



Jepao-Belén de Umbria (Risaralda)

Percepción de calidad en servicios de urgencias de las empresas sociales del Estado de segundo nivel de complejidad, en el departamento de Risaralda

SÍNTESIS:

Existe un creciente interés por evaluar la percepción de la calidad de los servicios médicos, por parte de los pacientes y de las entidades prestadoras, tanto públicas como privadas, en el contexto internacional. En Colombia, mediante la Ley 100 de 1993 se organizó el funcionamiento del sistema general de seguridad social en salud.

Este artículo está centrado en la evaluación del sistema de salud y en las unidades de urgencias hospitalarias; las cuales representan un momento y una decisión de vital incidencia en la vida de las personas que demandan asistencia médica perentoria (emergencia/urgencia). Se concluye que en el país se dispone del apoyo institucional necesario para brindar mejores condiciones de operatividad en las distintas instancias.

PALABRAS CLAVE:

Calidad de servicios de salud, urgencias hospitalarias, modelo E-P-R, Donabedian.

Clasificación JEL: I10, C22**ABSTRACT:**

Currently, there is growing interest in assessing the perception of the quality of medical services by patients and the public and private providers in the international context entities. By Law 100 of 1993, the overall operation of the social security system of health in Colombia was organized health.

The present article is focused on the evaluation of health system and the hospital emergency units. These, represent an important moment and decision of crucial incidence in life of the people demanding imperative medical assistance (emergencies). It concludes that in Colombia, support needed is available from institutions to give better operability conditions in the different instances.

KEY WORDS: Quality health services, hospital emergency, EPR model, Donabedian.

JEL Classification: I10, C22

Percepción de calidad en servicios de urgencias de las empresas sociales del Estado de segundo nivel de complejidad, en el departamento de Risaralda



Martha Cecilia Ramírez Estrada¹

Armando Gil Ospina²

Perception of quality of emergency rooms in services of state social enterprises second level of complexity in Risaralda

*Conocer aquello que los usuarios esperan de nosotros es sólo una parte del reto.
La otra, la más grande es corresponder a sus expectativas*
(Parasuraman, 1993)

Primera versión recibida el 5 de Febrero de 2015. Versión final aprobada el 4 de mayo de 2015.

Para citar este artículo: Ramírez Estrada, Martha C., Gil Ospina, Armando (2015). Percepción de calidad en servicios de urgencias de las empresas sociales del estado de segundo nivel de complejidad en el departamento de Risaralda. En: Revista Gestión y Región N° 19 (Enero - Junio de 2015); pp. 7-28

Este artículo corresponde al marco de referencia del estudio “Evaluación de la percepción de la calidad en la atención y la prestación de los servicios de urgencias en las *empresas sociales del estado* de segundo nivel de complejidad del departamento de Risaralda, en 2013”, orientado por el enfoque estructura-procesos-resultados (E-P-R), de Donabedian (1966) y el sistema de *triage*³ adoptado en el país para clasificar y prestar servicios de urgencias (emergencias), centrado en los aspectos normativo, conceptual y teórico.

Mediante la Ley 100 de 1993 se creó en el país el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con una serie de disposiciones que cambiaron el Sistema de Salud. Se destaca la reforma del modelo de financiamiento de las instituciones de salud del Estado que percibían recursos por vía del subsidio a la oferta, por Empresas Sociales del Estado (ESE) receptoras de subsidios por el lado de la demanda condicionadas por la autosostenibilidad financiera. Sin embargo, el Estado ha mantenido el subsidio a la oferta para sufragar la atención hospitalaria de una parte de la población que no estaría protegida inicialmente por el SGSSS.

¹ *Magister en Gestión del Desarrollo Regional, UCP.*

² *Profesor Titular, UCP.*

³ *Palabra de origen francés, para referirse al grado de gravedad de los soldados heridos en combate durante la Primera Guerra Mundial. En el presente, se refiere al proceso de valoración clínica básica -clasificación jerárquica-, que permite identificar a los pacientes según su estado de urgencia, para recibir la atención médica de forma prioritaria.*

A partir de la reestructuración del SGSSS, los hospitales organizados como ESE se clasificaron por niveles de complejidad en la oferta de servicios (niveles I, I, III y IV). Se estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud y el instrumento Percepción de Calidad Según Usuarios de Servicios de Salud (PECASUSS, 2006) que en adelante empezaría a aplicarse en el entorno de la red pública hospitalaria.

El Sistema de Gestión de Calidad permite evaluar la sostenibilidad de los modelos de gestión de lo público, en el contexto político, social y económico -mediante la estrategia del mejoramiento continuo- a través de instrumentos como sistema único de habilitación y de acreditación, auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, entre otros. Según el Decreto 1011 de 2006:

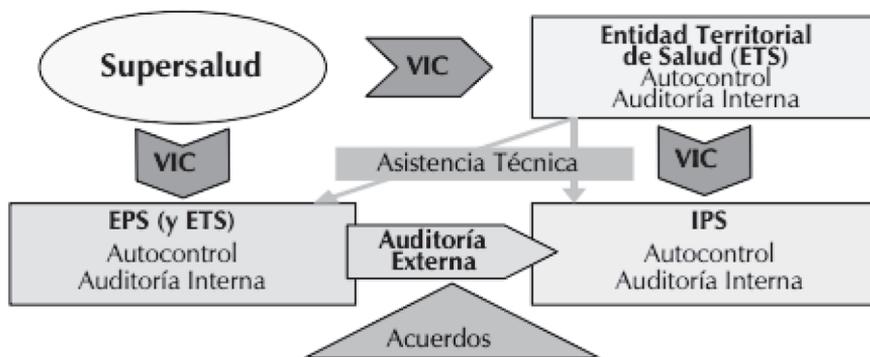


Figura 1. Esquema del modelo de operación de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (MPS, 2007, p. 56).

Artículo 9. Urgencia: Es la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras.

Artículo 10. Atención de urgencias: organización de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros de un proceso de cuidados de salud indispensables e inmediatos a personas que presentan una urgencia. Todas las entidades o establecimientos públicos o privados, que presten servicios de consulta de urgencias, atenderán obligatoriamente estos casos en su fase inicial aún sin convenio o autorización de la E.P.S. respectiva o incluso en el caso de personas no afiliadas al sistema. Las urgencias se atenderán en cualquier parte del territorio nacional sin que para ello sea necesario autorización previa de la E.P.S. o remisión, como tampoco el pago de cuotas moderadoras. La I.P.S. que

presta el servicio recibirá de la E.P.S. el pago correspondiente con base en las tarifas pactadas o con las establecidas para el S.O.A.T.

A partir de dicha legislación, la calidad de la atención empieza a ser un factor crítico, de tal forma que se obliga a los proveedores de salud a establecer mecanismos para medirla, de modo que responda de manera efectiva a las metas en salud y a los retos de la competitividad (Roldán et al., 2001, pp. 14-18).

Referente conceptual

Cuando se tratan los servicios de salud, una perspectiva de la calidad se relaciona con la percepción de lo que el paciente recibe y sobre lo que tiene expectativas favorables. Por ello, las empresas de la salud devienen en agentes económicos que transforman insumos productivos en bienes y servicios con incidencia personal y social, los cuales se constituyen en factores de productividad y eficiencia susceptibles de análisis y evaluación. En este sentido, es plausible comprender a las instituciones de salud competitivas como generadoras de ventajas competitivas en contextos de distinta escala territorial, a lo largo de los dos últimos decenios.

La atención de salud en un marco de eficiencia y calidad, implica el proceso por medio del cual los administradores y gestores de una institución dada organizan un conjunto de recursos humanos, tecnológicos, económicos, normativos y del entorno, con el propósito de centrar el interés en el cuidado de la persona (paciente, usuario, cliente) que padece algún tipo de alteración en su estado de salud, y revela expectativas favorables (confianza) respecto a la interacción con el proveedor del cuidado en las instalaciones hospitalarias. De esta manera, la atención debe percibirse y ofrecerse en un ambiente de garantía de calidad competitiva, que focalice las demandas de los clientes, considerados los beneficiarios directos de la calidad de los servicios de salud. A partir de este enfoque, un factor determinante de la calidad asistencial es su nivel de satisfacción.

En este contexto, la calidad es concebida como una variable de singular importancia y un tema de permanente evaluación en los distintos ámbitos del quehacer humano; por ello, es considerada como un concepto relativo que se asocia y compara a través de juicio de valor sobre algo. Plancarte y Ortega (2008) se refieren a la calidad como una propiedad de -y un juicio sobre- alguna unidad definible de la atención, lo cual implica decir que existen diferentes concepciones sobre el término y su utilización: “no se trata exclusivamente de poseer calidad técnica o intrínseca, sino de producir actos de calidad y que ésta sea percibida por el usuario” (Williams, 2009, p. 1). Según Afanador (2012, p. 144):

La promesa de valor al paciente en cualquier sistema de salud en el mundo suele ser la prestación de una atención segura y de alta calidad... Toda empresa

-hospital- que desee permanecer en el tiempo deberá definir su promesa de valor. De la misma manera, debe diseñar los procesos y garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios para entregar la promesa a su *cliente*. Una vez éste percibe el valor -beneficios- de la oferta entregada, responde adquiriendo sus productos y/o servicios.

Herrera et al. (2001) se refieren al término calidad como conjunto de funciones y características de un producto o servicio que satisfacen las necesidades de un determinado usuario. En coherencia conceptual, se trata de una práctica profesional caracterizada por (1). Conocimientos científicos y tecnológicos disponibles ajustados al estado del arte, (2). Mínimos riesgos para el paciente, de lesión o enfermedad, asociados al ejercicio clínico, (3). Uso racional de los recursos, es decir, que no sean ni fútiles ni exagerados, sino eficientes, eficaces y efectivos y (4). Satisfacción de los usuarios -pacientes y allegados- con los servicios recibidos, con los profesionales y con los resultados de la atención sanitaria. Y calidad asistencial como “la medida en que los servicios sanitarios, tanto los enfocados a los individuos como a los colectivos, mejoran la probabilidad de unos resultados de salud favorables y son pertinentes al conocimiento profesional” (2001, p. 41).

Por su parte, Díaz et al. (2007) señala en torno a la buena calidad asistencial que implica actuaciones profesionales y atención permanente al enfermo en un marco de altos niveles de conocimientos científicos, con una correcta aplicación práctica y con un trato personal considerado. En este sentido, se debe asegurar la concordancia de dos tipos de calidad asistencial: calidad intrínseca o científico-técnica y calidad extrínseca o percibida.

Donabedian (1988) define la calidad en servicios de salud como la habilidad de alcanzar objetivos deseables haciendo uso de medios legítimos -perspectiva técnica-. Grönroos (1984), Vandamme y Leunis (1993) sostienen que la percepción de un paciente sobre la prestación del servicio determina, en forma definitiva, su nivel de calidad -visión personal y subjetiva- (Losada y Rodríguez, 2007, p. 242).

Sin embargo, la valoración de la calidad de la salud es compleja por su naturaleza multidimensional. En este sentido, su comprensión implica una aproximación continua desde distintos enfoques (objetivos y subjetivos) y con la inclusión de diferentes factores determinantes; por ejemplo, un paciente considera, de forma simultánea, varias cualidades en el uso de servicios de salud -actitud del personal, tiempo de espera, instalaciones-; el médico analiza principalmente sus conocimientos y la tecnología utilizada, en tanto, el gerente-gestor percibe la eficiencia de los distintos capitales: humano, físico y financiero:

La medición de la calidad de atención en un servicio de urgencias es compleja, por las múltiples variables que la determinan. Existen estudios que mencionan

la puntualidad del servicio, la oportunidad de atención, la amabilidad del personal, atención de asistentes, limpieza del lugar, infraestructura, presentación del personal, trato humano, capacidad técnica e información como variables que determinan la calidad de atención desde la percepción del paciente (Peña, 2002; Jiménez et al., 2003, en Marroquín, 2004).

La evaluación de la satisfacción de los pacientes en relación con la atención hospitalaria, forma parte esencial de la eficiencia y la calidad de la gestión general de la institución de salud. Por ello, los hospitales centran los procesos de mejoramiento continuo, llevan a cabo *benchmarking* y propenden por el cumplimiento de la responsabilidad social, en la búsqueda de estándares más altos de calidad. “Esta satisfacción del paciente es entendida como un componente de la calidad de los servicios de salud que refleja la habilidad de los profesionales para identificar las necesidades y expectativas de sus pacientes” (Moret et al., 2007).

Bruner (1958, citado en Oyarbide, 2004) relacionó la incidencia de las variables cognitivas y motivacionales en la percepción. Distinguió tres fases: (1) Pre-perceptiva, el sujeto está a la expectativa de un determinado acontecimiento, llevado por sus esquemas intelectuales o motivacionales; (2). Percepción de la información y (3). Evaluación de las hipótesis perceptivas, en la que el sujeto juzga la adecuación existente entre sus expectativas anteriores y la información recibida.

Por lo anterior, además de los aspectos relacionales y técnicos, la evaluación de la percepción de la calidad en los servicios hospitalarios, considera las dimensiones básicas de estructura, procesos y resultados de Donabedian (1980), hecho que hace de la evaluación de la calidad del cuidado en los departamentos o salas de urgencias un proceso de mejoramiento continuo y exigente. “La mayoría de los departamentos de urgencias tienen el censo más alto de internamientos en los hospitales y es el lugar donde se lleva a cabo la primera impresión de la calidad que se forma el usuario tanto del personal como de la institución de salud” (Hall, 1996, citado en Marroquín, 2004). Por otra parte:

Los servicios de urgencias hospitalarios son en la actualidad uno de los servicios más concurridos dentro de los establecimientos de salud. Dichos servicios son unidades médico-quirúrgicas hospitalarias, destinadas a la atención rápida y eficiente de pacientes graves, víctimas de accidentes, intoxicaciones u otras situaciones clínicas urgentes. En este escenario, los servicios de urgencia presentan cuellos de botella dentro de su funcionamiento y entran en colapso no sólo por la demanda creciente de pacientes, sino también por la interacción de este servicio con otras dependencias del hospital tales como cirugía, ortopedia, hospitalización y las unidades de cuidado intensivo (Velásquez, Rodríguez y Jaén, 2011, p. 98).

Las urgencias hospitalarias, a pesar de las características que los diferencian claramente de otros niveles y servicios asistenciales, no escapan a las técnicas de evaluación y control de calidad. La atención en urgencias se encuentra sometida a una evaluación y crítica continuas, probablemente más que en otras especialidades de la medicina, tanto por parte de los usuarios como de los médicos que continuarán la asistencia del paciente, una vez éste ha pasado por el servicio de urgencias. Sus profesionales se hallan, con frecuencia, con la sensación de estar en una especie de “escaparate” donde son observados. Esta cultura de evaluación exterior y autoevaluación continua, lejos de representar una dificultad, constituye una oportunidad única para la puesta en marcha de programas de evaluación de la calidad de la asistencia que se hace en estos servicios (Felisart et al., 2001, en Correia y Miranda, 2010, 28).

La Organización Mundial de la Salud -OMS- define el término urgencia como una situación de salud que requiere atención inmediata, pero que no pone en juego la vida de las personas. Si no se recibe tratamiento a tiempo, una urgencia podría resultar en un deterioro de la condición y provocar una emergencia⁴: “la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia” (Gómez, 2006, pp. 156-157).

Mientras que para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la considera como una situación clínica con capacidad para generar deterioro o peligro para la salud o la vida de un paciente en función del tiempo transcurrido entre su aparición y la instauración de un tratamiento efectivo, que condiciona un episodio asistencial con importantes necesidades de intervención, en un corto periodo de tiempo (OPS, en Gómez, 2009, p. 5).

En el marco jurídico colombiano, la urgencia es “la alteración de la integridad física 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”. Por otra parte, define a la atención inicial de urgencias como.

Todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas

⁴ Una situación de salud que se presenta repentinamente; requiere tratamiento o atención de inmediato y puede poner en riesgo la vida de una persona. Es el caso de una emergencia concebida como una situación que amenaza la vida de la persona; de cualquier forma, no resulta fácil diferenciar entre una patología relativamente inocua y otra que resulte de alto riesgo de la vida humana.

que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud (Decreto 412 de 1992. Ministerio de Salud Pública).

Marco teórico

En la literatura especializada, se reconoce el modelo de Donabedian (1966) como un referente de amplia aceptación y uso en la comunidad científica para la comprensión relacional de las variables de mayor incidencia en la calidad de los servicios asistenciales.

Donabedian (1966, en Lorenzo, 2001, p.16), analizó las ventajas de la utilización de resultados como indicadores de calidad de los procesos, al aportar datos concretos, planteando el problema de la fiabilidad de los resultados. En cuanto a la estructura, consideró que puede abarcar procesos administrativos de distinta índole; la evaluación así entendida se basaría en la adecuación de las instalaciones y equipos, la idoneidad del personal médico y su organización, la estructura y organización administrativa, etc. Este análisis de proceso y resultados no significa una separación entre medios y fines, sino una “cadena ininterrumpida de medios antecedentes, seguida de fines intermedios los que, a su vez, son medios para otros fines”; estableciendo así una de las primeras definiciones de proceso asistencial como un continuo (Figura 2).



Figura 2. Modelo basado en sistemas para evaluación de la atención. Armando (2007, p. 15).

Según Donabedian (1993), la calidad asistencial está conformada por tres componentes que se deben tener en cuenta para su evaluación; ellos son:

1. Técnico: aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos.

2. Interpersonal: basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual.
3. *Confort*: aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más comfortable.

El primero, se refiere a los aspectos técnicos de la atención que permite a los pacientes tener más confianza en las habilidades de los profesionales de salud. Los pacientes suelen evaluar bien los aspectos técnicos de cuidado o tienen un nivel razonable de conocimiento médico (asumen un nivel básico de competencia en los procedimientos realizados por los profesionales). En contraste, las consideraciones relativamente menores como la manera en que asiste el personal y el confort de los ambientes, toman una importancia dominante para la valoración de la satisfacción desde la óptica de los pacientes.

El segundo, es considerado como el componente principal de la satisfacción; por tanto, las buenas interacciones dependen de las habilidades sociales de los participantes; en este sentido, la comunicación y la empatía se constituyen en dos aspectos de capital importancia de satisfacción y calidad en atención.

Ahora bien, una manera de arreglo relacional (cruce de dimensiones y componentes) puede expresarse a través de los conceptos representados en la Figura 3 (Plancarte y Ortega, 2008, p. 146):

COMPONENTES	Dimensión interpersonal	Dimensión técnica
DIMENSIONES		
ESTRUCTURA	Instalaciones limpias, cómodas, ventiladas y bien iluminadas. Trámites sencillos de realizar. Instalaciones que permitan el respeto y la intimidad del usuario.	Disponibilidad de áreas de trabajo adecuadas. Personal capacitado. Material suficiente para trabajar.
PROCESO	Trato que el personal proporcione al usuario. Orientación que haga más placentera la permanencia del usuario.	Oportunidad en la atención (recepción de paciente). Evaluación diagnóstica, diseño y aplicación de programas de intervención. Duración en la realización de los procedimientos. Congruencia entre el problema y el método para resolverlo. Realización del trabajo multidisciplinario.

RESULTADOS	Satisfacción del usuario y sus acompañantes con respecto al trato recibido por el personal. Quejas que se presentan por diversos motivos. Sugerencias para mejorar el servicio.	Cumplimiento de objetivos y expectativas con respecto del programa de intervención. Reingresos por el mismo problema. Problemas no detectados oportunamente.
------------	---	--

Figura 3. Factores, dimensiones y características de la calidad de un servicio. Plancarte y Ortega (2008, p. 146).

La dimensión interpersonal de la calidad en el componente estructura

1. Disponibilidad de instalaciones limpias, cómodas, ventiladas y bien iluminadas;
2. Las instalaciones permiten el respeto a la intimidad de los pacientes;
3. Los trámites que deben realizar los pacientes o sus acompañantes son sencillos y se efectúan en una sola ventanilla.

La dimensión técnica de la calidad en el componente estructura

1. Disponibilidad de equipo e instrumental completo y en buen estado;
2. Personal certificado para realizar determinados procedimientos;
3. Material de curación esterilizado y suficiente.

La dimensión interpersonal de la calidad en el componente proceso

1. El trato que el personal proporciona a los pacientes;
2. En la unidad se cuenta con un sistema para ofrecer detalles orientados a hacer más placentera (menos difícil) la permanencia de las pacientes.

La dimensión técnica de la calidad en el componente proceso

1. Oportunidad en la atención;
2. Apego a la normatividad;
3. Duración en la realización de los procedimientos;
4. Congruencia clínico - diagnóstica - terapéutica.

La dimensión interpersonal de la calidad en el componente resultado

1. La satisfacción de los pacientes y sus acompañantes con el trato proporcionado por todo el personal;
2. Las quejas por diversos motivos (trato, limpieza, falta de medicamentos).

La dimensión técnica de la calidad en el componente resultado

1. Infecciones hospitalarias;
2. Infecciones quirúrgicas;
3. Reingresos hospitalarios (por el mismo padecimiento);
4. Problemas no detectados de manera oportuna en el primer nivel;
5. Impacto en la salud.

En relación con los servicios médicos de urgencias, se identifica un procedimiento universalmente aceptado que se implementa con el propósito de clasificar de manera jerárquica a los pacientes en orden a su estado de gravedad. Este procedimiento se denomina *triage*:

Las prestaciones en los servicios de urgencia, han creado la necesidad de introducir en dichos servicios un sistema de filtro que gestione la afluencia de los usuarios y que seleccione dentro de los servicios con el fin de tutelar aquellos pacientes que presenten patologías más graves, de tal manera que la atención a estos no se demore. Estos factores obligan a establecer sistemas de triage delante de la urgencia hospitalaria.

Para tal efecto, existen cinco modelos con desarrollos teórico y empírico significativos en el ámbito internacional:

SISTEMAS DE TRIAGE EN EL MUNDO
Modelo norteamericano E. Richard Weinerman (1964) 3 niveles / 4 niveles
1. Australasian Triade Scale (ATS) Jelinek y FitzGerald (993) 1993/2000 2. Canadian Emergency Department Triade and Acuity Scale (CTAS) 1995 3. Manchester Triage System (MTS) 1994 4. Emergency Severity Index (ESI) R.C. Wuerz 1999 5. Modelo Andorrano de Triage (MAT) Josep Gómez-Jiménez 2000
El Sistema de Triage Español (SET) 2003

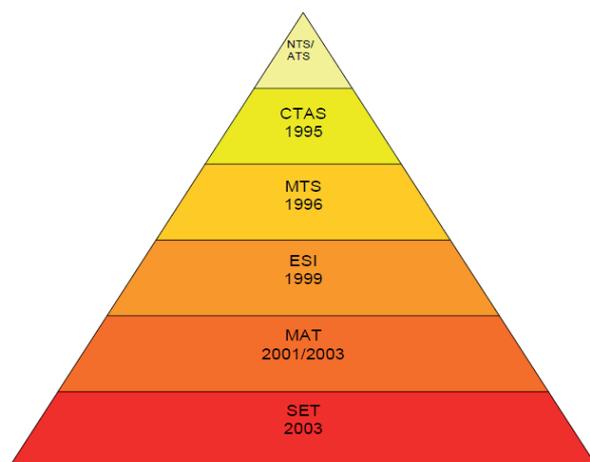


Figura 4. Modelos de Triage estructurados (González et al., 2008, p. 14)

Los modelos de *triage* indicados en la Figura 4 no evidencian consenso acerca de los tiempos de espera en atención médica en las unidades de emergencias y urgencias que se plantean en esos modelos. No obstante, existe acuerdo en cuanto al tamaño de la escala que los constituyen; es así como se definen 5 niveles de complejidad de mayor a menor urgencia (I-V); ello se observa en los Tablas 1 y 2:

CLASIFICACIÓN M T S (Triage inglés)			
Nivel de urgencias	Tipos de urgencias	Color	Tiempo de espera
1	Resucitación	Rojo	Atención inmediata
2	Emergencia	Naranja	10-15 minutos
3	Urgencias	Amarillo	60 minutos
4	Urgencia menor	Verde	120 minutos
5	Sin urgencias	Azul	240 minutos

Tabla 1. Relaciones entre escalas y niveles de gravedad, según el sistema español de triage -SET-. Fernández (2014, p. 4)

CLASIFICACIÓN S E T (Triage español)			
Nivel	Categoría	Color	Tiempo de atención
I	Resucitación	Azul	Inmediato
II	Emergencia	Rojo	7 minutos
III	Urgencias	Naranja	30 minutos
IV	Urgencia menor	Verde	45 minutos
V	Sin urgencias	Negro	60 minutos

Tabla 2. Relaciones entre escalas y niveles de gravedad, según el sistema inglés de triage -MTS-. Fernández (2014, p. 7)

De manera particular, el sistema de triage estructurado considera que una sala de urgencias es, en la práctica, un momento de verdad de la vida humana, de un lado, y de la percepción de satisfacción y calidad en la prestación de los servicios asistenciales, de otro lado. La Figura 5 representa un modelo de *triage* estructurado que sintetiza el constructo teórico y conceptual de los términos emergencia/urgencia con un constructo novedoso: GRUDE (grupos relacionados con la urgencia, el destino de las urgencias y la edad)

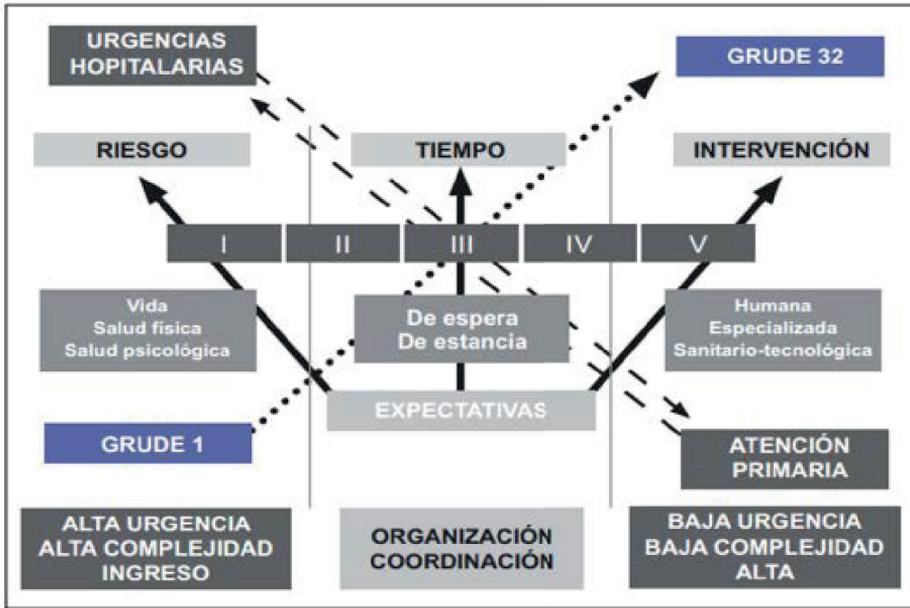


Figura 5. Constructo teórico de la urgencia en base al triaje estructurado (Gómez et al., 2010, p. 19). Organización Panamericana de la Salud.

La calidad de una unidad de urgencias se fundamenta sobre una tríada formada por la necesidad de controlar el riesgo de los pacientes: 1. Riesgo de la vida; 2. Riesgo de la salud física y 3. Riesgo de la salud psicológica. El cumplimiento de estos riesgos, permiten una respuesta satisfactoria a las expectativas de los pacientes y su entorno.

La clasificación de pacientes mediante los GRUDE, es actualmente considerada el mejor sistema de análisis de casuística para urgencias, aunque no ha conseguido resolver completamente el problema del análisis de la complejidad de los pacientes visitados en urgencias, ya que únicamente contempla el destino y la edad como variables de complejidad (Gómez et al., 2010, p. 19).

En la Figura 6 se aprecia la relación intrínseca entre urgencia y complejidad, de acuerdo con el grado de gravedad y la consecuente necesidad de intervención médica. Este proceso demanda el estricto criterio científico y ético-moral que sustenta la ejecución del triaje estructurado, tal como se evidenció en la Figura 5.



Figura 6. Relación intrínseca entre urgencia y complejidad (OPS, en Gómez, 2009, p. 9).

Este modelo es el producto de la fusión y la aplicación generalizada de los sistemas de triage SET (2003) y MAT (2000), denominado MAT-SET, el cual clasifica los servicios de urgencia en:

- Nivel I (Resucitación): situaciones que requieren resucitación, con riesgo vital inmediato.
- Nivel II (Emergencia): situaciones de emergencia o muy urgentes, de riesgo vital previsible, la resolución de las cuales depende radicalmente del tiempo.
- Nivel III (Urgencia): situaciones de urgencia, de potencial riesgo vital.
- Nivel IV (Menos urgente): situaciones de menor urgencia, potencialmente complejas, pero sin riesgo vital potencial.
- Nivel V (No urgente): situaciones no urgentes, que permiten una demora en la atención o pueden ser programadas, sin riesgo para el paciente.

Los principios del *triage* estructurado se pueden resumir en los siguientes (OPS, 2010, pp. 9-10):

- Sistema de *triage* de 5 niveles de priorización, normalizado y dotado de un programa informático de gestión, registro de clasificación y control de todos los pacientes dentro y fuera del servicio; además del control de tiempos de actuación (*Timelines*).
- Mecanismo que integre los aspectos más relevantes de los modelos actuales de triage de 5 categorías (*benchmarking*).
- Modelo de calidad, con objetivos operativos, propuestos como indicadores de calidad del triage (fiable, válido, útil, relevante y aplicable).

- Integrado en una dinámica de servicio donde se prioriza la urgencia del paciente, sobre cualquier otro planteamiento estructural o profesional, dentro de un modelo de especialización de urgencias.
- Modelo de triage evaluado, validado y actualizado.
- Modelo de mejora continua de la calidad, con monitorización de indicadores de calidad, definición de consulta y evaluación casuística del servicio de urgencia.
- Modelo integrado entre la historia clínica electrónica -médico/enfermero(a)- y el control de la gestión clínico-administrativa del cuarto de urgencias.

Modelo con capacidad de adaptación estructurales y de personal en el cuarto de urgencias, -formación específica para el personal de triaje-. Estructurado holístico -urgencia hospitalaria y extrahospitalaria-, aplicable tanto a niños como a adultos, y con independencia del tipo de hospital, dispositivo o centro de asistencia.

Para garantizar la mejora en la eficiencia que aporta el sistema, se deben evaluar y relacionar los niveles de urgencia con distintos indicadores de calidad (IC) y con otras variables de actividad asistencial

Su monitorización periódica permite poner en marcha mecanismos de corrección y mejoramiento, dentro de una dinámica de mejora continua de la calidad. Se definen cuatro indicadores de calidad del triage (2010, p. 11).

Índice de pacientes perdidos sin ser visitados por el médico. El estándar establecido se sitúa en \leq al 2% del total de pacientes que acuden a urgencias.

- Índice de pacientes perdidos sin ser clasificados:
- Índice de pacientes clasificados y perdidos sin ser visitados por el médico.

Tiempo llegada/registro - *triage*. Se establece un estándar $>$ al 85%. Complementariamente se establece un IC de tiempo registro-triage \leq 15 minutos, con un estándar $>$ al 95%.

Tiempo de duración del triage. Es \leq a 5 minutos en $>$ 95% de los pacientes clasificados.

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

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social (MPS), adoptó una clasificación similar en cuanto a los criterios y número de niveles del proceso de *triage*; sin embargo, se diferencia en el tiempo establecido de atención.

El proceso de evaluación del modelo de triage estructurado implica realizar monitoreo y seguimiento permanente a las estrategias y acciones externas de las redes integradas, en el marco de la calidad del servicio de emergencia/urgencia recibido y prestado por parte de las ESE en el país, según los tiempos definidos en cada nivel de atención (Figura 7).

Escala	Tiempo de respuesta
Prioridad I Reanimación	Atención médica y de enfermería: Inmediato, simultánea a la valoración.
Prioridad II Emergencia	Atención de enfermería: inmediato. Atención médica: 15 minutos.
Prioridad III Urgencia	Atención médica y de enfermería: menor de 30 minutos.
Prioridad IV Urgencia menor	Atención médica y de enfermería: menor de 60 minutos
Prioridad V-No urgente	Tiempo de atención: 120 minutos

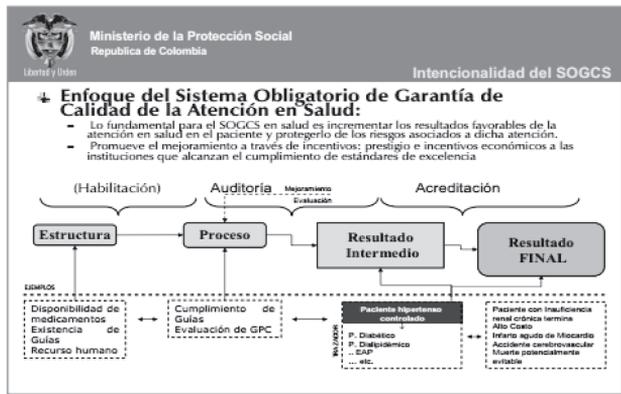


Figura 7. Modelo de clasificación y relación de auditoría con el sistema único de habilitación de Triage en Colombia (2009) para IPS y con el sistema único de acreditación (MPS, 2007, p. 53).

La implementación del sistema de triage en el territorio nacional debe llevarse a cabo en consideración con un nivel profesional óptimo, entendido como la interacción de un conjunto de factores estructurales y de proceso orientados a la obtención de un resultado. En este sentido, el SOGCAS implementa el modelo E-P-R (Donabedian, 1966) e incorpora el mejoramiento continuo de la calidad (MCC), en la procura de convertir en cultura organizacional, el mejoramiento de los procesos:

Hace esfuerzos para trabajar en las personas, en su estado de ánimo, en la comunicación, en el entrenamiento, el trabajo en equipo, el compromiso y la disciplina. Es un enfoque de sentido común que fomenta el pensamiento orientado a *procesos*, ya que los *procesos* deben perfeccionarse para que mejoren los *resultados*. El hecho de no lograr los *resultados* indica que hay una falla en el *proceso*. Es responsabilidad de la gerencia identificar y corregir los errores debidos al *proceso* (MPS, 2007, p. 41).



Figura 8. Red estructurada regional de triage para el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Ministerio de Protección Social (2007, p. 42).

En el ámbito departamental, Risaralda organizó una Red de Servicios de Salud del Departamento (RSSDR), la cual ha permitido focalizar a través de un esquema general, la prestación de los servicios de salud de los tres primeros niveles de atención, en el marco del Sistema Departamental de Salud.

Conclusiones

El fundamento teórico de la evaluación de la calidad de los servicios médicos, percibida tanto por parte de los pacientes/usuarios como de las entidades que prestan los servicios asistenciales, el de las urgencias hospitalarias, en particular, está centrado en el denominado modelo de E-P-R de Donabedian (1996) y en el sistema de triage adoptado en el país, como fiel reflejo del sistema de triage estructurado de cinco niveles de complejidad.

En el texto se evidencia la normatividad colombiana emanada de la Ley 100 de 1993 para privilegiar la calidad de los servicios asistenciales prestados por el SGSSS, así como aquellos relacionados con los servicios de urgencias en todo el país: Sistema único de habilitación, sistema de información para la calidad, sistema único de acreditación y auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud (Decreto 1011 de 2006).

Es clara la importancia que representa la calidad asistencial hospitalaria para el sistema de salud en el ámbito internacional; así mismo, la calidad y los resultados

de los servicios médicos significan la razón de ser del SGSSS colombiano. En este sentido, los prestadores de servicios médicos (ESE/EPS/IPS) disponen del apoyo institucional para implementar y ejecutar la normatividad de la calidad del sistema hospitalario en el territorio nacional.

Además, la percepción de la calidad de los servicios de salud prestados por el SGSSS, especialmente, por las unidades de urgencias hospitalarias, representa el principal reto de estas entidades que brindan atención médica a los usuarios/pacientes. Por ello, se han diseñado en los contextos internacional y nacional, sistemas de *triage* que permiten jerarquizar los grados de gravedad de las personas que acuden para “salvar la vida” y para superar el “déficit del estado de salud”.

Referencias

Afanador, G. (2012). Atención segura y de calidad a través del manejo de la operación hospitalaria. Disponible en: www.elhospital.com/.../Atencion-segura-y-de-calidad-a-traves-del-manej...

Armando, P. (2007). Desarrollo y validación de cuestionarios de satisfacción de pacientes con los servicios de atención farmacéutica en farmacias comunitarias. Universidad de Granada. Facultad de Farmacia. Programa de Doctorado de Farmacia Asistencial. Editorial de la Universidad de Granada. España. Disponible en: PD Armando - 2007 - 0-hera.ugr.es.adrastea.ugr.es

Bruner, J. et al (1958). The role of overlearning and drive level in reversal learning. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 51(5), 607-613. Citado en: Oyarbide, (2004).

Correia, S. y Miranda, F. (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*, Vol. 16 (2), 27-41.

Decreto 1011/ 2006. En www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975

Decreto 412 de 1992. Ministerio de Salud Pública (MSP, 1992). En aprendeenlinea.udea.edu.co/.../Decreto_412_de_1992_Normas_urgencia...

Díaz, M. et al (2007). Gestión de la calidad en la asistencia sanitaria: indicadores, errores médicos. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Universidad de Navarra. Consultado en: www.unav.es/ecip/memoria/2007/19_Compendio_Cap_49.pdf

Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*; 44: 166-203. Citado en: Lorenzo (2001). *Revista de Calidad Asistencial*. Suplemento No 1. Volumen 16.

_____ (1980). The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor; M I: Health Administration Press. En: Losada y Rodríguez (2007).

_____ (1988). The Quality of care: ¿how can it be assessed? JAMA; 260, 1743-48.

_____ (1990). Calidad en la atención médica: Definición y métodos de evaluación. México: Fondo de Cultura Económica.

_____ (1993). Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Salud Pública Mex 1993; 35 (3):238-247. Consultado en bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001264-77k -

Felisart, J. et al (2001). Indicadors per mesurar els criteris de qualitat de l'atenció sanitària. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Barcelona. Citado en Correia et al (2010).

Fernández, M. (2014). Estudio comparativo entre el Sistema de Triage de Manchester (MTS) y Sistema Español de Triage (SET). Universidades da Coruña. España.

Gómez, J. (2006). Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. Emergencias, (18), 156-164. Consultado en www.semes.org/revista/vol18_3/5.pdf

Gómez, J.; Ramón, P. y Rúa, C. (2010). Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias. Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud OPS/OMS. Washington, DC. Consultado en www.paho.org/hq/index.php?option=com_content...

González, E. Gutiérrez, A. Molina, L. Otero, M. Posa, V. (2008). Pasado, presente y futuro: Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias.

Grönroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. European Journal of Marketing, 18, 36-44. Citado en: Losada y Rodríguez, 2007.

Hall, M. (1996). Keys to patient satisfaction in the emergency department: Result of a multiple facility study. Hospital & Health Service Administration, 41(4), 515-532. Citado en Ihvna Saboya (2005).

Herrera, M. et al (2001). Cómo instaurar un plan de calidad asistencial en un servicio clínico. *Emergencias*, (13), pp. 40-48.

Jiménez, M. et al (2003). Satisfacción del usuario como indicador de calidad. *Revista mexicana de enfermería cardiológica*; vol. 11, N°2, pp. 58-65. Citado en: Marroquín (2004, p.1).

Lorenzo, S. (2001). Estructura, proceso y resultado de la atención sanitaria. *Revista Calidad Asistencial* 2001; 16: S10.

Losada, M. y Rodríguez, A. (2007). Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. Disponible en cuadernosadministracion.javeriana.edu.co/.../10_34_calidad_servicio...

Marroquín, M. (2004). Percepción de la calidad atención en la sala de primer contacto. Disponible en: eprints.uanl.mx/1769/1/1020149960.PDF

Ministerio de Protección Social (2007). Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Consultado en: www.minsalud.gov.co/.../Pautas%20de%20Auditoria%20para%20el%20...

Moret, L.; Nguyen, J.; Pillet, N.; Falissard, B.; Lombrail, P. y Gasquet, I. (2007): Improvement of psychometric properties of a scale measuring inpatient satisfaction with care: a better response rate and a reduction of the ceiling effect. Citado en Loureiro y González (2010).

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012). Guías para la rehabilitación basada en la comunidad componente salud. Guías para la rehabilitación basada en la comunidad componente salud, 8-9. OMS.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) en: Gómez, J. (2005). Organización y gestión de urgencias: triaje de urgencias. En guajiros.udea.edu.co/.../Organizacion%20y%20Gestion%20de%20Urgen...

Oyarbide, M. (2004). JEROME SEYMOUR BRUNER: DE LA PERCEPCIÓN AL LENGUAJE. *Revista Iberoamericana de Educación* (ISSN: 1681-5653). En: www.rieoei.org/deloslectores/749Aramburu258.PDF

Parasuraman, A. (1993). Citado en: Gimeno (2012). Consultado en books.google.com.co/books?isbn=8499690432

Peña, R. (2002). Calidad en medicina de urgencias, una necesidad de nuestros días. *Revista Mexicana de Medicina de Urgencias*, 1(1), 31-36. Citado en Marroquín (2004, p.1).

Plancarte, P. y Ortega, P. (2008). Percepción de la calidad de la atención de los servicios de educación especial en una institución universitaria. Universidad Nacional Autónoma de México.

Red de servicios de salud del departamento de Risaralda (RSSDR, 2007). En: www.risaralda.gov.co/.../salud/

Roldan, P.; Vargas, C.; Giraldo, C.; Valencia, G.; García, C. y Salamanca, L. (2001). Evaluación de la calidad en la atención en salud: un estudio de caso. *Revista Colombia Médica*. 32 (1), 14-18. En: Losada y Rodríguez (2007).

Vandamme, R. & Leunis, J. (1993). Development of a multiple-item scale for measuring hospital service quality. *International Journal of Service Industry Management*, 4 (3), 30-40. Citado en Losada y Rodríguez, 2007.

Velásquez, P.; Rodríguez, A. y Jaén, J. (2011). Metodologías cuantitativas para la optimización del servicio de urgencias: una revisión de la literatura. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, **v.10 n.21 Bogotá**.

Williams, G. (2009). Calidad de los Servicios de Salud. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Disponible en: med.unne.edu.ar