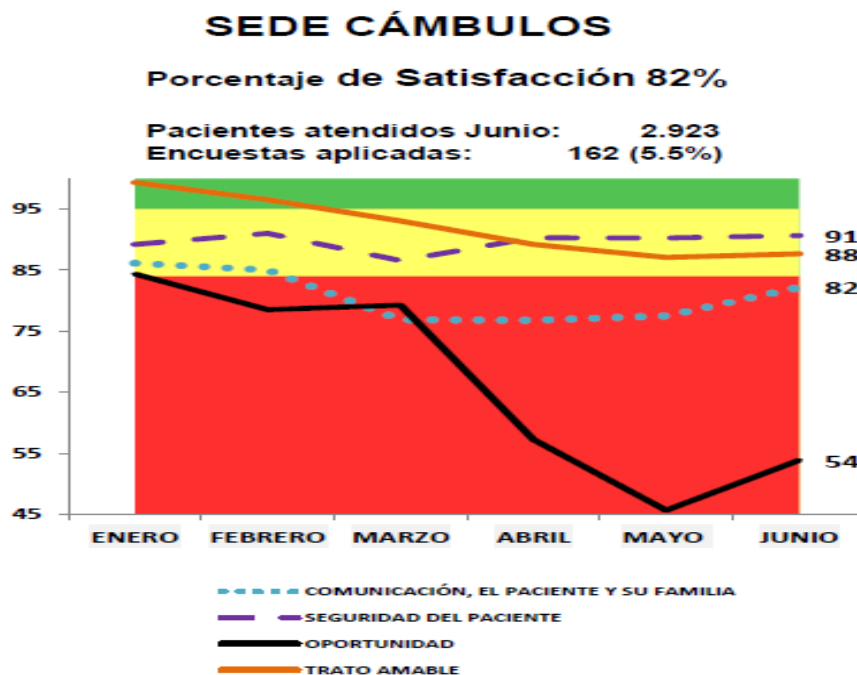
Señala además el enunciado Acuerdo que, la atención inicial de urgencias obedece a *“una cobertura inicial obligatoria y su pago está a cargo de la EPS cuando se trata de sus afiliados y la prestación oportuna es responsabilidad del prestador de servicios de salud al que el paciente demande el servicio, incluyendo la apropiada remisión cuando no cuente con las tecnologías necesarias para el caso”*.

---

<sup>4</sup> Ministerio de la Protección Social. Comisión de Regulación en Salud, Acuerdo 029 de 2011. [En línea]. Disponible en Internet: <http://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Documents/sitio/ACTUALIZACI%C3%93N%20POS%202012/Acuerdo%20029%20de%202011.pdf>

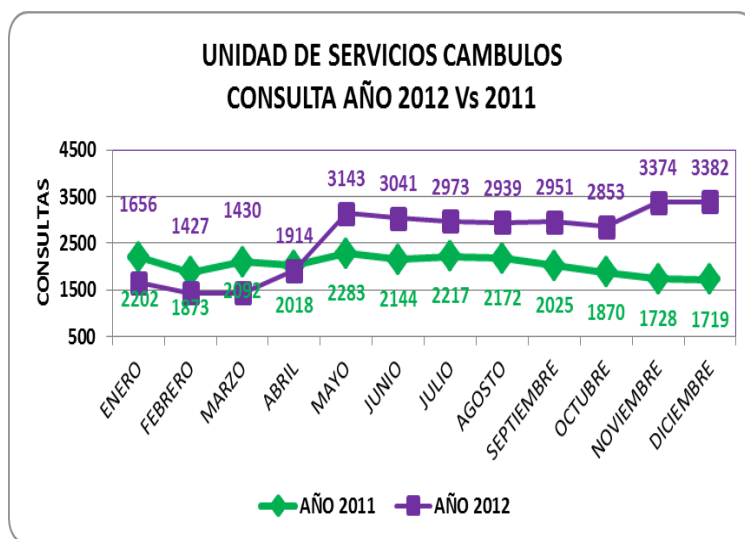
Entendida la anterior descripción y frente a la saturación del servicio a partir del segundo trimestre de 2012 en esta unidad de urgencias debido al aumento en un 79.57% de la población para atender en todo nivel de valoración Triage, al desconocimiento y poca información que tienen los usuarios acerca de este proceso y lo que éste implica y, sumadas las incapacidades y renunciaciones de algunos miembros del cuerpo médico, han generado un desmejoramiento en la calidad del servicio para el cual específicamente ha sido designado, es decir, urgencias nivel uno y dos y los tiempos que éstos demandan, lo que ha ocasionado a partir de enero hasta junio de 2013 un 54% de insatisfacción del usuario, evidenciada a través de una evaluación telefónica llevada a cabo después de haber sido atendido en el servicio; lo anterior como manifestaciones de inconformidad que demuestran un comportamiento organizacional, institucional y de servicio en contravía de lo dispuesto constitucional y legalmente, atentando además contra la exigencia misional de cuidar la vida. (Ver figuras 3 y 4)

Figura No. 3 Insatisfacción del Usuario



Fuente: Clínica Universitaria Rafael Uribe Uribe; Corporación Comfenalco Valle-Unilibre

Figura No.4 Aumento de Consultas 2012 Vs 2011



Fuente: Clínica Universitaria Rafael Uribe Uribe; Corporación Comfenalco Valle-Unilibre

Por ser esta situación de frecuente presencia en diversos centros de atención médica, clínicas y hospitales de mayor nivel en el ámbito nacional, la presente investigación desde los fines organizacionales, administrativos y legales colombianos, justifica el estudio del tiempo de oportunidad en la prestación de los servicios de salud en urgencias, conforme a los niveles uno y dos del Triage, evaluar la percepción que tienen los usuarios frente al servicio y realizar una comparación con los modelos de atención de otras IPS, para identificar aquellos dificultades que generan la problemática; ofreciendo así a la dirección estratégica de la Clínica Universitaria y del CAB, un aporte que les facilite la implementación de acciones mejoradoras y soluciones para la satisfacción no sólo del cliente externo, sino del interno que se ve sometido a graves presiones y tensiones laborales, lo que en definitiva pone en inminente riesgo la salud física y mental de unos y otros.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la oportunidad en la prestación del servicio de salud en la unidad de urgencias 24 horas de la IPS Los Cámbulos de Nivel uno, en la ciudad Santiago de Cali, de acuerdo con el proceso de clasificación Triage 1 y 2.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Estimar los tiempos de atención para los usuarios en el CAB Los Cámbulos, de acuerdo con la clasificación e identificación del Triage 1 y 2 para el servicio de urgencias de nivel uno
- Evaluar el nivel de satisfacción de los usuarios y/o familiares, con base en los tiempos de oportunidad en la atención durante la prestación del servicio de urgencias de nivel uno en el CAB Los Cámbulos.
- Identificar en el modelo de atención y acorde a sus tiempos y satisfacción de los usuarios, los factores internos que afectan la oportunidad en el servicio, frente a otros modelos de atención.

## 4. MARCO REFERENCIAL

### 4.1 MARCO TEÓRICO

*“Con la expedición de la Ley 100 de 1993, la cual reformó el anterior sistema Nacional de Salud, vigente desde 1976 e instauró el Sistema General de Seguridad Social en salud (SGSSS), se ha buscado llevar a cabo los mandatos sobre la salud y la seguridad social para la población colombiana que están contemplados en el Título 2 de la Constitución Política, promulgada en 1991”<sup>5</sup>*; sin embargo y desde hace ya varios años se ha hecho evidente en el país, que la crisis de la salud obedece entre otros, a la intermediación y desviación (debido a la corrupción) de recursos financieros para atender la población, a las dificultades de acceso a los servicios, a la tramitología existente, a la corrupción y la inequidad para obtener servicios de calidad y oportunidad. De allí que desde diferentes perspectivas y actores, se emitan llamados de atención y reflexión, encaminados a la búsqueda de soluciones que permitan hacer de este servicio constitucional, una facilidad para todos y en toda la geografía colombiana.

#### 4.1.1 Sistema Nacional de Salud

Antes de la expedición de la Ley 100, en Colombia existían tres sistemas: el de seguridad social, que cubría a los trabajadores privados a través del ISS y las Cajas de Previsión que aseguraban a los empleados públicos, con la participación del sistema de subsidio familiar a través de las Cajas de Compensación las cuales atendían a las familias de los trabajadores del sector privado inicialmente y posteriormente incluyó a los del sector público, con tarifas subsidiadas a la demanda de los servicios de salud; el sistema privado, conformado por clínicas y seguros privados el cual atendía a la

---

<sup>5</sup>Procuraduría General de la Nación. Salud para todos. Primer Encuentro de Salud Pública Salud y Vida. [En línea]. Disponible en Internet:  
<http://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/descargas/delegadas/Trabajo/PUBLICACIONES/Salud%20para%20todos%20e-book.pdf>

población con capacidad de pago de las pólizas de medicina pre-pagada o la consulta privada; y el sistema nacional de salud, que brindaba los servicios de salud para el resto de colombianos, con accesibilidad restringida.

La Ley 100 de 1993 en Colombia, se convierte en la base del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-, definido 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”.*<sup>6</sup>

El SGSSS se concibe con el objetivo de regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso a toda la población a dicho servicio, en todos los niveles de atención, bajo los principios establecidos en el artículo 153 de la Ley 1438 de 2011, como son:<sup>7</sup>

- Universalidad, el SGSSS cubre a todos los residentes en el país, en todas las etapas de la vida.
- Solidaridad, es la práctica del mutuo apoyo para garantizar el acceso y sostenibilidad a los servicios de Seguridad Social en Salud, entre las personas.
- Igualdad, el acceso a la Seguridad Social en Salud se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano, por razones de cultura, sexo,

---

<sup>6</sup> Comisión de Regulación en Salud -CRES- [En línea]. Disponible en Internet: <http://www.cres.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=Kqx9VH2UW7o%3D&tabid=224>

<sup>7</sup> Diario Oficial No. 47.957 de 2011. [En línea]. Disponible en Internet: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2011/ley\\_1438\\_2011.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2011/ley_1438_2011.html)

raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños.

- Obligatoriedad, la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los residentes en Colombia.
- Prevalencia de derechos, es obligación de la familia, el Estado y la sociedad en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral. La prestación de estos servicios corresponderá con los ciclos vitales formulados en esta ley, dentro del Plan de Beneficios.
- Enfoque diferencial, el principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.
- Equidad, el sistema debe garantizar el acceso al Plan de Beneficios a los afiliados, independientemente de su capacidad de pago y condiciones particulares, evitando que prestaciones individuales no pertinentes de acuerdo con criterios técnicos y científicos pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población.
- Calidad, los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.

- Eficiencia, es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población.
- Participación social, es la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto.
- Progresividad, es la gradualidad en la actualización de las prestaciones incluidas en el Plan de Beneficios.
- Libre escogencia, el sistema asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores de servicios de salud dentro de su red en cualquier momento de tiempo.
- Sostenibilidad, las prestaciones que reconoce el sistema se financiarán con los recursos destinados por la ley para tal fin, los cuales deberán tener un flujo ágil y expedito. Las decisiones que se adopten en el marco de este sistema deben consultar criterios de sostenibilidad fiscal. La administración de los fondos del sistema no podrá afectar el flujo de recursos del mismo.
- Transparencia, las condiciones de prestación de los servicios, la relación entre los distintos actores del SGSSS y la definición de políticas en materia de salud, deberán ser públicas, claras y visibles.
- Descentralización administrativa, en la organización del sistema, la gestión será descentralizada y de ella harán parte las direcciones territoriales de salud.
- Complementariedad y concurrencia. Se propiciará que los actores del sistema en los distintos niveles territoriales se complementen con acciones y recursos en el logro de los fines del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- Corresponsabilidad, toda persona debe propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos del SGSSS y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración. Las instituciones públicas y privadas promoverán la apropiación y el cumplimiento de este principio.
- Irrenunciabilidad, el derecho a la Seguridad Social en Salud es irrenunciable, no puede renunciarse a él ni total ni parcialmente.
- Intersectorialidad, es la acción conjunta y coordinada de los diferentes sectores y organizaciones que de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afectan los determinantes y el estado de salud de la población.
- Prevención, es el enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos y la prestación de los servicios de salud.
- Continuidad, toda persona que habiendo ingresado al sistema tiene vocación de permanencia y no debe, en principio, ser separado del mismo cuando esté en peligro su calidad de vida e integridad.

Estos principios generan en el Sistema unas características que entre otras y conforme al artículo 153 de la mencionada Ley, se identifican así:

- El Gobierno Nacional dirigirá, orientará, regulará, controlará y vigilará el servicio público esencial de salud que constituye el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Todos los habitantes en Colombia deberán estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, previo el pago de la cotización reglamentaria o a través

del subsidio que se financiará con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales.

- Todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud recibirán un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominado el Plan Obligatorio de Salud.
- Las E.P.S. tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las instituciones prestadoras. Ellas están en la obligación de suministrar, dentro de los límites establecidos en el numeral 5 del artículo 180, a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización o tenga el subsidio correspondiente, el Plan Obligatorio de Salud -POS-\*\*, en los términos que reglamente el Gobierno.
- Los afiliados podrán conformar alianzas o asociaciones de usuarios que los representarán ante las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud.
- Las I.P.S. son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud dentro de las entidades promotoras de salud o fuera de ellas. El Estado podrá establecer mecanismos para el fomento de estas organizaciones y abrir líneas de crédito para la organización de grupos de práctica profesional y para las instituciones prestadoras de servicios de tipo comunitario y solidario.

---

\*\* Conjunto de tecnologías en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud y cuya prestación debe ser garantizada por las entidades promotoras de salud. Art. 2º Acuerdo 029 de 2011

- Con el objeto de asegurar el ingreso de toda la población al sistema en condiciones equitativas, existirá un régimen subsidiado para los más pobres y vulnerables que se financiará con aportes fiscales de la Nación, de los departamentos, los distritos y los municipios, el Fondo de Solidaridad y Garantía y recursos de los afiliados en la medida de su capacidad.
- Las E.P.S. podrán prestar servicios directos a sus afiliados por medio de sus propias instituciones prestadoras de salud, o contratar con instituciones prestadoras y profesionales independientes o con grupos de práctica profesional, debidamente constituidos.
- Existirá un Fondo de Solidaridad y Garantía que tendrá por objeto, de acuerdo con las disposiciones de esta Ley, garantizar la compensación entre personas de distintos ingresos y riesgos y la solidaridad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cubrir los riesgos catastróficos y los accidentes de tránsito y demás funciones complementarias señaladas en esta Ley.
- Las entidades territoriales celebrarán convenios con las E.P.S. para la administración de la prestación de los servicios de salud propios del régimen subsidiado de que trata la presente Ley. Se financiarán con cargo a los recursos destinados al sector salud en cada entidad territorial, bien se trate de recursos cedidos, participaciones o propios, o de los recursos previstos para el Fondo de Solidaridad y Garantía. Corresponde a los particulares aportar en proporción a su capacidad socioeconómica en los términos y bajo las condiciones previstas en la presente Ley.
- La Nación y las entidades territoriales, a través de las instituciones hospitalarias públicas o privadas en todos los niveles de atención que tengan contrato de prestación de servicios con él para este efecto, garantizarán el acceso al servicio

que ellas prestan a quienes no estén amparados por el SGSSS, hasta cuando éste logre la cobertura universal.

Se conforma igualmente este sistema bajo una estructura compuesta por Organismos de Dirección, Vigilancia y Control, como los Ministerios de Salud y Trabajo, Consejo de Seguridad Social en Salud y la superintendencia Nacional de salud y por Organismos de Administración y Financiación, como las Entidades Promotoras de Salud, Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud y el fondo de Solidaridad y Garantía -FOSIGA-; así mismo está integrado el SGSSS por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los empleadores y trabajadores del sector, los beneficiarios del sistema y los Comités de Participación Ciudadana en Salud. Conformando todo lo anterior, un sector dedicado a la atención de la salud de toda la población, en un entorno que de acuerdo con dicha Ley 100, debe ser de seguridad, oportunidad y calidad en la atención.

#### 4.1.2 La Atención en el Servicio de la Salud

Los principios constitucionales consagrados en el artículo 153 de la Ley 1438 de 2011, conminan al Estado y todos los actores del SGSSS a ofrecer unos servicios encaminados a generar bienestar a toda la población, que según Acuerdo No. 029 de la CRES, ha sido organizada de la siguiente manera:

- Afiliados mediante el Régimen Contributivo, son aquellas personas vinculadas a través de contrato de trabajo, servidores públicos, pensionados y jubilado y trabajadores independientes con capacidad de pago; que deberán afiliarse mediante las normas de este régimen, del cual trata; es decir que afilia a empleados cotizantes e independientes cotizante, la entidad es la E.P.S. (Privada, pública, o mixta), los recursos son de la cotización del empleador y del empleado, la prestación de los servicios la ofrecen la I.P.S. o las E.S.E. y, los servicios disponibles son el Plan Obligatorio de Salud -POS-.

- Afiliados mediante el Régimen Subsidiado, son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización, es decir, la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana; teniendo particular importancia las madres durante el embarazo, parto y posparto y periodo de lactancia, mujeres cabeza de familia, niños menores de un año, enfermos de Hansen, adultos mayores de 65 años, discapacitados, integrantes de etnias y minorías, trabajadores y profesionales independientes, artistas y deportistas y personas sin capacidad de pago, entre otros; es decir, que afilia a los beneficiarios de subsidio; los recursos son subsidios estatales, contribución parafiscal y solidaridad del régimen contributivo, la prestación del servicio la ofrecen la I.P.S. o la E.S.E. y, los servicios disponibles son el POS.

Las nuevas disposiciones del POS conforme al Acuerdo 029 antes mencionado, le definen, aclaran y actualizan de manera integral en ambos regímenes, como un instrumento que facilita el goce efectivo del derecho a la salud y atención en cada una de las entidades promotoras de salud y prestadores de servicios de salud en el país, bajo unas condiciones de calidad establecidas por la ley, para los afiliados al SGSSS.

De este nuevo sistema y su relación con los afiliados, Martha Isabel Pereira<sup>8</sup> en el año 2007, presenta un análisis en el que evidencia cómo dicho sistema representa *“un desafío para los ciudadanos por el sobre diseño técnico que éstos a veces no comprende”*, pues los trámites burocráticos para el acceso a la salud se conviertan en obstáculos para la efectiva atención, pues sumado a ello *“la salud en Colombia está siempre en manos de un intermediario que es usualmente privado”*, aún el Estado no se despoje de su responsabilidad de vigilar y controlar la calidad del servicio.

Estos esquemas en el servicio de salud imponen al ciudadano una lógica política en la cual no siempre se le concibe como ciudadano, puesto que en la mayoría de las situaciones se concibe como usuario o cliente de un servicio particular, de tal forma que

---

<sup>8</sup>Pereira, M. I. La prestación del servicio de salud en Colombia. 2007. Tensiones entre derechos y servicios en el acceso al sistema de salud en Colombia. [En línea]. Disponible en Internet: <http://www.institut-gouvernance.org/fr/analyse/fiche-analyse-283.html>

el individuo es ciudadano para reclamar la garantía de sus derechos, pero es usuario al acceder efectivamente al servicio en particular, generándose unas relaciones entre el ciudadano y el Estado mediadas por las lógicas y criterios del mercado.

En este mismo sentido y entendiendo las apreciaciones emitidas por la citada autora, las transformaciones generadas con la Ley 100, si bien es cierto tiene aspectos positivos como la cobertura, la cual ha aumentado innegablemente desde la implementación de la mencionada ley, ésta no siempre se traduce en acceso efectivo y oportuno a servicios de calidad, y de allí las múltiples objeciones a estos cambios, tomando como ejemplo la transformación de los hospitales públicos en E.S.E., que, conjugado con la aplicación de la Ley 344 de 1996<sup>9</sup>, puso en riesgo la viabilidad de los aquellos que atienden a la población más vulnerable de la sociedad, puesto que se les obliga a impulsar su autogestión y logren así ser auto sostenibles financieramente mediante la venta de servicios a E.P.S.-S en competencia con las I.P.S.

Por tanto y frente a tantos obstáculos, uno de los mecanismos utilizados por muchos usuarios para dar solución al problema de la atención y calidad de los servicios ofrecidos, ha sido acudir a la tutela a fin de lograr tal atención; pues este esquema normativo *“desconoció el importante papel de la Salud Pública (salud colectiva) como elemento sustantivo del sistema de salud, asimilando el concepto del sistema de salud colombiano al de seguridad social y aseguramiento; de esa manera se delegaron las funciones de salud pública al aseguramiento, sin dimensionar que este último no tenía la capacidad para resolver la integralidad y los problemas propios del sistema”*.<sup>10</sup>

Mediante la reforma realizada al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de la Ley 1438 de 2011, con un *“modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción*

---

<sup>9</sup> Por la cual se dictan normas tendientes a la racionalización del gasto público, se conceden unas facultades extraordinarias y se expiden otras disposiciones.

<sup>10</sup> CEDETES. Ministerio de salud y Protección Social. Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al sistema de salud colombiano. 2012. [En línea]. Disponible en Internet: <http://www.minsalud.gov.co>

*coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país*<sup>11</sup>, se busca que la atención sea integral desde la salud pública, la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, y la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad; es decir, que debe ofrecerse una atención completa desde la llegada al centro hospitalario hasta su recuperación total.

De esta atención integral o que cualquier clase de usuario consideraría primaria y básica y que en ocasiones frente a un dolor, necesidad o padecimiento físico le genera el requerimiento de ser atendido con inmediatez y que, la legislación ha determinado considerar y clasificar por su gravedad; se desprende el desarrollo de un marco legal, teórico y práctico para la atención de urgencias en toda la red hospitalaria del país.

#### 4.1.3 La Urgencia

Según el Decreto 412 de 1992 se 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”*.<sup>12</sup>; igualmente en el mismo decreto el Artículo 2º, reza sobre la obligatoriedad de la atención inicial de las urgencias, donde todas las instituciones que ofrezcan servicios de salud están obligadas a prestar atención inicial de urgencia independientemente de la capacidad socioeconómica de los solicitantes de este servicio.

En el Acuerdo 29 de 2011, la CRES en su Artículo 4º, define la urgencia como *“la prestación oportuna de servicios de salud, con el fin de conservar la vida y prevenir*

---

<sup>11</sup> Diario Oficial No. 47.957 de 2011. Op. Cit. Art. 1

<sup>12</sup> Ministerio de la Protección Social. Guías para Manejo de Urgencias. Op. Cit. p. 588

*consecuencias críticas permanentes o futuras mediante tecnologías de salud necesarias para la atención de urgencias del paciente, teniendo en cuenta el resultado del Sistema de Selección y Clasificación de Pacientes en Urgencias Triage, según la normatividad vigente”<sup>13</sup>; establece además en su Artículo 21 que “la cobertura de atención inicial de urgencias es obligatoria y su pago está a cargo de la EPS cuando se trata de sus afiliados y la prestación oportuna es responsabilidad del prestador de servicios de salud más cercana al lugar en que se encuentre el paciente, o de todos modos en el prestador en que se demande el servicio”.*

Con base en estos conceptos, la guía del Ministerio determina fundamentalmente lo siguiente<sup>14</sup>:

- La urgencia no sólo responde a enfermedades orgánicas, sino que incluye las alteraciones mentales que condicionan la urgencia o se producen por ella, como la crisis de pánico derivada de un dolor precordial atípico interpretado como posible infarto por el paciente.
- La urgencia implica una demanda de atención oportuna, eficaz y eficiente. De ahí que la ley considere que ésta debe ser inmediata; sin embargo, nuevamente obrando en el ámbito de la justicia distributiva, los servicios de urgencias tienen que establecer escalas de prioridad para que los pacientes más enfermos reciban atención más rápida que aquellos cuya gravedad es menor y por lo tanto pueden esperar sin peligro un tiempo prudencial. No obstante, demorar la consulta por 24 o más horas bajo el concepto de consulta prioritaria es un riesgo que fácilmente puede ser tildado de bloqueo al libre acceso a los servicios de salud.
- La atención de urgencias está encaminada a minimizar los riesgos de invalidez y muerte, lo que significa que la función principal de estos servicios es la de

---

<sup>13</sup> CRES. Acuerdo 029 de 2011. [En línea]. Disponible en Internet: <http://www.cres.gov.co/Portals/0/acuerdo29de2011.pdf>

<sup>14</sup> Ministerio de la Protección Social. Guías para Manejo de Urgencias. Op. Cit. p. 588

estabilizar las constantes vitales de los pacientes, establecer un diagnóstico de impresión y definir un destino, sea este ambulatorio u hospitalizado. Mientras estas condiciones no se den totalmente, no se ha acabado la urgencia y por lo tanto el paciente continúa en este estado; urgencia es, entonces, un estado vital y no un sitio del hospital, de tal forma que si para estabilizar los signos vitales del paciente se requiere de un acto quirúrgico y terapia intensiva la urgencia, como atención médica inmediata tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte, solo termina cuando en la unidad de cuidado intensivo se logra la estabilidad hemodinámica y respiratoria, aunque para ello sean necesarias medidas avanzadas de reanimación y soporte ventilatorio.

- Es frecuente oír hablar de la urgencia vital concepto que debe ser absoluta y radicalmente eliminado, en especial de la mente de los administradores, pues la ley no contempla en ninguna norma la existencia de este tan mentado concepto; toda urgencia debe ser atendida y no solamente aquellas que por tradición y sin sustento normativo han sido denominadas urgencias vitales; pues bien lo determina el Artículo 4º del Acuerdo 29 de 2011, cuando establece que una atención inicial de urgencias obedece a *“acciones realizadas a una persona con una condición de salud que requiere atención médica en un servicio de urgencias, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud”* y, buscando:
  - La estabilización de sus signos vitales, que implica realizar las acciones tendientes a ubicarlos dentro de parámetros compatibles con el mínimo riesgo de muerte o complicación, y que no implica necesariamente la recuperación a estándares normales, ni la resolución definitiva del trastorno que generó el evento.
  - La realización de un diagnóstico de impresión.

- La definición del destino inmediato de la persona con la patología de urgencia.

Con base en estas definiciones e identificada ésta por el cuerpo médico, surge una forma de clasificar las urgencias para su atención, mediante unas pautas que priorizan el requerimiento médico y con ello el servicio y atención, es decir, lo que se ha denominado Triage.

#### 4.1.4 El Triage

*“Es un método de clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas y en los recursos disponibles; consiste en una valoración clínica breve que determina el tiempo y la secuencia en que será atendido, con unos recursos limitados. Es un proceso dinámico que cambia tan rápidamente como lo hace el estado clínico del paciente”<sup>15</sup>.* Frente al fuerte incremento de las demandas de servicios de salud en la población y que, como generalidad todo usuario o paciente desea ser atendido prontamente, se hace imperativo en todos los centros hospitalarios contar con un sistema de Triage que permita evaluar las necesidades de cada uno de los pacientes y priorizar su atención, asegurándose que quienes presenten enfermedades o lesiones graves, sean atendidos inmediatamente y que se postergue la atención de quienes presenten enfermedades o lesiones menores.

De acuerdo a la guía del Ministerio, el triage no debe ser utilizado con el propósito de negar la atención al paciente en el servicio de urgencias, la unificación del triage pre hospitalario y el hospitalario se debe realizar con el fin de asegurar que solo aquellos pacientes que lo requieren lleguen a los servicios de urgencias. De allí que como objetivo principal de este mecanismo de ofrecer la seguridad del paciente, éste se logra mediante:

- La identificación de los casos en que está comprometida la vida del paciente y requieren una atención médica inmediata.

---

<sup>15</sup> Ministerio de la Protección Social. Guías para Manejo de Urgencias. Año 2009 Op. Cit. p.279

- La organización en orden de prioridades de la atención de los pacientes con enfermedades o trauma agudo que podría comprometerlo de no recibir atención médica oportuna.
- La identificación del grupo de pacientes que puede seguir el proceso regular de atención de urgencias.
- La asignación del área de tratamiento acorde con sus necesidades.
- La disminución de la ansiedad del paciente y la familia al establecer una comunicación inicial y proveer información sobre el proceso de atención.

Como parte de este proceso de garantizar la seguridad del paciente, el Triage requiere como primer paso una evaluación rápida del mismo, la aplicación del ABC de la reanimación que permite obtener la primera impresión del estado general del paciente, el interrogatorio o anamnesis, el examen físico y estado mental, la apariencia física, la toma de signos vitales y una valoración del dolor; sin embargo y con el fin de estandarizar la clasificación de la urgencia, en el ámbito internacional países como Canadá, Australia y Estados Unidos, han unificado una escala en cinco niveles de prioridad del servicio

Cuadro 3. ° Escala de prioridades del Triage

| Escala                     | Tiempo de Respuesta                                                     | Descripción                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Prioridad I<br>Reanimación | Atención médica y de enfermería: inmediato, simultánea a la valoración. | Paciente quien presenta una condición que amenaza la vida; el paciente requiere una intervención médica inmediata. Se incluyen en esta categoría pacientes con dificultad respiratoria severa, estado de inconsciencia o ausencia de signos vitales, debido a trauma mayor, problemas cardiorrespiratorios o neurológicos.            |
| Prioridad II<br>Emergencia | Atención de enfermería: inmediato.<br>Atención médica: 15 minutos.      | Paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica, cuyo problema representa un riesgo potencial de amenaza a la vida o pérdida de una extremidad u órgano si no recibe una intervención médica rápida; por ejemplo pacientes en estado de agitación, dolor torácico, dolor abdominal, síntomas asociados con diabetes |

|                             |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                             |                                                       | descompensada, algunas cefaleas, trauma o fiebre alta en niños, otras dolencias como vómito y diarrea, dolor de cólico renal, amputación traumática. También se incluye todo tipo de dolor severo y afecciones en las cuales el tiempo es crítico para iniciar el tratamiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Prioridad III Urgencia      | Atención médica y de enfermería: menor de 30 minutos. | Paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica con condiciones que pueden progresar a problemas serios que requieren intervención de emergencia. Regularmente se asocian con molestias relevantes que interfieren en el trabajo o las actividades de la vida diaria. Son ejemplos de estos síntomas cefalea, dolor torácico, asma leve a moderada, sangrado leve a moderado y síntomas asociados con diálisis. También se incluye todo tipo de dolor moderado y afecciones en las cuales el tiempo es crítico para iniciar el tratamiento. |
| Prioridad IV-Urgencia menor | Atención médica y de enfermería: menor de 60 minutos  | Condiciones relacionadas con la edad del paciente, angustia o deterioro potencial o complicaciones, que se beneficiará de la intervención o de tranquilizarlo dentro de 1-2 horas. Incluye síntomas como dolor torácico (no sugestivo de síndrome coronario agudo), dolor de cabeza, dolor abdominal y depresión.                                                                                                                                                                                                                                             |
| Prioridad V-No urgente      | Tiempo de atención: 120 minutos                       | Condiciones que pueden ser agudas pero no comprometen el estado general del paciente y no representan un riesgo evidente; también condiciones que hacen parte de problemas crónicos sin evidencia de deterioro. Por ejemplo, trauma menor, estrés emocional e inflamación de la garganta. La atención puede ser postergada y el paciente puede ser referido a consultorio anexo.                                                                                                                                                                              |

Fuente: Guías para Manejo de Urgencias. Año 2009 Ministerio de la Protección Social

De la clasificación y pautas establecidas dentro del Triage 1 y 2 específicamente tenidos en cuenta en esta investigación, el tiempo es uno de los factores y recursos (desde una visión organizacional), que se analiza y evalúa de forma más recurrente dentro de la atención y práctica de tratamientos en el ámbito de la salud.

#### 4.1.5 Tiempo de Oportunidad en la Atención

La utilización de los servicios de salud requiere un tiempo de desplazamiento y un tiempo de espera, así mismo la atención sanitaria conlleva unos procesos y etapas que dentro de todo sistema de salud no sólo facilitan el acceso a tal servicio, sino que buscan acciones mejoradoras que incrementen la posibilidad del usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten situaciones que pongan en riesgo su salud

o su vida, lo que en el sistema de salud colombiano se rige por los niveles de atención en urgencias. De allí que esta oportunidad de atención corresponda al nivel de atención directamente proporcional al acceso a los servicios y su resolutiveidad vital, para la eficiencia del sistema y como una respuesta rápida que contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico, disminuyendo en el usuario la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes a dicha patología, generando con ello una disminución de la congestión e inadecuada utilización de servicios especializados y de urgencias.<sup>16</sup>

#### 4.1.6 Modelo de Atención en Salud

Un modelo de atención en los servicios de salud constituye una mayor estandarización de actividades, la optimización de los recursos disponibles, la minimización de barreras de acceso a la atención, la incorporación rápida de los avances tecnológicos, el mejoramiento continuo del proceso de atención, así como la generación de información sistemática y continua para la toma de decisiones en diferentes niveles de la prestación de servicios.<sup>17</sup>

Como modelo se enmarca en la implementación de una cultura de mejoramiento continuo, la cual permite a la entidad prestadora del servicio desarrollar procesos que garanticen información clara y oportuna al usuario así como el respeto de su dignidad y privacidad. Éste no representa la acción individual de un profesional de la salud, sino la acción sistémica en el cual interactúan equipos de salud multidisciplinarios que coordinan su trabajo diario en acciones comunicativas, que permitan la identificación de las necesidades y expectativas de las partes interesadas, apoyados en una gestión clínica pertinente, un ambiente físico adecuado y procesos administrativos oportunos,

---

<sup>16</sup> Así vamos en salud. Seguimiento al sector de la salud en Colombia. 2011. [En línea]. Disponible en Internet: <http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/servicios-de-salud/grafica.ver/36>

<sup>17</sup> Fundación Cardiovascular de Colombia. Modelo de atención en salud. Floridablanca, Colombia [En línea]. Disponible en Internet: <http://www.fcv.org/site/images/sedes/icf/documentos/pdf/mas.pdf>

que orienten el desarrollo de acciones para minimizar el riesgo presente en la atención y garanticen en todo momento la seguridad del paciente.

La Fundación Cardiovascular de Colombia -FCV-<sup>18</sup>, considera que un modelo de atención debe desarrollarse con base en el trabajo de equipo y en función a procesos asistenciales soportados en guías de atención y en procedimientos asistenciales, pues éstos *“son instrumentos que buscan actualizar en forma permanente los mecanismos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación sobre un problema de salud, sobre la base de nuevos elementos conceptuales que justifiquen nuevas formas de aproximación al problema”*; de allí que enfatice con respecto a su construcción teórica que oficia como un sistema organizado de prácticas en el sector salud, capaz de ser replicado y que cuenta con diferentes grados de consenso social para su implementación”; que se valida con los pacientes que demandan la atención, pretendiendo muchas veces modificar tanto la oferta como la demanda de los servicios relacionados con un problema de salud determinado.

También se logra inferir, que cualquier modelo de atención debe contener un sólido componente tecnológico, reconociendo en los avances tecnológicos unas estrategias terapéuticas, siempre acordes con el entorno comunitario y las características o condiciones de cada población., dentro del respeto de los derechos del paciente, lo que admita la construcción de unos criterios de eficacia, eficiencia y efectividad hacia la atención del mismo.

Es decir, que el desarrollo e implementación de un modelo apto e idóneo puede ser replicado en otras instituciones, ya que siempre se pretende el bienestar de los usuarios teniendo en la atención una integralidad desde los enfoques individuales, familiares, interdisciplinarios y sociales en el sector de la salud.

---

<sup>18</sup> Fundación Cardiovascular de Colombia Op. Cit

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), fue creado para mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país, la que es considerada como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios; ésta establece mediante el Decreto 1011 de 2006, cuatro componentes<sup>19</sup>:

- El Sistema Único de Habilitación
- La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud
- El Sistema Único de Acreditación
- El Sistema de Información para la Calidad

Frente a estos componentes, la FCV propone dentro de la formulación de un modelo de atención en salud, tres objetivos claros:

- Propiciar con el cliente asegurador, colaboradores, paciente y familia mecanismo de comunicación eficaz entre los colaboradores, el paciente y la familia, disminuyendo las brechas accesibilidad y continuidad en el proceso de atención.
- Establecer un modelo organizacional de atención en salud de alta complejidad, que garantice la integralidad del proceso de atención del paciente, en el marco del proceso de sistema obligatorio de la garantía de la calidad en salud.
- Definir puntos de control en el desarrollo del modelo de atención que permita establecer acciones de mejoramiento continuo institucional.

---

<sup>19</sup> Fundación Cardiovascular de Colombia. Op. Cit.

Estos objetivos en el diseño de cualquier modelo, buscan hacer coincidir y coordinar la oferta de servicios con las necesidades de atención del paciente, que permitan planificar el alta, el seguimiento, obtener mejores resultados en la atención al paciente y un uso más eficiente de los recursos disponibles. Lo anterior bajo un sistema de información que facilite la interacción entre los clientes aseguradores, pacientes y el equipo de salud de cualquier IPS.

Para cumplir con este propósito es necesario contar con unas condiciones de capacidad tecnológica y científica, las cuales son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir las IPS por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.<sup>20</sup>

Con base en lo anterior y considerando que estos modelos buscan mejorar la calidad del servicio, Saturno<sup>21</sup>, propone un grupo de actividades para ello, así:

Cuadro 4. Actividades para la mejora de la calidad

| Grupo de Actividades | Punto de Partida                                                                                                                                                                                                     | Objetivo Inmediato                                                                                                                    |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ciclos de mejora     | Identificación de un problema de calidad u oportunidad de mejora en algún aspecto de los servicios que se ofrecen.                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Solucionar el problema</li> <li>- Aprovechar la oportunidad de mejora descubierta</li> </ul> |
| Monitorización       | Identificación de aspectos relevantes de los servicios que se ofrecen y construcción de indicadores sobre calidad.<br>Selección de indicadores sobre problemas sometidos a ciclos de mejora o servicios rediseñados. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación de problemas de calidad u oportunidades de mejora.</li> </ul>                 |

<sup>20</sup> Varo J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Madrid: Editorial Díaz de Santos, 1993. Citado en Fundación Cardiovascular de Colombia Op. Cit.

<sup>21</sup> Saturno, P.J. Modelos de calidad aplicados a la gestión primaria. Opina la Universidad. Universidad de Murcia, España, 2005.

|        |                                                                                                                                                                                |                                                                          |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Diseño | Programación de un nuevo servicio a ofrecer.<br>Identificación de nuevas necesidades y expectativas de los usuarios.<br>Identificación de parámetros y resultados a conseguir. | - Diseñar los procesos de atención para alcanzar los resultados deseados |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|

Fuente: Saturno, P.J. 2005

Por tanto, para que la atención en salud pueda ser de alta calidad o incremente sus probabilidades de obtener los resultados deseados, debe tener atributos como ser oportuna, accesible, prestada dentro de un marco de seguridad para el usuario y el profesional y capaz de procurar la satisfacción del usuario en relación con los servicios propiamente dichos<sup>22</sup>; es decir, que ese tiempo oportuno de atención al usuario hace la diferencia en el servicio de salud, teniendo en cuenta la estandarización de los procesos descritos en el Triage, el personal de servicio y la infraestructura de cada centro hospitalario conforme a su nivel de complejidad.

Entendido el mecanismo de este proceso, se encuentra que en el CAB se desarrolla inicialmente una vez el usuario ingresa a la clínica y es recibido por el guarda de seguridad quien registra en la bitácora institucional el nombre del paciente y hora de ingreso; de allí es remitido al área de admisiones y autorizaciones en donde el funcionario a cargo le solicita su documento de identidad y le hace una pre-admisión registrando el motivo de consulta, y luego se valida el derecho a ser atendido por la intranet.

Una vez se llenan los datos del paciente que obedecen a una conexión directa con los aseguradores que se atienden y se realiza el triage; el médico revisa el listado de los pacientes ingresados en el sistema como pre-admisiones donde incluye motivo de consulta, y edad. El médico llama al paciente y es revalorado teniendo en cuenta lo descrito anteriormente y otras condiciones específicas como ser menor de edad,

---

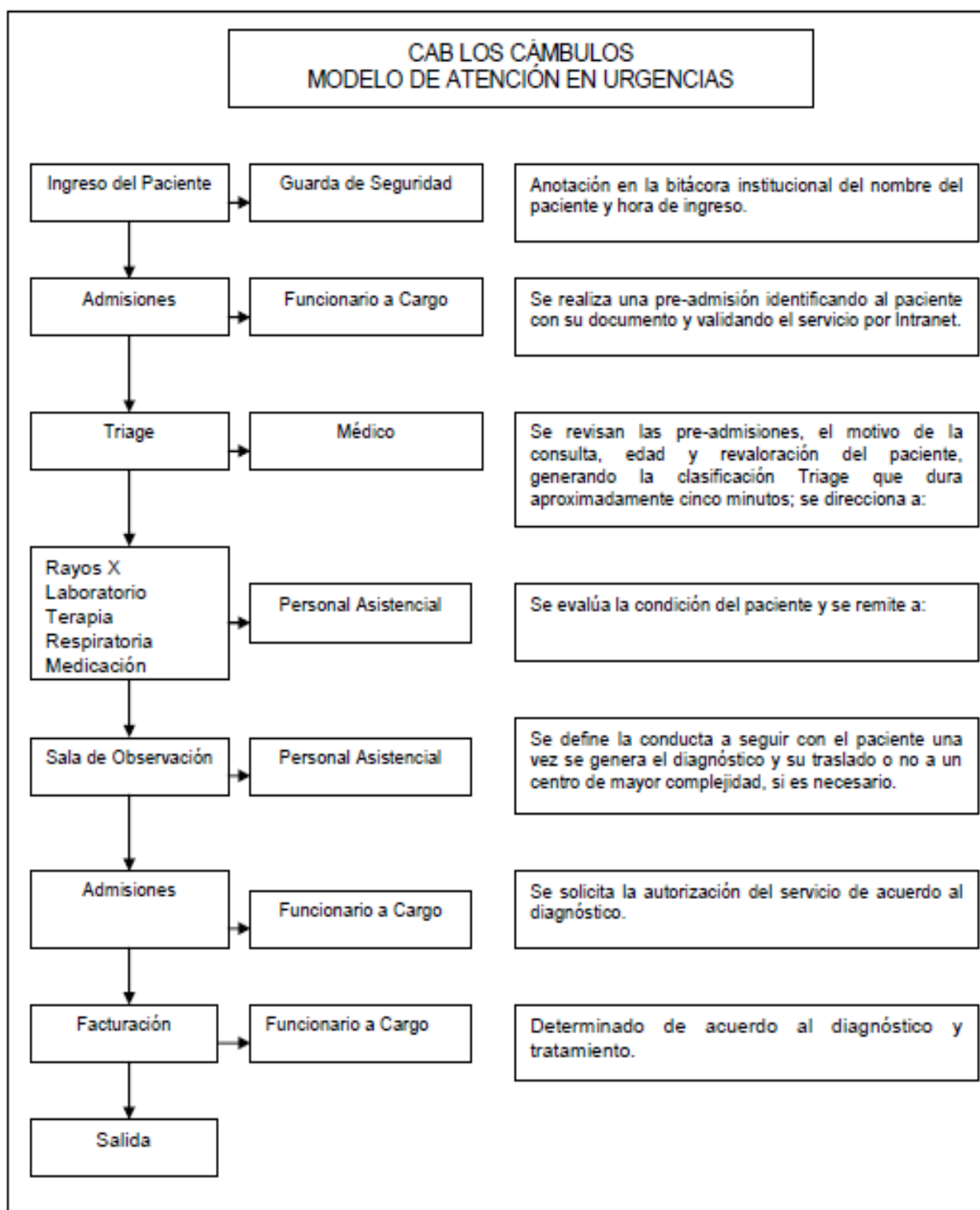
<sup>22</sup>Velandia, F. Satisfacción, oportunidad y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia. Revista gerencia y políticas de salud. Estudios e investigaciones -Colciencias-, 2001

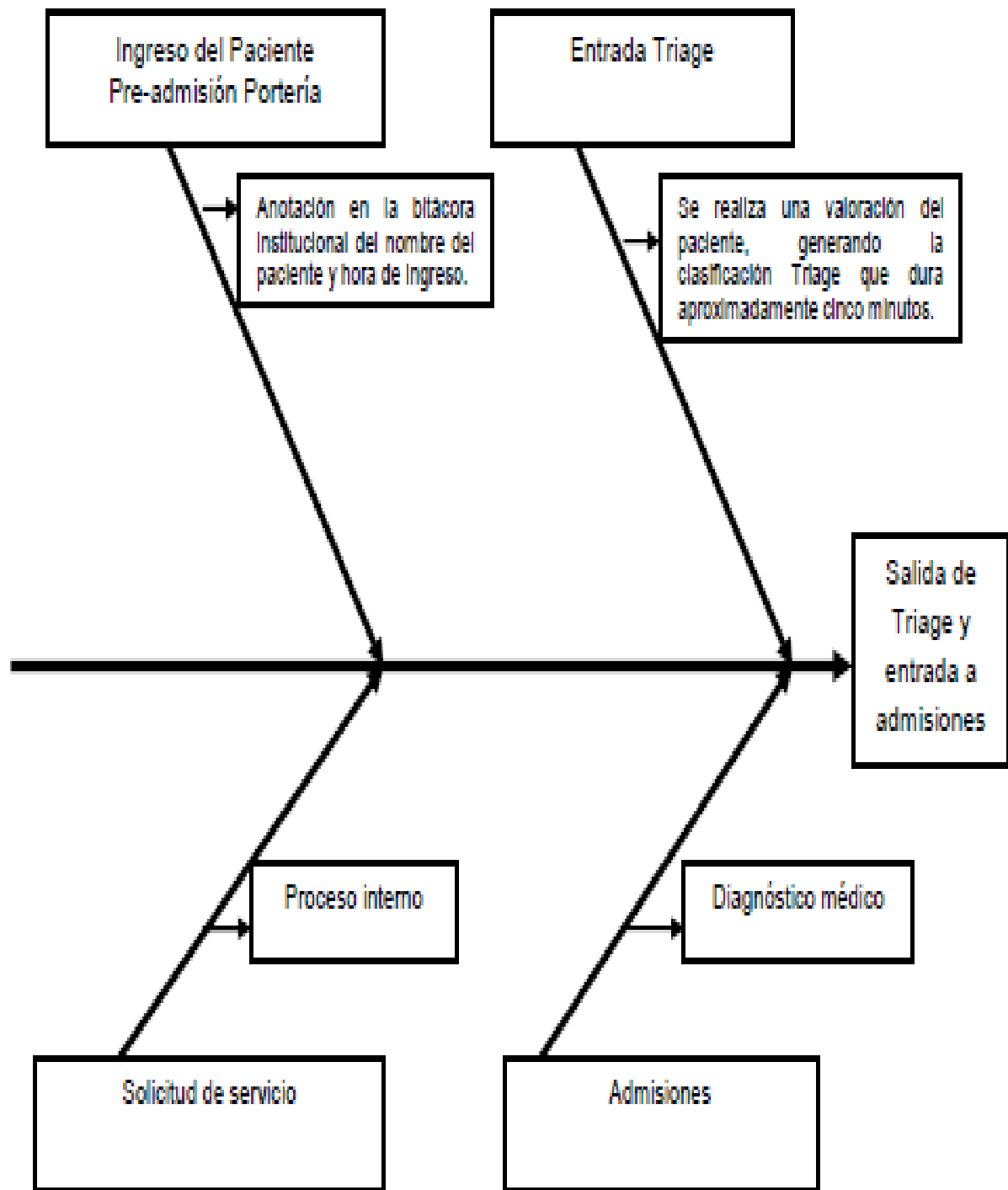
población vulnerable, mujeres embarazadas o adultos mayores, que generan prioridad; esta revisión dura aproximadamente cinco minutos donde se realiza la toma signos vitales, revisión de antecedentes y luego se define si se atiende allí o debe ir a rayos X, toma de muestras de laboratorio, terapia respiratoria o para aplicación de medicamentos o todas las anteriores.

Esta situación se evalúa y determina de acuerdo a la patología o síntomas que tenga el paciente. Después de este proceso debe pasar a la sala de observación para definir la conducta a seguir con el paciente, ya sea para ser trasladado a otro nivel de complejidad o darle de alta.

Este proceso pasa nuevamente a admisiones para solicitar la autorización del servicio, debido a que por trazabilidad del sistema se requiere el diagnóstico definitivo para que el asegurador pueda dar la autorización de la atención del servicio. (Ver figura No. 5)

Figura 5. Diagrama del Modelo de Atención Los Cábmulos

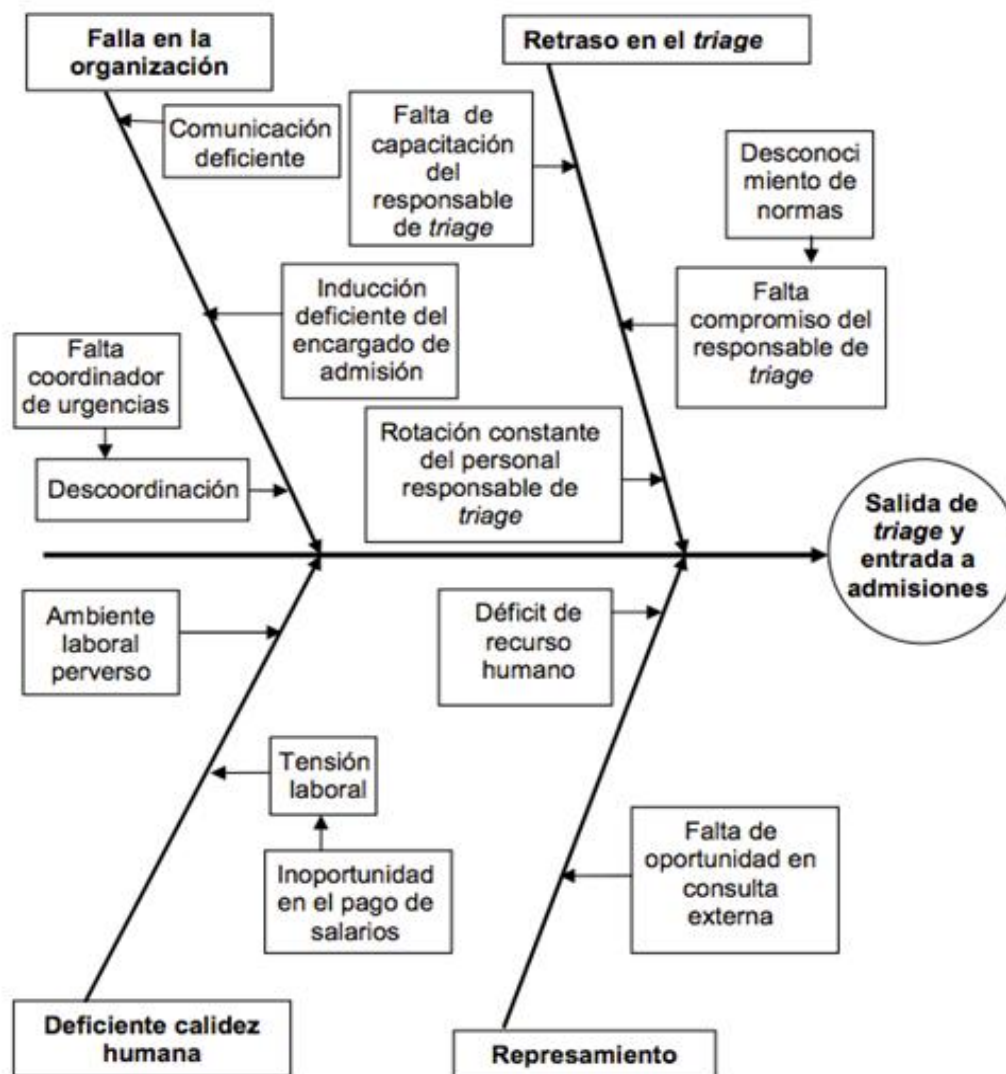




Fuente: Datos de la Investigación

#### 4.1.6 Factores Asociados a la No Oportunidad en la Atención

Figura 6. Factores asociados a la inoportunidad en la atención



Fuente: Datos internos de la Institución

Teniendo en cuenta que en la oportunidad con que se preste el servicio, existen diversos aspectos que determinan la atención y calidad de la misma, esto conlleva a

que se genera en el usuario un estímulo que le permite percibir positiva o negativamente ese medio físico y social en el que se encuentra, creándose con ello la satisfacción o insatisfacción

#### 4.1.7 La Percepción

Según la Gestalt, la percepción busca de manera directa organizar la información del ambiente dentro de una representación mental simple<sup>23</sup>; esta teoría intenta demostrar la temporalidad de la percepción que se caracteriza por buscar de manera inmediata lo cualitativo de los objetos, utilizando para sus propósitos la forma como cualidad fundamental. Es un proceso activo-constructivo en el que el perceptor, antes de procesar la nueva información y con los datos archivados en su conciencia, construye un esquema informativo anticipatorio que le permite contrastar el estímulo y aceptarlo o rechazarlo según se adecúe o no a la propuesto por el esquema.

Es decir, que la percepción consiste en un intento de agrupación de la información circundante dentro de unidades simples que le permitan a la conciencia adquirir noción de objeto y con ello afinar su capacidad abstracta. La percepción es entendida como un permanente acto de conceptualización. Los eventos del mundo externo son organizados a través de juicios categoriales que se encargan de encontrar una cualidad que represente de la mejor manera posible a los objetos<sup>24</sup>.

Desde de la psicología social<sup>25</sup>, el estudio científico de la forma en que las personas piensas, influyen y se relacionan mediante un comportamiento que varía no sólo por la situación objetiva, sino por la forma en que las personas la interpretan, la percepción es

---

<sup>23</sup> Oviedo, G.L. La definición del concepto de percepción en Psicología con base en la teoría Gestalt. Universidad de los Andes. Revista de Estudios Sociales. Versión en línea 1900-5180. [En línea]. Disponible en Internet: <http://res.uniandes.edu.co/view.php/375/index.php?id=375>

<sup>24</sup> Oviedo, G.L. Op. Cit.

<sup>25</sup> Morales, J.F, Moya, M., Reboloso, E., Fernández, J.M., Huici, C., Marques, J., Páez, D., Pérez, J.A. Psicología Social. Madrid, España, 1994. McGraw-Hill Interamericana de España S.A. ISBN: 84-481-1929-O

la imagen mental que se forma con la ayuda de las experiencias y necesidades y es el resultado de un proceso de selección, interpretación y corrección de sensaciones. En ésta se encuentran las siguientes características:

- Es subjetiva, ya que las reacciones a un mismo estímulo varían de un individuo a otro.
- Es selectiva, es consecuencia de la naturaleza subjetiva de la persona que no puede percibir todo al mismo tiempo y selecciona su campo perceptual en función de lo que desea percibir.
- Es temporal, ya que es un fenómeno a corto plazo, es decir, que es un proceso que evoluciona a medida que se enriquecen las experiencias o varían las necesidades o motivaciones.

Estas características otorgan a la percepción desde el enfoque social, dos procedimientos que comprenden:

- La connotación cognitiva, o la capacidad del perceptor de seleccionar o recodificar todos los datos que llegan del exterior en la memoria, reduciendo su complejidad y facilitando su análisis, almacenamiento y recuperación. Se compone de factores de origen interno que influyen en la percepción; como la necesidad o reconocimiento de la carencia de algo; la motivación o búsqueda de la satisfacción de la necesidad y la experiencia o acumulación de vivencias que afectan el comportamiento.
- La connotación emocional, o la capacidad de ir más allá de la primera información obtenida con el fin de predecir acontecimientos futuros y evitar o reducir la sorpresa. Se compone de sensaciones o emociones como respuesta directa e

inmediata a una estimulación, que no sólo se recibe a través de los cinco sentidos, sino que depende de la cantidad de estímulo y de su naturaleza.

Adicional a lo anterior, se tiene que la percepción se genera dentro de un proceso compuesto por:

- La Selección, los individuos perciben solo una pequeña porción de los estímulos a los cuales están expuestos. El individuo participa directamente en lo que experimenta acompañado de una selección efectuada entre los estímulos propuestos. Siendo afectada esta selección por las expectativas y los motivos.
- La Organización, una vez recogida toda la cantidad de estímulos de forma conjunta, las personas los clasifican de manera rápida asignándoles un significado que varía según dicha clasificación.
- La Interpretación, trata de dar contenido a los estímulos previamente seleccionados y organizados, depende de la experiencia previa del individuo así como de sus motivaciones, intereses personales y su interacción con otras personas. Por tanto, la forma de interpretar los estímulos puede variar a medida que se enriquece la experiencia del individuo.

En el desarrollo de este proceso perceptivo, cada individuo y como se mencionó anteriormente de manera subjetiva, al encontrar solución a su necesidad y alcanzar el cumplimiento de sus expectativas, obtiene la satisfacción con el servicio.

#### 4.1.8 La Satisfacción del Cliente

Al determinar en el proceso de connotación cognitiva en el individuo una motivación o búsqueda de la satisfacción de sus diferentes necesidades, ésta de manera personal, *“se constituye es la satisfacción con la vida y está relacionada con la valoración*

*individual de la calidad de vida, regida por apreciaciones subjetivas y objetivas donde trasciende lo económico y se mira la percepción, opinión, satisfacción y expectativas de las personas*<sup>26</sup>. A partir de lo anterior, se tiene que el ideal para quien ofrece un producto o servicio debe tener como objetivo la calidad del mismo a fin de que logre satisfacer a sus clientes y que éstos una vez así se sientan, superen sus expectativas; lo que determinará entonces satisfacción; de lo contrario, se crea la insatisfacción.

Para Carmona y Leal<sup>27</sup>, en el supuesto de que la satisfacción e insatisfacción del cliente tuvieran su origen en distintas dimensiones de los productos y/o servicios, minimizar la insatisfacción del cliente no sería lo mismo que maximizar tal satisfacción y en este caso a una empresa le interesaría saber cuáles son las dimensiones que se relacionan con la insatisfacción y cuáles se relacionan con la satisfacción; lo que infiere la importancia de conocer qué es lo que produce satisfacción y trabajar en ello, ya que ésta como *“estado psicológico resultado de un proceso de compra o uso del servicio”*<sup>28</sup>, va unida a cada transacción de compra o del servicio y se consigue a través de conceptos como los deseos del cliente, sus necesidades y expectativas.

La satisfacción del cliente va unida a cada transacción específica, a diferencia de la actitud hacia un producto o servicio que es general y puede existir sin que haya habido una experiencia personal de consumo concreta. Por otra parte, la calidad de servicio percibida es similar a la actitud hacia un servicio y no está vinculada a cada transacción específica como la satisfacción del cliente, sino que es una valoración global o de conjunto del servicio.

---

<sup>26</sup>Fundación Europea para la mejora de condiciones de vida y trabajo. Calidad de vida en Europa. Alemania: Oficina de publicaciones, 2005. Citada en Cardona, D. y Agudelo, H.B. Satisfacción Personal como Componente de la Calidad de Vida de los Adultos de Medellín. Rev. salud pública. 9 (4):541-549, Medellín, 2007. [En línea]. Disponible en Internet: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v9n4/v9n4a06>

<sup>27</sup>Carmona, A. y Leal, A. La teoría de los dos factores en la satisfacción del cliente. Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa, Universidad de Sevilla, España, 1998 Vol. 4, N° 1. [En línea]. Disponible en Internet: <http://www.aedem-virtual.com/articulos/iedee/v04/041053.pdf>

<sup>28</sup>Evrard, Y. La satisfaction des consommateurs: état des recherches. Revue Francaise du Marketing. 1993 citado en Carmona y Leal Op. Cit. p 54

Si bien es cierto que la satisfacción del cliente es un objetivo importante, no es el objetivo final en sí mismo para una organización, puesto que se constituye en un medio para alcanzar los propósitos empresariales, al tener la retención del cliente o usuario una correlación con los beneficios que logra la organización. Sin embargo, la importancia de la satisfacción del cliente en el mundo empresarial reside en que, un cliente satisfecho será un activo para la compañía debido a que probablemente volverá a usar sus servicios o productos o dará una buena opinión al respecto de la compañía, lo que conllevará un incremento de los ingresos para la empresa. Frente a ello si la organización posee una visión donde el cliente se entiende como una entidad que tiene sus propias necesidades, motivaciones y creencias, entonces desde los criterios administrativo, la satisfacción del cliente se interpretará basándose en sus pensamientos al respecto de estos aspectos.

De acuerdo con las características de la presente investigación y que la satisfacción está asociada a la prestación oportuna de un servicio como lo es la salud, se tiene en cuenta desde las diferentes teorías sobre el tema, la teoría de las expectativas, la cual sugiere que los clientes conforman sus expectativas al respecto del desempeño de las características del servicio antes de utilizarlo, una vez que se hace uso del servicio, el usuario compara las expectativas de las características de éste con el desempeño real al respecto, usando una clasificación del tipo “mejor que” o “peor que”. Se produce una disconformidad positiva si el servicio es mejor de lo esperado mientras que una disconformidad negativa se produce cuando el servicio es peor de lo esperado.<sup>29</sup>

Bajo esta teoría, se presentan tres enfoques que conforman la estructura básica del modelo de confirmación de expectativas:

- La satisfacción como resultado de la diferencia entre los estándares de comparación previos de los clientes y la percepción del desempeño del producto o

---

<sup>29</sup>Liljander y Strandvik, citados en Carmona y Leal Op. Cit.

servicio de que se trate. Se hace hincapié en el efecto de contraste, apareciendo la insatisfacción cuando el desempeño es menor que el esperado para dicho producto o servicio.

- Se asume que las personas asimilan la realidad que observan para ajustarla a sus estándares de comparación. La búsqueda de un equilibrio produciría que los individuos tiendan a percibir la realidad de manera similar a sus estándares de comparación.
- Se ha propuesto un modelo de la actitud de las personas que incluye una relación directa entre el desempeño percibido y la satisfacción. Parece ser que en determinadas circunstancias, principalmente cuando los clientes se encuentran ante nuevos productos o servicios, es probable que si el producto o servicio es del agrado de los clientes, éstos se mostraran satisfechos independientemente de si los productos o servicios confirman o no sus expectativas.

## **4.2 MARCO LEGAL**

- Constitución Política de Colombia de 1991  
En su artículo 49, reafirma la potestad del Estado para reglamentar y organizar los niveles de atención en la prestación de los servicios de salud, de conformidad con los principios de universalidad, eficiencia y solidaridad. Así mismo en sus artículos 334 y 365, establece la facultad del Estado para mantener la regulación, control, y vigilancia del servicio de salud como servicio público.
- Ley 100 de Diciembre 3 de 1993  
Mediante la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral, en sus disposiciones generales y como fundamento del sistema, especifica en el artículo 154, literal f que el estado debe intervenir en la organización de los servicios de salud en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la

comunidad. En el artículo 159 se le garantiza a los afiliados la atención de urgencias en todo el territorio nacional y la escogencia de las Instituciones Prestadoras de Servicios y de los profesionales entre las opciones que cada Entidad Promotora de Salud ofrezca dentro de su red de servicios. El artículo 162 Plan Obligatorio de Salud, Parágrafo 5, establece para la prestación de dichos servicios que todas las Entidades Promotoras de Salud establecerán un sistema de referencia y contra-referencia para que el acceso a los servicios de alta complejidad se realice por el primer nivel de atención, excepto en los servicios de urgencias.

- Ley 715 de Diciembre 21 de 2001

Por medio de la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros, establece en su artículo 42 como una de las competencias en salud por parte de la nación: Definir, implantar y evaluar la política de Prestación de Servicios de Salud. En ejercicio de esta facultad regulará la oferta pública y privada de servicios, estableciendo las normas para controlar su crecimiento, mecanismos para la libre elección de prestadores por parte de los usuarios y la garantía de la calidad; así como la promoción de la organización de redes de prestación de servicios de salud, entre otros.

- Decreto 4747 de Diciembre 7 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. En el Capítulo I, Artículo 3º se define el Sistema de Referencia y Contra referencia como el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida

por la entidad responsable del pago. Esta misma norma en los párrafos 1º y 2º hace referencia a la organización de la red y la difusión de la misma.

- Acuerdo 029 de 2011

Por medio del cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud; emanado de la Comisión de Regulación en Salud.

- Decreto 1011 de 2006

Por medio del cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 1º. *Campo de aplicación.* Las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

La actual política de salud con la implementación del SGSSS y en los procesos de descentralización de competencias y recursos, requiere el compromiso de las personas y las instituciones para definir estrategias acordes a las necesidades locales que permitan mejorar la calidad de vida de sus habitantes. Es necesario entonces, definir y establecer las relaciones y coordinación entre las diferentes instituciones dentro del concepto técnico-administrativo de la red de servicios, lo cual se logra en buena parte mediante el desarrollo del Sistema de Referencia y Contra referencia.

#### **4.3 ESTADO DEL ARTE**

Cuando se solicita atención de urgencias se está buscando precisamente que ésta sea inmediata y efectiva o por lo menos en el mínimo tiempo posible, sin embargo, existen muchas circunstancias que afectan este proceso como el mismo sistema de salud, al

tener que cumplir requisitos que en muchas ocasiones entorpecen la actividad, colocando en riesgo al paciente no solo porque los usuarios desconocen la normatividad, sino porque al estar en medio de la urgencias se desconocen las exigencias del sistema.

Con base en lo anterior se tienen en cuenta algunos estudios al respecto del tema de la presente investigación, como un estudio realizado en Medellín denominado *“Dificultades para la atención en los servicios de urgencias: la espera inhumana”* cuyas autoras, las enfermeras Martha Adiel López Betancur, María Lucelly García Henao, Martha Cecilia Madrigal Ramírez y Constanza Forero Pulido de la Universidad de Antioquía en el año 2010, evidenciaron que las personas al acudir a los servicios de urgencias se encuentran con tres miradas que afectan el servicio, ellas son la que los participantes consideran que la atención es inhumana, la segunda es la barrera del sistema de salud que se considera como un conjunto de actividades que garantizarán la atención oportuna y con calidad, y la tercera que la muestran otras investigaciones y tiene que ver con las barreras para el acceso, para ser admitido y para obtener información.

Por otra parte se tiene la investigación denominada *“Evaluación de la oportunidad en la atención en el servicio de urgencias en la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Girón, octubre-diciembre de 2008”*, realizada en el año 2009 por el estudiante Christian Sneider Morales Parra de la universidad CES y Universidad Autónoma de Bucaramanga, la cual buscaba evaluar la oportunidad de atención en el servicio de urgencias de la mencionada ESE; encontrando que la existente inoportunidad en la atención se debe al presentarse un retraso significativo en el proceso de Triage como punto crítico de todo el proceso, demostrando que el tiempo prolongado en atender el paciente que solicita la atención de urgencias, especialmente la clasificación de aquellos con menos urgencia, soporta la necesidad de implementar programas de capacitación a los integrantes del servicio, de tal forma que tengan los instrumentos necesarios para la valoración y juicio crítico sobre la selección y clasificación del paciente.

En otro estudio sobre *“Triage y tiempos de espera en un servicio de urgencias hospitalario en el hospital Cabueñes Gijón, Asturias España”* desarrollado en 1998 por Belén Álvarez y otros, se encontró que sobrecarga de trabajo en el área de urgencias condiciona irremediablemente a una disminución en la calidad asistencial y que para ello, la solución es disminuir la demanda mediante la mejora de la asistencia pre-hospitalaria, la educación sanitaria a la población y la utilización ordenada y de circuito del triage para dar una respuesta eficaz a la demanda masificada del centro de urgencias de tal manera que se disminuya la ansiedad tanto del personal como del enfermo y del familiar que espera. Para que el servicio sea efectivo es necesario establecer la clasificación de códigos de color, porque con ello se evitan las sobrevaloraciones de las patologías en el momento de su atención.

De otro lado, el estudio sobre *“Gestión de Recursos humanos en triage de servicios de emergencia hospitalaria, Barcelona España”* desarrollado en el año 2009 por Patricia Vidal y Gustavo Ribero, se encontró la debilidad que existe en el área de gestión humana, lo que conduce al fracaso de sus sistemas de contención de consultas, generando altos costos de producción, baja calidad e insatisfacción en los usuarios. El resultado del estudio es aplicar políticas de recursos humanos que operen en sistemas de gerenciamiento de pre-admisión hospitalaria para mejorar el uso y la utilización de los recursos asignados. Estas políticas ayudan a disminuir los tiempos de espera, optimizar el recurso cama, adecuar el consumo de los insumos y recursos del servicio a las reales necesidades de la demanda, mejorando así el comportamiento de las personas, disminuir el estrés laboral, y minimizar los riesgos de conflictos personales.

En entrevista realizada a la Doctora María del Socorro Maya experta en procesos de calidad de una clínica de la ciudad de Cali, referenció al Hospital Pasteur de Brasil, como un instituto que se visitó para conocer otros modelos de atención (benchmarking) y al respecto menciona: *“El hospital se caracteriza por contribuir a la prevención, al tratamiento de enfermedades especialmente a las infecciosas a través de la*

*investigación, enseñanza y acciones de salud pública asociada a organismos científicos como la OMS y a una red internacional de 32 institutos”*

Este hospital tiene un modelo ejemplo de atención de urgencias, en donde se utiliza el proceso Triage con la participación activa de los usuarios a través de la adquisición, conocimiento y aprendizaje por parte de este del funcionamiento y clasificación del triage en el servicio. Este mecanismo, maneja una serie de colores que se utilizan en la parte superior del cuerpo del usuario para que éste identifique que color tiene y a qué clasificación corresponde para ser atendido. Además de esto, se refuerza en las salas de espera el aprendizaje, haciendo proyección por medio de ayudas audiovisuales y explican y relacionan los colores con los diagnósticos que cada color utiliza para su atención. El usuario entonces reconoce que tipo de color tiene, que consulta requiere y el tiempo que debe esperar para ser atendido.

El color rojo está relacionado con el nivel 1 del Triage y se explican los diagnósticos y las emergencias, el Triage 2 está identificado con el color amarillo, el verde con el Triage 3 y así sucesivamente.

Este modelo minimiza el tiempo de espera en los usuarios y hace parte de una promesa de cambio. El impacto entonces se hace a través de los siguientes elementos:

- Identificación del usuario
- Clasificación
- Educación continua en sala
- Turnero (para conocer cuánto tiempo se demora para ser atendido)

El modelo tiene cuatro rutas de ingreso de pacientes para atender la población:

- Input de pacientes ambulatorios
- Input de pacientes urgencias clasificados Triage 1 y 2

- Input de pacientes consulta externa
- Input de pacientes remitidos.

Los grupos de apoyo para el servicio también participan del aprendizaje, como son las personas que conducen las ambulancias, los de servicios generales y personal del área administrativa. Todo se vuelca a la calidad de la prestación del servicio.

## **5. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Esta investigación es de tipo Cuantitativo con un enfoque descriptivo, basada en el análisis de los tiempos de espera, tiempos de atención tanto del triage como para la consulta, aunado a los niveles de satisfacción expresado por los usuarios y/o familiares durante la prestación del servicio de urgencias, con el propósito de conocer el tiempo de oportunidad que tiene el servicio. A partir de estos resultados se hace una comparación descriptiva con modelos de atención de otras instituciones que prestan el servicio.

De igual manera se aborda para el desarrollo de toda la investigación, un diseño no experimental que permite observar los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural<sup>30</sup>, puesto que no hay una manipulación de la información y sus variables, ni estímulos planeados para los participantes. Obedece además a un diseño transeccional o transversal, donde se recolectan datos en un sólo momento, en un tiempo único.

Dado que su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.<sup>31</sup> Se genera entonces, una observación de las situaciones que ya sucedieron, al igual que sus efectos.

### **5.2 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

En su función de medir, se tienen en cuenta los siguientes instrumentos:

---

<sup>30</sup>Hernández, Fernández y Baptista. Op. Cit. p. 205

<sup>31</sup>Ibíd. p. 151

### 5.2.1 Registro del Tiempo de Uso para la Atención en Urgencias

Se utiliza el registro de tiempos SIO de la Corporación Comfenalco Universidad Libre; en este registro se encuentra la siguiente información:

- Fecha y hora de llegada
- Id o historia clínica del paciente
- Nombre
- Edad
- EPS
- Dirección
- Nivel Triage
- Registro de ingreso
- Tiempo de uso del consultorio
- Motivo de consulta
- Tiempo de espera en la sala
- Tiempo de egreso

### 5.2.2. Cuestionario de satisfacción 1: Evaluación de los niveles de satisfacción de los usuarios y/ familiares

Para la recolección de datos cuantitativos, se utiliza un cuestionario constituido por un conjunto de preguntas que miden las variables escogidas en la presente investigación; básicamente consta de preguntas cerradas o previamente delimitadas y se presentan a los participantes las posibilidades de respuesta (de 1 a 5), donde 1 refleja una percepción muy deficiente y 5 como excelente.

El cuestionario utilizado en este estudio ha sido diseñado por las investigadoras teniendo como base el modelo de cuestionario utilizados por la Corporación Comfenalco en la medición de la satisfacción de los usuarios en diferentes IPS, como el

identificado con código URG-F 005-16, el cual hace énfasis en la percepción que tiene el usuario de la prestación del servicio. La validez en su constructo se apoya en los conceptos teóricos y la relación entre ellos. (Ver Anexo A)

Por otra parte, este tipo de cuestionario utiliza la escala de medición Likert\*, que se define como cómo *“un conjunto de ítems que se presentan en forma de afirmaciones para medir la reacción del sujeto en tres, cinco o siete categorías”*<sup>32</sup>, facilita medir, en este caso concreto, las actitudes de los participantes ya que al presentarle cada afirmación, éste externaliza su reacción asignándosele a cada opción escogida un valor numérico que genera una puntuación total, la cual se considera alta o baja según el número de ítems o afirmaciones y que pueden tener una dirección negativa o positiva en los resultados finales.

Es un instrumento que se puede aplicar de manera auto administrado o por entrevista, donde la primera forma permite entregar al participante el cuestionario y éste marca conforme a su reacción, y, en la segunda el entrevistador lee las afirmaciones y las alternativas de respuestas y anota lo que el participante conteste, siendo adoptada la segunda opción para un mejor manejo de la información suministrada.

5.2.3 Cuestionario 2: Recolección datos de modelos de atención de tres IPS que realicen la misma actividad sin importar el nivel de complejidad de la atención.

Se utiliza como herramienta para recolectar datos en relación a los modelos de atención, a los tiempos de oportunidad y con preguntas relacionadas con la satisfacción del usuario al utilizar el servicio. Es un cuestionario constituido por siete preguntas y construido por las investigadoras, el cual tiene como finalidad recoger datos sobre el modelo de atención y sus resultados. Cada cuestionario tiene el soporte de cada institución. (Ver Anexo B)

---

\*Método inventado por Rensis Likert en 1932

<sup>32</sup>Hernández, Fernández y Baptista Op. Cit. p. 341

#### 5.2.4 Análisis de la información

El primer instrumento es utilizado para recolectar la información de los tiempos utilizados en la atención de urgencias, en él se registra la fecha de ingreso, la hora de llegada, la apertura de la historia clínica, el tiempo de realización del triage, el tiempo de espera en sala, el tiempo de realización de la consulta y el tiempo de egreso del servicio entre otras. Este instrumento suministrado por el programa SIO de la Corporación Comfenalco Universidad Libre, permite estimar el tiempo de atención a la población objeto de este estudio.

El segundo instrumento basado en la escala Likert y en el cuestionario modelo de la Corporación Comfenalco Universidad Libre (SIO URG-F 005-16), permite identificar las variables sociodemográficas de los usuarios, la percepción que tienen de las diferentes áreas del servicio, del grupo asistencial y en general la satisfacción o inconformidad que tiene durante la prestación de este. Los resultados se procesan a través del programa Epi Info, versión 7.0, el cual fue diseñado por el Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta (CDC), que consiste en una serie de programas libremente distribuibles para su uso por profesionales de la salud pública en la realización de investigaciones de epidemias, la administración de bases de datos para la vigilancia de la salud pública y otras tareas y aplicaciones generales de base de datos y estadísticas.

Con Epi Info y un computador personal, los médicos, los epidemiólogos y otros trabajadores del sector de la salud pública, pueden rápidamente desarrollar un cuestionario o formulario, personalizar el proceso de entrada de datos y escribir y analizar datos; este software contiene un conjunto de herramientas y utilidades que pueden ser instaladas de forma individual o colectiva.<sup>33</sup>

El tercer instrumento (cuestionario que consta de siete preguntas), permite conocer en el contexto los modelos de atención que utilizan otras instituciones, para identificar el

---

<sup>33</sup>Softpedia. Epi Info. [En línea]. Disponible en Internet: <http://www.softpedia.es/programa-Epi-Info-119202.html>

proceso del Triage, los tiempos que se utilizan en la atención I Triage y en las consultas, las mediciones que hacen de éstos y la satisfacción de los usuarios, con el propósito de hacer un análisis comparativo y aportar elementos importantes en el mejoramiento del servicio de la institución, objeto de investigación.

### **5.3 LA MUESTRA**

En la presente investigación la población obedece a los usuarios de la IPS Los Cármbulos que acuden al servicio de urgencias y que corresponden a los niveles de clasificación del Triage uno y dos. Sus características están relacionadas con el estudio como usuarios o familiares (cuando los pacientes son menores de edad o los usuarios cuando están siendo atendidos) del sistema de salud al que pertenecen y que acuden a dicha IPS.

La muestra probabilística inicial estuvo conformada por 3351 personas que buscan el servicios de urgencias, con edades que oscilan entre cero meses y/o el nacimiento y 61 años o más, provenientes de la zona sur de Cali. La selección se realizó a través de un muestreo probabilístico de las personas clasificadas en el triage uno y dos de forma sistemática, tomando uno de cada cuatro según orden de atención. Se estableció un error de muestreo inferior al 5 %, con un nivel de confiabilidad del 95% y la probabilidad de éxito y fracaso del 0.5% respectivamente.

Reconociendo que los participantes son pacientes que en ocasiones acuden en difíciles condiciones de salud, lo que determina una atención prioritaria, para la aplicación del cuestionario en estos casos, se tienen en cuenta sus familiares quienes responden a los enunciados. De tal manera que el momento oportuno de aplicación del cuestionario, depende del estado de salud del usuario mismo y su voluntad de atenderlo mientras espera, o bien si el que responde es un familiar, éste lo hace mientras espera a que su familiar termine de ser atendido por quien corresponda conforme a la urgencia. Para ello y contando con los estudiantes pasantes del área de enfermería de la Clínica

Blanca, previa capacitación por parte de las investigadoras, éstos son los encargados de presentar el consentimiento informado, (Ver Anexo C), y toda la información necesaria para un mejor conocimiento de la investigación, sus objetivos y mecánica del cuestionario, de tal manera, que el familiar facilite obtener la información requerida para los fines del estudio y en los casos que los usuarios, por sus condiciones de salud puedan atender el cuestionario, serán quienes aporten la información solicitada.

Acerca del consentimiento informado, en él se explica el objetivo de la investigación; la confidencialidad que se genera al suministrar la información de quien atiende la encuesta; el rigor ético de tal participación, siendo ésta voluntaria y con el libre retiro de la misma en cualquier momento; el no riesgo inmediato o tardío que supone tal encuesta e investigación para el usuario y/o su familiar; el libre acceso a la consolidación de la información y sus resultados finales y, la no existencia de conflicto de intereses como usuarios de la IPS, mediante su participación.

Para el muestreo de este trabajo investigativo, se aplica estadísticamente la siguiente fórmula<sup>34</sup>:

---

<sup>34</sup> Torres, L. S. Manual práctico de estadística 1ª Ed. Pime S.A. Bogotá D.C. 1986

|                                                                                                         |                                    |      |                      |        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------|----------------------|--------|
| <b>Fórmula</b>                                                                                          |                                    |      |                      |        |
| $n = \frac{Z^2 \times N \times P \times Q}{E^2 (N-1) + Z^2 \times P \times Q}$                          |                                    |      |                      |        |
| <b>Datos</b>                                                                                            |                                    |      |                      |        |
| <b>Z</b>                                                                                                | Nivel de confiabilidad del estudio | 1,96 | <b>Z<sup>2</sup></b> | 3,8416 |
| <b>N</b>                                                                                                | Población                          | 3351 |                      |        |
| <b>P</b>                                                                                                | Probabilidad de éxito              | 0,5  |                      |        |
| <b>Q</b>                                                                                                | Probabilidad de fracaso            | 0,5  |                      |        |
| <b>E</b>                                                                                                | Error                              | 0,05 | <b>E<sup>2</sup></b> | 0,0025 |
| <b>Aplicación</b>                                                                                       |                                    |      |                      |        |
| $n = \frac{(1,96)^2 \times 3351 \times 0,5 \times 0,5}{0,05^2 (3351-1) + 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}$ |                                    |      |                      |        |
| n=                                                                                                      | $\frac{3218,3004}{8,375+0,9604}$   |      |                      |        |
| n=                                                                                                      | $\frac{3218,3004}{9,3354}$         |      |                      |        |
| n=                                                                                                      | <b>340</b>                         |      |                      |        |

### 5.3.1 Criterios de Inclusión

Todos los usuarios del servicio de urgencias que tengan una clasificación del Triage 1 y 2 , participacion voluntaria a través de un cuestionario avalado por el Comite de Etica de la Universidad. Dentro de este criterio se encuentra el paciente mismo y el familiar que le acompañe y en determinados casos sea quien atienda el cuestionario. No se determinan rangos de edad, puesto que son todos los usuarios del sistema de salud que atiende la IPS Los Cábulo y que acuden a través del servicio de urgencias. Para el

caso de los menores de edad, responde al cuestionario el padre de familia o familiar que le acompañe al momento de presentarse en el CAB.

### 5.3.2 Criterios de Exclusión

Todos los usuarios del servicio de urgencias que tengan clasificación del triage tres y cuatro

### 5.3.3 Aspectos Éticos de la Investigación

Con base en los principios fundamentales de la ética de la investigación al trabajar con seres humanos, se debe garantizar por parte de los investigadores que los participante cuenten con todas las condiciones de respeto, beneficio y justicia; de estos principios éticos y el código de conducta de la American Psychological Association -APA-<sup>\*\*\*</sup>, Hernández Sampieri<sup>35</sup>, considera los siguientes derechos:

- Estar informados del propósito de la investigación, el uso que se hará de los resultados de la misma y las consecuencias que puede tener en sus vidas; al respecto en la información contenida en el cuestionario diseñado en la presente investigación, se mencionan estos aspectos claramente en el consentimiento informado de manera que quienes participan comprendan los alcances del estudio y la importancia de su participación en ella.
- Negarse a participar en el estudio y abandonarlo en cualquier momento que así lo consideren conveniente, así como negarse a proporcionar información; este derecho se tiene plenamente establecido y será respetado en cualquier momento de la presente investigación.

---

\*\*\* La American Psychological Association es la principal organización científica y profesional que representa la psicología en los Estados Unidos. [En línea]. Disponible en Internet: [www.apa.org](http://www.apa.org)

<sup>35</sup> Hernández, R. La ética en la investigación. [En línea]. Disponible en Internet: [es.scribd.com/doc/6810349/Hernandez-Sampieri-2007-La-etica-en-La-Investigacion](https://es.scribd.com/doc/6810349/Hernandez-Sampieri-2007-La-etica-en-La-Investigacion)

- Cuando se utiliza información suministrada por ellos o que involucra cuestiones individuales, su anonimato debe ser garantizado y observado por el investigador; este aspecto resulta de suma importancia, por tanto si bien es cierto al momento de la aplicación del cuestionario se toman nombres y apellidos de los participantes, éstos serán de absoluta confidencialidad en el estudio siendo omitidos en la presentación final de los resultados, puesto que la información suministrada solamente se tiene en cuenta para su medición y evaluación.

En la presente investigación se atiende las disposiciones establecidas en la Resolución No. 008430 de 1993<sup>36</sup> emanada del Ministerio de Salud, mediante la cual se establecen en el país las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; por tanto y entendidos los Artículo 1º y 2º los cual rezan que *“las disposiciones de estas normas científicas tienen por objeto establecer los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa en salud”*, y que *“Las instituciones que vayan a realizar investigación en humanos, deberán tener un Comité de Ética en Investigación, encargado de resolver todos los asuntos relacionados con el tema”* respectivamente, se cumplen dicho requisitos en aras de contribuir al conocimiento y comprensión de las acciones biológicas y psicosociales en los seres humanos.

Como lo menciona la citada Resolución en su Artículo 9º, se debe considera como riesgo de la investigación la probabilidad de que el sujeto que participa en el estudio sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio, por tanto el grupo investigador identifica que como también lo señala el Artículo 11º con respecto a las categorías de los riesgos, la presente investigación corresponde a aquella sin riesgo, puesto que la técnica de obtención de la información y el contenido de la misma y, los métodos documentales no ejercen ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, sicológicas o sociales de los individuos que

---

<sup>36</sup> Universidad de la Sabana. [En línea]. Disponible en Internet:  
[http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite\\_de\\_etica/Res\\_\\_8430\\_1993\\_-\\_Salud.pdf](http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf)

participan en el estudio; ya que no existe revisión de sus historias clínicas y el cuestionario no trata aspectos sensitivos de su conducta o la de sus familiares.

Las personas participantes que responden el cuestionario, son seleccionadas en forma sistemática tomando uno de cada cuatro según orden de llegada a la institución; teniendo en cuenta que a la institución llegan pacientes en estados de salud críticos y si la persona fue seleccionada, en estos casos como se mencionó anteriormente, el cuestionario será aplicado a un familiar; en casos de que sea un menor de edad se hará el mismo proceso con un familiar y la encuesta se aplica una vez se hace cierre de la historia clínica. La persona que responde el cuestionario es quien firma el consentimiento informado y obtiene una copia del mismo. Al considerar esta investigación sin riesgo para el participante, representa un estudio que no tiene peligros potenciales frente a los aspectos éticos, ya que se determinan la oportunidad y la satisfacción del usuario frente a la atención, sin intervenir en aspectos relacionados con dicha atención.

Dado lo anterior, se emite acta de aprobación del presente estudio, identificada con el número 022- 013por parte d el Comité de Ética de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle. (Ver Anexo D)

## 5.4 VARIABLES DEL ESTUDIO

*“Son aquellas que pueden ser medidas, observadas, evaluadas o inferidas”<sup>37</sup>*, puesto que permiten obtener datos reales, confrontar una investigación con otras similares y evaluar adecuadamente los resultados encontrados, porque éstas se contextualizan. Las variables pueden ser conceptuales u operacionales, que para el caso de la presente investigación aborda la segunda de ellas, es decir, las operacionales que Reynolds<sup>38</sup> considera se constituyen en *“un conjunto de procedimientos que describen las actividades que el observador debe realizar para recibir las impresiones sensoriales,*

---

<sup>37</sup>Hernández, Fernández y Baptista. Op. Cit. p. 145

<sup>38</sup> Reynolds, P.D. A primer in theory construction. Nueva York, 1986. Citado en Hernández, Fernández y Baptista. Op. Cit. p. 146

*las cuales indican la existencia de un concepto teórico en mayor o menor grado”, es decir, que especifica las actividades u operaciones que deben realizarse para medir dicha variable.*

#### 5.4.1 Variable Dependiente

La variable dependiente se mide para ver el efecto que la variable independiente tiene en ella<sup>39</sup>; esta variable en la presente investigación hace referencia a la medición del tiempo de oportunidad, donde se observa su efecto sobre la variable independiente, es decir, sobre la percepción del usuario acerca del servicio recibido y el conjunto de circunstancias que le rodean e influyen en su juicio; dentro de esta perspectiva se tienen en cuenta algunos aspectos demográficos de los encuestados, la percepción y atribución que otorgan a la calidad del servicio prestado por el personal de la IPS y su satisfacción manifiesta o la de sus familiares al acercarse en búsqueda del servicio y lo que reciben en urgencias.

#### 5.4.2 Variable Independiente

Como aquella que se elige libremente para verificar su efecto o su relación con las variables dependientes<sup>40</sup>, es necesario especificar qué se va a entender por dicha variable, para este caso corresponde al Triage 1 y 2 de urgencias en el CAB, los tiempos manifiestos en el registro de la SIO, los aspectos de la percepción de la atención recibida como oportunidad, atención general, procesos en la atención e instalaciones físicas del CAB, que se manifiestan a través de la satisfacción o no del usuario.

---

<sup>39</sup>Hernández, Fernández y Baptista. Op. Cit. p. 123

<sup>40</sup>Ibíd. p. 123

### 5.4.3 Matriz de Operacionalización de Variables

Cuadro 5. Matriz de Operacionalización de Variables

| Nombre de la Variable   | Conceptualización de la Variable                                                                                                                                                                        | Nivel de Medición de la Variable | Códigos de la Variable                                                                       |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Género                  | Característica biológica que definen la población hombre o mujer.                                                                                                                                       | Nominal                          | 1. Hombre<br>2. Mujer                                                                        |
| Edad                    | Fecha de nacimiento menos fecha actual                                                                                                                                                                  | Razón                            | 1. Nacimiento-10<br>2. 11-20<br>3. 21-40<br>4. 41-60<br>5. 61 (+)                            |
| Nivel Educativo         | Etapas que conforman la educación de un individuo                                                                                                                                                       | Ordinal                          | 1. Básico<br>2. Secundario<br>3. Técnico<br>4. Tecnológico<br>5. Universitario               |
| Estrato                 | Clasificación colombiana de los domicilios o viviendas a partir de sus características físicas y de su entorno, en seis grupos o estratos                                                               | Categórica                       | 1. Estrato 1<br>2. Estrato 2<br>3. Estrato 3<br>4. Estrato 4<br>5. Estrato 5<br>6. Estrato 6 |
| Triage                  | Método de clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas y en los recursos disponibles; es una valoración clínica breve que determina el tiempo y la secuencia en que será atendido | Nominal                          | 1. Triage 1<br>2. Triage 2                                                                   |
| Percepción del servicio | -Atención<br>-Información                                                                                                                                                                               | Ordinal                          | 1. (Muy deficiente)<br>2. (Deficiente)<br>3. (Regular)<br>4. (Buena)<br>5. (Excelente)       |

|                      |                                                                 |         |                                                                                        |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Atributos de Calidad | Calificación del servicio<br>Tiempo de espera<br>Trato recibido | Ordinal | 1. (Muy deficiente)<br>2. (Deficiente)<br>3. (Regular)<br>4. (Buena)<br>5. (Excelente) |
| Satisfacción         | Usuario y/o familiar<br>(cuando es menor de edad)               | Ordinal | 1. (Muy deficiente)<br>2. (Deficiente)<br>3. (Regular)<br>4. (Buena)<br>5. (Excelente) |

Fuente: Datos de la investigación

## 5.5 DESARROLLO TEMÁTICO

### 5.5.1 Estimación de los tiempos de atención a los usuarios

Los reportes de los tiempos utilizados en el servicio, por cada usuario de acuerdo con la clasificación Triage 1y 2 para el servicio de urgencias de nivel uno, se toman de la base de datos del programa SIO de la Corporación Comfenalco Valle Universidad Libre, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, en horarios de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

### 5.5.2 Evaluación de los niveles de satisfacción de los usuarios y/o familiares

Durante la prestación del servicio de urgencias de Triage uno y dos en el CAB Los Cámbulos, se aplica el cuestionario a los usuarios que voluntariamente quieren participar y/o familiares de usuarios denominado “Evaluación de los niveles de satisfacción de los usuarios y/o familiares en un servicio de urgencias nivel 1. Este cuestionario se utilizó para conocer la percepción que tienen los usuarios del servicio a través de 15 preguntas construidas teniendo en cuenta la escala Likert y el cuestionario base de la Corporación, adaptado para esta investigación. Igualmente este cuestionario fue aplicado de 7:00 am a 7:00 pm teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

5.5.3. Identificación en el modelo de atención de la unidad de salud los Cambulosy acorde a los resultados en los tiempos y nivel de satisfacción, los factores internos que afectan la oportunidad en el servicio, frente a otros modelos de atención.

Se realiza un análisis comparativo de los resultados obtenidos, en relación a tres modelos de atención correspondientes a IPS de la ciudad, sin importar el nivel de complejidad en el mismo periodo.

## **6. RESULTADOS**

### **6.1 INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA**

La muestra está conformada por 340 usuarios con edades desde el nacimiento hasta los 61 años o más. De acuerdo como se observa en el cuadro 8, el 61.8% de la muestra corresponde a mujeres y el 38.2% a hombres. En cuanto a la escolaridad, el mayor porcentaje de los encuestados, es decir, el 37.7% cuenta con un nivel en básica secundaria, seguida del nivel básico primaria (30.3%). En cuanto a la participación para la realización de la encuesta, se encuentra que el 81% de los participantes son los mismos usuarios y el resto de datos han sido obtenidos de los familiares (19%).

El estrato socioeconómico de mayor representación en la muestra es el estrato 3 (40.6%), seguido del estrato dos (33.5%). El asegurador que más utiliza el servicio de urgencias es la Nueva EPS (59.1%), seguido de la Comfenalco EPS con un 37.4% y, el nivel de clasificación del triage más utilizado en el servicio de urgencias es el nivel II con un 85.60 %, seguido del nivel I con un 14,60%.

La tabla 1, permite identificar claramente los usuarios participantes.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

N= 340 usuarios

| Características Socio demográficas |               | No. | %     | IC <sub>95%</sub> |          |
|------------------------------------|---------------|-----|-------|-------------------|----------|
|                                    |               |     |       | Inferior          | Superior |
| Sexo                               | Hombre        | 130 | 38.2  | 33.1              | 43.7     |
|                                    | Mujer         | 210 | 61.8  | 56.4              | 66.9     |
| Grupo de Edad (Años)               | 0-10          | 9   | 2.7   | 1.3               | 5.1      |
|                                    | 11-20         | 32  | 9.4   | 6.6               | 13.2     |
|                                    | 21-40         | 131 | 38.5  | 33.4              | 44.0     |
|                                    | 41-60         | 98  | 28.8  | 24.1              | 34.0     |
|                                    | 61 +          | 65  | 19.1  | 15.2              | 23.8     |
|                                    | No registra   | 5   | 1.5   | 0.5               | 3.6      |
| Nivel Educativo                    | Básica        | 103 | 30.3  | 25.5              | 35.5     |
|                                    | Secundaria    | 128 | 37.7  | 32.5              | 43.1     |
|                                    | Técnico       | 37  | 10.9  | 7.9               | 14.8     |
|                                    | Tecnológico   | 26  | 7.7   | 5.2               | 11.1     |
|                                    | Universitario | 38  | 11.2  | 8.1               | 15.1     |
|                                    | No registra   | 8   | 2.4   | 1.1               | 4.8      |
| Calidad del Encuestado             | Usuario       | 280 | 81    |                   |          |
|                                    | Familiar      | 65  | 19    |                   |          |
| Estrato Socioeconómico             | 1             | 32  | 9.4   | 6.6               | 13.2     |
|                                    | 2             | 114 | 33.5  | 28.6              | 38.9     |
|                                    | 3             | 138 | 40.6  | 35.4              | 46.0     |
|                                    | 4             | 33  | 9.7   | 6.9               | 13.5     |
|                                    | 5             | 13  | 3.8   | 2.1               | 6.6      |
|                                    | No registra   | 10  | 2.9   | 1.5               | 5.5      |
| EPS del Usuario                    | Comfenalco    | 127 | 37.4  | 32.2              | 42.8     |
|                                    | No registra   | 7   | 2.1   | 0.9               | 4.4      |
|                                    | Nueva EPS     | 201 | 59.1  | 53.7              | 64.4     |
|                                    | Otra          | 3   | 0.9   | 0.2               | 2.8      |
|                                    | SOS Comfandi  | 2   | 0.6   | 0.1               | 2.3      |
| Calidad del Usuario                | Titular       | 215 | 63.2  | 57.8              | 68.3     |
|                                    | Beneficiario  | 117 | 34.4  | 29.4              | 39.8     |
|                                    | No registra   | 8   | 2.4   | 1.1               | 4.8      |
| Nivel Triage                       | I             | 50  | 14.40 |                   |          |
|                                    | II            | 290 | 85.60 |                   |          |

Fuente: datos de la Investigación

## 6.2. TIEMPO PARA EL TRIAGE

### 6.2.1. Tiempo Utilizado para la Atención del Triage 1

De acuerdo con los resultados de la tabla 2, que representa la población de usuarios clasificados en el Triage 1, se encuentra que el tiempo de espera para la atención del triage 1 corresponde a un promedio de tiempo de 3.57 minutos, on una mediana de menos o hasta tres minutos.

El rango inter cuartilico se encuentra entre dos a cinco minutos, reporta también la tabla que el tiempo máximo de espera está entre seis y hasta 11 minutos.

Tabla 2. Estadísticas tiempo utilizado para la atención Triage 1 en los usuarios de urgencias, CAB Los Cábmulos

Total usuarios 50 correspondiente al 14.40%.

| <b>TRIAGE 1</b> | <b>TIEMPO (MIN )</b> |
|-----------------|----------------------|
| RIC             | 2 – 5                |
| Promedio        | 3.57                 |
| Mediana         | 3                    |
| Cuartil 1       | 2 o menos            |
| Cuartil 3       | 5                    |

### 6.2.2. Tiempo de Espera para la Atención del Triage 2

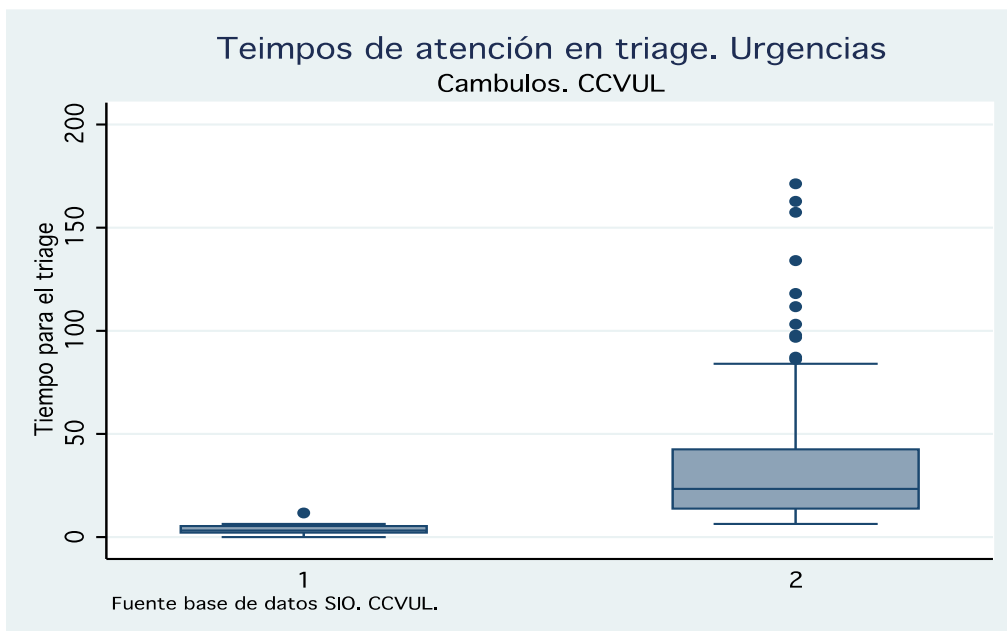
La tabla 3 corresponde al tiempo utilizado para la clasificación de los usuarios del Triage 2. El tiempo en promedio utilizado fue de 31, 27 minutos. Anuncia una mediana de 23 minutos o menos. El RIC [13-42 min] registra igualmente, que el tiempo máximo de espera se encuentra entre los 134 minutos hasta los 171 minutos.

Tabla 3. Estadísticas del tiempo utilizado para realizar Triage 2 en los usuarios de urgencias, CAB Los Cármbulos

Total usuarios 290 correspondiente al 85.60%

| <b>TRIAGE 2</b> | <b>TIEMPO (MIN )</b> |
|-----------------|----------------------|
| RIC             | 13 – 42              |
| Promedio        | 31.27                |
| Mediana         | 23                   |
| Cuartil 1       | 13 o menos           |
| Cuartil 3       | 42                   |

Figura 7. Tiempo de atención para la clasificación triage 1 y 2



## 6.3 TIEMPO PARA LA CONSULTA DEL TRIAGE

### 6.3.1 Tiempo para la Realización de la Consulta del Triage 1

Con respecto a la tabla 4, ésta muestra dentro de sus registros que se evidencia un promedio de espera en los pacientes para ser atendidos por el médico en consulta de Triage 1, de 17.84 minutos. Reporta una mediana en 13 minutos. El RIC [6-22.5]. Se evidencia igualmente que la espera está en un tiempo mínimo de 50 y máximo en 115 minutos. Esta situación se explica porque cuando el paciente está identificado como una urgencia vital debe ingresar inmediatamente a la sala de reanimación para estabilizar signos vitales. Este tiempo es considerado no medido debido a las condiciones del paciente. El tiempo sólo se empieza a medir cuando el médico hace apertura de historia clínica en el software.

Tabla 4. Estadísticas del tiempo de espera para la consulta de los pacientes clasificados como Triage1, CAB Los Cámbulos.

Total usuarios 50 correspondiente al 14.40%

| <b>TRIAGE 1</b> | <b>TIEMPO (MIN )</b> |
|-----------------|----------------------|
| RIC             | 6 – 22.5             |
| Promedio        | 17.84                |
| Mediana         | 13                   |
| Cuartil 1       | 6 o menos            |
| Cuartil 3       | 22.5                 |

### 6.3.2 Tiempo de Espera para Consulta del Triage 2.

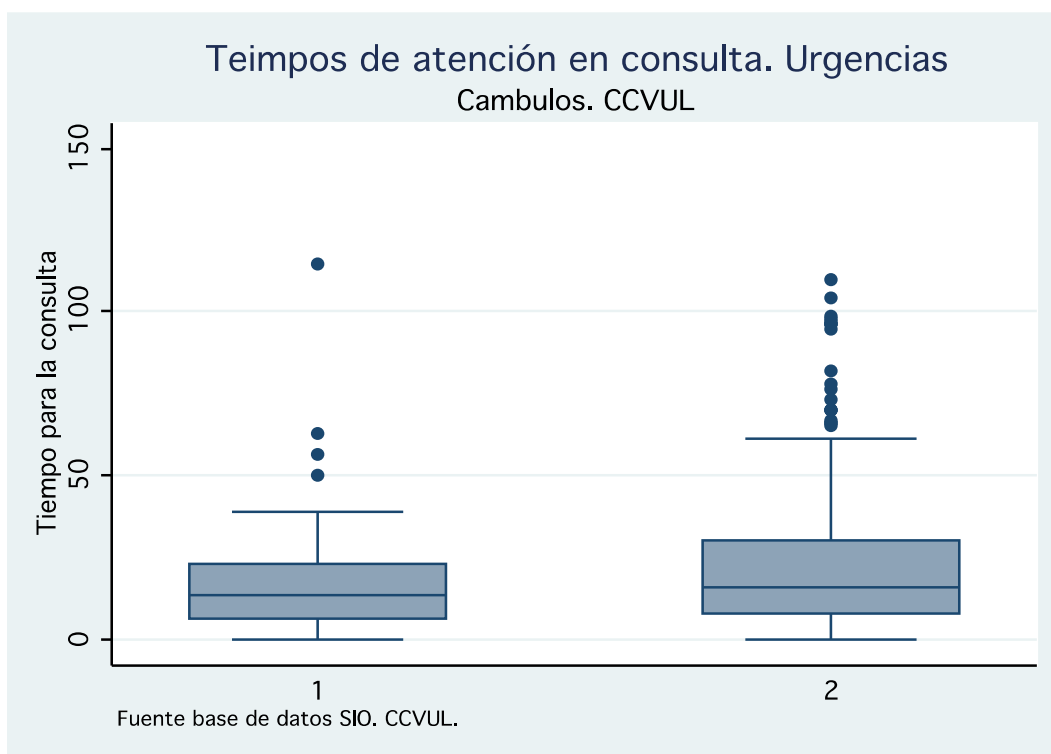
Con respecto a la tabla 5, se presenta un promedio de espera en los pacientes para ser atendido por consulta de Triage 2, de 22.77 minutos. Se observa una mediana en 16 minutos. El RIC [8 - 30]. Se evidencia igualmente que el tiempo máximo de espera es de 110 minutos y el mínimo de 98 minutos

Tabla 5. Estadísticas del tiempo de espera para la consulta de los pacientes clasificados como triage 2, CAB Los Cámbulos.

Total usuarios 290 correspondiente al 85.60%

| <b>TRIAGE 2</b> | <b>TIEMPO (MIN )</b> |
|-----------------|----------------------|
| RIC             | 8 – 30               |
| Promedio        | 22.77                |
| Mediana         | 16                   |
| Cuartil 1       | 8 o menos            |
| Cuartil 3       | 30                   |

Figura 8. Tiempo de espera para la atención en consulta



## 6.4 TIEMPO TOTAL DE ATENCIÓN DEL TRIAGE 1 Y 2

Tabla 6. Tiempo total Triage 1

| TRIAGE 1  | TIEMPO (MIN ) |
|-----------|---------------|
| Promedio  | 21,41 min     |
| Mediana   | 16min         |
| Cuartil 1 | 8 min         |
| Cuartil 3 | 27,5min       |

Tabla 7 Tiempo total Triage 2

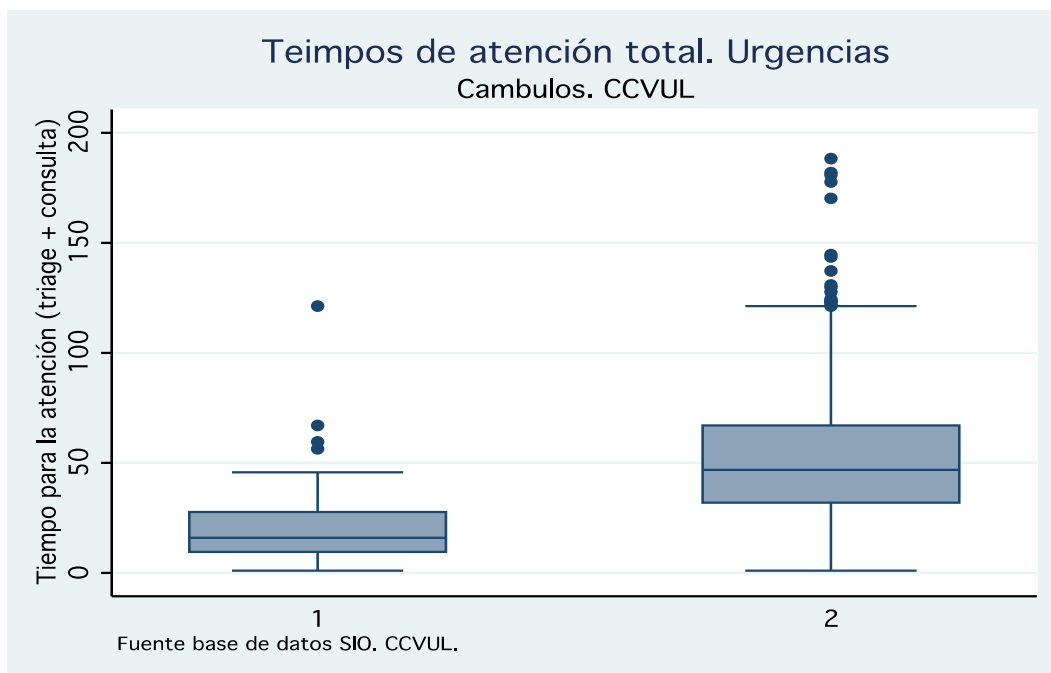
| <b>TRIAGE 2</b> | <b>TIEMPO (MIN )</b> |
|-----------------|----------------------|
| Promedio        | 54,04 Min            |
| Mediana         | 39min                |
| Cuartil 1       | 21 min               |
| Cuartil 3       | 72 min               |

La tabla 6 muestra el tiempo total de atención del Triage 1, el cual corresponde a la suma del tiempo de espera en la clasificación Triage y el tiempo para ser atendido en consulta; en total el promedio de tiempo utilizado es de 21,41 minutos, lo que significa que el paciente en grave estado de salud tiene oportunidad en la prestación del servicio porque muchas veces éste no alcanza a ser clasificado dada esa gravedad o estado de salud en el que se encuentra y éste ingresa inmediatamente a la sala de reanimación.

La medición del tiempo es inoportuna e inadecuada porque sólo se empieza a medir cuando se hace apertura de la historia clínica. Esto demuestra que existe un problema en la medición del tiempo porque el programa utilizado no está diseñado para ser modificado. El rango intercuartílico se encuentra entre 8 y 27, 5 minutos y la mediana se encuentra en 16 minutos.

El Triage 2 en la tabla 7, tiene un promedio de atención total de 39 minutos, tiempo que demuestra poca oportunidad para la prestación del servicio. Esta situación se debe la alta demanda de la clasificación 2 en este servicio, lo que afecta atender el paciente en estado de emergencia. El 50% de la población es atendida en 39 minutos y el rango intercuartílico se encuentra entre 21 y 32 minutos.

Grafica 9. Tiempos de atención del triage y de la consulta



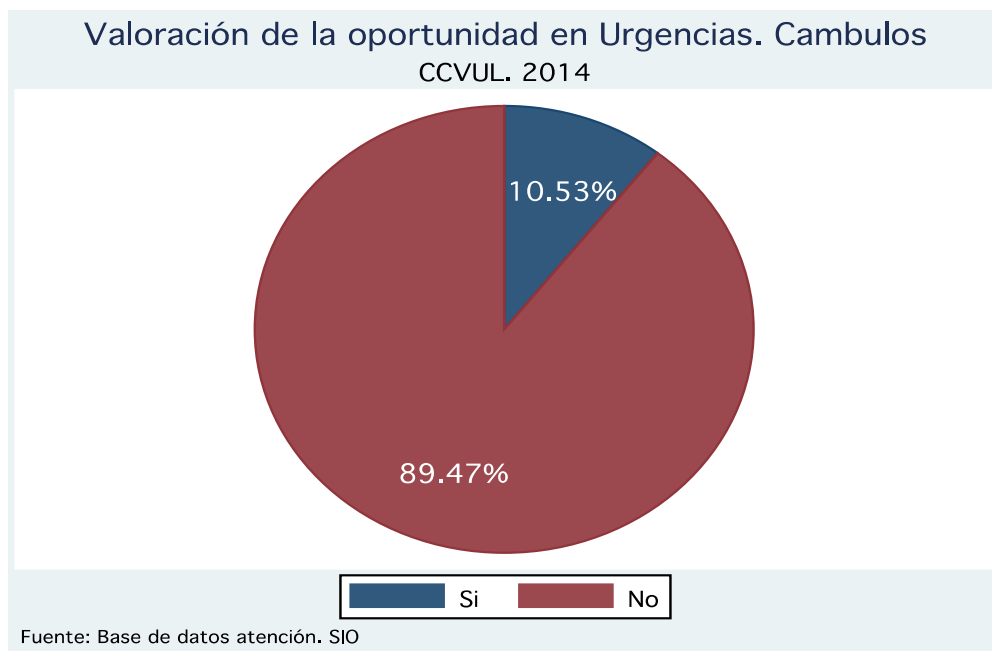
#### 6.4.1 Valoración de la Oportunidad

La tabla 8 mide la valoración de oportunidad en el servicio, al cruzar los datos entre el tiempo total de atención para el triage y el tiempo total de atención para la consulta, estos resultados evidencian que el 89.47% muestra la no oportunidad en la atención del servicio al encontrarse tiempos de espera mayor a los establecidos por la norma.

Tabla 8. Oportunidad en la prestación del servicio

| OPORTUNIDAD | FRECUENCIA | PORCENTAJE | ACUMULADO |
|-------------|------------|------------|-----------|
| No          | 323        | 89.47%     | 89.47%    |
| Si          | 38         | 10.53%     | 100.00%   |
| Total       | 340        | 100.00%    | 100.00%   |

Figura 10. Valoración de la oportunidad en la atención



## 6.5 NIVELES DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS Y/O FAMILIARES

### 6.5.1 Variables Sociodemográficas

La investigación se llevó a cabo con una muestra total de 340 encuestados, quienes como usuarios del servicio accedieron voluntariamente a participar de ésta. Ninguna de las personas abordadas se negó a responder el cuestionario, en algunos casos donde el usuario manifestó presentar dificultad para responder por no entender bien el contenido de la pregunta, delegó a su acompañante para hacerlo. Los resultados del cuestionario de satisfacción se presentan en 4 ítems para lograr claridad en sus resultados. Cada pregunta puede ser evaluada de 1 a 5 donde 1 es muy deficiente y 5 Excelente:

Cuadro 6. Cruce de variables

| Variable                | Conceptualización                                                                                                                                                                              | Preguntas                  |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Triage                  | Identifica si el usuario conoce el Método de clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas.                                                                               | 15                         |
| Percepción del servicio | Atención: señalar como percibe la atención en las áreas del servicio<br>Información: evalúa la calidad de la información que recibe                                                            | 5-12<br>1-2                |
| Calidad en la atención  | Calificación del servicio: evalúa de 1 a 5 la prestación del servicio<br>Tiempo de espera: percepción del tiempo que debió esperar para ser atendido<br>Trato recibido: calidez en la atención | 7-8-9-10-11<br>4-14<br>3-6 |
| Satisfacción Total      | Manifestada por usuarios y/o familiares (cuando es menor de edad)                                                                                                                              | 13                         |

#### 6.5.2 Percepción del Proceso del Triage

La explicación dada por parte del personal de atención sobre el funcionamiento del triage en el servicio de urgencias, fue evaluada en promedio por los usuarios como bueno (4.0). Esto refleja que la explicación que ofrece el médico sobre el Triage es clara para los usuarios.

Tabla 9. Percepción del proceso triage 1 y 2

| <i>15. La explicación dada por parte del personal de atención de urgencias TRIAGE</i> |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Frecuencias                                                                           | Calificación |
| Media                                                                                 | 4,2          |
| Mediana                                                                               | 4,0          |
| Moda                                                                                  | 4,0          |
| Rango                                                                                 | 4,0          |
| Mínimo                                                                                | 1,0          |
| Máximo                                                                                | 5,0          |
| Cuartil 1                                                                             | 4,0          |
| Cuartil 3                                                                             | 5,0          |
| Total                                                                                 | 340          |

### 6.5.3 Percepción del Servicio: Atención-Información

La percepción de los usuarios respecto a la atención del portero, del área de admisiones y autorizaciones y la atención del personal de enfermería fue calificada en promedio como buena (4,2).

Cuando se les pregunta a los usuarios y/o familiares sobre cómo perciben el número de personal asistencial en el servicio, la mayoría, es decir, la mediana, la califica como regular (4,2).

El RIC [3.8-4.6], muestra igualmente una calificación regular; lo que indica que los usuarios perciben que el personal no es suficiente para responder a sus necesidades de salud.

Tabla 10. Percepción del servicio atención- información

| Frecuencias | <i>1.Atención Portero</i> | <i>2. Atención Admisiones</i> | <i>5. La atención del personal de enfermería</i> | <i>12. Número de personal de atención considera que es</i> | <i>Percepción Total Atención</i> |
|-------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Media       | 4,3                       | 4,1                           | 4,2                                              | 3,8                                                        | 4,2                              |
| Mediana     | 4,0                       | 4,0                           | 4,0                                              | 4,0                                                        | 4,2                              |
| Moda        | 4,0                       | 4,0                           | 4,0                                              | 4,0                                                        | 4,0                              |
| Rango       | 4,0                       | 4,0                           | 4,0                                              | 4,0                                                        | 4,0                              |
| Mínimo      | 1,0                       | 1,0                           | 1,0                                              | 1,0                                                        | 1,0                              |
| Máximo      | 5,0                       | 5,0                           | 5,0                                              | 5,0                                                        | 5,0                              |
| Cuartil 1   | 4,0                       | 4,0                           | 4,0                                              | 3,0                                                        | 3,8                              |
| Cuartil 3   | 5,0                       | 5,0                           | 5,0                                              | 4,0                                                        | 4,6                              |
| Total       | 340                       | 340                           | 340                                              | 340                                                        | 340                              |

#### 6.5.4 Percepción de la Calidad en la Atención

##### 6.5.4.1 Calificación del Servicio

Tabla 11. Calidad en la atención: calificación del servicio, instalaciones y comodidad, dotación, insumos y elementos de protección

| Frecuencias | <i>7. Las instalaciones y la comodidad</i> | <i>8. Dotación de los consultorios</i> | <i>9. Insumos utilizados para su atención</i> | <i>10. utilización de los elementos de protección</i> | <i>11. Califica en general la atención recibida</i> |
|-------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Media       | 3,9                                        | 4,0                                    | 4,2                                           | 4,4                                                   | 4,2                                                 |
| Mediana     | 4,0                                        | 4,0                                    | 4,0                                           | 4,0                                                   | 4,0                                                 |
| Moda        | 4,0                                        | 4,0                                    | 4,0                                           | 4,0                                                   | 4,0                                                 |
| Rango       | 4,0                                        | 4,0                                    | 4,0                                           | 4,0                                                   | 4,0                                                 |
| Mínimo      | 1,0                                        | 1,0                                    | 1,0                                           | 1,0                                                   | 1,0                                                 |
| Máximo      | 5,0                                        | 5,0                                    | 5,0                                           | 5,0                                                   | 5,0                                                 |
| Cuartil 1   | 4,0                                        | 4,0                                    | 4,0                                           | 4,0                                                   | 4,0                                                 |
| Cuartil 3   | 4,0                                        | 4,0                                    | 5,0                                           | 5,0                                                   | 5,0                                                 |
| Total       | 340                                        | 340                                    | 340                                           | 340                                                   | 340                                                 |

En este grupo de de preguntas sobre la calidad de la atención, básicamente muestra que el puntaje es regular (3.9), sobre todo en la percepción que tienen de las instalaciones. La institución se encuentra en mal estado, en su infraestructura. Este aspecto, definitivamente afecta la percepción que tienen los usuarios sobre la calidad en la atención.

#### 6.5.4.2 Percepción del Tiempo de Espera

La tabla 4 muestra que la calificación que hacen los usuarios sobre el tiempo que deben esperar para ser atendidos con el tiempo en el que fue atendido, tiene un promedio de calificación regular (3,6). Esto significa que definitivamente el tiempo medido por la SIO y la percepción del usuario coinciden. Tiene el tiempo total de espera una mediana de calificación de 4,0 (buena). El RIC [3,0- 4,5], tienen una calificación entre regular y buena.

Tabla 12. Tiempo de espera para ser atendido y tiempo en el que fue atendido

| Frecuencias | <i>4. tiempo que debe esperar para ser atendido</i> | <i>14. Tiempo en el que fue atendido en este servicio</i> | <i>Percepción Tiempo Espera</i> |
|-------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Media       | 3,5                                                 | 3,7                                                       | 3,6                             |
| Mediana     | 4,0                                                 | 4,0                                                       | 4,0                             |
| Moda        | 4,0                                                 | 4,0                                                       | 4,0                             |
| Rango       | 4,0                                                 | 4,0                                                       | 4,0                             |
| Mínimo      | 1,0                                                 | 1,0                                                       | 1,0                             |
| Máximo      | 5,0                                                 | 5,0                                                       | 5,0                             |
| Cuartil 1   | 3,0                                                 | 3,0                                                       | 3,0                             |
| Cuartil 3   | 4,0                                                 | 5,0                                                       | 4,5                             |
| Total       | 340                                                 | 340                                                       | 340                             |

#### 6.5.4.3 Percepción del Trato Recibido

La percepción en general que tienen los usuarios del Triage 1 y 2 con respecto al trato ejercido por el personal del área administrativa y el personal médico, se encuentra en promedio con una calificación buena (4,1); seguido de una mediana de (4,0), el RIC [4,0 -4,6]. En general la percepción del trato de este personal se encuentra con una buena calificación.

Tabla 13. Trato del personal asistencial

| Frecuencias | <i>3.Atención y<br/>trato ejercido<br/>por el médico</i> | <i>6. trato ofrecido por el<br/>personal administrativo</i> | <i>Percepción Trato<br/>Recibido</i> |
|-------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Media       | 4.0                                                      | 4,2                                                         | 4,1                                  |
| Mediana     | 4.1                                                      | 4,0                                                         | 4,0                                  |
| Moda        | 4.3                                                      | 4,0                                                         | 4,0                                  |
| Rango       | 4.0                                                      | 4,0                                                         | 4,0                                  |
| Mínimo      | 1,0                                                      | 1,0                                                         | 1,0                                  |
| Máximo      | 5,0                                                      | 5,0                                                         | 5,0                                  |
| Cuartil 1   | 4,0                                                      | 4,0                                                         | 4,0                                  |
| Cuartil 3   | 5.0                                                      | 5,0                                                         | 4,6                                  |
| Total       | 340                                                      | 340                                                         | 340                                  |

#### 6.5.4.4 Percepción Total de la Satisfacción

El nivel de satisfacción en general que muestran los usuarios del servicio la califican como regular (3,8). Tiene una mediana de 4,0 y RIC entre [3,3 y 4,3]. En esta, se muestra una valoración entre regular y buena. Estos datos, coinciden con la inoportunidad en la prestación del servicio al cruzar los tiempos utilizados con la percepción y satisfacción del servicio utilizado.

Tabla 14. Percepción total de la satisfacción

| Frecuencias | 13. Grado de satisfacción con el servicio | Percepción Satisfacción |
|-------------|-------------------------------------------|-------------------------|
| Media       | 4,1                                       | 3,8                     |
| Mediana     | 4,0                                       | 4,0                     |
| Moda        | 4,0                                       | 4,0                     |
| Rango       | 4,0                                       | 4,0                     |
| Mínimo      | 1,0                                       | 1,0                     |
| Máximo      | 5,0                                       | 5,0                     |
| Cuartil 1   | 4,0                                       | 3,3                     |
| Cuartil 3   | 5,0                                       | 4,3                     |
| Total       | 340                                       | 340                     |

#### 6.5.4.5 Percepción de la Oportunidad

La muestra estuvo conformada por 340 pacientes, de los cuales se lograron identificar 94 usuarios, con datos completos, en los resultados de la percepción de la oportunidad y los resultados de la medición del tiempo de atención. Los resultados fueron los siguientes:

Tabla No 15. Percepción de la oportunidad

| Nivel de Satisfacción | No | Si | Frecuencia |
|-----------------------|----|----|------------|
| 1                     | 12 | 1  | 13         |
| 2                     | 13 | 0  | 13         |
| 3                     | 18 | 0  | 18         |
| 4                     | 28 | 4  | 32         |
| 5                     | 13 | 5  | 18         |
| Total                 | 84 | 10 | 94         |

Esta tabla refleja nuevamente que la percepción que tiene el usuario sobre el tiempo de atención es inadecuado, debido a que el 90 % de la población encuestada lo califica como inoportuno y sólo el 10% se encuentra satisfecho con el servicio recibido. Sin embargo, a pesar de encontrar inoportunidad en un 90%, 41 personas perciben la percepción del nivel de satisfacción de la atención recibida como buena (32) y excelente (18). Esto posiblemente se presenta por la respuesta positiva dada por la institución sobre su motivo de consulta.

## **6.6 ANÁLISIS DE ATENCIÓN, TIEMPOS Y SATISFACCIÓN EN COMPARACIÓN A OTROS MODELOS DE ATENCIÓN**

La Corporación en el CAB Cámbulos mide la oportunidad en el servicio de urgencias como una labor de autocontrol institucional por medio del sistema SIO, el cual arroja los tiempos de atención desde el ingreso del paciente al servicio hasta su salida, como se ha demostrado en apartados iniciales de la presente investigación; teniendo en cuenta los convenios acordados con las entidades aseguradoras (EPS), con las cuales se tiene contratos vigentes de un tiempo promedio total de atención de 15 minutos.

Se toman para este estudio modelos de atención de tres prestadores del servicio de salud (IPS), más la de la institución en estudio con el fin de evaluar su funcionamiento operativo con relación al proceso Triage, sin importar el nivel de complejidad de la atención en la ciudad de Cali, la cual se analizó en el mismo periodo en que se realizaron las encuestas de la investigación. Los datos aquí registrados son oficiales y autorizados para ser utilizados en esta investigación. La información entregada por cada IPS para el estudio, se encuentra en poder de las investigadoras y en custodia, quienes son las directas responsables de la confiabilidad y seguridad, así como de la no alteración de datos y exposición del nombre de la institución en el estudio.

La Institución A, presenta una atención mensual de 1.798 pacientes/mes, de los cuales tiene un tiempo de oportunidad en la atención del Triage 1 de 24,3 minutos/paciente;

en la IPS B, se registra una atención de 5.700 pacientes/mes, con un tiempo atención del Triage 1 de 15, 40 minutos/pacientes; y en la IPS C, con una atención de ingresos de 8.810 pacientes/mes, con un tiempo de atención de Triage 1 de 17,5 minutos/paciente. El dato registrado de la investigación de este estudio, tiene una atención de 2.900 pacientes/mes, con un tiempo de 21, 41 minutos/paciente.

Lo anterior demuestra, según los tiempos de atención estipulada por ley de 15 minutos, que ninguna de las IPS, es decir, las tres que se toman para comparar y la de estudio, cumple con la oportunidad de la atención de los pacientes en el servicio de urgencias del Triage 1. Igualmente resulta oportuno mencionar que la oportunidad en la atención también depende del número de ingresos de paciente al servicio, la actitud del grupo que atiende y del número de profesionales contratados. Se puede observar que la IPS B es la que más se aproxima al rango establecido por la ley.

El Triage 2 se encuentra en la institución A en un tiempo de oportunidad de 80.5 minutos; la IPS B con un tiempo de 77,52 minutos; la IPS C con un tiempo de 40,1 minutos y la institución en estudio de 54,04 minutos. Se observa que la institución C tiene mayor oportunidad en la prestación del servicio.

De otro lado, se encuentra que la institución A tiene un modelo de atención estructurado, en funcionamiento. El proceso de atención está organizado de acuerdo al proceso Triage. Este proceso lo realiza un médico de la institución. La IPS B tiene un modelo de atención estructurado, socializado con el personal asistencial y administrativo, hoy en día ha sido implementado para ser atendido por enfermera capacitada, la cual ha demostrado optimización de las horas médico y mejoramiento en los tiempos de atención.

La institución C tiene un modelo de atención estructurado, socializado y basado en el proceso triage, cumple con las áreas y normatividad exigidas para la atención. La institución de estudio también cuenta con un modelo de atención estructurado,

socializado y existe en el modelo el proceso del Triage el cual es manejado por un médico.

La institución A identifica que su mayor retraso en la atención es por el volumen de ingresos, los cuales desconocen el funcionamiento de un servicio de urgencias al igual que el proceso del triage, no cuenta con un modelo de consulta externa a pesar que allí funciona este servicio. La Institución B considera su atraso en la atención a la no adecuada asignación del personal profesional en el servicio, debido a que de allí depende la velocidad para la atención. La institución C enfatiza que la causa de mayor retraso se identifica en el área de admisiones y autorizaciones, al igual que el agendamiento para la consulta externa. Otra variable que afecta la oportunidad en la atención es la falta de personal en las áreas que conforman el servicio.

La IPS Cámbulos tiene como causa de mayor retraso, el ingreso de un alto volumen de pacientes que no son urgencias vitales y desconocen cómo funciona el servicio de urgencia al igual que el proceso Triage.

Las tres instituciones de estudio reportan haber realizado en el último año cambios en el manejo del proceso Triage, debido a que se inició el modelo de atención con médico pero en la actualidad se hace con enfermera capacitada para mayor aprovechamiento de las horas médico contratadas, la institución de estudio no realizó ningún tipo de cambio en el proceso del triage.

Con relación al nivel de satisfacción, la institución A durante el periodo de la encuesta reportó un 83% de satisfacción por encuestas realizadas al usuario por personal del área administrativa, las causas identificadas de mayor insatisfacción son demora en la atención, espacio muy limitado o pequeño para la estancia de paciente y su familiar, y congestión por la espera prolongada.

La Institución B reportó el 84% de satisfacción, la mayor manifestación en las quejas y reclamos hace referencia a la inoportunidad en la atención con periodos de espera muy prolongados; la institución C, reportó un 72%, la cual identifica su insatisfacción en falta de oportunidad y agilidad en la atención, normas y procedimientos para la autorización en la atención, atención inadecuada del grupo asistencial y las instalaciones físicas. La IPS del estudio arrojó como resultado el 76% de satisfacción, afectada ésta por la insatisfacción con la atención, que se encuentra marcada en el tiempo de espera para la consulta, la cual es muy prolongada, las instalaciones físicas desagradables y la oportunidad en la atención del grupo de enfermería es lenta.

Cuadro 7. Analisis de atención, tiempos y satisfaccion en comparacion a otros modelos de atención

| <b>IPS A</b>                                                                                        | <b>IPS B</b>                                    | <b>IPS C</b>                                        | <b>IPS CAMBULOS</b>                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>Número de pacientes atendidos<br/>1.798</b>                                                      | <b>Número de pacientes atendidos<br/>5.700</b>  | <b>Número de pacientes atendidos<br/>8810</b>       | <b>Número de pacientes atendidos<br/>2900</b> |
| <b>Tiempo de oportunidad<br/>triage 1</b>                                                           | <b>Tiempo de oportunidad<br/>triage 1</b>       | <b>Tiempo de oportunidad<br/>triage 1</b>           | <b>Tiempo de oportunidad<br/>triage 1</b>     |
| Promedio 24,3 min<br>Fuente: programa de estadística basado en el sistema de Historia Clínicas SIIS | Promedio 15,40 min<br>Fuente: Programa Hospital | Promedio 17,5 min<br>Fuente : SQVI Tablas NGPA-NDOC | Promedio 21,41 min<br>Fuente: Programa SIO    |
| <b>Tiempo de oportunidad<br/>triage 2</b>                                                           | <b>Tiempo de oportunidad<br/>triage 2</b>       | <b>Tiempo de oportunidad<br/>triage 2</b>           | <b>Tiempo de oportunidad<br/>triage 2</b>     |
| Promedio 80,5 min<br>Fuente: Programa SIIS                                                          | Promedio 77,52 min<br>Fuente: Programa SIIS     | Promedio 35 min<br>Fuente : SQVI Tablas NGPA-NDOC   | Promedio 54,04 min<br>Fuente: Programa SIO    |
| <b>Existe un modelo de atención</b>                                                                 | <b>Existe un modelo de atención</b>             | <b>Existe un modelo de atención</b>                 | <b>Existe un modelo de atención</b>           |

|                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                   |                                                                                                                     |                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Si, existe un modelo de atención estructurado, con código URG-PR-360; no esté implementado ni socializado; se utiliza el proceso del triage manejado por médico | Sí, basada en el proceso triage manejado por médico, versus enfermera profesional, cuando se requiere.                            | Si                                                                                                                  | Si, existe un modelo de atención y el proceso del triage manejado por médico         |
| <b>Causas de mayor retraso</b>                                                                                                                                  | <b>Causas de mayor retraso</b>                                                                                                    | <b>Causas de mayor retraso</b>                                                                                      | <b>Causas de mayor retraso</b>                                                       |
| Volumen de pacientes                                                                                                                                            | La no asignación adecuada de los profesionales en el servicio, porque inciden en la oportunidad y velocidad para la atención.     | Horas en la que se realiza,                                                                                         | Falta de actitud de servicio del personal asistencial. Demora en la atención         |
| Falta de modelo de atención de consulta externa                                                                                                                 |                                                                                                                                   | Procesos de admisión                                                                                                | Ingreso alto de pacientes al servicio                                                |
| Falta de capacitación del usuario de la forma como se debe utilizar el servicio                                                                                 |                                                                                                                                   | Autorizaciones y agendamiento a listas de atención                                                                  | Desconocimiento de los usuarios del proceso Triage                                   |
|                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                   | Insuficiencia de personal                                                                                           | Falta de personal                                                                    |
|                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                   |                                                                                                                     | Represamiento por uso inadecuado del servicio de urgencias no vitales                |
|                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                   |                                                                                                                     | Infraestructura                                                                      |
| <b>Existe en la actualidad cambios en el proceso del triage o modelo de atención</b>                                                                            | <b>Existe en la actualidad cambios en el proceso del triage o modelo de atención</b>                                              | <b>Existe en la actualidad cambios en el proceso del triage o modelo de atención</b>                                | <b>Existe en la actualidad cambios en el proceso del triage o modelo de atención</b> |
| Cambio proceso Triage. Colocar enfermeras capacitadas para mayor aprovechamiento de las horas médicos                                                           | En el año 2013 el modelo utilizaba dos médicos para triage, pero optimizaron los tiempos con la utilización de enfermeras para el | En el año 2013 se hizo cambio del modelo de triage realizado por un médico. En la actualidad momento lo realiza una | No                                                                                   |

|                                                                                            |                                                                 |                                        |                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| contratadas                                                                                | triage (2013)                                                   | enfermera                              |                                                        |
| Identificar los médicos que utilizan inadecuadamente el tiempo para realizar el triage     |                                                                 |                                        |                                                        |
| <b>Porcentaje de satisfacción</b>                                                          | <b>Porcentaje de satisfacción</b>                               | <b>Porcentaje de satisfacción</b>      | <b>Porcentaje de satisfacción</b>                      |
| 83 % de satisfacción medidas por encuestas directas al usuario por personal administrativo | 84%                                                             | 72%                                    | 76%                                                    |
| <b>Relación tiempos y satisfacción</b>                                                     | <b>Relación tiempos y satisfacción</b>                          | <b>Relación tiempos y satisfacción</b> | <b>Relación tiempos y satisfacción</b>                 |
| Si, cuando el usuario en observaciones hace énfasis en la rapidez y calidez en el servicio | Si, el principal motivo de insatisfacción los tiempos de espera | Si                                     | Si                                                     |
| <b>Motivos de insatisfacción</b>                                                           | <b>Motivos de insatisfacción</b>                                | <b>Motivos de insatisfacción</b>       | <b>Motivos de insatisfacción</b>                       |
| Demora en la atención                                                                      | Tiempos de espera                                               | Falta de agilidad y oportunidad        | Demora en la atención para la consulta                 |
| Espera prolongada                                                                          | Oportunidad en la atención.                                     | Atención inadecuada                    | Infraestructura                                        |
| Espacio limitado                                                                           |                                                                 | Normas procedimientos y                | Falta de personal para agilizar atención en enfermería |
| Congestion                                                                                 |                                                                 | Precios                                |                                                        |
|                                                                                            |                                                                 | Instalaciones físicas                  |                                                        |

Fuente: Datos de la investigación

## 6.7 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Una vez obtenidos y analizados los resultados que evalúan, para este caso, los tiempos de oportunidad de la atención en urgencias pero teniendo como base el Triage 1 y 2, se logra determinar que los tiempos utilizados para la clasificación y la consulta del Triage 1, estuvieron en un promedio de 21,41 minutos en relación a los tiempos utilizados en el año 2012 de 5 minutos y en el 2013 hasta 10.8 minutos. El tiempo de oportunidad del servicio para el año 2014 ha venido aumentándose casi al doble por año (5 min, 10,8 minutos y 21,4 respectivamente). El tiempo de oportunidad no cumple con la normatividad del sistema general de seguridad social en Salud, es decir, 15 minutos y tampoco con los rangos establecidos en los contratos de la EPS para atender este tipo de servicio (Tiempo máximo de 10 minutos).

Al medir los niveles de satisfacción de los usuarios en relación a la percepción del tiempo utilizado en el servicio, se encuentra que el promedio de calificación fue regular (3,6), lo que permite determinar que definitivamente el tiempo medido por el SIO y las PQRS a través de las llamadas telefónicas y encuestas, coinciden con la percepción que tiene el usuario. Los datos demuestran que tanto las expectativas que tiene el cliente o usuario como la percepción, constituyen la valoración de la calidad del servicio; de allí que no se logre una calificación que supere sus expectativas, por lo tanto, se crea insatisfacción.

El porcentaje de satisfacción total en el presente estudio se encuentra en el 76% de su valoración. Sin embargo, y al revisar otros modelos de atención, se tiene que la IPS 3 por ejemplo, maneja un volumen de 8.810 pacientes y tiene un promedio de atención de 17,5 minutos; tiempo que al compararlo con la institución en estudio, es mejor, pero se encuentra en niveles más bajos de satisfacción (72%). Esto significa que para el usuario la satisfacción no se encuentra directamente relacionada con el tiempo de espera, a esto se suman otros elementos como son la percepción que tienen del

servicio en relación a la atención, a la información, al trato ejercido por el grupo asistencial, a la comodidad de las instalaciones a la dotación e insumos, entre otros.

Con relación a la investigación denominada “*Evaluación de la oportunidad en la atención en el servicio de urgencias en la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Girón, octubre-diciembre de 2008*”, la inoportunidad en la atención se debe al presentarse un retraso significativo en el proceso de triage como punto crítico de todo el proceso, demostrando que el tiempo prolongado se debe especialmente a la clasificación de aquellos con menos urgencia.

Para el caso que ocupa esta investigación, la oportunidad en la atención para el triage 1 no está centrada en la clasificación en sí misma de los pacientes, sino en la medición del tiempo. La medición de éste no es el real, porque el tiempo se empieza a medir a partir de la apertura de la historia clínica en el sistema operativo posterior a la atención del paciente en la urgencia vital. El sistema integral de salud utilizado por la institución en estudio, no permite ningún tipo de modificación del tiempo en la historia clínica con el fin de arreglar el tiempo real de ingreso hasta su salida de la institución para evitar el aumento desmesurado en la evaluación del Triage 1.

Con relación al Triage 2, el tiempo promedio de oportunidad se encuentra en 54,04 minutos comparada con la IPS A, con un tiempo promedio de 80.5 minutos y la IPS B con 77,52 minutos para su atención. Nuevamente se identifica que la satisfacción no se encuentra centrada en el tiempo de espera, pues los niveles de satisfacción se encuentran en el 76% para este estudio, mientras que para la IPS A se encuentra en el 83% y la IPS B en 84% respectivamente. Esta situación se debe al alto volumen de pacientes para la atención, al desconocimiento del usuario del uso del servicio, al estado de las instalaciones y al tiempo de espera para la consulta.

Por otra parte, el sistema de salud también influye en la inoportunidad en la atención, debido a que el proceso de información, admisión y autorización afecta la dinámica del

servicio, debido a que existe demora de las aseguradoras para la autorización de los usuarios que solicita la atención, igual sucede para la ubicación de los pacientes que necesitan ser trasladados a otro nivel de complejidad, ya sea para hospitalización, cirugía o para continuar en control y tratamiento de la enfermedad en otra institución.

Con base en lo anterior, se tienen en cuenta el estudio realizado en Medellín denominado “*Dificultades para la atención en los servicios de urgencias: la espera inhumana*”, en el que se evidencia que las personas al acudir a los servicios de urgencias se encuentran con tres miradas que afectan el servicio, ellas son, la que los participantes consideran que la atención es inhumana, la segunda es la barrera del sistema de salud que se considera como un conjunto de actividades que garantizarán la atención oportuna y con calidad y la tercera que la muestran otras investigaciones y tiene que ver con las barreras para el acceso, para ser admitido y para obtener información.

Con relación al trato recibido y/o la atención, se evidencia en el estudio que el área de portería, admisiones y autorizaciones se encuentra con una calificación en un nivel de satisfacción que determina una calificación de 4,2. Con esta valoración se percibe una comunicación respetuosa y cálida por parte de los funcionarios de la institución, a diferencia de la evaluación que realizaron de la percepción que tienen sobre el número de personal para la atención, que en este caso, corresponde al área de enfermería (3,8) y del médico de (4,0). Con estos resultados se puede decir que todo el grupo de apoyo administrativo es mejor calificado que el grupo que tiene que ver con la atención directa del paciente, donde la calificación general del trato recibido fue de 4,1.

En este grupo de preguntas sobre la calidad de la atención, básicamente se tiene que el puntaje es regular (3.9), sobre todo en la percepción que tienen de las instalaciones; la institución se encuentra en mal estado en su infraestructura, de allí que este aspecto, definitivamente afecte la percepción que tienen los usuarios sobre la calidad en la atención.

Otro estudio realizado en el año 1998, sobre *“Triage y tiempos de espera en un servicio de urgencias hospitalario en el hospital Cabueñes Gijón, Asturias España”*, se encontró que la sobrecarga de trabajo en el área de urgencias condiciona irremediablemente a una disminución en la calidad asistencial y que para ello, la solución es disminuir la demanda mediante la mejora de la asistencia pre-hospitalaria, la educación sanitaria a la población y la utilización ordenada y de circuito del triage para dar una respuesta eficaz a la demanda masificada del centro de urgencias.

Considerar que el número del personal de atención es insuficiente, es pertinente en esta investigación debido al notable aumento de usuarios en un lapso de seis meses, puesto que el volumen de pacientes afecta la atención de urgencias 24 horas. Las características del modelo de contratación y las características del usuario afectan el buen uso del servicio por desconocimiento del usuario sobre el concepto de urgencias y del proceso triage. Igualmente la falta de capacitación al personal asistencial sobre la importancia de realizar el proceso triage con oportunidad, como también involucrar a todas la áreas que conforman el servicio de urgencias sobre la atención oportuna, garantizará el aumento en el nivel de satisfacción del usuario y su familia.

En el estudio sobre *“Gestión de Recursos humanos en triage de servicios de emergencia hospitalaria, Barcelona España”* desarrollado en el año 2.009, se encontró la debilidad que existe en el área de gestión humana, lo que conduce al fracaso de sus sistemas de contención de consultas, generando altos costos de producción, baja calidad e insatisfacción en los usuarios. El análisis de esta investigación con los resultados encontrados, demuestra que es necesario realizar un proceso de selección acorde a las necesidades del servicio y del usuario. El personal debe tener experiencia en el manejo de pacientes con urgencias vitales, debe estar preparado para trabajos bajo alta presión y estar en la posibilidad de tomar decisiones tan rápido como sea posible. Esta situación resuelta, genera en el cliente interno una cultura de servicio con actitud positiva, identidad con la institución y sus funciones. Al igual que disminuye el

estrés laboral por la ausencia del claro conocimiento del proceso en el cual hace parte su participación en la atención.

Con base en lo anterior y reconociendo como se ha manifestado anteriormente, que ninguno de los modelos utilizados en las tres entidades tomadas como referencia de comparación y en la que se realiza el presente estudio, cumplen con la normatividad requerida; se tiene que de los dos modelos de atención analizados como lo son el de la Fundación Cardiovascular y el de Hospital Pasteur de Brasil, el primero para consulta externa y el segundo en urgencias básicamente, son los modelos que más se acercan al cumplimiento de los requerimientos no sólo de ley, sino con los primarios de defensa de la vida que pueden ser implementados en los diferentes centros de atención en salud en el país.

Se puede evidenciar conforme a la descripción de ambos que, éstos permiten estandarizar las actividades, optimizar los recursos disponibles, minimizar las barreras de acceso, mejorar continuamente el proceso de atención, incorporar los avances tecnológicos, además tienen en cuenta las necesidades tanto del usuario como de sus familias y facilita una información clara y oportuna de los procesos, puesto que los pacientes, sus familiares y el personal de atención están en permanente educación sobre los diferentes cambios en el proceso de atención que conforma el modelo más acorde a la necesidad de la institución.

## 7. CONCLUSIONES

- La muestra conformada por 340 usuarios de la IPS Cámbulos, demuestra que quienes más utilizan el servicio de urgencias son mujeres en un 61.8%. La edad promedio que más consulta se encuentra en edades entre 21 y 40 años, con escolaridad secundaria y estrato socioeconómico 3. La EPS que más consultó fue la Nueva EPS y el triage de mayor utilización fue el triage 2.
- La medición de los tiempos de oportunidad a través de la suma del tiempo de clasificación y de consulta del triage 1 y 2 de la institución en estudio, no cumplen en las cuatro instituciones con los parámetros legales exigidos por la ley colombiana, con las expectativas de los usuarios y por la contratación exigida por parte de las aseguradoras para la atención del servicio.
- El tiempo de oportunidad no está directamente relacionada con los niveles de satisfacción del usuario, en esta circunstancia influye otros aspectos como la favorable percepción de los encuestados sobre la información, atención y servicios recibidos, al igual que sobre las instalaciones locativas, factores éstos que determinan la satisfacción final.
- La comparación entre los modelos de atención con el modelo en estudio, no arrojan grandes diferencias. Las cuatro instituciones en general presentan la misma distribución de las áreas para prestar el servicio.
- Se encontraron modificaciones en el modelo de atención en el último año de las tres IPS estudiadas en relación a la IPS en estudio. Estos cambios se centraron en el perfil de quien realizaba la clasificación del triage (médico) por enfermeras capacitadas. La institución en estudio no presentó ningún cambio en los perfiles y

no encontró cambios significativos en la atención. Los cambios se presentaron en la optimización de horas médico, reflejadas solamente en el área financiera.

- Al analizar los modelos de atención tomados como referencia, se encuentra que el modelo idóneo para prestar un mejor servicio y minimizar e impactar los tiempos de espera, es aquel que combina los modelos del hospital Pasteur en Brasil y la Fundación Cardiovascular en Colombia, no sólo por la organización de sus procesos en términos tecnológicos y administrativos, sino porque es un servicio que de manera más humana se acerca al paciente y a sus familiares. Con éste el paciente es activo en su aprendizaje y él mismo facilita mejorar el servicio dadas las rutas que maneja para una mejor interacción paciente-centro de atención; adicional a ello la educación continua con respecto a los proceso involucra también al personal de atención, dado que permanentemente se actualizan en los procesos del servicio.

## 9. RECOMENDACIONES

- Se recomienda en primera instancia a la Corporación, una revisión de los programas de medición de los tiempos de atención, especialmente el relacionado con el triage 1 para tener información real del proceso de atención.
- Es importante revisar la utilización de la palabra Triage para la atención del usuario, con el fin de facilitar la interpretación de su significado en el proceso y del tiempo de atención. Se sugiere utilizar la palabra filtro para que el usuario y su familia reconozcan y se orienten en el servicio.
- Se propone la implementación de auditorías o evaluaciones internas a médicos y enfermeras a través del uso de indicadores de gestión, tendientes a medir la sobrecarga de trabajo en el servicio, con el fin de determinar la posible disminución de la calidad asistencial, contribuyendo a su vez en la reducción de los intervalos de tiempo en las diferentes fases de atención previas a la atención del médico de turno y, sobre las cuales se ha hecho alusión en el desarrollo del trabajo investigativo. De igual forma, contribuiría en la oportunidad de la atención al orientar las acciones de mejora que faciliten la retroalimentación del proceso.
- Es oportuno que la Corporación busque el perfecto equilibrio entre el considerable aumento de la demanda de servicios y el número de personal contratado, que responda a los requerimientos de los usuarios; esto para mejorar inicialmente los tiempos de oportunidad y la calidad en la atención.
- Es pertinente que la administración de la clínica, diseñe e implemente una herramienta de educación efectiva y dinámica para sus usuarios acerca del significado de las urgencias, sus diferentes niveles, los tiempos de atención que ellas demandan y específicamente lo que esto genera para la clasificación Triage;

se recomienda el modelo utilizado en el hospital Pasteur de Sao Pablo Brasil, en donde se utiliza una clara herramienta educativa para mejorar la calidad de la prestación del servicio.

- Resulta imperante para el grupo asistencial, mejorar su comunicación a fin de que se genere una sinergia idónea como resultado del trabajo de equipo, que garantice su óptimo desempeño laboral y se refleje en la atención oportuna y con calidad.
- Garantizar la oportuna contratación del personal asistencial en caso de ausentismo o renuncias imprevistas por parte de médicos y personal de enfermería.
- Se recomienda una inducción específica, entrenamiento y acompañamiento al personal asistencial del servicio sobre el funcionamiento del modelo de atención y los beneficios del proceso Triage, debido a que con la rapidez que se haga éste, se asegura la superveniencia del paciente, igualmente se espera que con la capacitación se genere cultura organizacional con el mejoramiento actitudinal y se convierta en un estilo de vida.
- Es oportuno incentivar y motivar al personal que hace parte del servicio, pues su desmotivación incide para que la oportunidad en la atención no sea la ideal. Se afina que la inoportunidad en la atención no da cumplimiento contractual con las empresas aseguradoras, de quienes prestan el servicio en la atención de urgencias.
- Finalmente se sugiere a todos los centros de atención y en todos los niveles, propender por diseñar e implementar modelos de atención que cumplan desde la ética, constitucional y médicamente, con el fin principal de preservar la vida.

## **10. BIBLIOGRAFÍA**

Así vamos en salud. Seguimiento al sector de la salud en Colombia

Recuperado de Internet en:

<http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/servicios-de-salud/grafica.ver/36>

ASMEDAS. El nuevo Plan Obligatorio de Salud en Colombia. Seccional Antioquia

Recuperado de internet en:

[http://www.cres.gov.co/Portals/0/\\_\\_\\_MACOSX/Acuerdos%202011/ACUERDO%20No%2028\\_11.pdf](http://www.cres.gov.co/Portals/0/___MACOSX/Acuerdos%202011/ACUERDO%20No%2028_11.pdf)

Cardona, D. Agudelo, H.B. Satisfacción Personal como Componente de la Calidad de Vida de los Adultos de Medellín. Revista salud pública. 9 (4):541-549, Medellín, 2007

Recuperado de Internet: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v9n4/v9n4a06>

CEDETES. Universidad del Valle y Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al sistema de salud colombiano. Bogotá D.C., 2012.

Recuperado de internet en:

<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/An%C3%A1lisis%20y%20Propuesta%20para%20Atenci%C3%B3n%20Primaria,articulado%20al%20sistema%20de%20Salud%20Colombiano.pdf>

COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD -CRES-. Resolución No. 150 de septiembre de 2010

Recuperado de internet en:

<http://www.cres.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=Kqx9VH2UW7o%3D&tabid=224>

CRES- Acuerdo 029 de 2011.

Recuperado de Internet: <http://www.cres.gov.co/Portals/0/acuerdo29de2011.pdf>

Elejabarrieta, F.J. e Iñiguez, L. Construcción de escalas de actitud tipo Thurst y Likert. Universidad Autónoma de Barcelona. Madrid, España. 1984

Recuperado de Internet en:

[aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/viewFile/6820/6246](http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/viewFile/6820/6246)

Fundación Cardiovascular de Colombia. Modelo de atención en salud. Floridablanca, Colombia. Recuperado de Internet en:

<http://www.fcv.org/site/images/sedes/icf/documentos/pdf/mas.pdf>

Hernández, R. La ética en la investigación. Recuperado de Internet en:

<http://es.scribd.com/doc/6810349/Hernandez-Sampieri-2007-La-etica-en-La-Investigacion>

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guías para Manejo de Urgencias, 3ª Ed. Tomo III. Grupo Atención de Emergencias y Desastres. Bogotá D.C., 2009. 279 p

Recuperado de internet en:

<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADas%20para%20manejo%20de%20urgencias%20-Tomo%20III.pdf>

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Presidencia de la República de Colombia. Diario Oficial No. 40.368, del 6 de marzo de 1992, artículo 3º, definiciones.

Recuperado de Internet en:

[www.presidencia.gov.co/prensa.../decretoslinea/1992/.../dec0412061992...](http://www.presidencia.gov.co/prensa.../decretoslinea/1992/.../dec0412061992...)

Morales, J.F, Moya, M., Reboloso, E., Fernández, J.M., Huici, C., Marques, J., Páez, D., Pérez, J.A. (1994). Psicología Social. Madrid, España. McGraw-Hill Interamericana de España S.A. ISBN: 84-481-1929-O

Oviedo, G.L. La definición del concepto de percepción en Psicología con base en la teoría Gestalt. Universidad de los Andes. Revista de Estudios Sociales. Version en línea 1900-5180. Recuperado de Internet en:

<http://res.uniandes.edu.co/view.php/375/index.php?id=375>

Pereira, M. I. La prestación del servicio de salud en Colombia. Tensiones entre derechos y servicios en el acceso al sistema de salud en Colombia. Institut de Recherche et Débat sur la Gouvernance. Paris, 2007

Recuperado de internet en:

<http://www.institut-gouvernance.org/fr/analyse/fiche-analyse-283.html>

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN. Salud para todos. Primer Encuentro de Salud Pública Salud y Vida.

Recuperado de internet en:

<http://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/descargas/delegadas/Trabajo/PUBLICACIONES/Salud%20para%20todos%20e-book.pdf>

Rendón, L. F.; Martínez, S.; Cárdenas, S. y Acevedo, H. Clínica Rafael Uribe Uribe. Proceso de cambio organizacional 2009. Revista Colombiana de Salud Libre Vol. 4 No. 2. Santiago de Cali, 2009.

Recuperado de:

[http://www.unilibrecali.edu.co/Revista\\_Colombiana\\_Salud\\_Libre/vol\\_42/clinica%20rafael%20uribe%20uribe%20proceso%20de%20cambio%20organizacional%20%202009.pdf](http://www.unilibrecali.edu.co/Revista_Colombiana_Salud_Libre/vol_42/clinica%20rafael%20uribe%20uribe%20proceso%20de%20cambio%20organizacional%20%202009.pdf)

Saturno, P.J. Modelos de calidad aplicados a la gestión primaria. Opina la Universidad. Universidad de Murcia, España, 2005

Secretaría General del Senado de la República. Ley 1438 de 19 de enero de 2011.  
Diario Oficial No. 47.957. Bogotá D.C., 2011

Recuperado de internet en:

[http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2011/ley\\_1438\\_2011.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2011/ley_1438_2011.html)

Softpedia. Epi Info

Recuperado de Internet en:

<http://www.softpedia.es/programa-Epi-Info-119202.html>

Torres, L. S. Manual práctico de estadística 1ª Ed. Pime S.A. Bogotá D.C. 1986.  
ISBN: 9586050688

UNIVERSIDAD DE LA SABANA. Documentos de investigación. Bogotá D.C.

Recuperado de:

[http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite\\_de\\_etica/Res\\_\\_8430\\_1993\\_-\\_Salud.pdf](http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf)

UNIVERSIDAD DEL VALLE. 4º Foro del Sistema de Salud en Colombia.

Recuperado de internet en:

[http://salud.univalle.edu.co/pdf/plan\\_desarrollo/documento\\_previo\\_4to\\_foro.pdf](http://salud.univalle.edu.co/pdf/plan_desarrollo/documento_previo_4to_foro.pdf)

Velandia, F. Satisfacción, oportunidad y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia. Revista gerencia y políticas de salud. Estudios e investigaciones - Colciencias-, 2001

Recuperado de internet en:

[http://rev\\_gerenc\\_polit\\_salud.javeriana.edu.co/vol1\\_n\\_1/salud\\_investig.pdf](http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/vol1_n_1/salud_investig.pdf)

## **ANEXOS**

## ANEXO A. CUESTIONARIO PARA USUARIOS Y/O FAMILIARES



UNIVERSIDAD DEL VALLE  
FACULTAD DE SALUD - ESCUELA DE SALUD PÚBLICA  
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD  
SANTIAGO DE CALI VALLE

Título de la Investigación:

*EVALUACIÓN DE TIEMPO DE OPORTUNIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN URGENCIAS 24 HORAS DE UNA IPS DE NIVEL I DURANTE EL PERIODO 2012-2013, EN SANTIAGO DE CALI*

Objetivo General:

Determinar los tiempos de oportunidad en la prestación del servicio de salud en la unidad de urgencias 24 horas de la IPS Los Cábmulos de nivel I, en la ciudad Santiago de Cali, de acuerdo con la clasificación Triage 1 y 2 y su proceso de atención.

Observaciones:

Con el ánimo de llevar a cabo esta investigación y poder ofrecer acciones mejoradoras en la Institución Prestadora de Salud a la cual usted asiste, solicitamos su colaboración con el diligenciamiento de este cuestionario, dejando claridad que si bien su nombre y apellido quedan consignados en este escrito, no serán divulgados en ningún momento de la investigación, guardando su identidad y privacidad para los fines del presente.

Su participación es completamente voluntaria, por tanto usted se podrá retirar de esta investigación en cualquier momento y sin especificar motivo alguno. La evaluación de éste y todos los cuestionarios se consolidará para presentar los resultados generales y totales con el propósito de mejorar el servicio.

Con base en la Resolución 008430 de 1993, donde su Artículo 9º considera riesgo de la investigación la probabilidad de que el participante en el estudio sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio, se aclara que con base en las categorías de los riesgos la presente investigación obedece a aquella sin riesgo, puesto que la técnica de obtención de la información, el contenido del cuestionario y los métodos documentales no ejercerán ninguna intervención o modificación intencionada de sus variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales; ya que no existe revisión de sus historias clínicas y dicho cuestionario no trata aspectos sensitivos de su conducta o la de sus familiares.

**Instrucciones Generales:**

Este cuestionario para su diligenciamiento le tomará 10 minutos, pues usted elegirá una de las opciones que se le presentan; recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas, puesto que su opinión es la que cuenta; por favor responda a la siguiente información personal para la sistematización de los datos y luego escoja una opción en los enunciados que se presentan en los diferentes enunciados.

**CUESTIONARIO PARA USUARIOS Y/O FAMILIARES DE USUARIOS**

**EVALUACIÓN DE LOS TIEMPOS DE OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS. IPS SEDE CÁMBULOS**

|                                                                    |                |                     |
|--------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------|
| Género: M ____ F ____                                              |                |                     |
| Edad: 1. Nacimiento a 10 años ____ 2. 11 a 20 ____ 3. 21 a 40 ____ |                |                     |
| 4. 41 a 60 ____ 5. 61(+) ____                                      |                |                     |
| Nivel educativo: 1. Básico ____ 2. Secundaria ____ 3. Técnico ____ |                |                     |
| 4. Tecnológico ____ 5. Universitario ____                          |                |                     |
| Usuario: ____                                                      | Familiar: ____ | Parentesco: ____    |
| Dirección: _____ Estrato: 1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__                  |                |                     |
| EPS: _____                                                         | Titular: _____ | Beneficiario: _____ |
| Triage : Nivel 1__ Nivel 2 ____                                    |                |                     |

Según el grado de aprobación o desaprobación al leer las siguientes afirmaciones sobre la atención del servicio de urgencias, sede los Cámbulos, seleccione con una X la opción que para usted es la indicada, siendo 1 la calificación más baja y 5 la calificación más alta:

- **1 (Muy deficiente)**
- **2 (Deficiente)**
- **3 (Regular)**
- **4 (Buena)**
- **5 (Excelente)**

| Enunciado                                                                                                                                                                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. La atención del portero en cuanto a saludar formalmente, orientar correctamente y el tiempo utilizado para el servicio es:                                                                 |   |   |   |   |   |
| 2. La atención recibida en el área de admisiones y autorizaciones, en cuanto a la información suministrada y el tiempo para generar respuesta a lo que usted esta solicitado es:              |   |   |   |   |   |
| 3. Califica la atención y el trato ejercido por el médico del servicio de urgencias como:                                                                                                     |   |   |   |   |   |
| 4. El tiempo que debió esperar para ser atendido(a) en la consulta por urgencias lo considera:                                                                                                |   |   |   |   |   |
| 5. La atención del personal de enfermería durante su estadía en la IPS, la encuentra:                                                                                                         |   |   |   |   |   |
| 6. El trato ofrecido por el personal administrativo de la IPS lo considera:                                                                                                                   |   |   |   |   |   |
| 7. Las instalaciones y la comodidad de la sala de espera y el consultorio de la IPS, es:                                                                                                      |   |   |   |   |   |
| 8. La dotación de los consultorios la considera:                                                                                                                                              |   |   |   |   |   |
| 9. Los insumos utilizados para su atención los encuentra:                                                                                                                                     |   |   |   |   |   |
| 10. Usted considera que la utilización de los elementos de protección como guantes, tapabocas, entre otros, por parte del personal de enfermería es:                                          |   |   |   |   |   |
| 11. Califica en general la atención recibida cómo:                                                                                                                                            |   |   |   |   |   |
| 12. El número de personal de atención, considera que es:                                                                                                                                      |   |   |   |   |   |
| 13. Su grado de satisfacción con el servicio la califica como:                                                                                                                                |   |   |   |   |   |
| 14. El tiempo en el que fue atendido en este servicio de urgencias lo considera:                                                                                                              |   |   |   |   |   |
| 15. La explicación dada por parte del personal de atención de urgencias (TRIAGE), acerca de las condiciones de salud que debe tener el usuario para ser atendido en esta IPS en urgencias es: |   |   |   |   |   |

## ANEXO B. CUESTIONARIO SOBRE MODELOS DE ATENCIÓN

Santiago de Cali, Fecha de 2014.

Doctor (a): \_\_\_\_\_

IPS: \_\_\_\_\_

Cordial saludo

Con relación a la propuesta de investigación “OPORTUNIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN URGENCIAS 24 HORAS DE UNA IPS DE NIVEL I EN SANTIAGO DE CALI 2012-2013” acerca de la cual se le comentó en cita previa y donde no se definió fecha para la realización de este cuestionario y, entendiendo de su poca disponibilidad de tiempo y difícil cambio en la programación de su agenda y por el medio y manejo de un servicio de urgencias; como investigadoras le solicitamos muy respetuosamente su colaboración con los datos que se relacionan a continuación, los cuales se requieren para realizar una comparación entre tres instituciones prestadoras de salud y de esta manera dar respuesta al objetivo tres de nuestra investigación, el cual reza:

3. Identificar en el modelo de atención y acorde a sus tiempos y satisfacción de los usuarios, los aspectos internos que afectan la oportunidad en el servicio, frente a otros modelos de atención.

Agradecemos anticipadamente su amable atención y colaboración.

Cordialmente,

Carmen Elisa Andrade Pérez

Luz Adriana Gómez Forero

## CUESTIONARIO

1-Tiempo promedio de atención Triage 1 \_\_\_\_\_

2-Tiempo promedio de atención Triage 2 \_\_\_\_\_

Nombre del programa estadístico con el que se midió

---

3-Según su experiencia, ¿cuál es el área del Modelo de Atención que causa mayor retraso en la atención y por qué?

---

4-¿Requiere en la actualidad realizar algún cambio en el proceso del triage para agilizar la oportunidad en la atención o en el modelo de atención que hoy están usando?

---

5-¿Cuál es el porcentaje de satisfacción de los usuarios atendidos en su institución y el nombre del instrumento con qué se midió?

---

6-¿Existe relación de esa satisfacción con los tiempos de atención?

---

7- ¿Cuál es el motivo más frecuente de insatisfacción? Oportunidad en la atención.

---

## ANEXO C. CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD DEL VALLE  
FACULTAD DE SALUD - ESCUELA DE SALUD PÚBLICA  
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD  
SANTIAGO DE CALI VALLE

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

En Facultad de Salud de la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle, se lleva a cabo por parte de las investigadoras Doctoras Carmen Elisa Andrade Pérez y Luz Adriana Gómez Forero, un proyecto investigativo cuantitativo no experimental denominado “**LOS TIEMPOS DE OPORTUNIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN URGENCIAS 24 HORAS DE UNA IPS DE NIVEL I, EN SANTIAGO DE CALI**”, del cual se espera alcance una participación total de más de 300 usuarios de la IPS Los Cámbulos, con una duración por cuestionario de entre 15 y 20 minutos.

Se requiere para ello de la colaboración contestando un cuestionario para usuarios y/o familiares, que se realiza con el fin de determinar los tiempos de oportunidad en la prestación del servicio de salud en la unidad de urgencias 24 horas de la IPS Los Cámbulos de nivel I, en la ciudad Santiago de Cali, de acuerdo con la clasificación Triage 1 y 2 y su proceso de atención.

Esta participación es voluntaria, la información que se aporte durante el cuestionario será utilizada única y exclusivamente con fines investigativos, los datos personales que contiene este documento solo serán conocidos por las personas involucradas en este estudio y serán cuidados con el rigor y ética necesarios que determinan la Escuela de Salud de la Universidad del Valle y el Ministerio de La Protección de Colombia, a través de la Resolución No. 008430 de 1993. Igualmente se otorga el derecho a conocer la información resultado de esta investigación.

La responsabilidad al responder este cuestionario obedece a los beneficios que se generarán para todos los usuarios luego de conocer los resultados; no existe compensación económica alguna por esta participación, los gastos en que se incurre para este estudio son por cuenta de las investigadoras y no existe riesgo alguno en la integridad física, psicológica o social de quien atiende dicho cuestionario. El desistimiento de participar en esta investigación, puede darse en cualquier momento y sin especificar motivo alguno. La evaluación se consolidará para presentar los resultados generales y totales con el propósito de mejorar el servicio.

Para un conocimiento amplio, el propósito que persigue este trabajo es:

Determinar los tiempos de oportunidad en la prestación del servicio de salud en la unidad de

urgencias 24 horas de la IPS Los Cábulos de nivel I, en la ciudad Santiago de Cali, de acuerdo con la clasificación Triage 1 y 2 y su proceso de atención. Describen el tiempo de atención a los usuarios en el CAB, evaluando los niveles de satisfacción de los usuarios y/o familiares, durante la prestación del servicio de urgencias de nivel I, y determinar los factores que influyen en el proceso de prestación del servicio y su relación con la oportunidad en la atención.

Por tanto y dada a conocer la anterior información, se solicita autorización para la utilización de muestras y datos, en otros estudios y laboratorios previa aprobación del CIREH.

Leídos y conocidos los fines de dicha investigación e informado (a) por parte de quien aplica este instrumento, Yo \_\_\_\_\_ identificado (a) con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_; CERTIFICO que he sido informado(a) con la claridad y veracidad debida respecto al curso y proceso de la investigación, sus objetivos y procedimientos. Que actúo consciente, libre y voluntariamente permitiendo mi participación en la fase de recolección de la información. Soy conocedor (a) de la autonomía suficiente que poseo para abstenerme de responder total o parcialmente las preguntas que me sean formuladas y a prescindir de seguir colaborando cuando a bien lo considere y sin necesidad de justificación alguna.

Que se respetará la buena fe, la confidencialidad e intimidad de la información por mí suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

En constancia de lo anterior firmo el presente documento y recibo copia del mismo.

\_\_\_\_\_  
Nombre  
C.C.

Ciudad y Fecha \_\_\_\_\_

Testigos,

\_\_\_\_\_  
C.C.

\_\_\_\_\_  
C.C.

Investigadoras:

Carmen Elisa Andrade Pérez  
Cel. 301-7871409

Luz Adriana Gómez Forero  
Cel. 310-8459840

## ANEXO D. ACTA DE APROBACIÓN

Comité Institucional de Revisión de Ética Humana  
Facultad de Salud



### ACTA DE APROBACIÓN N° 022-013

Proyecto: **EVALUACION DE TIEMPO DE OPORTUNIDAD EN LA PRESENTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN URGENCIAS 24 HORAS DE UNA IPS DE NIVEL I DURANTE EL PERIODO 2012 - 2013, EN SANTIAGO DE CALI**

Sometido por: **LUIS ALBERTO TAFUR/CARMEN ELISA ANDRADE P./LUZ ADRIANA GOMEZ F.**

Código Interno: **185-013** Fecha en que fue sometido: **25** **11** **2013**

El Consejo de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, ha establecido el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIREH), el cual está regido por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión en 2002; y el Código de Regulaciones Federales, título 45, parte 46, para la protección de sujetos humanos, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos 2000.

Este Comité certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto:

- |                                                                                 |                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Resumen del proyecto                        | <input checked="" type="checkbox"/> Protocolo de investigación                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Formato de consentimiento informado         | <input checked="" type="checkbox"/> Instrumento de recolección de datos       |
| <input type="checkbox"/> Folleto del investigador (si aplica)                   | <input checked="" type="checkbox"/> Cartas de las instituciones participantes |
| <input type="checkbox"/> Resultados de evaluación por otros comités (si aplica) |                                                                               |

2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité:

3. Según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio tiene la siguiente **Clasificación de Riesgo**:

☐ SIN RIESGO ☒ RIESGO MÍNIMO ☐ RIESGO MAYOR DEL MÍNIMO

4. Que las **medidas** que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.
5. La forma de obtener el **consentimiento** informado de los participantes en el estudio es adecuada.
6. Este proyecto será **revisado nuevamente** en la próxima reunión plenaria del Comité, sin embargo, el Comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del Comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.
7. **Informará** inmediatamente a las directivas institucionales:
  - a. Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
  - b. Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.
8. **Informará** inmediatamente a las directivas institucionales toda información que reciba acerca de:
  - a. Lesiones a sujetos humanos.

- Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
- b. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que haya sido revisado y aprobado por el Comité.
9. El presente proyecto ha sido **aprobado** por un periodo de **1 año** a partir de la fecha de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.
10. El **investigador principal** deberá informar al Comité:
- Cualquier cambio que se proponga introducir en este proyecto. Estos cambios no podrán iniciarse sin la revisión y aprobación del Comité excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes para los sujetos.
  - Cualquier problema imprevisto que involucre riesgos para los sujetos u otros.
  - Cualquier evento adverso serio dentro de las primeras 24 horas de ocurrido, al secretario(a) y al presidente (Anexo 1).
  - Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio, que pueda afectar la tasa riesgo/beneficio para los sujetos participantes.
  - cualquier decisión tomada por otros comités de ética.
  - La terminación prematura o suspensión del proyecto explicando la razón para esto.
  - El investigador principal deberá presentar un informe al final del año de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.

Firma:

Nombre:

ROBERTO E. CUENCA F.

Capacidad representativa:

PRESIDENTE (E)

Fecha:

21

01

2014

Teléfono:

5185677

**CERTIFICACIÓN DE LA FACULTAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE**

Por medio de la presente, certifico que la Facultad de Salud de la Universidad del Valle aprueba el proyecto arriba mencionado y respeta los principios, políticas y procedimientos de la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial, de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y de la reglamentación vigente en investigación de la Universidad del Valle.

Firma:

Nombre:

MAURICIO PALACIOS

Capacidad representativa:

VICEDECANO (E) DE LA FACULTAD DE  
SALUD

Fecha:

21

01

2014

Teléfono:

5185680



**PARTE 2. Autorización para publicar y permitir la consulta y uso de obras en el Repositorio Institucional.**

Con base en este documento, Usted autoriza la publicación electrónica, consulta y uso de su obra por la UNIVERSIDAD DEL VALLE y sus usuarios de la siguiente manera;

a. Usted otorga una (1) licencia especial para publicación de obras en el repositorio institucional de la UNIVERSIDAD DEL VALLE (Parte 1) que forma parte integral del presente documento y de la que ha recibido una (1) copia.

Si autorizo ☒ No autorizo ☐

b. Usted autoriza para que la obra sea puesta a disposición del público en los términos autorizados por Usted en los literales a), y b), con la **Licencia Creative Commons Reconocimiento - No comercial - Sin obras derivadas 2.5 Colombia** cuyo texto completo se puede consultar en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/col/> y que admite conocer.

Si autorizo ☒ No autorizo ☐

Si Usted no autoriza para que la obra sea licenciada en los términos del literal b) y opta por una opción legal diferente describala<sup>1</sup>:

En constancia de lo anterior,

Título de la obra: Oportunidad en la prestación de servicios de salud en urgencias 24 horas de una IPS de nivel I en Santiago de Cali 2012-2013

Autores:

Nombre: Carmen Eliza Andrade

Firma:

C.C.

29.185.692

Nombre:

Firma:

C.C.

Nombre:

Firma:

C.C.

Fecha: Julio 11 de 2014

(Si desea una versión digital del formulario, una vez esté diligenciado utilice los programas "pdfcreator" o "Dopdf", los cuales le permitirán convertir el archivo a pdf y así podrá guardarlo)

<sup>1</sup> Los detalles serán expuestos de ser necesario en documento adjunto

F-01-04-05  
V-01-2011

Elaborado por Grupo de Trabajo Sistema Documental  
División de Bibliotecas



PARTE 2. Autorización para publicar y permitir la consulta y uso de obras en el Repositorio Institucional.

Con base en este documento, Usted autoriza la publicación electrónica, consulta y uso de su obra por la UNIVERSIDAD DEL VALLE y sus usuarios de la siguiente manera;

a. Usted otorga una (1) licencia especial para publicación de obras en el repositorio institucional de la UNIVERSIDAD DEL VALLE (Parte 1) que forma parte integral del presente documento y de la que ha recibido una (1) copia.

Si autorizo ☒ No autorizo ☐

b. Usted autoriza para que la obra sea puesta a disposición del público en los términos autorizados por Usted en los literales a), y b), con la *Licencia Creative Commons Reconocimiento - No comercial - Sin obras derivadas 2.5 Colombia* cuyo texto completo se puede consultar en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/col/> y que admite conocer.

Si autorizo ☒ No autorizo ☐

Si Usted no autoriza para que la obra sea licenciada en los términos del literal b) y opta por una opción legal diferente descríbalas<sup>1</sup>:

En constancia de lo anterior,

Título de la obra:

*oportunidad en la prestación de los  
servicios de bibliotecas en 24h de uso ips  
nivel I en Santiago de Cal. 2012-2013*

Autores:

Nombre:

*Luz Adriana Gómez Forero*

Firma:

*[Firma]*  
C.C. 31.003.293

Nombre:

Firma:

C.C.

Nombre:

Firma:

C.C.

Fecha:

*Julio 11 - 2014*

(Si desea una versión digital del formulario, una vez esté diligenciado utilice los programas "pdfcreator" o "Dopdf", los cuales le permitirán convertir el archivo a pdf y así podrá guardarlo)

<sup>1</sup> Los detalles serán expuestos de ser necesario en documento adjunto