



Vigilada Mineducación

Análisis y propuesta de mejora al servicio de urgencias en una institución prestadora de servicios (IPS) de la ciudad de Santa Marta

Analysis and proposal for improvement to the emergency service in a health care provider institute in the city of Santa Marta, Colombia

Por

Sebastián Hernández Cervera¹

Tesis presentada como requisito parcial para obtener el título de Magíster en Gerencia Integral por Procesos – MGIP

Asesor temático

MD Mario Andrés Agudelo Ochoa

Asesora metodológica

Ph. D. Gina María Giraldo Hernández

Universidad EAFIT
ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN
MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL POR PROCESOS
MEDELLÍN
2023

¹ shernand26@eafit.edu.co

© 2023 por Sebastián Hernández
Todos los derechos reservados

Resumen

Este trabajo presenta una propuesta de un plan de mejoramiento en el área de urgencias de una IPS (institución prestadora de salud) que presta servicios de tercer y cuarto nivel en la ciudad de Santa Marta, que, no obstante su crecimiento significativo, está evidenciando demoras e insatisfacción de parte de los usuarios.

Para este fin se combinó el uso de herramientas de investigación, herramientas ofimáticas para el procesamiento de la información y entrevistas para validar los procesos de atención a partir de su verificación con los actores involucrados. Todo el proceso fue recopilado y validado mensualmente, con miras a fortalecer las buenas prácticas y corregir a tiempo las desviaciones que se fueron evidenciando.

Como resultado final se logró el plan de mejoramiento propuesto, a partir de los resultados que arrojaron las áreas de talento humano, infraestructura y procesos.

Palabras claves: atención inicial de urgencias, oportunidad, accesibilidad, calidad en salud, procesos asistenciales.

Abstract

This work presents a proposal for improvement in the emergency area of a health care provider institute that offers third and fourth level services in the city of Santa Marta, Colombia, which, despite its significant growth, is showing delays and dissatisfaction of part of the users.

For this purpose, the use of research tools, office tools for information processing, and interviews were combined to validate the care processes based on their verification with the actors involved. The entire process was compiled and validated monthly, with a view to strengthening good practices and timely correcting the deviations that became evident.

As a final result, the proposed improvement plan was achieved, based on the results of the areas of human talent, infrastructure and processes.

Keywords: Initial emergency care, opportunity, accessibility, health quality, health care processes.

Contenido

1. Introducción	1
2. Planteamiento del problema	2
3. Justificación.....	4
4. Objetivos	5
4.1 Objetivo general	5
4.2 Objetivos específicos.....	5
5. Marco conceptual	6
6. Diseño metodológico.....	10
6.1 Enfoque.....	10
6.2 Herramienta 1. Entrevista individual.....	11
6.3 Herramienta 2. Guía de observación	11
7. Desarrollo del trabajo	13
8. Resultados	17
9. Conclusiones	25
10. Referencias	26
11. Apéndices	29

Índice de tablas

Tabla 1. Consolidado de las oportunidades detectadas en el servicio de urgencias (enero de 2022)	16
Tabla 2. Oportunidad de consulta inicial de urgencias	19
Tabla 3. Plan de mejoramiento propuesto para el servicio de urgencias	22

Índice de figuras

Figura 1. Formato de consentimiento informado para el manejo de datos	13
Figura 2. Formato de la entrevista a los líderes administrativos y asistenciales	14
Figura 3. Listado de pacientes admitidos en enero de 2022	15
Figura 4. Mendeley, herramienta para la búsqueda y verificación de documentos	16
Figura 5. Requerimientos del personal entrevistado	17
Figura 6. Ingresos al servicio de urgencias por día de la semana	18
Figura 7. Frecuencia de los ingresos al servicio de urgencias por hora del día	18
Figura 8. Relación del talento humano del servicio de urgencias por turno	20
Figura 9. Tablero de BI (<i>business intelligence</i>) de la sección de urgencias	23
Figura 10. Oportunidad de mejoramiento en la atención inicial de pacientes (trajes II y III)	24
Figura 11. Ingreso al servicio de urgencias de personal nuevo por turno	24

1. Introducción

La Clínica Avidanti Santa Marta (en adelante la Clínica), una IPS que presta servicios de tercer y cuarto nivel de complejidad en dicha ciudad, abrió sus puertas el 12 de noviembre de 2019, época en la cual experimentó un proceso de acelerado crecimiento debido al inicio de la pandemia de la COVID-19. Fue así como para marzo de 2020 se vio obligada a abrir el ciento por ciento de sus servicios hospitalarios y comenzó a plantearse la necesidad de buscar estrategias de mejoramiento.

Una vez superada la crisis, la Clínica inició en 2022 un proceso para optimizar los procesos de los servicios que presta actualmente, donde el de urgencias es el principal.

Para este fin se combinó el uso de herramientas de investigación, herramientas ofimáticas para el procesamiento de la información y entrevistas para validar los procesos de atención a partir de su verificación con los actores involucrados. Todo el proceso fue recopilado y validado mensualmente, con miras a fortalecer las buenas prácticas y corregir a tiempo las desviaciones que se fueron evidenciando.

Como resultado final, a partir de los resultados que arrojaron las áreas de talento humano, infraestructura y procesos, se logró el plan de mejoramiento propuesto.

En el capítulo 2, Planteamiento del problema, el proceso se realizó en tres fases: antes de ingresar a la sección de urgencias, en el momento de atención, y a la salida.

En el capítulo 3, Justificación, se expone la razón de ser del trabajo: la mejora en la atención del servicio de urgencias, que a su vez redundará en un servicio integral óptimo para el resto de las dependencias de la Clínica.

El capítulo 4, Objetivos, describe los propósitos de esta investigación.

El capítulo 5, Marco conceptual, presenta un recorrido por investigaciones de autores que a lo largo de la historia se han involucrado en procesos de mejora de las secciones de urgencias y, además expone algunos estudios de caso de instituciones que han experimentado situaciones similares a las de la Clínica.

En el capítulo 6, Diseño metodológico, aplicando herramientas con un enfoque cualitativo, fue posible encontrar cifras e indicadores, además de conceptos de los actores involucrados en el proceso de atención de urgencias, que permitieron obtener un diagnóstico inicial de la situación.

En el capítulo 7, Desarrollo de trabajo, se implementaron las herramientas cualitativas y cuantitativas y los resultados de las entrevistas del capítulo anterior, a fin realizar un cruce de las bases de datos y un análisis de colas.

En el capítulo 8, Resultados, se muestra la efectividad de la investigación, en tanto fue posible aumentar la cantidad de pacientes ingresados a urgencias y los horarios de atención.

El capítulo 9, Conclusiones, expone las reflexiones de todo el proceso de investigación, enfatizando las herramientas que la llevaron a feliz término.

El trabajo termina con la sección de referencias –capítulo 10– y un apéndice –capítulo 11–, con el cuestionario presentado a los actores involucrados en el proceso de urgencias.

2. Planteamiento del problema

En su propósito de convertirse en el referente número uno del departamento de Magdalena en el tratamiento y diagnóstico cardiovascular, la Clínica cuenta actualmente con una capacidad instalada de diez consultorios de consulta externa, cuatro consultorios de urgencias, veinte camillas de observación de urgencias, diez sillones reclinables para la atención de pacientes en sala ERA (enfermedad respiratoria aguda), ciento siete camas hospitalarias, siete camas de cuidados intermedios, treinta y cuatro camas de cuidados intensivos para adultos y tres quirófanos dotados y habilitados bajo los estándares mínimos de habilitación según la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social. (Colombia, 2019)

Para marzo de 2020, apenas pasados cuatro meses de su apertura, la Clínica encaró la crisis desatada por la pandemia de la COVID-19, y pasó de atender 586 urgencias a 1.180 en diciembre de ese año. La situación empeoró, y para diciembre de 2021 estaba atendiendo un promedio de 2.520 urgencias mensuales, que la obligó no solo a abrir la totalidad de su capacidad instalada, sino a incrementarla; fue así como de las ochenta y dos camas para la hospitalización de adultos pasó a ciento siete, y de las diecinueve camas de cuidados intensivos pasó a treinta y cuatro.

Este obligado incremento en la atención también se presentó en clínicas y hospitales alrededor del mundo. (Martínez Estalella *et al.*, 2021; Salway *et al.*, 2017; Vásquez-Alva *et al.*, 2019)

Dada la situación anterior, fue entonces evidente que la Clínica requería de un análisis urgente que le procurara soluciones inmediatas para enfrentar los diagnósticos generados en la pandemia. Una de las variables contempladas fue la proporción de los ingresos hospitalarios, que estaba creando cuellos de botella en la atención posterior de los pacientes. En este aspecto era claro que la atención inicial de urgencias no cumplía con las clasificaciones de triaje definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El triaje en los servicios de urgencia es un sistema de selección y clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles, que consiste en una valoración clínica breve que determina la prioridad en que un paciente será atendido. (Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)

“Las instituciones tienen la obligación ética de estar preparadas mediante la implementación de medidas tendientes a evitar una saturación de los servicios de salud” (Camargo Rubio, 2022). Esta afirmación deja clara la importancia que se evidencia en las demoras que ocasiona el proceso de atención inmediata en una institución de salud, donde aparecen variables que desencadenan en afectaciones en la integridad de los pacientes: eventos adversos, retiros voluntarios, insatisfacción constante, cancelación de contratos por parte de los aseguradores y, en algunos casos, sanciones económicas o disciplinarias por parte de los entes de control.

En el caso de la Clínica se destacaban demoras constantes en cada uno de los niveles de operación relacionados con la atención de los pacientes en urgencias, que aunque no eran

ocasionadas directamente por el servicio en sí mismo, sí lo afectaban considerablemente: desorden en la salida de los pacientes de los servicios hospitalarios, cancelación de cirugías, falta de comunicación entre el servicio de urgencias y los demás servicios de la institución, retrasos en los trámites administrativos para gestionar el egreso de los pacientes y tardanzas en la toma de estudios de apoyo diagnóstico. Era evidente, entonces, tomar las medidas correspondientes para llevar a cabo un análisis integral por procesos para clasificar y realizar un diagnóstico de la situación actual del proceso de urgencias e identificar los puntos críticos.

Para este propósito, además de los casos encontrados en otras instituciones de salud similares alrededor del mundo y de las entrevistas realizadas al personal encargado de la unidad de urgencias, se abordaron propuestas teóricas de autores como Alpízar (2014), Anaya Arrieta *et al.*, (2012), Salazar y Yurss (2010), entre otros, que brindaron las bases para la construcción del plan de mejoramiento de la institución en estudio.

3. Justificación

En el primer trimestre de 2022, la Clínica atendió un promedio de ocho mil urgencias, y este perfil de atención se ha convertido en uno de sus productos de mayor uso y aceptación en la población local y en los turistas que visitan Santa Marta.

De ahí, entonces, que el impacto de este estudio esté dirigido a la búsqueda de brindarles a los pacientes una atención digna con los mejores estándares de calidad propuestos por los entes de control para la prestación de los servicios de salud. Cabe mencionar que el de urgencias es un servicio que, independientemente de las condiciones contractuales de las IPS con las EPS, se debe prestar de manera prioritaria bajo la premisa de salvaguardar la vida e integridad de los pacientes, abordando todas las etapas de accesibilidad al servicio de urgencias y sus procesos interdependientes.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Diseñar una propuesta de mejora al proceso de urgencias de la Clínica Avidanti Santa Marta para mejorar la oportunidad de acceso a este servicio.

4.2 Objetivos específicos

Realizar un diagnóstico que permita identificar las principales barreras de accesibilidad oportuna a la consulta inicial de urgencias.

Identificar modelos externos aplicados a la optimización de los cuellos de botella en procesos similares.

Proponer una mejora al proceso de urgencias que permita optimizar la oportunidad en la atención inicial de urgencias.

5. Marco conceptual

El proceso de atención en el servicio de urgencias requiere de un alto nivel de precisión que nace a partir del triaje como el primer paso en la atención del paciente.

La calidad de los servicios de urgencias requiere una atención especial. El servicio prestado a los pacientes está directamente relacionado con su estado emocional; así, aspectos como la accesibilidad, amabilidad y especialmente la mejora de su estado de salud son extremadamente importantes de la calidad del servicio. (Correia Loureiro & Miranda González 2010)

En tanto el triaje determina la situación de riesgo vital de un paciente y le proporciona información sobre su estado de salud y del tiempo aproximado de espera según su gravedad clínica, debe ser realizado a través de un sistema estructurado y moderno. (Vásquez-Alva *et al.*, 2019)

En Colombia, el triaje es la metodología más común para la priorización en la atención de las urgencias. Esta metodología clasifica los pacientes según la pertinencia y la gravedad que tengan, a fin de alcanzar un uso más eficiente de los recursos de este servicio. Su estructura está clasificada por niveles así:

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

Triaje II: la condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo de pérdida de un miembro u órgano; por tanto, requiere una atención que no debe superar los treinta minutos. La presencia de dolor extremo debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría.

Triaje III: la condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. En esta clasificación se incluyen los pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico, aunque su situación puede empeorar si no se actúa.

Triaje IV: el paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, si no recibe la atención correspondiente, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión.

Triaje V: el paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa su estado general, y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de miembro u órgano. (Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)

En relación con la mejora de procesos,

Esta es una práctica organizacional que consiste en identificar, analizar y mejorar los procesos existentes para optimizar el rendimiento, cumplir con los estándares de mejores prácticas o simplemente mejorar la calidad y la experiencia del uso para los clientes y usuarios finales de los productos o servicios que se ofrecen. (Rodríguez Maya, s. f.)

Según Holtermann y González: “el enfoque principal de un sistema de emergencias médicas (SEM) debe ser responder a las víctimas de enfermedad o traumatismos repentinos que requieren atención médica de urgencia y a los que sufren dolor o malestar intensos” (2003). Por tanto, independientemente de las condiciones contractuales de una IPS, esta debe prestar el servicio de urgencias a quien lo requiera, respetando los tiempos y el debido proceso, y velando por su seguridad.

De la clasificación del triaje mencionada, la entrada principal de los pacientes es una tarea que requiere un perfil resolutivo y ágil para tomar sus signos vitales e informarse, a través una entrevista, de su estado.

El rol del profesional de enfermería en las salas de urgencias en Irlanda se refleja en la mejora del servicio prestado, el desarrollo profesional, la satisfacción expresada por los usuarios, así como en la mejora en los tiempos de consulta y alta. (Alpízar, 2014)

Seguidamente se procede a la realización de la admisión del paciente. Según Anaya Arrieta *et al.* (2012), “se entiende por admisión en un servicio de urgencia el proceso donde se acepta al paciente procedente de otro centro de menor nivel o que ingresa por sus propios medios”; a lo que Salazar y Yurss (2010) añaden: “es fundamental el papel de la admisión del centro como verdadera unidad de gestión de pacientes”.

A la hora de iniciar el proceso de atención en salud existen dos términos fundamentales para verificar la prestación del servicio: la accesibilidad y la oportunidad.

1. Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios. (Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, 2006)

Sin embargo, el compendio de acciones en este proceso debe unirse y trabajar como un engranaje perfecto para alcanzar una calidad esperada, tal como lo definen Robledo-Galván *et al.*: “otorgar atención médica al paciente con a) oportunidad; b) competencia profesional; c) seguridad; y d) respeto a los principios éticos de la práctica médica, que le permita satisfacer sus i) necesidades de salud y sus ii) expectativas”. (2012)

Siguiendo este orden de ideas se logrará establecer la accesibilidad a la prestación de servicios de salud, definido por Andersen como “la capacidad de utilizar los servicios de salud cuando y donde sea necesario”. (1995)

Según Salway *et al.*, “la permanencia de pacientes ingresados ha sido la causa principal de congestión en los servicios de urgencia. Este tipo de pacientes es dejado allí en circunstancias de que no hay una cama en el resto del hospital”. (2017)

Por otro lado, adicional a las evidencias halladas sobre la congestión de pacientes

hospitalizados o las largas estancias de servicio de urgencias, E. Santelices y L. Santelices afirmaron lo siguiente respecto a los procesos articulados entre el componente clínico y el administrativo cuando no funcionan correctamente:

A nivel de la atención en las unidades de emergencia hospitalaria (UEH) existen una serie de procesos tanto clínicos como administrativos que deben optimizarse y que pudieran contribuir a mejorar la percepción y atención de quienes recurren a los servicios de urgencia hospitalarios. (E. Santelices & L. Santelices, 2017)

Con el fin tratar de eliminar las barreras en la accesibilidad de la prestación de servicios de salud, Abadía y Oviedo propusieron lo siguiente:

- 1) Urgencias
- 2) Tutela
- 3) Acudir a funcionarios “puente”, con buena disposición y contactos
- 4) Acompañamiento de líderes locales con conocimiento
- 5) Esfuerzo de profesionales de salud para ayudar, por ejemplo, al transporte de pacientes
- 6) estrategias de las IPS para aumentar su oferta y extender los horarios
- 7) Atención privada (Abadía & Oviedo, 2009)

En relación con este indicador –las barreras en la accesibilidad de la prestación de servicios de salud–, Lozano Salcedo anotó lo siguiente:

La prestación de los servicios por parte de las IPS, puede ser insuficiente o no cumplir con los servicios requeridos por el paciente llegando a ser una de las barreras en la atención a pesar de contar con aseguramiento al sistema. (Lozano Salcedo, 2019)

Para Quezada, el panorama se visualiza hacia la eficiencia proyectada al cumplimiento de los resultados esperados y no a la desviación de los costos:

Los factores del paso por la urgencia que contribuyen al atochamiento son fundamentalmente insuficiencias e ineficiencias de espacio y de recursos humanos. No es posible construir a la velocidad de los incrementos de la demanda, y los diseños de renovación debiesen adaptarse a un modelo de atención y no viceversa, cosa que rara vez ocurre; entonces mejorar la eficiencia interna es la manera más rápida, barata y fácil de aumentar la capacidad. (Quezada, 2017)

Según Martín-Sánchez, existen propuestas como la de la creación de unidades de corta estancia (UCE) para darles un manejo eficiente y oportuno a pacientes con criterios específicos, que han tenido buena acogida en países con modelos similares al colombiano:

En las últimas décadas han surgido diferentes unidades alternativas a la hospitalización convencional, como las unidades de observación, las unidades de corta estancia (UCE) y la hospitalización a domicilio, con el fin de atender a los pacientes que acuden a un servicio de urgencias hospitalario de un modo más eficiente y minimizar el ingreso hospitalario convencionalmente entendido. Las UCE han demostrado disminuir la necesidad de camas de hospitalización convencional, con un buen perfil de seguridad y

satisfacción de los pacientes. (Martín-Sánchez *et al.*, 2016)

Según Rodríguez Jáuregui *et al.*, una posible solución a las colas en algunos de los procesos del servicio de urgencias está en la aplicación de la teoría de líneas de espera: “una herramienta que permite calcular de manera eficiente y rápida algunas de las medidas de desempeño de mayor interés para la administración y control de los sistemas hospitalarios”. (2017)

Finalmente, la definición de los roles asertivos con capacidad de liderazgo en los mandos medios también tiene un fundamento de peso en la toma de decisiones que influyan en el mejoramiento continuo de la prestación de los servicios de salud:

Los mandos intermedios, como son las coordinadoras asistenciales y los jefes de equipo, también son claves en la toma de decisiones, además de aportar sus inestimables conocimientos y experiencia de ámbito clínico y proporcionar, a través de sus miembros, una línea directa para obtener información clave sobre el terreno. (Martínez Estalella *et al.*, 2021)

6. Diseño metodológico

6.1 Enfoque

En el presente trabajo se aplica un enfoque cualitativo, con manejo de datos cualitativos y cuantitativos distribuidos según la necesidad de cada uno de los objetivos planteados, para satisfacer la idea central del abordaje del problema (Hernández Sampieri *et al.*, 2006).

Así, se estableció un orden de actividades orientadas a la resolución de los objetivos propuestos. Ejemplo de ello es que para la realización de un primer diagnóstico fue necesario implementar estrategias de recolección de información. En primer lugar se llevó a cabo un estudio de tiempos y movimientos para evidenciar cada una de las operaciones presentes en la atención de los pacientes, desde su ingreso al servicio de urgencias hasta su egreso, tomando las variables de cada una de las interdependencias que hacen parte de las atenciones iniciales y que garantizan un apoyo a la hora de darle manejo a un paciente.

Para llevar a cabo esta guía de observación fue necesario tener claridad sobre los procesos que intervienen en la atención inicial de urgencias y establecer la herramienta con cada una de las variables que permitieran realizar la medición de los tiempos por etapas; posteriormente se descargaron los informes existentes en el *software* de la Clínica para llevar a cabo el tratamiento pertinente de la información y establecer no solo los tiempos, sino también los factores que giran en torno a esta operación, evitando cualquier tipo de sesgo.

Las variables que se determinaron para esta guía de observación son totalmente medibles y aplicables a todos los usuarios que ingresan al servicio de urgencias. Del mismo modo, la relevancia de este tipo de herramientas es que no generan una alteración en el flujo de la operación, dado que es una observación que no produce interacción con los colaboradores en tiempo real.

Posteriormente, con los resultados del primer estudio de tiempos fue necesario dar paso a la implementación de una serie de entrevistas individuales con los principales actores internos, a fin de evaluar sus conceptos y poder establecer una propuesta de mejoramiento adecuada.

Como fue mencionado, el crecimiento en la demanda de atención del servicio de urgencias de la Clínica en el período 2019-2021 fue mayúsculo y la llevó a implementar una gran cantidad de medidas y estrategias para suplirla. Con todo, en 2022 comenzaron a aparecer quejas de los usuarios, la mayoría de ellas por la demora en la accesibilidad al servicio y los altos tiempos de espera. Esta situación motivó a la institución a llevar a cabo un análisis real y objetivo del problema, enfocado tanto en la unidad de urgencias como en su interdependencia con las demás unidades, a fin de tener claridad precisa de todo el proceso: desde la entrada de los pacientes hasta la salida.

El primer paso de este objetivo fue la realización de entrevistas a actores relevantes del proceso para conocer de primera mano las variables que influían directa o indirectamente en él. Se decidió, entonces, adoptar un formato de aproximadamente veinte minutos de duración, dirigido a los siguientes colaboradores: la coordinadora del servicio de urgencias, un médico del servicio de urgencias y una enfermera de triaje. Oportunamente se les informó de las preguntas del cuestionario

y se les entregó el formato de consentimiento informado que debían diligenciar y firmar, a fin de poder disponer de sus datos para una investigación académica.

La selección de los actores se hizo teniendo en cuenta sus perfiles dentro del proceso y con la clara intención de conocer las diferentes perspectivas desde su rol. La siguiente es su caracterización:

Coordinadora de urgencias

Enfermera jefe encargada de la planificación y el aseguramiento de los procesos del servicio de urgencias, atendiendo las necesidades de los diferentes equipos interdisciplinarios y gestionando los recursos pertinentes.

Médico de urgencias

Profesional de la medicina encargado de brindarles a los pacientes la consulta inicial de urgencias, el diagnóstico, el comienzo de tratamiento en caso de requerirlo y la definición de conducta en caso de que lo amerite de inmediato.

Jefe de triaje

Profesional de enfermería con experiencia en la operación de clasificar, entrevistar y gestionar de manera constante a los pacientes que ingresan este servicio.

6.2 Herramienta 1. Entrevista individual

Para llevar a cabo las entrevistas fue menester realizar un proceso logístico que incluyó, en primer lugar, la invitación a cada uno de los participantes vía correo electrónico, acompañada del formato de consentimiento informado para contar con su autorización para el uso y el manejo de los datos. Posteriormente se elaboró un listado de las posibles inconvenientes que podrían presentarse en su ejecución, a efectos de hacerles una reprogramación de las fechas: manifestaciones o alteraciones del orden público o alguna urgencia asistencial que requiriera de su presencia. Finalmente, con su aceptación y el lugar, el día y la hora confirmados, se ejecutó un piloto que confirmó la pertinencia tanto estos datos como de la duración prevista –20 minutos–. De su resultado fue entonces posible proceder al ejercicio, con la certeza de que todo el proceso iba a funcionar bien.

6.3 Herramienta 2. Guía de observación

Mediante esta herramienta fue posible elaborar un estudio de los tiempos y movimientos que evidenciaron los principales cuellos de botella en el proceso de atención de urgencias bajo el marco de la operatividad de cada uno de los servicios a los que accede el paciente en su ingreso. Para este fin se llevó a cabo una revisión detallada de cada una de las operaciones que acontecen desde que

el paciente ingresa a la Clínica hasta que recibe apoyos diagnósticos y revaloraciones luego de la consulta inicial.

En relación con los cuellos de botella, Zip Inventory mencionó lo siguiente:

Un cuello de botella en el negocio se refiere a áreas de congestión dentro de un sistema de producción que resulta del aumento de las cargas de trabajo. Normalmente, los cuellos de botella se derivan de ineficiencias y pueden afectar significativamente el tiempo de producción, los costos y el flujo de trabajo. Los cuellos de botella se pueden encontrar en las líneas de ensamblaje cuando procesos específicos se retrasan, crean pedidos pendientes, retrasan las operaciones secuenciales y aumentan los costos operativos. (Zip Inventory, 2020)

El marco de la Resolución 256 de 2016 (Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, 2016) establece que, para los pacientes clasificados en el triaje I, la atención debe ser inmediata; sin embargo, los hallazgos mostraron un desfase temporal, en razón de que la información de los pacientes fue ingresada posteriormente a la atención que les brindaron. De la misma manera, para aquellos clasificados en el triaje II, cuyo tiempo máximo de espera es de treinta minutos, tampoco fue posible cumplirlo.

Las variables analizadas fueron las siguientes: oportunidad de atención de triaje, oportunidad de clasificación, oportunidad en la admisión, oportunidad en la consulta inicial de urgencias, oportunidad en el cumplimiento de órdenes médicas y oportunidad en la entrega de estudios diagnósticos e interconsultas.

Finalmente se hizo el cálculo promediado de los médicos que prestan su servicio por hora, a fin de determinar si la suficiencia operativa estaba equilibrada.

7. Desarrollo del trabajo

La realización del diagnóstico inicial sobre la situación real del servicio de urgencias de la Clínica fue mucho más allá de un análisis de la información. Cabe recordar que el primer paso fue la práctica de las entrevistas a los actores del proceso, que permitió conocer la percepción y las propuestas de mejora de quienes hacen parte del día a día de la operación, y que desde su experticia podían aportar cambios de valor al proceso que quizá en la teoría no podrían estimarse.

Siendo este el punto de partida, se les presentó inicialmente el formato de consentimiento informado soportado por la normatividad vigentes, que se muestra en la Figura 1.

Figura 1. Formato de consentimiento informado para el manejo de datos

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MANEJO DE DATOS		Versión: 0	R-CONST-01
PROCESO: GESTIÓN JURIDICA		Página 1 de 1	

1) Por la presente Yo _____ con documento de identificación No. _____, expedido en _____, en calidad de entrevistado por Sebastian Hernández Cervera, estudiante de la universidad EAFIT de Medellín, alumno del programa de Gerencia integral por procesos, en ejercicio de mi derecho fundamental al libre desarrollo de la personalidad, en pleno y normal uso de mis facultades mentales y declarándome plenamente capaz de autodeterminarme, declaro de manera libre, expresa, inequívoca e informada, que AUTORIZO a Sebastián Hernández Cervera. para que, en los términos de los artículos 5 y 6 de la Ley 1581 de 2012, realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión, y en general, tratamiento de mis datos personales, incluyendo datos sensibles, como mis nombres, grabaciones de voz, videos y demás datos que puedan llegar a ser considerados como sensibles de conformidad con la Ley. Todo esto con ánimos netamente académicos, lo que incluye: utilizar la información para establecer un diagnóstico de su percepción sobre el servicio de urgencia de la IPS donde trabaja y la panorámica de mejoramiento desde su rol; Con el consentimiento del titular de la información, podrá adelantar el proyecto de investigación, estadísticas, generar estrategias de mejora para los diferentes procesos involucrados.

Dicha autorización para el tratamiento de mis datos personales, incluyendo datos sensibles, se extiende durante la entrevista, y con posterioridad al finiquito de esta, siempre que tal tratamiento se encuentre relacionado con las finalidades para las cuales los datos personales fueron inicialmente suministrados.

En ese sentido, declaro conocer que los datos personales objeto de tratamiento, serán utilizados, entre otros, para las finalidades académicas.

De igual forma, declaro que me han sido informados y conozco los derechos que el ordenamiento legal conceden al titular de los datos personales, los cuales se encuentran consignados dentro de la invitación a la entrevista.

Dada a los _____ días del mes de _____ de _____

Cordialmente,

FIRMA: _____

N° IDENTIFICACIÓN: _____

Elaborado por: <i>Sebastian Hernandez Cervera</i>	Copia controlada	Aprobado por: <i>Universidad Eafit</i>
Revisado por: <i>Sebastian Hernandez Cervera</i>		Fecha de aprobación: 01/04/2022
Fecha de revisión:		01/04/2022

Fuente: elaboración del autor.

Una vez firmado el consentimiento y socializada la intención de la entrevista, fue posible contar con el listado definitivo de participantes y proceder a fijar el día y la hora propuestos por ellos. De común acuerdo se decidió, entonces, usar la herramienta Microsoft Teams.

Según Poblete Ruiz *et al.*, “la entrevista es una técnica ampliamente aplicada en el mundo occidental, debido a que es un instrumento relativamente fácil de utilizar, permite recoger gran cantidad de información de los entrevistados y adaptarse a las características y necesidades de cada uno de ellos” (2016).

El formato de la entrevista, que se muestra en la Figura 2, contiene cinco preguntas claves para orientar su relevancia.

Figura 2. Formato de la entrevista a los líderes administrativos y asistenciales

Entrevista líderes servicios administrativos y asistenciales

Fecha: _____
Nombre: _____
Teléfono: _____
Email: _____
Dirección: _____

Entrevistador: Sebastian Hernández Cervera

Esta entrevista está direccionada a los principales actores en todos los niveles de operación dentro del servicio de urgencias para una IPS de la ciudad de santa marta cuyo principal interés netamente académico que tiene como objetivo principal conocer las diferentes percepciones sobre el proceso actual en el servicio de urgencias para realizar un diagnóstico y posterior análisis de la situación actual.

1. ¿Como funciona el proceso de urgencias en la institución?

2. ¿Cuál es su percepción frente al servicio que se está ofreciendo actualmente a los usuarios?

3. ¿Ha evidenciado oportunidades de mejora en el proceso? De ser así menciones las principales.

4. ¿Que variables considera usted como puntos críticos a la hora de evaluar el servicio de urgencias en una IPS?

5. ¿Qué acciones de mejora tomaría desde su cargo para mejorar la oportunidad en la atención?

Fuente: elaboración del autor.

Los actores entrevistados fueron los siguientes:

Elizabeth Herrera

Coordinadora del servicio de urgencias de la Clínica desde enero de 2022, cargo que ocupó luego de desempeñarse como jefe líder de esta unidad desde la apertura de la institución. La señora Herrera tiene formación profesional en su área, que ha complementado con diferentes cursos; su principal función es la de coordinar los equipos de urgencias, asegurando el cumplimiento de las metas establecidas en materia de los indicadores normativos, el bienestar del paciente y la calidad en la prestación del servicio.

Doctor Daniel Pertuz

Médico con experiencia en servicios de urgencias, consulta externa y servicios hospitalarios, destacado por ser un profesional resolutivo, con orientación a los procesos y las buenas prácticas asistenciales.

Solbey Barros

Jefe del servicio de triaje, con amplia experiencia en la prestación de servicios asistenciales de servicios de urgencias, con fortalezas en el manejo de trabajo bajo presión, orden, resolutivez, orientación a los resultados y proactividad en la prestación de sus servicios.

Finalizada la etapa de las entrevistas, se procedió a la implementación de la segunda herramienta: la recolección de información, consistente en el estudio de los tiempos y movimientos, sin injerencia de los colaboradores, a fin de recolectar las frecuencias en el proceso de atención de urgencias, para dimensionar las posibles causas que dificultan la accesibilidad a la prestación oportuna de este servicio. Para este propósito se tomó como punto de partida el mes de enero de 2022, utilizando como fuente de información el *software* Geomedys [Figura 3], con el que la Clínica maneja toda la operación en tiempo real. Entre sus funciones se encuentran las siguientes: la opción de descargar informes de ingresos, egresos, actividades, solicitud y cumplimiento de órdenes médicas, actividades de apoyo diagnóstico y procedimientos. Con esta herramienta fue posible cruzar estas bases de datos y generar un reporte de oportunidades para cada una de las etapas que recorre un paciente durante su experiencia en la institución.

Figura 3. Listado de pacientes admitidos en enero de 2022

SERVICIO	EXAMEN DE CITA	TIPO DE EXAMEN	PACIENTE	DOCUMENTO	ID CITA	ATENDIDO	NÚMERO DE AFILIACIÓN
Anestesia							
Cardiología							
Cirugía Cardiovascular							
Cirugía Gastrointestinal							
Cirugía Gastrointestinal Endoscopia Digestiva							
Cirugía General							
Cirugía Ginecológica							
Cirugía Maxilofacial							
Cirugía Ortopedia							
Cirugía Otorrinolaringológica							
Cirugía Plástica y Estética							
Cirugía Urológica							
Cirugía Vascular							
Cirugía Vascular y Angiológica							
Unidad Intensivo Adultos							

Fuente: *software* Gomedisys.

Una vez recolectados los informes se inició la fase de consolidación de las variables encontradas en una hoja Excel. Dichas variables fueron las siguientes: tiempos de inicio y finalización del triaje, admisión, consulta inicial de urgencias y definición de los pacientes durante la toma de estudios de apoyo diagnóstico. Estos datos facilitaron el cruce de información para calcular la oportunidad de mejora entre cada una de las etapas que recorre el paciente durante su permanencia en la unidad de urgencias [Tabla 1].

Tabla 1. Consolidado de las oportunidades detectadas en el servicio de urgencias (enero de 2022)

Paciente	Tipo de documento	Documento	Fecha triage	Clasif. Triage	Hora Clasificación	Oportunidad triage	Profesional triage	Fecha Admisión	Oportunidad admisión	Fecha Consulta inicial	Oportunidad consulta inicial	Profesional Atiende	Fecha formulación Laboratorio	Fecha resultado laboratorio	Oportunidad laboratorio	Tiempo transcurrido en el servicio hasta la entrega de resultados
RONALD JOSE LOPEZ PACHECO	CC	108289148	2022-01-01 03:54	TRIAGE II	2022-01-01 04:04	7:58	MANUEL MAURICIO ORTEGA TOBIAS	2022-01-01 04:10	0:06:00	01-01-2022 04:12	0:18:00	MANUEL MAURICIO ORTEGA TOBIAS	01-01-2022 04:19	01-01-2022 06:11	1:52:00	2:17:00
JUAN CARLOS LINA SANCHEZ	CC	85471850	2022-01-01 07:33	TRIAGE III	2022-01-01 07:35	15:08	SNIEBER ALBERTO	2022-01-01 07:42	0:07:00	01-01-2022 07:44	0:11:00	ADALBERTO DAZA PEÑA	01-01-2022 07:59	01-01-2022 08:33	0:34:00	1:00:00
HOLMAN ANDRES PIEDRAHITA	CC	1082898930	2022-01-01 07:43	TRIAGE III	2022-01-01 07:48	15:29	YORLEY CAROLINA	2022-01-01 07:56	0:10:00	01-01-2022 08:21	0:38:00	ADALBERTO DAZA PEÑA	01-01-2022 08:41	01-01-2022 09:37	0:56:00	1:54:00
HOLMAN ANDRES PIEDRAHITA	CC	1082898930	2022-01-01 07:43	TRIAGE III	2022-01-01 07:48	15:29	YORLEY CAROLINA	2022-01-01 07:56	0:10:00	01-01-2022 08:21	0:38:00	ADALBERTO DAZA PEÑA	01-01-2022 08:41	01-01-2022 09:37	0:56:00	1:54:00
DOÑEY JAVIER PEREZ ESCORDIA	CC	85452929	2022-01-01 08:19	TRIAGE III	2022-01-01 08:22	10:41	YORLEY CAROLINA	2022-01-01 08:24	0:02:00	01-01-2022 08:53	0:34:00	ADALBERTO DAZA PEÑA	01-01-2022 09:09	01-01-2022 09:39	0:30:00	1:20:00
TATIANA PAOLA CAIPIRO REDONDO	CC	108292143	2022-01-01 08:51	TRIAGE III	2022-01-01 08:54	17:45	YORLEY CAROLINA	2022-01-01 08:59	0:05:00	01-01-2022 09:15	0:24:00	GONZALEZ FERNANDEZ DE CASTRO	01-01-2022 09:29	01-01-2022 10:00	0:31:00	1:09:00
MIREYA FIGUEROA GARCIA	CC	36725709	2022-01-01 09:05	TRIAGE III	2022-01-01 09:08	18:13	YORLEY CAROLINA	2022-01-01 09:17	0:09:00	01-01-2022 09:39	0:34:00	GONZALEZ FERNANDEZ DE CASTRO	01-01-2022 09:59	01-01-2022 10:18	0:19:00	1:13:00
CARMEN ALICIA PACHECO	CC	39542882	2022-01-01 09:10	TRIAGE III	2022-01-01 09:14	18:24	YORLEY CAROLINA	2022-01-01 09:29	0:15:00	01-01-2022 09:41	0:31:00	ADALBERTO DAZA PEÑA	01-01-2022 10:03	01-01-2022 11:21	1:18:00	2:11:00
GABRIEL ANTONIO	CC	19182387	2022-01-01 12:20	TRIAGE II	2022-01-01 12:26	0:46	YORLEY CAROLINA	2022-01-01 12:40	0:14:00	01-01-2022 13:27	1:07:00	ADALBERTO DAZA PEÑA	01-01-2022 13:49	01-01-2022 14:33	0:44:00	2:13:00
BANY VANESSA ROSAS CORONADO	CC	1093082301	2022-01-01 12:42	TRIAGE III	2022-01-01 12:45	1:27	YORLEY CAROLINA	2022-01-01 12:54	0:09:00	01-01-2022 14:28	1:46:00	GONZALEZ FERNANDEZ DE CASTRO	01-01-2022 14:41	01-01-2022 15:38	0:57:00	2:50:00
JOSE SIL PEREZ QUESADA	CC	19582127	2022-01-01 13:09	TRIAGE II	2022-01-01 13:16	2:25	YORLEY CAROLINA	2022-01-01 13:24	0:08:00	01-01-2022 15:08	1:59:00	GONZALEZ FERNANDEZ DE CASTRO	01-01-2022 15:33	01-01-2022 16:28	0:55:00	3:19:00
JOAQUIN RAFAEL VILORIA DE LA	CC	12559597	2022-01-01 15:07	TRIAGE II	2022-01-01 15:11	6:18	YORLEY CAROLINA	2022-01-01 15:29	0:18:00	01-01-2022 15:54	0:47:00	ADALBERTO DAZA PEÑA	01-01-2022 16:28	01-01-2022 17:02	0:36:00	1:55:00
MARGA ARELIS SALAZAR PEREZ	CC	1082981484	2022-01-01 15:11	TRIAGE III	2022-01-01 15:16	6:27	YORLEY CAROLINA	2022-01-01 15:37	0:21:00	01-01-2022 16:17	1:06:00	GONZALEZ FERNANDEZ DE CASTRO	01-01-2022 16:29	01-01-2022 17:46	1:17:00	2:30:00
DAVID ENRIQUE GARCIA VALENCIA	CC	12525543	2022-01-01 15:53	TRIAGE II	2022-01-01 15:56	7:49	YORLEY CAROLINA	2022-01-01 16:10	0:14:00	01-01-2022 17:13	1:20:00	GONZALEZ FERNANDEZ DE CASTRO	01-01-2022 17:37	01-01-2022 19:28	1:51:00	3:35:00
VALENTINA ISABELA LEONES	RC	1083018840	2022-01-01 17:29	TRIAGE II	2022-01-01 17:36	11:05	YORLEY CAROLINA	2022-01-01 17:48	0:12:00	01-01-2022 17:51	0:22:00	ADRIANA LEON TORRES	01-01-2022 18:00	01-01-2022 18:29	1:29:00	2:00:00

Fuente: elaboración del autor.

Con los resultados anteriores se procedió a realizar un diagnóstico que se socializó con la Junta Directiva de la Clínica para exponerle no solo la realidad actual del servicio de urgencias, sino también las acciones de mejora que podrían implementarse.

Finalmente se verificaron los cuellos de botella hallados y se comenzó a buscarles solución a través de consultas bibliográficas o en instituciones de salud que hubieran tenido dificultades similares. La búsqueda se hizo con la herramienta de búsqueda y verificación de documentos Mendeley (s. f.), e incluyó bases de datos indexadas, casos de estudio y documentos relacionados con el problema [Figura 4].

Figura 4. Mendeley, herramienta para la búsqueda y verificación de documentos

Authors	Title	Year	Published In	Added
Poblete Ruiz, Manuel; Fernández Nogueira, Donna; Campo Carrasco, ...	La entrevista como herramienta para la evaluación de las competencias genéricas: formación y construcción de un consenso sobre evidencias.	2016	Revista Complutense de Educación	3:47p. m.
Correia Loureiro, S. M.; Miranda González, F. J.	Calidad y satisfacción en el servicio de urgencias hospitalarias: Análisis de un hospital de la zona Centro de Portugal	2010	Investigaciones Europeas de Direccio...	1:38p. m.
Martinez Estalella, Gemma; Zabalegui, Adelaida; Sevilla Guerra, Sonia	Management and leadership of nursing services in the emergency plan for the pandemic COVID-19: the experience of the Clinic Hospital of Barcelona	2021	Enfermería Clínica	1:27p. m.
Rodríguez Jáuregui, Gustavo Ramiro; González Pérez, Ana Karen; Hernán...	Análisis del servicio de Urgencias aplicando teoría de líneas de espera	2017	Contaduría y Administración	1:05p. m.
Martín-Sánchez, Francisco Javier; Carbajosa, Virginia; Llorens, Pere; ...	Tiempo de estancia prolongado en los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca aguda	2016	Gaceta Sanitaria	12:32p. m.
Quezada, Ricardo	CONCEPTOS GENERALES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA	2017	Revista Médica Clínica Las Condes	11:33a. m.
Santelices, Emilio; Luis Santelices, José	DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DEL SISTEMA DE RED DE URGENCIA (RDU) EN CHILE. RECOMENDACIONES DESDE UNA MIRADA SISTÉMICA	2017	Revista Médica Clínica Las Condes	11:13a. m.
Salway, RJ; Valenzuela, R; Shoemaker, JM; Mallon, WK; Vicc...	CONGESTIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIA: RESPUESTAS BASADAS EN EVIDENCIAS A PREGUNTAS FRECUENTES	2017	Revista Médica Clínica Las Condes	10:52a. m.
Shadia, César Ernesto; Quijón, Diana	Surveillance itineraries in Colombia: A theoretical and methodological tool	2008	Social Science &	10:23a. m.

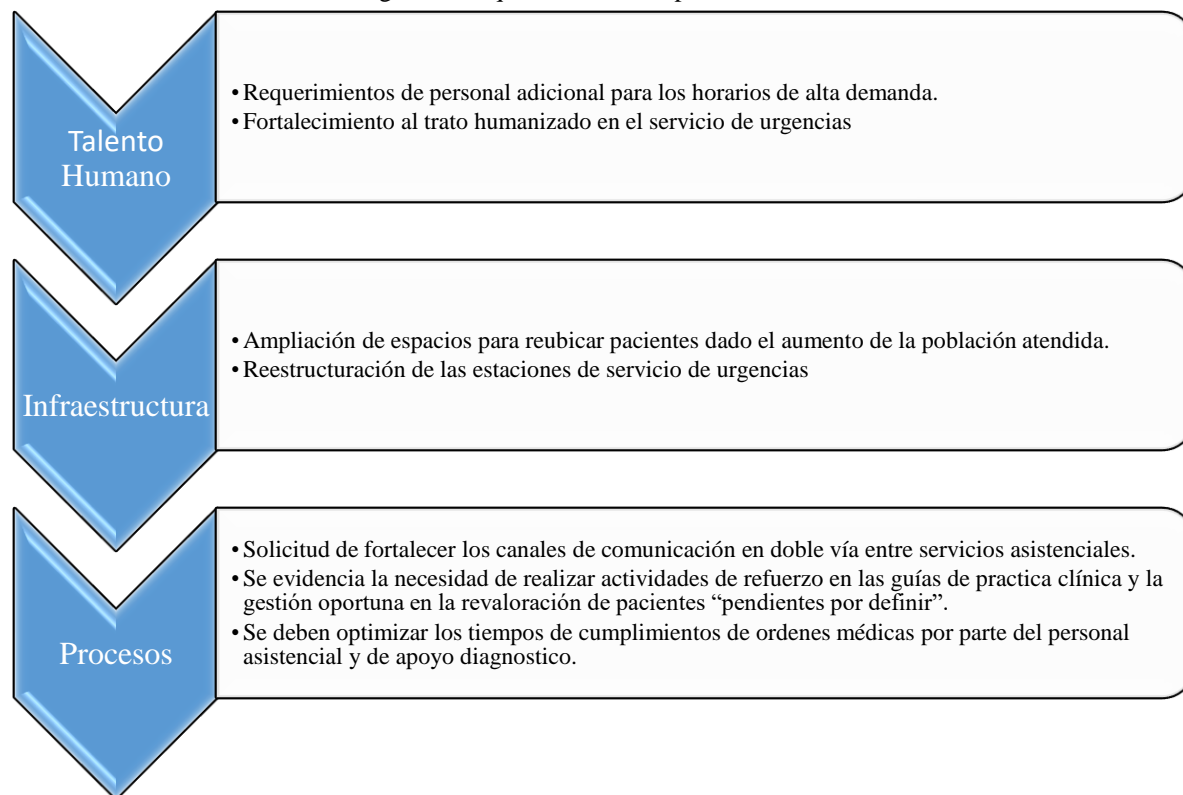
Fuente: *software* Mendeley.

Para concluir esta sección se elaboró la propuesta de mejora enfatizando el fortalecimiento de los procesos, con miras a generarle valor a la cultura del enfoque por procesos a nivel de oportunidad en la accesibilidad al servicio de urgencias de la Clínica.

8. Resultados

En tanto el primer paso para la generación de un diagnóstico integral fue conocer la percepción de los colaboradores, a partir de las entrevistas realizadas se logró evidenciar una serie de apreciaciones que podrían considerarse de común denominador: el talento humano, la infraestructura del servicio y los procesos institucionales y su adherencia respectiva [Figura 5].

Figura 5. Requerimientos del personal entrevistado



Fuente: elaboración del autor.

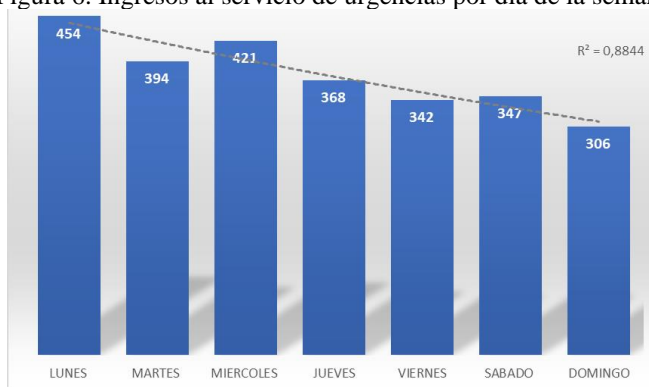
Una vez sus conceptos fueron escuchados y analizados, se obtuvieron siete necesidades claras respecto a su percepción individual, en tanto cada uno de los actores desempeña roles diferentes dentro de la operación del servicio de urgencias. Este hallazgo condujo a un análisis más profundo para tomar las decisiones correctas que permitieran tanto el crecimiento adecuado de la operación como el manejo de los costos y gastos de manera coherente con los indicadores financieros de la Clínica.

Siguiendo este orden de ideas se dio paso a la revelación de los resultados del estudio de tiempos y movimientos, que se realizó con corte al 31 de enero de 2022, tomando como base los siguientes indicadores:

- 3.032 urgencias recibieron una clasificación de triaje; sin embargo solo 2.790 pacientes recibieron una atención inicial.
- 153 usuarios fueron clasificados como triaje IV o V, mientras que otros 89, clasificados como triaje II o III decidieron retirarse de la Clínica antes de recibir una consulta inicial en el servicio de urgencias.
- Las causas principales de ello fueron la no prestación de la especialidad, la no aceptación de iniciar el proceso de remisión y las demoras en la sala de espera para recibir la consulta inicial con medicina general.
- El porcentaje de retiros antes de la atención inicial fue del 3,4 %.

Por otro lado, con el apoyo de la recolección de datos a través el *software* Gomedisys se pudo evidenciar una tendencia lineal en el ingreso de usuarios según el día de la semana [Figura 6].

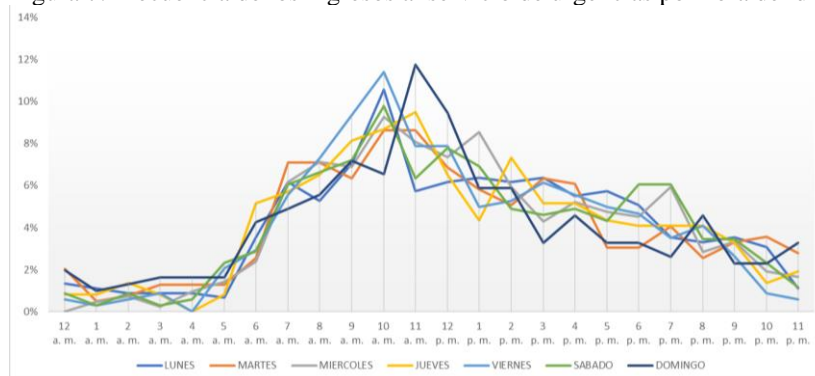
Figura 6. Ingresos al servicio de urgencias por día de la semana



Fuente: elaboración del autor.

Esta tendencia muestra que el 80 % de los ingresos ocurre en los tres primeros días de la semana y, asimismo, que el 72 % de las consultas se atienden en el horario entre las 7:00 a. m. y las 7:00 p. m., mientras que el 28 % restante se atiende en el turno nocturno [Figura 7].

Figura 7. Frecuencia de los ingresos al servicio de urgencias por hora del día



Fuente: elaboración del autor.

Los datos hallados en la Figura 7, que muestran los principales cuellos de botella por volumen de ingresos por hora, son básicos para esta investigación, dado que se pudo graficar la tendencia de los horarios pico de atención que deben ser intervenidos de manera prioritaria, y hacen parte de la hoja de ruta del plan de mejoramiento.

El siguiente paso para la revisión de resultados fue identificar la situación actual de la oportunidad en la atención de consulta inicial de urgencias, para lo cual, a partir de los listados generados en el *software* Gomedisys para la oportunidad de atención inicial de urgencias, se elaboró la siguiente fórmula:

$$Op. \text{atención consulta inicial urg.} = \text{hora de atención inicial} - \text{hora de clasificación del triaje}$$

Teniendo en cuenta los indicadores exigidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, los tiempos de atención para las urgencias deben ser los siguientes: triaje I: inmediato; triaje II: 30 minutos; triaje III: 90 minutos; y triajes IV o V: direccionamiento a consulta prioritaria con el asegurador del paciente [Tabla 2]. (Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

Tabla 2. Oportunidad de consulta inicial de urgencias

Clasificación Triaje	Oportunidad promedio triaje	Oportunidad promedio Atención consulta inicial
Triaje I	INMEDIATA	INMEDIATA
Triaje II	20:25	1:29:00
Triaje III	13:39	1:34:00
Triaje IV	14:00	0:43:00
Triaje V	5:08	0:35:00

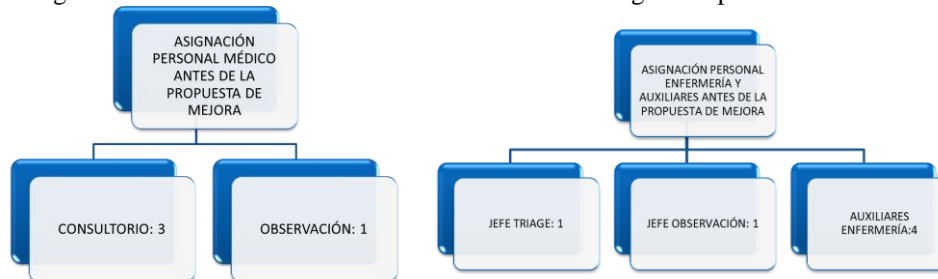
Fuente: elaboración del autor.

El resultado más relevante del estudio corresponde a los tiempos de atención de los pacientes clasificados como triaje II. Si bien deberían tener una oportunidad de atención de 20 minutos aproximadamente, la que les estaba dando la Clínica era de 89 minutos, casi tres veces la establecida por la Resolución 256 de 2016 (Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Cabe anotar que este tiempo de atención es normativo, y debe reportarse trimestralmente al Ministerio de Salud y Protección Social por parte del Departamento de Calidad de la Clínica.

Otro de los hallazgos señala que el proceso de admisiones tardaba aproximadamente 10 minutos por usuario, lo cual no favorece ni su experiencia ni el indicador normativo de oportunidad de consulta inicial de urgencias.

No obstante el hecho de que la Clínica cuenta con una infraestructura adecuada para la prestación de servicios de salud, específicamente para el caso del estudio –el servicio de urgencias–, en la estructura de talento humano, la distribución de personal estaba organizada de la siguiente forma [Figura 8]:

Figura 8. Relación del talento humano del servicio de urgencias por turno



Fuente: elaboración del autor.

De la Figura 8 es claro que aun contando con cuatro consultorios de urgencias, la Clínica estaba desaprovechando uno; y asimismo, que la distribución del personal variaba ocasionalmente, debido a la llegada de cirugías de urgencia, códigos azules o situaciones que podían comprometer el buen ritmo de la operación. De otro lado, se observa que el personal de enfermería debía cumplir órdenes médicas para volúmenes mucho mayores a los que la suficiencia de talento humano por profesional puede asegurar un rendimiento óptimo, hecho que prolongaba la estancia de los pacientes en el servicio de urgencias sobre ocupando las camillas más tiempo de lo que se estima a nivel institucional.

Otro de los hallazgos señala que existía mala comunicación entre servicios hospitalarios, cirugía y urgencias para notificar liberación de camas, traslados de pacientes y demás información que sea de valor para los procesos en doble vía; adicionalmente, era palpable la necesidad de reforzar los procesos de atención en el servicio de urgencias desde los mismos servicios hospitalarios y de cirugía.

Es claro, entonces, que más allá del servicio de urgencias –objetivo central de esta investigación– su saturación ocasionaba retrasos que, de ser solucionados, podrían maximizar las oportunidades de mejora en otros servicios, donde el no cumplimiento de órdenes médicas, las demoras en laboratorios y las demoras en la oportunidad de interconsulta de medicina especializada podían generar más retardos para liberar camas y, de este modo, descongestionar el servicio de urgencias sobre la marcha del proceso.

Durante la estancia del paciente en el servicio de urgencias se logró evidenciar que la oportunidad de interconsultas está entre las seis y las doce horas para especialidades como cardiología y urología, lo que efectivamente genera un aumento en la estancia promedio en esta unidad: aproximadamente ocho horas.

Para cerrar el diagnóstico es imperativo establecer que todos estos hallazgos pueden ser subsanados inicialmente desde el punto de vista del aseguramiento de los procesos; con todo, era necesario la formulación de un plan de mejoramiento PHVA (Planificar-Hacer-Verificar-Actuar) enfocado en el cumplimiento de los indicadores normativos de la Resolución 256. (Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

Dentro de la revisión documental sobre casos de organizaciones o de académicos que le hayan apuntado a la solución de este tipo de cuellos de botella, una postura que puede considerarse interesante y viable para los estudios actuales, teniendo en cuenta la necesidad de la Clínica para

solucionar su situación actual, es la que propusieron Rodríguez Jáuregui *et al.* sobre la aplicación de modelos de teoría de líneas:

Los estudios empíricos y la aplicación de modelos de teoría de líneas de espera para la administración de las operaciones en sistemas hospitalarios son un área de investigación que en años recientes ha atraído la atención de la comunidad científica. La administración de los sistemas hospitalarios implica dar a los pacientes un servicio de calidad. El empleo de herramientas que apoyen la toma de decisiones proporciona a los administradores información sobre el desempeño del sistema que tienen a su cargo. En este punto es importante señalar que estas herramientas, combinadas con el criterio y la experiencia de los administradores, se traducen en un mayor entendimiento del sistema. La teoría de líneas de espera es una herramienta que permite calcular de manera eficiente y rápida algunas de las medidas de desempeño de mayor interés para la administración y control de los sistemas hospitalarios. (Rodríguez Jáuregui *et al.*, 2017)

Por su parte, Salway *et al.* agregaron lo siguiente:

La programación proporcionada de casos electivos ha tenido como resultado una disminución sustancial de la permanencia de pacientes en urgencia y la necesidad de desvío de ambulancias, junto con aumentar la disponibilidad de camas tanto de piso como de la UCI. El impacto de la buena programación de los casos electivos ha planteado la interrogante de si la capacidad inadecuada es realmente un problema o un artificio producido por los caprichos de la programación electiva, junto con una limitada disposición de servicios y la poca cantidad e altas en los fines de semana. (Salway *et al.*, 2017)

Finalmente, el tercer modelo que resulta atractivo y funcional para la operación es el propuesto por García *et al.* acerca de la integralidad de los servicios y conocimientos compartidos sobre la gestión de los pacientes en los diferentes niveles de atención:

Integración funcional, en la cual se contemplan las herramientas de comunicación y triaje. Las mejoras en comunicación evitan duplicidades (derivaciones, pruebas, terapéuticas), se aumenta el conocimiento compartido y, si se dispone de un mismo sistema de información, se consigue el objetivo de una historia clínica compartida. El acceso asistencial se facilita a través de un sistema de triaje estructurado único, tanto telefónico como presencial. También permite facilitar información sobre salud a la población, canalizar la demanda sanitaria, asignar el recurso más eficiente y evitar retrasos en la atención de problemas de salud más complejos y graves. (2012)

En general son tres modelos diferentes que le apuntan a la optimización de un servicio que directa o indirectamente es el reflejo de una institución de salud y el buen proceder de los servicios hospitalarios y quirúrgicos, por lo que en su intervención, desde cualquiera de los ejes mencionados, es importante tener claro que debe hacerse de manera transversal para evidenciar cambios significativos.

Por otro lado, la gestión del control del gasto y el costo en algunas de estas propuestas es prudente con los administradores de las IPS, aunque este ahorro de recursos no signifique que se estén planteando modelos que no requieran de una inversión y una proyección de retorno, sino todo lo contrario: estos modelos son el primer paso para optimizar la calidad en la prestación del servicio

y reorientarlo principalmente a optimizar la adherencia a los procesos y a lograr realizar las adecuaciones pertinentes.

Una vez realizado el diagnóstico, revisadas las alternativas en fuentes bibliográficas y analizada información de la trazabilidad de la situación actual de la Clínica, el plan de mejora planteado según el modelo PHVA es el siguiente [Tabla 3]:

Tabla 3. Plan de mejoramiento propuesto para el servicio de urgencias

OBJETIVO POR CUMPLIR CON EL DESARROLLO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO:		OPTIMIZAR LOS TIEMPOS DE ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS EN LA CLÍNICA AVIDANTI SANTA MARTA.		
Nombre y cargo de la persona que será responsable del cumplimiento del plan de mejoramiento:		Jefe de calidad y mejoramiento		
PHVA	Actividades propuestas	Fecha de cumplimiento	Responsable del cumplimiento de la actividad	Evidencia de cumplimiento
P	Realizar un cronograma de capacitaciones orientadas a fortalecer la adherencia a los procesos institucionales para todo el personal de los servicios asistenciales de la clínica.	15/02/2022	Jefe de calidad y mejoramiento Subgerente Médico	Listas de asistencia
H	Reforzar el talento humano disponible para el servicio de urgencias.	28/02/2022	Subgerente médico	Cuadro de turnos
H	Contratar un coordinador de urgencias.	01/02/2022	Gerencia	Contrato
H	Realizar la programación dinámica que permita movilizar médicos de otros servicios a urgencias en horas pico.	28/02/2022	Jefe de calidad	Tablero maestro
H	Definir un listado base de los médicos que rotarán dos horas al día en horas pico para el servicio de urgencias.	01/02/2022	Subgerencia médica	Cuadro de turnos
H	Digitalizar todos los consentimientos informados para el servicio de admisiones.	10/02/2022	Jefe de Tecnología	Consentimientos Digitalizados y habilitados para firma digital
H	Implementar el digi-turno con lector de cédulas para asegurar la medición de la ruta del paciente.	01/02/2022	Subgerencia administrativa	Punto digi-turno físico instalado
H	Recoger las muestras de laboratorio cada media hora en el servicio de urgencias.	01/02/2022	Auxiliares de laboratorio	Paz y salvo escrito de cada recolección
H	Elaborar un plan de altas tempranas para los servicios hospitalarios.	28/02/2022	Jefe de calidad y mejoramiento Subgerencia médica	Instructivo plan de altas tempranas
H	Asegurar el tiempo de traslado de pacientes de urgencias a los servicios hospitalarios antes de las entregas de turno.	01/02/2022	Coordinadoras asistenciales	Censo hospitalario

H	Diseñar un tablero de indicadores exclusivo para el servicio de urgencias que permita hacer seguimiento en tiempo real.	28/02/2022	Jefe de calidad y mejoramiento Jefe de tecnología	Tablero BI urgencias
V	Realizar seguimiento mensual del indicador a través del BI y generar informes semanales a gerencia.	28/02/2022	Jefe de calidad y mejoramiento	Tablero BI

Fuente: elaboración del autor.

Con la elaboración de este plan de mejoramiento se aspira a conseguir un impacto transversal a los diferentes ejes de la clínica, pero en busca de un objetivo principal: obtener una mejora evidenciable en la prestación de los servicios de salud y dar cumplimiento a los tiempos ordenados por los entes de control, asegurando el flujo correcto del proceso y la seguridad del paciente.

Siguiendo este orden de ideas, los resultados obtenidos de este plan de mejoramiento se podrán evidenciar con un seguimiento mensual a través de la herramienta creada a nivel corporativo para hacer el monitoreo de los indicadores del servicio de urgencias que permita medir la oportunidad en la atención de pacientes, específicamente de aquellos clasificados como triaje II, el indicador reportado normativamente a través de la Resolución 256 a la Superintendencia de Salud.

El rendimiento de la operación de la Clínica logró modelarse en una herramienta de BI (*business intelligence*) que fue diseñada por los directivos de las áreas de Procesos y Tecnología de la Información, con la cual se puede realizar la medición en tiempo real de la operación en el servicio de urgencias. A través de esta herramienta fue posible evidenciar la trazabilidad del proceso de atención y la oportunidad en la atención del paciente [Figura 9].

Figura 9. Tablero de BI (*business intelligence*) de la sección de urgencias



Fuente: Clínica Avidanti Santa Marta, plataforma de BI.

Con el ingreso en vigencia de esta herramienta, la medición de tiempos y estadísticas de validación de la operación se convierte en un aliado para la optimización de los procesos; y con la ayuda de BI se evidencia la información analizada y tabulada directamente por la herramienta con los datos que se ingresan desde el sistema central de información de Gomedisys.

Como resultado de la implementación de las asignaciones anteriores para la ejecución y el monitoreo mensual, se estableció una reducción significativa en la accesibilidad y la oportunidad de los tiempos de atención de consulta inicial en el servicio de urgencias, que pasaron de aproximadamente noventa y cuatro minutos en enero de 2022 a veintisiete minutos para diciembre del mismo año [Figura 10].

Figura 10. Oportunidad de mejoramiento en la atención inicial de pacientes (triajes II y III)



Fuente: Clínica Avidanti Santa Marta, plataforma de BI.

Luego de validar la información a partir de la formulación del plan de mejoramiento y su implementación, se evidenció una reducción del 71 % desde el punto de partida, que además cumple con la Resolución 256 de 2016 (Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Adicionalmente, en vista del aumento de los ingresos mes a mes, se realizó un refuerzo con nuevo personal médico y asistencial para no perder el rendimiento del proceso [Figura 11].

Figura 11. Ingreso al servicio de urgencias de personal nuevo por turno



Fuente: elaboración del autor.

Con estos ingresos de personal se garantizó el cubrimiento de los cuatro consultorios de atención inicial de urgencias, y con el aumento de personal para el área de observación se garantizó el aseguramiento y el cumplimiento de todas las ordenes médicas para agilizar las revaloraciones y la definición de los pacientes, generando un mejor indicador de giro cama, permitiendo mejorar la satisfacción de los usuarios e incrementando los ingresos por la buena gestión del recurso humano en las horas pico de manera preventiva.

9. Conclusiones

La herramienta de la entrevista a actores claves de la Clínica permitió contar con un mapeo previo del contexto que rodea cada uno de los indicadores evidenciados a lo largo del estudio de tiempos y movimientos. Es importante tener claro que la base de este diagnóstico estuvo orientada a optimizar un proceso que influye directamente en el corazón de la institución, por lo que a partir de él se establecieron los hallazgos transversales que vienen de otros servicios y que requerían una acción correctiva inmediata para darle un orden de partida al manejo del ingreso de pacientes al servicio de urgencias de manera oportuna, asegurando la calidad del servicio, la seguridad del paciente y los costos y gastos de la operación.

Consultar las herramientas de búsqueda de estudios científicos aplicados en otros mercados, otros países o nuevas propuestas a partir de teorías se convirtió en el principal puente para diseñar y moldear los abordajes a los procesos, de tal manera que se pudiera obtener un beneficio al mismo tiempo operativo y técnico-científico, en razón de que abrió la posibilidad de crear nuevas herramientas o modelos a través del conocimiento adquirido y, asimismo, aprender, mediante casos de éxito, a proyectar las nuevas estrategias encaminadas a la aplicación de modelos, adaptándolos a las necesidades técnico-científicas de la Clínica y sus usuarios.

Finalmente, el ejercicio de hacerle trazabilidad a un proceso de manera detallada, validando cada una de las tareas que se fueron realizando de manera directa o indirecta, se convirtió en una metodología para conocer con mayor profundidad las causas raíz de lo que compone cada acción y cada herramienta que influye en la toma de decisiones del flujo en la atención de pacientes de urgencias. Por otro lado, la correcta planeación y la disposición del equipo de trabajo fueron la principal herramienta para lograr no solo el objetivo principal –la propuesta de mejora para el proceso de urgencias–, sino que se estableció un modelo de atención que solucionó de raíz la problemática actual de la institución en materia de oportunidad y accesibilidad a los servicios de salud.

10. Referencias

- Abadía, C. E., & Oviedo, D. G. (2009). Bureaucratic itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems. *Social Science & Medicine*, 68(6), 1153-1160. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2008.12.049>
- Alpízar, C. C. (2014). Los sistemas de triage: respuesta a la saturación en las salas de urgencias. *Enfermería Actual en Costa Rica*, 27, s. pp. <https://doi.org/10.15517/REVENF.V0I27.16145>
- Anaya Arrieta, D., Castaño Sánchez, A., Hernández Arias, J., Suárez Pérez, J. G., & Alvis Estrada, L. (2012). *Accesibilidad y oportunidad de los servicios de urgencias de tercer nivel de complejidad en Cartagena 2012* [resultado de investigación, Universidad de Cartagena]. <https://doi.org/10.1/JQUERY.MIN.JS>
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10. <https://doi.org/10.2307/2137284>
- Camargo Rubio, R. D. (2022). Triage en la pandemia COVID-19: un abordaje con perspectiva de derechos humanos. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 22(3), 182-190. <https://doi.org/10.1016/J.ACCI.2021.09.003>
- Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. (2006). *Decreto 1011 de 2006*. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO_1011_DE_2006.pdf
- Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Resolución 5596 de 2015*. <https://bit.ly/3jkEo49>
- Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Resolución 0256 de 2016*. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_0256_de_2016.pdf
- Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Resolución 3100 de 2019*. <https://bit.ly/3JAziLM>
- Correia Loureiro, S. M., & Miranda González, F. J. (2010). Calidad y satisfacción en el servicio de urgencias hospitalarias: análisis de un hospital de la zona centro de Portugal. *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa*, 16(2), 27-41. [https://doi.org/10.1016/S1135-2523\(12\)60110-5](https://doi.org/10.1016/S1135-2523(12)60110-5)
- Gomedisys. (s. f.). Sistema de información hospitalaria. Sitio web <https://gomedisys.com/>
- Holtermann, K. A., & González, A. G. R., eds. (2003). *Desarrollo de sistemas de servicios de emergencias médicas: experiencia de los Estados Unidos de América para países en desarrollo*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/801>
- Lozano Salcedo, L. A. (2019). *Barreras de acceso a los servicios de urgencias y su relación con las características socio-demográficas de la población, Villavicencio - Colombia, 2019*. <https://bit.ly/3RtoH7a>
- Martínez Estalella, G., Zabalegui, A., & Sevilla Guerra, S. (2021). Management and leadership of nursing services in the emergency plan for the pandemic COVID-19: the experience of the Clinic Hospital of Barcelona. *Enfermería Clínica*, 31, S12-S17. <https://doi.org/10.1016/J.ENFCLI.2020.05.002>

- Martín-Sánchez, F. J., Carbajosa, V., Llorens, P., Herrero, P., Jacob, J., Miró, Ò., Fernández, C., Bueno, H., Calvo, E., Ribera Casado, J. M., Adrada, E. R., Lage, M. C., Muñoz, C., Coloma, E., Gil, V., Escoda, R., Pérez-Durá, M. J., Salvo, E., Pavón, J., ... Gil, C. (2016). Tiempo de estancia prolongado en los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca aguda. *Gaceta Sanitaria*, 30(3), 191-200. <https://doi.org/10.1016/J.GACETA.2016.01.003>
- Mendeley Reference Manager. (s. f.). Sitio web <https://www.mendeley.com/reference-management/reference-manager>
- Miguel García, F., Fernández Quintana, A. I., & Díaz Prats, A. (2012). La atención a la urgencia en las comunidades autónomas. Mejoras en las urgencias pre-hospitalarias y la coordinación asistencial. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26 (suppl.1), 134-141. <https://doi.org/10.1016/J.GACETA.2011.11.005>
- Poblete Ruiz, M., Fernández Nogueira, D., Campo Carrasco, L., & Noël López, M. (2016). La entrevista como herramienta para la evaluación de las competencias genéricas: formación y construcción de un consenso sobre evidencias. *Revista Complutense de Educación*, 27(2), 457-476. https://doi.org/10.5209/REV_RCED.2016.V27.N2.46375
- Quezada, R. (2017). Conceptos generales para la administración de los servicios de urgencia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(2), 206-212. <https://doi.org/10.1016/J.RMCLC.2017.04.007>
- Robledo-Galván, H., Meljem-Moctezuma, J., Fajardo-Dolci, G., Olvera-López, D., & Robledo Galván, H. (2012). De la idea al concepto en la calidad de los servicios de salud. *Revista Conalmed*, 17(4), 172-175. <https://bit.ly/3kNgHsk>
- Rodríguez Jáuregui, G. R., González Pérez, A. K., Hernández González, S., & Hernández Ripalda, M. D. (2017). Análisis del servicio de urgencias aplicando teoría de líneas de espera. *Contaduría y Administración*, 62(3), 719-732. <https://doi.org/10.1016/j.cya.2017.04.001>
- Rodríguez Maya, D. (s. f.). *¿Qué es la mejora de procesos? 5 metodologías para lograrla*. Pensemos. <https://gestion.pensemos.com/que-es-mejora-de-procesos-metodologias-para-lograrla>
- Salazar, A., & Yurss, I. (2010). Papel de la dirección médica en el encaje de urgencias en el hospital. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(1), 29-35. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Salway, R., Valenzuela, R., Shoenberger, J., Mallon, W., & Viccellio, A. (2017). Congestión en el servicio de urgencia: respuestas basadas en evidencias a preguntas frecuentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(2), 220-227. <https://doi.org/10.1016/J.RMCLC.2017.04.009>
- Santelices, E., & Luis Santelices, J. (2017). Descripción y análisis del sistema de red de urgencia (RDU) en Chile. Recomendaciones desde una mirada sistémica. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(2), 199-205. <https://doi.org/10.1016/J.RMCLC.2017.04.006>
- Vásquez-Alva, R., Luna-Muñoz, C., & Ramos-Garay, C. M. (2019). The hospital triage in emergency services. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 19(1), s. pp. <https://doi.org/10.25176/RFMH.V19.N1.1797>

Zip Inventory. (23 de diciembre de 2020). *Cuello de botella en las operaciones empresariales- 9 tipos para evitar*. <https://zipinventory.com/es/process-optimization/bottleneck-in-business.html>

11. Apéndice

Las siguientes son las preguntas del formulario de entrevista dirigidas a los actores internos involucrados en el proceso de atención de urgencias en la Clínica.

1. ¿Cómo funciona el proceso de urgencias en la institución?
2. ¿Cuál es su percepción frente al servicio que se está ofreciendo actualmente a los usuarios?
3. ¿Ha evidenciado oportunidades de mejora en el proceso? De ser así, mencione las principales.
4. ¿Qué variables considera usted como puntos críticos a la hora de evaluar el servicio de urgencias de una IPS?
5. ¿Qué acciones de mejora tomaría desde su cargo para mejorar la oportunidad en la atención?