

Análisis de las barreras de accesibilidad en los servicios de urgencias de dos instituciones públicas prestadoras de servicios de salud de alta complejidad de la ciudad de Cali durante el 2015 - 2020

**Mabel Brilly Acosta Vloria
María Fernanda Peña Rojas**

Trabajo de grado para optar el título de Administrador en Servicios de Salud

**Director
Henry Alonso Ocampo Marín
Administrador en Salud
MBA Administración y Dirección de Empresas**



**Institución Universitaria Antonio José Camacho
Facultad de Educación a Distancia y Virtual
Programa de Administración en Salud
Santiago de Cali
2021**

Nota de Aceptación

Firma Director del trabajo de grado

Firma Jurado 1

Firma Jurado 2.

Santiago de Cali, agosto de 2021.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darnos la fuerza y la sabiduría para poder cumplir con todas las exigencias que este proceso académico demanda.

A la familia por el apoyo incondicional y el ánimo constante para que nuestras manos no cayeran en el proceso.

Al profesor Henry Alonso Ocampo Marín quien con su profesionalismo nos orientó en la construcción de este documento.

A la Institución Universitaria Antonio José Camacho por abrir sus puertas y permitir nuestra formación como Administradoras en Salud.

Mabel Acosta-María Fernanda Peña.

Contenido

| | Pág. |
|---|------|
| Introducción | 10 |
| 1. Descripción del problema | 12 |
| 1.1 Planteamiento del Problema..... | 12 |
| 2. Objetivos | 15 |
| 2.1 Objetivo General..... | 15 |
| 2.2 Objetivos Específicos | 15 |
| 3. Justificación | 16 |
| 4. Metodología | 18 |
| 4.1 Enfoque de la investigación..... | 18 |
| 4.2 Tipo de estudio | 18 |
| 4.3 Diseño de la investigación | 18 |
| 4.4 Criterios de Elegibilidad para la selección de los documentos académicos | 19 |
| 4.4.1 Los criterios de exclusión | 20 |
| 4.5 Estrategia de Búsqueda | 20 |
| 4.6. Organización de la información | 21 |
| 4.7 Instrumentos y métodos de análisis..... | 22 |
| 4.7.1 Instrumentos de recolección..... | 22 |
| 4.7.2 Procesamiento y análisis de la información..... | 23 |
| 5. CAPITULO I. Caracterización de dos Instituciones Públicas prestadoras de servicios de salud de alta complejidad en Cali | 24 |

| | |
|---|----|
| 5.1 Fundamentos teórico y conceptual del servicio de urgencias..... | 24 |
| 5.1.1 Antecedentes | 24 |
| 5.1.2 Las urgencias y la teoría de los sistemas..... | 26 |
| 5.1.3 Conceptualizaciones alrededor del servicio de urgencias..... | 28 |
| 5.2 Características principales de las dos IPS de Alta complejidad..... | 39 |
| 5.2.1 Caracterización Hospital Universitario del Valle | 41 |
| 5.2.2 Hospital Psiquiátrico Departamental Universitario del Valle | 43 |
| 6. CAPITULO II. indicadores del modelo de atención aplicado en el área de urgencias de las IPS de alta complejidad HDUV y HDPUV..... | 49 |
| 7. CAPITULO III. Análisis de las barreras para el acceso a los servicios de salud de urgencias en dos entidades públicas de alta complejidad..... | 53 |
| 7.1 Barreras de acceso relacionadas con el ingreso de paciente..... | 54 |
| 7.2 Barreras de acceso relacionadas con la atención del paciente | 55 |
| Conclusiones | 57 |
| Referencias Bibliográficas | 61 |

Lista de Tablas

| | Pág. |
|--|------|
| Tabla 1. Ficha de Revisión bibliográfica..... | 22 |
| Tabla 2. Aspectos de la caracterización de las IPS de alta complejidad | 39 |
| Tabla 3. Indicadores de atención HPDUV | 47 |
| Tabla 4. Indicadores del modelo de calidad IPS de alta complejidad | 52 |

Lista de Figuras

| | Pág. |
|--|------|
| Figura 1. Clasificación instituciones prestadoras del servicio de salud..... | 31 |
| Figura 2. Componentes del servicio de urgencias..... | 37 |
| Figura 3. Tiempo de espera en el Triage, HDUV 2019-2020. | 43 |
| Figura 4. Tiempo de espera Triage II, 2016-2019 HDPUV | 46 |
| Figura 5. Ruta de atención urgencias HDUV..... | 50 |
| Figura 6. Ruta de atención HPDUV | 51 |

Resumen

La presente monografía tiene como objetivo principal identificar las barreras de acceso en dos hospitales de alta complejidad de la ciudad de Santiago de Cali, mediante una revisión bibliográfica se logró recopilar información que permitió establecer dos tipos de barreras, el primero está relacionado con el ingreso de los pacientes al hospital y las segundas con la atención de los pacientes en la sala de urgencias. De estas barreras se logra explicar que el tiempo de espera para el triage y la dotación mínima se constituyen como las de mayor impacto en la no atención adecuada de los pacientes en estas instituciones de carácter público.

Palabras Claves: Servicio de urgencias, barreras de acceso, hospital de alta complejidad.

Abstract

The main objective of this monograph is to identify the access barriers in two highly complex hospitals in the city of Santiago de Cali, through a bibliographic review it was possible to collect information that allowed establishing two types of barriers, the first is related to the admission of patients to the hospital and the latter to the care of patients in the emergency room. Of these barriers it is possible to explain that the waiting time for triage and the minimum staffing constitute the ones with the greatest impact on the lack of adequate care of patients in these public institutions.

Key Words: Emergency service, access barriers, high complexity hospital.

Introducción

El servicio de urgencias debe prestarse de forma inmediata cuando los usuarios lo solicitan o en un mínimo tiempo. Pero, en Colombia para acceder a este servicio se debe cumplir con una serie de requisitos que muchas veces son desconocidos por los usuarios y en su condición de “urgencias” no tienen en cuenta los requerimientos del sistema. La demora en la atención genera situaciones con todo tipo de manifestaciones como roces, dificultades, despierta sentimientos y provoca reacciones frente a las restricciones que no les permite una rápida atención (Restrepo, Jaén, Espinal y Zapata, 2018).

La insatisfacción que presentan los usuarios queda evidenciada en el trabajo de Moros y Jiménez (2017) quienes expresan que está relacionada con las deficiencias en la oportunidad de la atención. Ponen en evidencia que estas situaciones en las que se demoran en atender a los pacientes ponen en riesgo mayor a los pacientes que deben ser atendidos en tiempos menores a 30 minutos, La afectación de la demora en el triage de los pacientes pueden poner en riesgo la vida del paciente y con ello deteriorar la calidad del servicio que se presta, consecuente con las ideas expuestas en el trabajo de Restrepo, et al. 2018).

La monografía se ha estructurado en seis apartados. En el primero se plantea o define el problema que corresponde a las principales barreras de acceso que se presentan en dos IPS de alta complejidad de Cali, en el segundo, se presentan los objetivos uno general y tres específicos, el tercero presenta la justificación donde se aborda el por qué trabajar con las barreras de acceso, el para qué caracterizarlas y reconocer los indicadores que implican, además se describe la revisión bibliográfica como la metodología usada para su desarrollo. El apartado cuatro permite describir a cabalidad la monografía, las estrategias de búsqueda y los criterios de elegibilidad, entre otros aspectos importantes de la revisión desarrollada. Los apartados cinco, seis y siete corresponden a los capítulos generales de la monografía que son la caracterización de las IPS de alta complejidad (Capítulo I), el reconocimiento

de los indicadores de las barreras de acceso (Capítulo II) y el análisis de las barreras de acceso en las IPS de alta complejidad de Cali (Capítulo III).

1. Descripción del problema

1.1 Planteamiento del Problema

Durante el año 2019 en el Valle del Cauca el promedio de gasto en los servicios de salud osciló entre los 0.9 a 1.5 billones de pesos, y los ingresos percibidos para la salud oscilaron entre 1 a 1.7 billones, pero a pesar de que aparentemente existe unos ingresos que pueden cubrir este gasto, de estos rubros para el servicio de urgencias no se presenta un aumento en el presupuesto para la adquisición de bienes como camas de observación o en la disponibilidad de consultorios (Ministerio de la protección social, 2020). El número de camas para observación en urgencias se ha mantenido durante el periodo 2015 a 2020 en un promedio de 600 unidades para atender a toda la población vallecaucana. La cantidad de consultorios para la atención de urgencias durante este periodo abarca desde 134 para el 2016 y 147 para el 2020 (Ministerio de salud y de la Protección Social, 2020).

Lo anterior pugna con la demanda del servicio de urgencias por cuanto los usuarios van en aumento debido a las indicaciones de la ley que ordena la atención de personas extranjeras (venezolanas) lo que se evidencia en las cifras dadas por la Defensoría del pueblo, indicando que el servicio de urgencias presenta una sobreocupación del 142%, fortaleciendo las barreras de acceso asociadas a él, de esta manera al aumentar el número de pacientes para ser atendidos se limita desde la disponibilidad del talento humano, pasando por el espacio ocupado, hasta la cantidad recursos como camillas, sillas, como se expuso líneas arriba (Portilla y Jiménez, 2017).

En Colombia, el gasto público en salud durante los últimos seis años ha tenido un promedio de 7.51% del producto interno bruto (PIB) del país, una inversión que puede considerarse baja al observar la inversión que tienen otros países del sector miembros de la OCDE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, 2020). De ese gasto público, anualmente se ha destinado para la atención de urgencias, aproximadamente un promedio

del 0.2% del PIB, una cantidad que en muchas ocasiones no permite tener los recursos necesarios para la gestión del servicio de urgencias (DANE, 2020).

En este orden de ideas la defensoría del pueblo en su último informe presentado en 2020 expone que en Colombia El 81,7% de las salas de espera en urgencias contaban con la dotación mínima, el 5,9% no la tiene y el 12,4% no dio respuesta ante esta consulta. Esta información resulta positiva respecto a la disponibilidad del servicio. Pero el 5,9% que no cuenta con esa dotación mínima limita la prestación efectiva del servicio de salud (Defensoría del Pueblo, 2020).

Al mirar las instituciones de atención según su complejidad las cuales pueden ser catalogadas de baja, media y alta complejidad teniendo en cuenta el servicio que ofrecen y sus especializaciones, se puede evidenciar que en algunas instituciones públicas de alta complejidad de Cali, como el Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” (HDUV) y el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle (HDPUV) presentan un máximo de dotación mínima en los servicios de apoyo a urgencias de 90,6% y solo señalan falta de dotación en los servicios de banco de sangre en un 8,7%; farmacia e interconsulta en un 2,2% cada uno. En las salas de observación las IPS tienen 87% de dotación mínima, mientras en las salas de espera se alcanza 78,3% (Informe de gestión HDUV 2020; Informe de Gestión HDPUV, 2020).

Por consiguiente, su manifestación afecta la situación médica de los usuarios según la clasificación que de estos se realice mediante el triage, donde por ejemplo aquellos clasificados en el triage II requieren una atención no mayor a 30 minutos desde su ingreso a la EPS, ESE, IPS o institución de salud, que de fallar podría generar impactos indeseados en la salud de estos pacientes (Portilla y Jiménez, 2017).

De forma consecuente, en el informe de la Defensoría del pueblo (2020), se expone que el tiempo promedio de espera para el usuario en el

triage es de una hora, siendo las entidades públicas las que presentan los periodos de espera de mayor duración representados en 79 minutos, las privadas han logrado un promedio de 48 minutos. Estos periodos prolongados que debe esperar un paciente en el triage del servicio de urgencias pueden terminar en tres escenarios posibles: abandono del paciente del servicio de urgencias, en el deterioro de la condición de salud agudizando los síntomas o llegar a la muerte (Defensoría del Pueblo, 2020). La espera es mayor en las entidades públicas de alta complejidad como lo el HDUV y el HPUV, en los que según la defensoría los tiempos de espera oscilan entre los 65 minutos a 93 minutos de espera entre el triage y la consulta con el médico general.

Los datos anteriores permiten decir que en las EPS nacionales, regionales y locales existen diferentes factores que de acuerdo con la gestión que se realice en la entidad de salud, pueden convertirse en barreras de acceso en el servicio de urgencias, incidiendo en deficiencias que agudizan la problemática en la prestación de este servicio, teniendo su mayor auge en las entidades públicas y de alta complejidad. Con el fin de aportar al reconocimiento de estos factores a nivel de la Ciudad de Santiago de Cali, específicamente en entidades públicas se plantea como pregunta de investigación

¿Cuáles son las características de las barreras de acceso a la atención de urgencias en dos instituciones públicas prestadoras del servicio de salud de alta complejidad de la ciudad de Santiago de Cali durante el periodo 2015 - 2020?

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Identificar las barreras de accesibilidad en los servicios de urgencias en dos Instituciones Públicas prestadoras de servicios de salud de la ciudad de Cali durante el periodo 2015 - 2020.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar las Instituciones Públicas prestadoras de servicios de salud de alta complejidad.
- Reconocer los principales indicadores del modelo de atención aplicado en el área de urgencias en dos Instituciones Públicas prestadoras de servicios de salud de alta complejidad.
- Analizar las barreras para el acceso a los servicios de urgencias en dos instituciones públicas de alta complejidad de la ciudad de Cali.

3. Justificación

La presente monografía permite reconocer conceptualmente las barreras de acceso que afectan los servicios de urgencias en instituciones prestadoras de servicios de salud, relacionadas con la oportunidad en el servicio, barreras técnicas y organizacionales que impiden el acceso a los servicios de salud en dos hospitales de Cali, en especial para las personas pertenecientes al SISBEN que generalmente son quienes demandan estos servicios especializados de mediana y alta complejidad, lo que afecta el acceso oportuno retrasando el diagnóstico y tratamiento. Para facilitar el análisis de estas barreras se referenció la conceptualización de “Urgencia médica”, “servicio de urgencias”, “Tiempo de espera”, “Sala de espera”, “Dotación Mínima de la Sala de espera”, los cuales se abordan de acuerdo con la normatividad vigente.

La monografía se desarrolló con el fin de poner en evidencia las implicaciones que tiene la administración en salud en una entidad prestadora de este servicio como hospitales, EPS, IPS, entre otras, la cual declina en el desarrollo de una gestión eficiente que garantice a los pacientes el abordaje de sus necesidades y requerimientos sin importar si se trata de instituciones públicas o privadas. Conforme a lo anterior, para los futuros administradores en salud conviene tener elementos que le faciliten cumplir con su función, como por ejemplo: tener elementos para caracterizar los factores o barreras de acceso a la atención inicial de urgencias con lo que puedan generar propuestas que promuevan el buen funcionamiento de la prestación del servicio de salud.

El marco misional de la administración en salud correspondiente a una gestión eficiente de los servicios en pro del bienestar de los pacientes, se debe analizar la importancia de acceder sin restricciones geográficas, culturales ni organizacionales, que debe ser suficiente, satisfactorio y oportuno de acuerdo a las necesidades de salud que presente el paciente, y que estos servicios se brinden en forma adecuada dependiendo de la capacidad con la que cuente la institución donde el paciente acuda a solicitar el servicio de salud.

Para alcanzar el fin principal de esta monografía se realizó una revisión bibliográfica teniendo en cuenta aspectos relacionados con el tiempo de publicación, el contenido de los documentos y sus aportes al reconocimiento de las barreras de acceso en estos hospitales. De esta forma se logra analizar especialmente algunos referentes teóricos que ayudaron en la definición de las barreras y el análisis de informes de gestión de los dos hospitales de los cuales se logró la caracterización de las principales barreras encontradas.

4. Metodología

4.1 Enfoque de la investigación

La presente es una monografía cualitativa bajo la modalidad de una revisión bibliográfica debido a que permitió la recopilación de una serie de documentos como informes de las entidades prestadoras de salud, de la defensoría del pueblo, de algunos trabajos de grado relacionados, a partir de los cuales se recabó la información para construir cada uno de los capítulos que conforman el presente documento (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

4.2 Tipo de estudio

El tipo de estudio es revisión bibliográfica con enfoque cualitativo, por que permitió investigar sobre un tema determinado, reuniendo, analizando y discutiendo información ya pública de diferentes autores, por lo que se pueden clasificar, a veces, como publicaciones secundarias o terciarias. En este orden se estima que las revisiones bibliográficas son una forma de investigación o trabajo original que se realiza en una biblioteca o ciberteca y no en un laboratorio o unidad asistencial, y cuya diferencia fundamental será el tipo de información y la unidad de análisis y no los principios científicos que se aplican (UNESCO, 2018).

4.3 Diseño de la investigación

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos Redalyc, Scyeciolo, el repositorio de la Fundación Universitaria Antonio José Camacho, portales como el del ministerio de salud y de la protección social, el portal de la defensoría del pueblo y los informes de gestión de las IPS HDUV y HPDUV. Buscando artículos, en cada una de ellas con palabras claves, relacionados con la accesibilidad al servicio de urgencias.

4.4 Criterios de Elegibilidad para la selección de los documentos académicos

Los criterios a partir de los cuales se seleccionaron los documentos con los cuales se construyó la información fueron los siguientes:

Criterio de Elegibilidad 1. Se elegirán aquellos que correspondan a documentos como:

Los reportes técnicos, informes generales e informes de gestión, por lo general son informes de proyectos de investigación realizados por universidades y/o empresas públicas o privadas, en los que se encuentra información de gran utilidad. Las normas o estándares a nivel nacional marcan una pauta o guía a considerar en la ejecución de procedimientos específicos. Los trabajos de grados o tesis resultado de trabajos de investigación de maestría y/o doctorados, estas constituyen una fuente de ideas de actualidad y contienen una serie de valiosas referencias bibliográficas.

Criterio de elegibilidad 2. Los documentos deben corresponder al año 2020, las normas e informes pueden ser una excepción.

Criterio de elegibilidad 3. Documentos completos en los cuales se encuentre la información suficiente para fortalecer la monografía.

Criterio de elegibilidad 4. Ser estudios e informes relacionados con las palabras claves Barreas de acceso, servicio de urgencias, Cali, IPS, Alta complejidad.

Criterio de elegibilidad 5. Documentos escritos en español o inglés que contengan el tema de investigación.

4.4.1 Los criterios de exclusión

Dentro de estos criterios se encuentran la exclusión de documentos que a pesar de tener en el título algunas de las palabras claves en el contenido no se encontró aportes para el tema en estudio. Otro aspecto fue el ser documentos desactualizados respecto a la normatividad vigente. Aquellos documentos que no permitieron tener los datos del autor, año de publicación entre otros. Finalmente, se excluyeron los documentos que no se encontraron completos y que no podían ser recuperados con las bases de datos seleccionadas para el estudio.

4.5 Estrategia de Búsqueda

Para el desarrollo de la presente monografía fue necesario seguir una estrategia de búsqueda que permitiera recolectar la mayor cantidad de información representada en los documentos que aportaron los datos y poder cumplir con el alcance de los objetivos.

Paso 1. Una de las principales fuentes de información corresponde al Internet tratando la información recopilada con cautela de tal forma que se garantizó la fiabilidad de los documentos seleccionados.

Paso 2. Se buscó la información en bases de datos como Redalyc, Scielo, Base de datos de la Institución Universitaria Antonio José Camacho,

Paso 3. La búsqueda en cada una de las fuentes se realizó usando las palabras claves propuestas para la investigación. Estas palabras se acompañaron de operadores lógicos como las “Comillas” que orientan el motor de búsqueda a encontrar exactamente lo que se coloca dentro de estos signos. Los signos *más* (+) y *menos* (-), los cuales permitieron buscar términos de manera combinada, buscando un término o el otro. Finalmente, se usó el *filetype*: que sirvió para buscar archivos de un solo tipo que pueden ser documentos de Word, Excel, PDF y presentaciones en Power point.

Paso 4. Se analizaron los patrones semánticos y de citación e identificar en primera instancia la estructura cognitiva para así, determinar las principales líneas de investigación desarrolladas para el estudio del tema.

Paso 5. Posteriormente se eliminaron los duplicados. Durante este proceso se trabajó de dos formas identificando los duplicados exactos y los duplicados casi exactos. Esto se realizó digitando las diferentes referencias en Word y con la herramienta ordenar se creó una lista organizada alfabéticamente, la cual facilitó la ubicación de las referencias exactas, las cuales fueron omitidas. Las referencias casi exactas se ubicaron teniendo en cuenta la herramienta buscar de Word, para ello se usaron las palabras y números relacionados con un documento, esto es el apellido del autor, palabras del título y año de publicación. Si coincidían en estos aspectos fueron consideradas casi exactas.

Pasó 6. Se procedió entonces a realizar la lectura de los títulos y resúmenes de estos documentos, logrando identificar el objetivo principal de cada artículo o de cada informe de gestión, con lo que fue posible valorar si abordaban el mismo tema o la información a presentar era diferente.

4.6. Organización de la información

La información se presenta de manera sistemática los documentos encontrados. Se realizó de una manera básica mediante el uso de Excel, lo que permitió el uso Mendeley. Esta aplicación de uso libre permite ordenar de forma sencilla la información por título, autor, revista y aporte; además, contribuyendo en la organización de la bibliografía para el informe final.

Finalmente, se obtuvo una estructura o diagrama que permitió identificar los aspectos relevantes sobre las características de los tipos de barreras de acceso que se encontraron en el estudio. La estructura facilita recabar información relacionada con: tipo de barrera de acceso, prevalencia del tipo de barrera (%), características de la barrera de acceso.

4.7 Instrumentos y métodos de análisis

La monografía involucra directamente la técnica de revisión documental la cual se realiza leyendo en primera instancia el resumen o introducción del documento y posteriormente el documento completo. En ambas lecturas se consigna la información encontrada en la ficha de revisión documental específica para esta investigación.

4.7.1 Instrumentos de recolección

El instrumento se elaboró teniendo en cuenta los objetivos específicos de los cuales se extrajo el qué y el para qué de cada uno de ellos logrando así las categorías de análisis.

Tabla 1. Ficha de Revisión bibliográfica

| Nombre del documento | Autor y año de publicación | Tipo de barrera de acceso | Características de la barrera | Prevalencia de la barrera | Aporte principal |
|--|--|---------------------------|-------------------------------|---------------------------|------------------|
| Informe Defensorial –Derecho a la Salud Monitoreo a los servicios de urgencias de IPS en Colombia | Defensoría del pueblo 2020 | | | | |
| Saturación en los servicios de urgencias: Análisis de cuatro hospitales de Medellín y simulación de estrategias. <i>Revista Gerencia y Políticas de Salud</i> . | Restrepo-Zea, Jairo Humberto, Jaén-Posada, Juan Sebastián, Espinal Piedrahita, Juan José, Zapata Flórez, Paula Andrea. (2018). | | | | |
| Congestión en el servicio de urgencias: respuestas basadas en evidencias a preguntas frecuentes. | Salway, R.J.; Valenzuela, M.; Shoenberger, J.M.; Mallon, W.K.; Viccellio. A. (2017). | | | | |
| Un enfoque sistémico para comprender y mejorar los sistemas de salud. <i>Rev Panam Salud Publica</i> . 2015;38(3):248–53. | Erazo A. (2015). | | | | |
| Clasificación de instituciones prestadoras de servicios de salud según el sistema de cuentas de la salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico: el caso de Colombia | Prada-Ríos S.I.; Pérez-Castaño AM.; Rivera-Triviño A.F. (2017). | | | | |
| La gestión administrativa y la calidad de los servicios de salud en instituciones pequeñas en Mazatlán, Sinaloa | XVI Congreso de Internacional de contaduría, administración e informática. (2011). | | | | |

Fuente: Elaboración propia, 2021.

4.7.2 Procesamiento y análisis de la información

Para detallar los datos obtenidos de la revisión se realizó un análisis temático usando el análisis cualitativo de los documentos agrupados mediante la herramienta Excel.

Este análisis temático cualitativo con la herramienta mencionada permite obtener un mapa de proximidad de los artículos de acuerdo con la frecuencia de aparición de palabras claves usadas en el texto, permitiendo la creación de los listados de descriptores primarios, identificados en los grupos temáticos (según las palabras claves) más significativos.

5. CAPITULO I. Caracterización de dos Instituciones Públicas prestadoras de servicios de salud de alta complejidad en Cali

El capítulo 1 se divide en dos partes que permiten realizar la caracterización de las barreras de acceso presentes en las IPS de alta complejidad analizadas en la presente monografía. La primera parte aborda los aspectos teóricos relacionados con la atención de urgencias y la segunda parte expone las características de estas instituciones a la luz de los aspectos teóricos referenciados.

5.1 Fundamentos teórico y conceptual del servicio de urgencias

El marco referencial se presenta iniciando con los antecedentes basados en tres estudios dos tesis y un informe del ministerio de salud a nivel nacional, a nivel regional se presenta un antecedente y a nivel mundial se presentan 2 antecedentes. En segundo lugar, se presenta el marco teórico el cual se ha basado en la teoría de los sistemas para la calidad en la prestación del servicio de salud en urgencias, asumiendo urgencias como subsistema. En tercer lugar, se expone el marco conceptual en el cual se hace la conceptualización de los términos: Sistema de salud colombiano, entidades prestadoras del servicio de salud, clasificación de las entidades por su naturaleza jurídica, clasificación de las entidades según nivel de complejidad, las urgencias Médicas, el Triage en Colombia, infraestructura para la atención inicial de urgencias y los componentes de la atención inicial de urgencias. Finalmente, se presenta el marco legal en el cual se presentan apartes de las leyes 10 de 1990, 100 de 1993 y de la Estatutaria 1751 de 2015, así mismo los decretos 4747 de 2007, 412 de 1992 y 5596 de 2015.

5.1.1 Antecedentes

Los estudios relacionados con las barreras de acceso en la prestación de los servicios de salud van en aumento en los últimos años debido a las

dificultades que se reportan por parte de los pacientes y en las noticias, las cuales son motivo de análisis.

En este orden, Moros y Jiménez (2017) realizaron un trabajo de investigación en la Universidad del Rosario en el cual hacen una amplia descripción de las deficiencias en la atención de urgencias, presentándolas como un importante factor poco explorado para fortalecer la oportunidad en la atención en salud en los Servicios Médicos de Urgencias. Las deficiencias expuestas según los autores resultan de múltiples causas sistémicas y organizacionales; pero las instituciones no tienen como gestionarlas, siendo los pacientes clasificados en el Triage II, los que se ven mayormente afectados. Por tanto, exponen diversas ideas relacionadas con la insatisfacción de los pacientes desde las deficiencias en la oportunidad en la atención (Salway, Valenzuela, Shoenberger, Mallon, Viccellio, 2017).

En otro estudio realizado en Medellín mediante una investigación cualitativa-analítica en la cual se analizó la saturación de urgencias generada por factores externos e internos, con el fin de identificar estrategias para gestionar el servicio de urgencias disminuyendo la saturación. Para comprobar las estrategias se realizó trabajo de campo reorganizando el registro, y remitiendo los pacientes que no requieren atención urgente, se implementa un consultorio fast-track, así como se incrementó el traslado a pisos (Restrepo, Jaén, Espinal y Zapata, 2017). Los autores encontraron que la estrategia más efectiva en la simulación realizada fue el traslado a otro nivel. Finalmente, exponen que es necesario contar con estrategias de entrada y de salida para disminuir la saturación, de modo que se agilice el flujo de pacientes y se cuente con oferta adecuada de camas hospitalarias sin sobredimensionar la capacidad instalada (Restrepo, *et al.* 2017).

En Villavicencio en el año 2018 se realizó un estudio cuantitativo exploratorio, donde se hizo el análisis de las barreras de acceso en dos IPS que prestan servicio de urgencias de Segundo Nivel, relacionado con las características sociodemográficas de la población que acude a los servicios

de urgencias, aplicando una encuesta a 576 personas. Donde el 85,6% refiere no tener dificultades ni limitaciones en la atención por parte de la EPS; además se observa un uso adecuado de los servicios de urgencias ya que el principal motivo de consulta son los problemas agudos de salud (Erazo, 2018).

En un estudio desarrollado por la Defensoría del Pueblo de Colombia (2020) se expone con claridad que existen diferentes barreras que limitan el proceso de atención en el servicio de urgencias. Entre estas barreras también se destacan aquellas que están relacionadas con el tiempo de atención para acceder a un diagnóstico oportuno, además de las situaciones que se presenta durante la espera debidas a la disponibilidad de dotaciones mínimas (Defensoría del pueblo, 2020).

5.1.2 Las urgencias y la teoría de los sistemas

La monografía se aborda desde la teoría de los sistemas. Un sistema puede definirse como “un conjunto de elementos unidos y conectados, que poseen propiedades similares”. Desde esta perspectiva, la salud puede asumirse como un sistema en el cual todos sus componentes pueden adaptarse. Algunos autores asumen que la salud pertenece a los “sistemas complejos adaptativos” en los cuales se funcionan como un todo complejo de partes interrelacionadas e interdependientes en lugar de entidades separadas. Cada uno de sus elementos interactúan y dan forma a sistemas complejos cuya suma es mayor que sus partes (Erazo, 2018).

Al funcionar de esta manera, en un sistema complejo, las interacciones de estos elementos inciden en el logro de los objetivos del propio sistema (Salway *et al.* 2017). Existen múltiples evidencias que indican que es posible comprender mejor los sistemas y cuidados de la salud, desde esta perspectiva. Los supuestos de una “planificación racional” son imposibles de transferir a los sistemas adaptativos complejos. Es por esto que las políticas y estrategias basadas en ella pueden tener consecuencias no deseadas significativas cuando se aplican a los sistemas adaptativos complejos (Salway, *et al.* 2017)

Dentro de esta concepción de la salud como un sistema la atención de urgencias viene a ser un subsistema, el que debe entenderse como un componente del sistema de salud. En la misma definición de sistema, se hace referencia a los subsistemas que lo componen, cuando se indica que él mismo está formado por partes o cosas que forman el todo. El subsistema de urgencias conforma un todo en sí mismo, siendo de un rango inferior al del sistema complejo de salud (Salway, et al. 2017).

Acorde con las ideas de Flórez y López (2014) al aplicar la teoría de los sistemas es posible concebir el servicio de urgencias desde un modelo conceptual de congestión de urgencias, en el que se presentan tres componentes que se han denominado Input (entradas), Throughput (proceso de atención en urgencias) y Output (salidas) (Flórez y López, 2014. p.15).

Bajo estas consideraciones *el Input* comprende las condiciones, eventos y características del sistema que contribuyen a la demanda de servicios de urgencia tales como enfermedades o lesiones que obligan a la persona a acudir a urgencias. *El Throughput* comprende los pasos del proceso de atención en urgencias; la gestión interna de estos se traduce en eficacia y eficiencia del servicio y especialmente se relaciona con la estancia del paciente en urgencias (Flórez y López, 2014). Se identifican problemas tanto en los procesos de ingreso como triage, registro administrativo y evaluación médica como en la fase de realización de estudios diagnósticos, interconsultas, tratamiento y observación; esta última fase tiene el mayor impacto en la estancia prolongada del paciente. *El Output* permite analizar los procesos direccionados con el destino del paciente al finalizar el manejo de la urgencia. La falta de camas de hospitalización, el reingreso de pacientes, deficiencias en la capacidad del paciente para el manejo ambulatorio de su enfermedad y pacientes que abandonan el servicio sin completar el tratamiento son parte de este componente (Flórez y López, 2014).

5.1.3 Conceptualizaciones alrededor del servicio de urgencias

A continuación, se presentan las conceptualizaciones que permiten entender conceptos claves en el desarrollo de la monografía.

5.1.3.1 Sistema de salud en Colombia

La salud en Colombia es considerada un derecho fundamental de todos los ciudadanos tal como lo enuncia la constitución política de 1991. Por tanto, es responsabilidad de gobierno hacer cumplir que el acceso a este derecho sea para todos y todas, sin importar condición física, mental, la edad, la raza o el sexo de la persona. Desde esta perspectiva, el sistema general de seguridad social en salud de Colombia ha sufrido una reforma en la que se ha transformado de forma parcial el afianzamiento de la capacidad institucional de la Autoridad Nacional de Salud (SIC) en asuntos sancionatorios; la definición de lineamientos para mitigar el efecto negativo de los procesos financieros de reorganización empresarial especialmente los que se relacionan con el flujo de recursos y pago de créditos para entidades que hacen parte del sistema de salud. Junto a otras reformas que pueden agilizar la gestión de los servicios prestados, entre ellos el servicio de urgencias (Congreso de la república, 2019).

El concepto de seguridad social definido en la Constitución de 1991, sufre un cambio con la puesta en vigencia de la Ley 100 de 1993, presentándose como “Sistema de Seguridad Social Integral”, que se orienta a la consecución de la cobertura universal y crear un ambiente desmonopolizado que propicie la libre competencia y elección en la prestación del servicio de salud en Colombia. Es así, como se da paso al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que abarca entre sus actores a las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), en el marco de un sistema dividido en diferentes regímenes: el régimen subsidiado y el régimen contributivo, el régimen vinculado y los regímenes especiales, todos a su vez articulados a través del ADRES (Administradora de Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud) (Arenas, 2011).

De manera específica, el aseguramiento corresponde a las EPS, las cuales deben brindar los mismos beneficios tanto en los regímenes subsidiado como en el contributivo (Guerrero, Gallego, Becerril y Vásquez, 2011). Cada EPS conforma y ofrece a sus afiliados una red de IPS públicas y/o privadas, sean estas, consultorios, laboratorios, hospitales y todos los profesionales que individualmente o agrupados ofrecen sus servicios de atención a la salud. Los hospitales públicos, por su parte, se han ido transformando en organizaciones autónomas, denominadas Empresas Sociales de Estado, que venden sus servicios a las EPS (Agudelo, Cardona, Ortega y Robledo, 2011).

Como mínimo, la red de IPS que tiene conformada cada EPS debe cubrir el llamado POS, que cubre tanto al afiliado cotizante como a su grupo familiar en lo que se refiere a todas las actividades de promoción y fomento de la salud y prevención de la enfermedad que se prestan en el primer nivel de atención, incluyendo también la atención inicial de urgencias, atención al recién nacido, y consulta médica general y odontológica. Actualmente el POS es reconocido como el Plan Básico de Salud (PBS) con algunas modificaciones especialmente en la exclusión de una serie de tecnologías y medicamentos que no son cubiertas por el plan (Arenas, 2011).

5.1.3.2 Instituciones Prestadoras del servicio de Salud

Las Instituciones Prestadoras del Servicio de salud (IPS) son la figura más polémica y atacada del sistema. Aunque no es correcto atribuirles todos los males (pues eso implicaría desconocer otras causas fundamentales) es verdad que las organizaciones de este tipo, producto de la Ley 100 de 1993, se encuentran en una situación financiera insostenible e imposible de cambiar en el corto plazo. En el caso de la atención inicial de urgencias un paciente debe ser atendido en la IPS sin importar si esta pertenece o no a la red de la EPS, según lo establecido en la Ley 100 de 1993: “La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas,

independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa” (Congreso de la República de Colombia, 1993).

En el artículo 8 de la Resolución 4331 de 2012 se determina que las entidades responsables del pago de servicios de salud y los prestadores de dichos servicios, podrán acordar los servicios respecto de los cuales no se requiere autorización. Adicionalmente, debe aclararse que también existe la posibilidad que el paciente, al requerir servicios adicionales, los adquiera del prestador de su elección, aunque no haga parte de la red de prestadores de la EPS en la que se encuentre afiliado. En este caso el paciente debe asumir los costos que se generen por la atención particular, sin que ello implique la pérdida de la afiliación a la EPS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

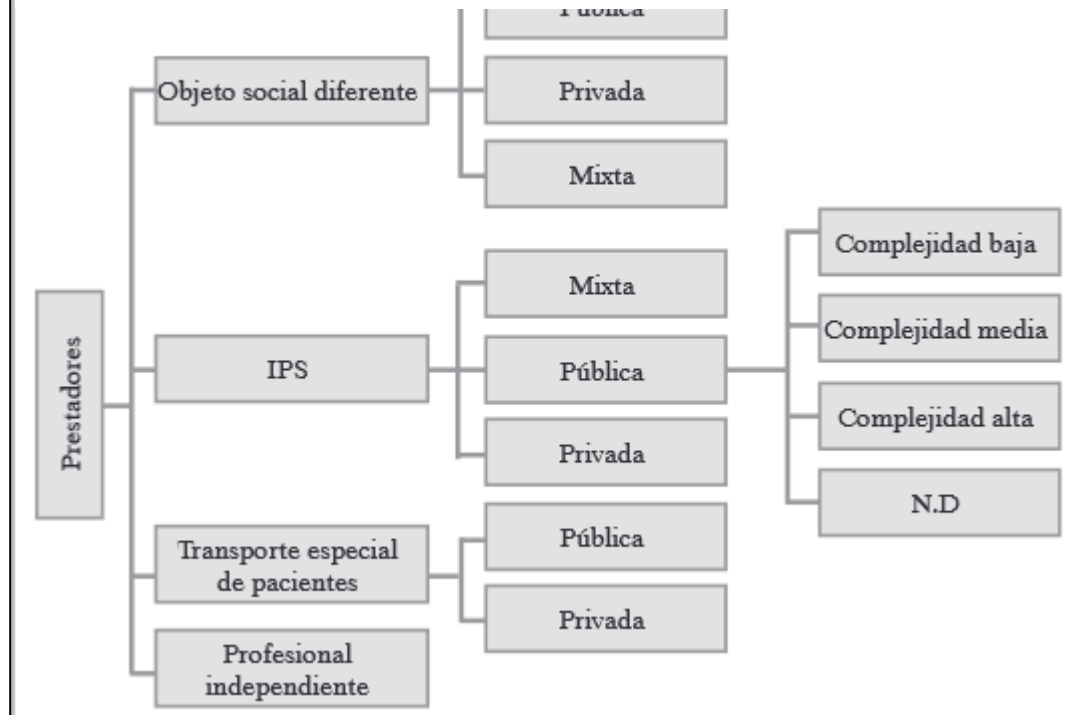
5.1.3.3 Clasificación de las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud

Por su parte, las IPS tienen como objeto social la prestación de servicios de salud y además se encuentran habilitadas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) (Resolución 1441 de 2013). En Colombia, las IPS se han clasificado, de acuerdo con su naturaleza jurídica, en públicas, privadas y mixtas. Solo para las públicas existe una categorización de acuerdo con el nivel complejidad de la institución (Ministerio de salud y Protección Social, 2013).

En la Resolución 1043 y el Decreto 1011 del 3 de abril de 2006, se establecieron las condiciones que deben cumplir los prestadores públicos y privados para habilitar sus servicios, indicándose los niveles de complejidad como un atributo de cada servicio habilitado y no de la institución. Así, en Colombia las IPS públicas tienen una clasificación según tres niveles, mientras que las IPS privadas no. A la fecha no existe ninguna taxonomía en el país que clasifique todas las IPS, públicas o privadas, de acuerdo con los servicios prestados. Esto dificulta la posibilidad de realizar análisis de tipo comparativo,

por ejemplo, en el ámbito financiero o en el de calidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006).

Figura 1. Clasificación instituciones prestadoras del servicio de salud



Fuente: Adaptado de Prada, Pérez y Rivera, 2017.

La denominación de Niveles de Complejidad y Niveles de Atención viene siendo desarrollada desde antes de la Ley 100/93, con un antecedente inicial en la Ley 10 de 1990 y en el Decreto 1760 de 1990. Estas definiciones se ajustan luego del año 1993 y la Resolución 5261 de 1994 derogada por la Resolución 5521 de 2013 hace la precisión sobre los Niveles de Complejidad (Congreso de la República de Colombia, 1990-1993; Ministerio de Salud y Protección Social, 2013), estableciendo los siguientes:

NIVEL I: Médico general y/o personal auxiliar y/o paramédico y/o de otros profesionales de la salud no especializados.

NIVEL II: Médico general y/o profesional paramédico con interconsulta, remisión y/o asesoría de personal o recursos especializados.

NIVEL III y IV: Médico especialista con la participación del médico general y/o profesional paramédico.

Dentro de estos Niveles de Complejidad se establecen los Niveles de Atención quirúrgica, responsabilizando para los diferentes Niveles de Complejidad diferentes Niveles de Atención, de la siguiente forma:

NIVEL I: Grupos Quirúrgicos 01, 02, 03.; NIVEL II: Grupos Quirúrgicos 04, 05, 06, 07, 08; NIVEL III: Grupos Quirúrgicos 09 y siguientes; NIVEL IV: Se establece de acuerdo con el procedimiento practicado en las patologías catastróficas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Dentro de los contenidos del Plan Obligatorio del Régimen subsidiado se establece la atención en el Primer Nivel de Complejidad, lo que significa que las actividades desarrolladas por Médico general y los correspondientes a los grupos quirúrgicos 01, 02 y 03, hacen parte del POS-S. Con la aparición del Decreto 1011 de 2006, que habla del Sistema de Garantía de la Calidad en Salud y con la Resolución 1043/2006, se reglamenta la denominación de Servicios de Baja, Mediana y Alta Complejidad, que corresponderían a los criterios de Nivel I, Nivel II y Nivel III, respectivamente. En el POS-S definido en el Acuerdo 306 del CNSSS, se menciona que las acciones para la recuperación de la salud Resolución 5521/2013 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

En Cali existen las llamadas Empresas Sociales del Estado (ESE), que son entidades encargadas de la prestación de servicios de salud, entendidas como un servicio público a cargo del Estado y como parte integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ministerio de Salud y de la protección Social, 2019).

Los niveles de complejidad de las IPS de las ESE de Cali según la Secretaría de Salud (2021) son:

- Nivel I: - Red de salud del norte ESE – Hospital Joaquín Paz Borrero, puestos y centros de salud de las comunas 2, 4, 5, 6 y 7.

- Red de salud del oriente ESE – Hospital Carlos Holmes Trujillo, puestos y centro de salud de las comunas 13, 14, 15 y 21 y corregimiento de Navarro.

- Red de salud del suroriente ESE – Hospital Carlos Carmona, puestos y centro de salud de la comuna 16.

- Red de salud de ladera ESE – Hospital Cañaveralejo, puestos y centro de salud de las comunas 1, 3, 17, 18, 19, 20, 22 y los corregimientos de Cali a excepción de Navarro. Red de salud del centro ESE – Hospital Primitivo Iglesias, puestos y centros de salud de las comunas 8, 9, 10, 11 y 12.

- Nivel II: Hospital Isaías Duarte Cancino ESE, Hospital San Juan de Dios ESE, Hospital Mario Correa Rengifo ESE (Los Chorros).
- Nivel III: Hospital Departamental Evaristo García ESE, Hospital Psiquiátrico Departamental Universitario del Valle ESE (Secretaría de Salud de Cali, 2021).

5.1.3.4 El servicio de urgencias como un subsistema del servicio de salud

Las urgencias en el campo médico constituyen un caso especial del acceso a los servicios de salud, por cuanto atienden necesidades asociadas con deficiencias en la atención de las personas, llegando a situaciones que pone en riesgo la vida. Las dolencias o lesiones por accidentes deben ser atendidos, según la legislación colombiana, con prioridad o de manera inmediata sin importar su costo, para evitar barreras financieras en el acceso, el sistema de salud establece para este subsistema, la atención obligatoria y gratuita, ofreciendo opciones de financiación como seguros tradicionales de

salud, seguros de accidentes de tránsito o de accidentes de trabajo (Arenas 2011; Defensoría del pueblo, 2020).

Las urgencias médicas constituyen una puerta de entrada a los hospitales, a través de su atención se funda la hospitalización de pacientes, o se plantean necesidades como la remisión a especialistas, o a una cirugía de emergencia, convirtiéndose en un subsistema interdependiente del sistema de salud (Defensoría del pueblo, 2020).

Consecuentemente es posible definir la atención de urgencia como “una plataforma integrada para prestar servicios de atención sanitaria en los que el tiempo es un factor decisivo ante enfermedades agudas y traumatismos a lo largo de todas las etapas de la vida de cualquier persona” (Defensoría del pueblo, 2020). La prestación del servicio va desde la atención en el lugar de los hechos hasta el transporte a las unidades de urgencias, asegurando el acceso a laboratorios, unidades diagnósticas y cuidados quirúrgicos (Restrepo, *et al.* 2017; Sawey, *et al.* 2017).

Es importante mencionar que en la atención de urgencias en términos de eficacia el tiempo es un factor decisivo, entendiendo que las intervenciones salvan vidas, cuando se realizan oportunamente. Por tanto, es vital que en la prestación del servicio de urgencias se asegure el reconocimiento temprano de situaciones agudas y el acceso rápido a la atención necesaria (Defensoría del pueblo, 2020).

Los servicios de salud de urgencias en Colombia van a presentar unos componentes de acuerdo al tipo de servicio prestado según la Resolución 3100 de 2019 donde se habla de servicio de urgencias baja complejidad cuando se presta atención a las alteraciones de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir

consecuencias críticas presentes o futuras (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). La atención debe ser prestada las 24 horas. La atención bajo este servicio debe tener los siguientes componentes: Talento humano, Infraestructura, Dotación, Medicamentos, insumos y dispositivos médicos, Procesos prioritarios, Historia clínica y registro, debe darse con Interdependencia (Flórez y López, 2014; Defensoría del pueblo, 2020).

Por su parte el servicio de urgencias de mediana y alta complejidad es responsable de dar atención a las alteraciones de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras. La atención debe ser prestada las 24 horas del día. Las patologías, el recurso humano requerido y la dotación del servicio requieren de mayor especialidad que la baja complejidad. Incluye los mismos estándares y componentes descritos para los de baja complejidad según la Resolución 3100 de 2019 (Ministerio de salud y de la protección social, 2019).

5.1.3.5 El triage, acceso a la atención de urgencias

El triage es un sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencia, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles para atenderlo. La Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social estipuló cinco categorías de triage, con la salvedad que los tiempos establecidos de atención no aplicarán en situaciones de emergencia o desastre con múltiples víctimas, que se describen a continuación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015):

Triage I: requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de

miembro u órgano u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata.

Triage II: la condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los treinta (30) minutos. La presencia de un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría.

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

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

Triage V: el paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general de paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de miembro u órgano.

En ninguna circunstancia el triage podrá ser empleado como un mecanismo para la negación de la atención de urgencias. El proceso de verificación de derechos de los usuarios será posterior a la realización del triage y en consecuencia, el triage debe ser realizado a la llegada del paciente al servicio de urgencias. Los prestadores de servicios de salud deberán proporcionar la información adecuada a los pacientes y acompañantes sobre

los recursos iniciales a emplear y los tiempos promedio en que serán atendidos (Ministerio de salud y de la Protección social, 2015).

5.1.3.6 Infraestructura básica del servicio de urgencias

Una institución prestadora del servicio de salud debe tener dentro de su estructura básica los siguientes componentes: Una sala de espera, Triage, consultorios médicos, sala de observación, sala de reanimación, servicios de apoyo. Dentro de los que se encuentran Laboratorio Clínico-Banco de Sangre Imágenes diagnósticas -Farmacia Interconsulta Referencia y Contra referencia (Defensoría del pueblo, 2020).

De acuerdo con la guía de infraestructura de hospitales el servicio de urgencias debería estar compuesto como se muestra en la figura

Figura 2. Componentes del servicio de urgencias

| AREA DE ACCESO | AREA ASISTENCIAL |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Sala de Espera • Control Policía y Radio • Facturación y Caja • Triage • Atención al Usuario | <ul style="list-style-type: none"> • Consultorios de Valoración • Sala de Procedimientos • Sala de Reanimación • Sala de Observación • Otros ambientes del servicio |

Fuente: Tomado de Guía Infraestructura, 2012.

Se observa que desde los dos autores se plantea básicamente la misma infraestructura, así para efectos de la presente monografía los indicadores a tener en cuenta estarán ligados a la sala de espera, Triage y consultorios médicos o de valoración. Los aspectos que se analizaron como indicadores corresponden al # de sillas, # de camillas, # de consultorios médicos, # de médicos, tiempo de espera, tiempo de duración del diagnóstico.

5.1.3.7 Normatividad frente al acceso a la atención inicial de urgencias

La Resolución WHA A72.31 de 2019 emitida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), hace referencia a la “Atención de urgencias y traumatología en la cual se delimitan los sistemas de atención de urgencia para la cobertura sanitaria universal, con la que sea posible asegurar una atención rápida a los enfermos agudos y las personas con traumatismos” (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Además redefine la atención de urgencias señalando que ésta es un elemento esencial de la cobertura sanitaria universal que puede contribuir a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS); responde a diversas situaciones agudas tanto en enfermedades transmisibles y no, y en complicaciones del embarazo; constituyendo para muchas personas el primer punto de contacto con el sistema de salud especialmente cuando existen barreras de acceso a la atención; permite reconocer con rapidez situaciones en las que el tiempo es un factor decisivo y una dimensión de la calidad. Esta norma permite valorar la normatividad colombiana y la forma como esta se aplica en las instituciones seleccionadas para la revisión. (Organización Mundial de la Salud, 2019).

En Colombia la atención de urgencias parte desde la Constitución Política de Colombia (1991) donde se aborda la salud como un derecho fundamental de la persona, siendo así que la atención de urgencias es vital para sostener la vida. Consecuentemente en 1992 se formula que la atención inicial de urgencias debe ser prestada por todas las Instituciones prestadoras del servicio de salud, según el nivel de complejidad que puedan atender (Congreso de la República de Colombia, 1991).

Con la Ley 100 de 1993 se garantiza la atención de urgencias en todo el territorio nacional para todos los afiliados y ratifica que “la atención inicial de urgencias será obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas, independientemente de la

capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el Fondo de Solidaridad y Garantía en los casos previstos en el artículo anterior, o por la Entidad Promotora de Salud al cual esté afiliado, en cualquier otro evento”. Con esta norma se pretende eliminar algunas de las barreras de acceso económicas (Congreso de la República de Colombia, 1993).

Finalmente, la Ley Estatutaria en Salud, Ley 1751 de 2015, estableció como un derecho: “Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno”. Asimismo, prohibió la negación de la prestación de servicios de urgencias y señaló que no es necesario contrato previo para la prestación del servicio (Congreso de la República de Colombia, 2015).

5.2 Características principales de las dos IPS de Alta complejidad

Para llevar a cabo la caracterización de las IPS seleccionadas para el estudio se tiene en cuenta aspectos específicos relacionados con la teoría y las conceptualizaciones presentadas en el primer apartado de este capítulo, que permiten exponer las principales características de estas entidades.

Así, en la tabla siguiente se describen cada uno de los parámetros a tener en cuenta para la descripción:

Tabla 2. Aspectos de la caracterización de las IPS de alta complejidad

| CARACTERIZACIÓN IPS | |
|----------------------------|---|
| Información Básica | |
| Característica | Definición |
| Razón social | Esta característica permite reconocer la IPS de acuerdo con el nombre como es reconocida en el sistema de salud colombiano. |
| Ubicación geográfica | Facilita la identificación de la zona de la ciudad en la cual se encuentra el servicio. Esto ayuda a encontrar barreras de acceso asociadas a la ubicación de la IPS. |
| Reseña histórica | La historia de una institución permite reconocer aspectos del contexto social, cultural y económico de la IPS. |
| Nivel de complejidad | Facilita el reconocimiento de los servicios que presta. |
| Sala de Espera | |
| Características | Definición |
| # de sillas | Cantidad de sillas a disposición exclusiva de la sala de espera del área de urgencias. |

| | |
|---|---|
| # de camillas | Cantidad de camillas disponibles para la sala de espera, dispuestas para atender al usuario. |
| # de sillas de rueda | Cantidad de sillas de rueda totales a disposición exclusiva de la sala de espera del área de urgencias. |
| # de Baños | Cantidad de baños o unidades sanitarias para servicio de los usuarios y pacientes. |
| Tiempo de espera (minutos) | Tiempo que transcurre desde el ingreso a urgencias hasta la atención de triage. |
| Triage | |
| # de sillas | Cantidad de sillas para atender a los usuarios en el triage |
| # de camillas | Cantidad de camillas para la atención de usuarios en el triage |
| Duración de proceso de Triage (Minutos) | Tiempo que duró la clasificación del triage |
| Tiempo de espera entre el Triage y la consulta. | Tiempo que transcurre desde la clasificación en el triage y el ingreso al consultorio |
| Consultorios médicos – valoración | |
| # de Consultorios de valoración de urgencias | Cantidad de consultorios de atención médica de urgencias. |
| # de sillas | Cantidad de sillas en cada consultorio |
| # de camillas | Cantidad de camillas en cada consultorio |
| Duración del tiempo de atención | Tiempo que transcurre durante la atención |

Fuente: Elaboración propia, 2021.

La tabla presenta criterios organizados que facilitan la caracterización de las dos IPS analizadas en el estudio, con diferentes parámetros asociados a 4 categorías como son información básica, parámetros relacionados con la sala de espera, el triage y la valoración del médico de urgencias en el consultorio. La información básica como es de observar permite describir la IPS teniendo en cuenta aspectos como su nombre, la ubicación, su historia y el tipo de servicios que ofrece a los usuarios (Informe de Gestión HDUV, 2020).

La caracterización según la sala de espera aporta información relacionada con la dotación mínima que debe tener el hospital para que cada una de las personas espere su consulta de la manera más cómoda y adecuada con el fin de no deteriorar su condición. Respecto al triage y a la valoración médica implican información relacionada con el tiempo de duración de estos procesos, la dotación mínima que se debe tener para la atención en estos espacios y finalmente la idoneidad del personal médico que atiende en cada uno de estos espacios (Informe de Gestión HDUV, 2020).

5.2.1 Caracterización Hospital Universitario del Valle

5.2.1.1 Información básica

Razón social: Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” (HDUV)

Ubicación geográfica: Ubicado en el tradicional barrio San Fernando de la ciudad de Santiago de Cali

Nivel: III nivel de complejidad: Tiene un área construida de aproximadamente 52.000 m², presta los servicios de: urgencias, hospitalización adultos y pediátricos, unidades de cuidados intensivos adultos, pediátricos y recién nacidos, medicina física y rehabilitación, laboratorios, imagenología, banco de sangre, endoscopia, oncología pediátrica y adulta, quimioterapia, radioterapia, salas de cirugía, consulta externa especializada, atención a la madre gestante, al recién nacido, entre otros servicios como ortogeriatría, mama canguro, lactancia materna (Hospital Universitario del Valle, 2020).

5.2.1.2 Reseña histórica:

El hospital fue construido entre 1936 y 1940, pero fue sólo hasta 1956 bajo la denominación de “Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” en memoria de un científico caleño nacido años atrás. García brindó invaluable servicios a la comunidad a través de los diferentes cargos que ocupó dentro de la administración pública. El hospital era de puertas abiertas para la comunidad sea cual fuere el origen o vecindad, convirtiéndose en el sitio obligado de consulta de todos los habitantes del Suroccidente Colombiano, cuando apenas contaba con un mediano servicio de urgencias, siendo el único centro en la atención de emergencias de la Región. Hacia el año 1960, el hospital contaba con un mediano servicio de urgencias, atención ambulatoria en varias especialidades quirúrgicas con seis salas de operaciones completamente dotadas (Hospital Universitario del Valle, 2020).

En 1973 empieza la ampliación de los diferentes servicios cuya capacidad física era insuficiente. En la década de los 90, se desarrollan un total de 63 proyectos de modernización física y tecnológica, con el apoyo del Ministerio de Salud, el Departamento del Valle del Cauca y la Secretaría de Salud. Hoy el Hospital Departamental Universitario del Valle, es una Empresa Social del Estado (ESE) de carácter departamental, con patrimonio propio, autonomía administrativa y presupuestal (Hospital Universitario del Valle, 2020).

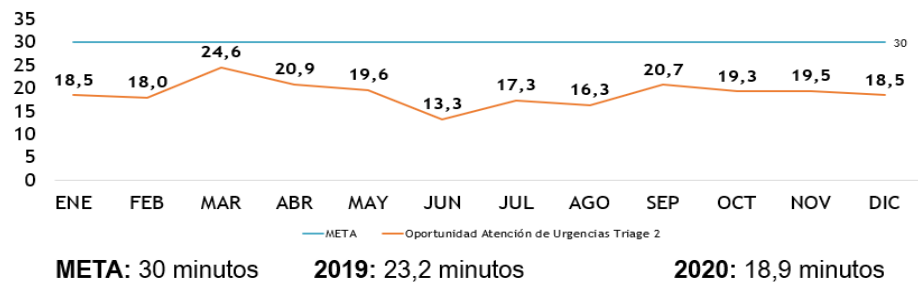
5.2.1.3 Sala de espera de urgencias HDUV

La sala de urgencias del Hospital Departamental Universitario del Valle tiene como objetivo ofrecer una atención integral de urgencias que comienza con la coordinación del sistema de atención pre hospitalaria, atención inicial de urgencias, intervención médica, quirúrgica de los pacientes adultos y pediátricos que requieran atención de alta complejidad con tecnología y recurso humano especializado (Hospital Departamental Universitario del Valle, 2021). La sala de urgencias del HDUV consta de primer y segundo piso, situados en ala Nororiente del edificio principal del hospital. La capacidad instalada en la sala de urgencias corresponde actualmente 113 camillas, en la zona de espera no hay camillas (Hospital Departamental Universitario del Valle, 2020).

5.2.1.4 El Triage en el servicio de Urgencias HDUV

La clasificación de los pacientes en el HDUV, como una oportunidad en la atención de urgencias, específicamente en el Triage II ha mostrado una tendencia constante, donde para la vigencia 2019 el tiempo de espera desde que el paciente es valorado por el Triage y el momento en que es atendido por el medico era de 23.2 minutos y para la vigencia 2020 el tiempo de espera es de 18.9 minutos, lo que evidencia una mejor resolutivez de los pacientes que ingresan al servicio de urgencias. (HDUV, 2020).

Figura 3. Tiempo de espera en el Triage, HDUV 2019-2020.



Fuente: Tomado de informe de gestión HDUV, 2020.

Al igual que la oportunidad de atención, según el informe de gestión (2020) del HDUV los reingresos presentaron una tendencia por debajo de lo definido en la meta, evidenciando un manejo adecuado del paciente y un enfoque terapéutico eficaz. La reducción de reingresos impacta de forma positiva en el curso y pronóstico de la enfermedad, mejora en la calidad de vida de nuestros pacientes y optimiza el acceso de otros pacientes al servicio de hospitalización (Hospital Departamental Universitario del Valle, 2019-2020).

En los informes de gestión de la IPS no se encuentran la cantidad de sillas usadas en la zona de Triage para la atención, pero, en el informe de la defensoría aparecen que se usan dos (2) sillas en el consultorio de Triage (Defensoría del pueblo, 2020).

5.2.2 Hospital Psiquiátrico Departamental Universitario del Valle

5.2.2.1 Información básica

Razón social: Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle

Nivel de complejidad: Más alto nivel de complejidad psiquiátrico del sur occidente colombiano.

5.2.2.2 Reseña histórica

El principal objetivo es brindar atención de urgencias en el área de Psiquiatría y de medicina general en forma oportuna, humanizada y de calidad técnico-científica (Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle. 2021).

La urgencia psiquiátrica se da en pacientes que se encuentren en la fase aguda de su enfermedad, presentando episodios de agitación psicomotriz, sintomatología psiquiátrica en crisis e intento, ideación o riesgo de suicidio. La institución, dando cumplimiento a la normatividad, brinda el servicio de urgencias a cualquier usuario que lo demande, y que previa valoración del psiquiatra de turno en el servicio de urgencias, el médico general o el enfermero, clasifiquen el evento como emergencia, urgencia o consulta prioritaria. Se dispone de urgencias médicas generales de baja complejidad de manera permanente (Arenas, 2011). En el caso de pacientes remitidos, el equipo que se encargó del traslado del paciente, debe esperar a que se realice el triage para ubicarlo en el nivel e institución correspondiente a la sintomatología (Arenas, 2011).

El Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle (HDPUV) es una institución especializada en la intervención de todos los aspectos relacionados con la salud mental. Es de segundo nivel de atención, de carácter público y el centro de mayor complejidad psiquiátrica del suroccidente colombiano. Llegar a las instancias actuales ha representado para el Hospital un recorrido de alrededor de 70 años, desde la institución de custodia de los primeros tiempos al hospital de alta tecnificación del presente (Arenas, 2011; HDPUV, 2021).

En 1940, la asamblea del Departamento dicta una ordenanza dando vía libre a la construcción del hospital, pero solo 11 años después se tenían las primeras construcciones, todavía sin la infraestructura suficiente para lo que se pretendía montar. En 1955, con la vinculación del departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle, en calidad de ente consultor y responsable de las intervenciones clínicas, el Hospital inicia su historia de posicionamiento asistencial y académico que ha seguido marcando su trabajo (HDPUV, 2020).

En este contexto recibe la visita de dos comisiones de organismos internacionales en la década de los sesenta, que dieron testimonio del nivel de calidad de la época, a pesar de las dificultades. En virtud del reconocimiento como centro colaborador que hace la Organización Mundial de la Salud (OMS) al departamento de psiquiatría de la Universidad del Valle, el Hospital queda como referente clínico de ese convenio constituyéndose así en una institución pionera en la investigación y los tratamientos psiquiátricos modernos (Hospital Universitario Psiquiátrico del Valle, 2020).

En los años noventa vivió los problemas del sistema de salud del país, siendo gravemente afectado por ellos. Sin embargo, el compromiso de su talento humano hizo que los procesos planeados para enfrentar la situación no sólo logran mantener la calidad de los servicios, sino que la mejoraran. En ese empeño el Hospital fue reconocido con el Certificado de Aseguramiento de la Calidad, ISO 9001 versión 2008 y en julio de 2009 con el certificado de acreditación en salud, otorgado por el ICONTEC y homologado internacionalmente por el ISQUA, que lo posicionó como el primer centro psiquiátrico del país en obtener la Acreditación y como uno de los más prestigiosos de Latinoamérica. (Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, 2020)

El Hospital psiquiátrico abandera en este momento intervenciones de acuerdo con las investigaciones científicas del momento, usando procedimientos que se fundamentan en el rigor académico; es centro de educación universitaria donde se entrenan los pregrados de medicina, enfermería, psicología y otras disciplinas afines, de cinco universidades, y los posgrados de psiquiatría, psicología clínica con énfasis en investigación y salud mental para enfermería, de la Universidad del Valle; se viene haciendo énfasis en la garantía de seguridad del paciente, siendo éste un aspecto que actualmente se considera necesario. Además, cuenta con un programa de humanización de la atención que busca la reducción del estigma y la inclusión social (HDPUV, 2020).

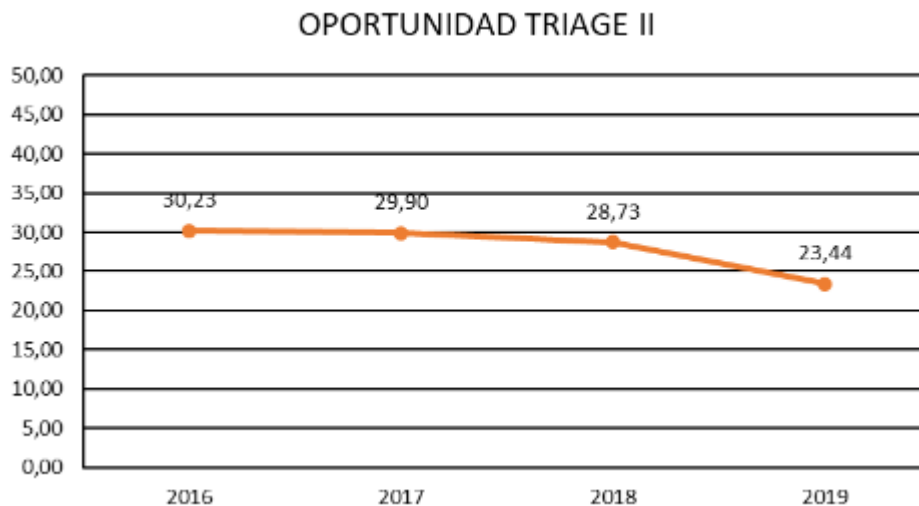
5.2.2.3 Sala de espera HDPUV

La permanecía en sala de espera de urgencias de los pacientes del hospital psiquiátrico después de haber sido ingresados, en la mayoría de los casos, no sobrepasa los 60 minutos, por ser urgencias relacionadas con una sola línea de especialistas la atención en este inicio oscila entre 15 a 45 minutos según la complejidad de la enfermedad psiquiátrica o de la urgencia médica (Defensoría del pueblo, 2020).

5.2.2.4 Traige en urgencias del HDPUV

La atención de urgencias en el HDPUV tiene disponibilidad de atención psiquiátrica las 24 horas, lo que permite la atención oportuna e integral para un manejo adecuado del paciente. La oportunidad en la atención de urgencias Triage 2, presentó durante la vigencia una tendencia positiva, estando en promedio por debajo de los 30 minutos en espera para la atención en urgencias, siendo la más alta de 30.23 minutos en 2016 y la más baja 23.44 minutos en 2019 (Figura 4). Los datos obtenidos durante estos años proyecta a los pacientes de la IPS una atención oportuna, eficaz y segura (HDPUV, 2016; HDPUV, 2019; Defensoría del pueblo, 2020).

Figura 4. Tiempo de espera Triage II, 2016-2019 HDPUV



Fuente: Tomado de informe de gestión 2016-2019 HPDUV.

Al igual que la oportunidad de atención, los reingresos presentaron una tendencia por debajo de lo definido en meta, evidenciando un manejo adecuado del paciente y evidenciando un enfoque terapéutico eficaz. La reducción en reingresos impacta de forma positiva en el curso y pronóstico de la enfermedad, mejora la calidad de vida de nuestros pacientes y optimiza el acceso de otros pacientes a camas hospitalarias (HDPUV, 2016-2019).

La tabla 3 muestra otros indicadores de gestión de la atención general de urgencias de los cuales es importante hablar de las camas hospitalarias las cuáles se mantienen en número, no se muestra inversión en este aspecto. La disponibilidad de camas desde el 2017 es de 224 lo que indica que la capacidad para atender pacientes en el área de hospitalización es de igual número. La población atendida a pesar de haber aumentado con el paso del tiempo ha sido atendida en menor tiempo tanto en la consulta externa como en la atención de urgencias. Las personas que atiende el HPDUV manifiesta estar en promedio 93% satisfechos de la atención en los diferentes servicios incluidos (HDPUV, 2016-2019).

Tabla 3. Indicadores de atención HPDUV (Revisar norma)

| INDICADORES DE GESTIÓN | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|------------------------------|--------|--------|--------|--------|
| CAMAS HOSPITALARIAS | 207 | 224 | 224 | 224 |
| POBLACION ATENDIDA | 15.131 | 17.733 | 16.809 | 16.954 |
| PORCENTAJE OCUPACION | 97,77% | 95,86% | 95,52% | 95,95% |
| GIRO CAMA | 1,17 | 1,13 | 1,22 | 1,17 |
| CONSULTA EXTERNA REALIZADA | 24.506 | 26.098 | 20.809 | 23.465 |
| OPORTUNIDAD CONSULTA EXTERNA | 27,69 | 61,77 | 18,90 | 9,71 |
| OPORTUNIDAD TRIAGE II | 30,23 | 29,90 | 28,73 | 23,44 |
| SATISFACCION | 91,2% | 88,9% | 97,6% | 98,2% |

Fuente: Informe de Gestión HPDUV, 2016-2019.

5.2.2.5 Costos del servicio de urgencias periodo 2019 -2020

Otro aspecto importante que incide fuertemente en la atención de urgencias corresponde a los costos que demanda la prestación de este servicio, en este sentido para las vigencias 2019 -2020 los costos de consulta y procedimientos de urgencia fueron menores en más 45 mil millones como puede evidenciarse en la Figura 5:

Figure 5. Costos de venta del servicio de urgencias

30.1 COSTO DE VENTAS DE SERVICIOS

| CONCEPTO | 2020 | 2019 | VALOR VARIACIÓN |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| COSTO DE VENTAS DE SERVICIOS | 306,518,866.20 | 254,107,254.73 | 52,411,611.46 |
| SERVICIOS DE SALUD | 306,518,866 | 254,107,255 | 52,411,611.46 |
| Urgencias - Consulta y procedimientos | 31,407,200 | 84,954,857 | -53,547,656.72 |
| Urgencias - Observación | 3,011,160 | 1,293,166 | 1,717,993.52 |

(Fuente:Elaboración propia, 2021)

6. CAPITULO II. Indicadores del modelo de atención aplicado en el área de urgencias de las IPS de alta complejidad HDUV y HDPUV.

Teniendo en cuenta los planteamientos de Merchán y Martínez (2017) relacionados con la estrategia denominada “LEAN” la cual se originó en la industria automotriz, pero que, al trasladarla a la gestión de la salud, ayuda a la estandarización de los procesos, asimismo ayuda optimizar los recursos, de tal forma que lleva a entender el proceso de atención en el servicio de urgencias desde tres perspectivas.

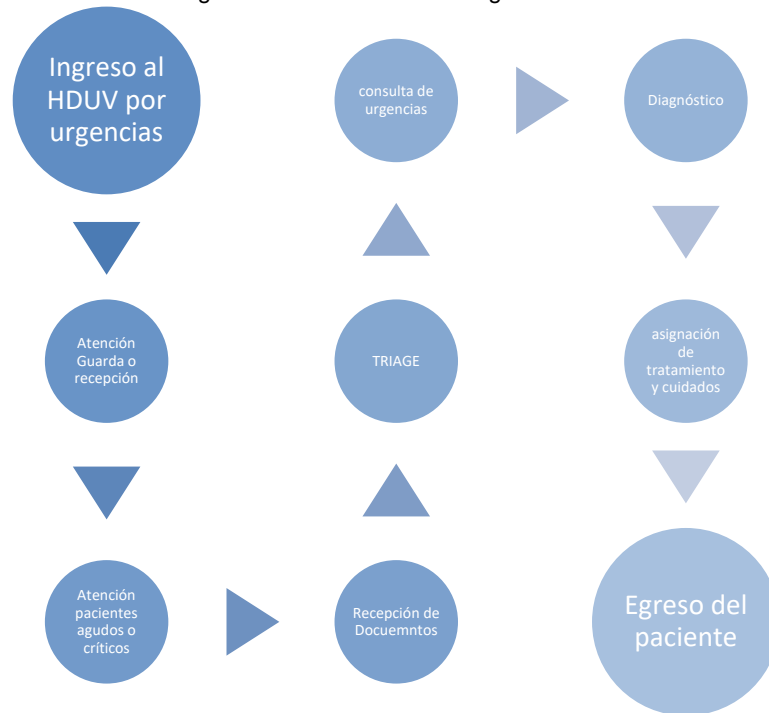
Primero, desde los factores que afectan el ingreso de pacientes como pueden ser la consulta espontánea con horarios pico o críticos, traslados primarios de atención prehospitalaria y las remisiones (Merchán y Martínez, 2017). En segundo lugar, están los factores que afectan la capacidad de atención como la planta física e infraestructura, recursos humanos como médicos, enfermeras, terapeutas, servicios de apoyo como radiología, laboratorio entre otros. Finalmente, los factores que afectan el egreso como por ejemplo los pacientes hospitalizados en espera de traslado a cama hospitalaria, pacientes críticos en espera de Unidad de cuidado Intensivo son aspectos que limitan la atención (Merchán y Martínez, 2017).

Teniendo en cuenta estos tres factores para la atención en salud en el servicio de urgencias, es posible establecer los indicadores del modelo de salud de las IPS que forman parte del trabajo. En este sentido, se presentan las rutas de atención para los hospitales HDUV y HDPUV. No se encontró para este estudio un documento que hablase sobre la ruta de atención de urgencias para el Hospital Universitario del Valle (HDUV).

Sin embargo, de las descripciones realizadas en algunos informes y en las páginas web del hospital es posible presentar la ruta de atención de urgencias que sigue el hospital como se presenta en la figura 3. En esta ruta, se observa que la atención presenta el ingreso del paciente (Adulto o Niño), la clasificación del triage, el tratamiento y el posterior egreso del paciente el cual

puede ser a una cama de hospitalización o a su casa a continuar con los cuidados (HDUV, 2020).

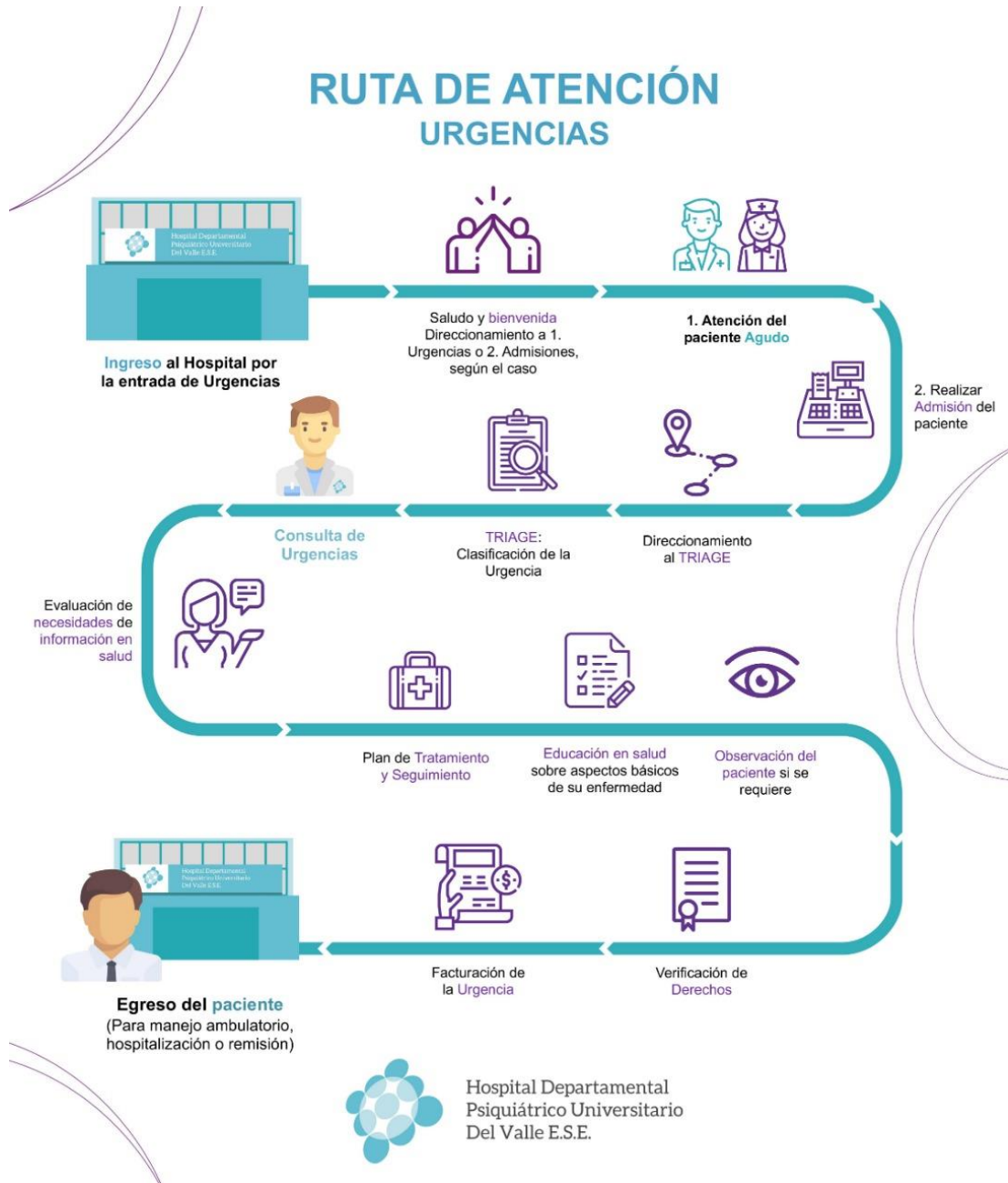
Figura 5. Ruta de atención urgencias HDUV



Fuente: Elaboración propia Basada en la pagina web del HDUV, 2021.

En el hospital HDPUV la ruta puede resumirse de igual forma destacando que por ser una IPS que atiende personas con problemas psiquiátricos y psicológicos propone entre el ingreso y el egreso del paciente acciones que lleven a comprender al paciente y familiares la enfermedad o la condición generada por la enfermedad. Esta ruta como se ha descrito antes pretende que sea implementada las 24 horas del día, con el apoyo de personal especializado y calificado para la atención integral de los pacientes (HDPUV, 2021).

Figura 6. Ruta de atención HPDUV



Fuente: Hospital Psiquiátrico Departamental Universitario del Valle, 2021.

Teniendo presente las rutas anteriores y las ideas de Merchán y Martínez (2017) es posible explicitar los indicadores del modelo de atención que se usa en estas IPS de alta complejidad. Además, se retoman las ideas de la Ley Estatutaria que orienta a la atención integral, la calidad, continuidad y oportunidad e idoneidad (Congreso de la república, 2015).

El modelo tiene en cuenta varios aspectos de la dimensión humana que permiten esquematizar los indicadores en la Tabla 4:

Tabla 4. Indicadores del modelo de calidad IPS de alta complejidad

| GRUPO | INDICADOR |
|---|--|
| 1.Indicadores relacionados con el ingreso del paciente | El paciente ingresa con facilidad a la sala de urgencias |
| | Hora de ingreso del paciente |
| | Tiempo en sala de espera |
| 2.Indicadores relacionados con la atención del paciente en el servicio de urgencias | Es atendido por personal idóneo |
| | # de camillas o sillas disponibles en consultorios |
| | # de consultorios disponibles |
| | # de Médicos de urgencias |
| | Tiempo de espera en el triage |
| | Tiempo de espera en la consulta de urgencia |
| 3.Indicadores asociados al egreso del paciente | Tiempo de espera para traslado a cama |
| | Tiempo de espera para traslado a UCI |
| | # de camas disponibles en piso |
| | # de Camas disponibles en UCI |

Fuente: Elaboración propia, 2021.

7. CAPITULO III. Análisis de las barreras para el acceso a los servicios de salud de urgencias en dos entidades públicas de alta complejidad

En el acceso a los servicios de salud se tiene como un caso especial las urgencias médicas, las cuales en Colombia presentan diferentes factores (Tiempo de espera, número de pacientes en salas, cantidad de sillas disponibles, mesas o suelo para la atención de los pacientes, número de pacientes que abandonan el servicio, entre otros) que gestionados de la forma inadecuada se convierten en Barreras, siendo causas de desatención en la prestación del servicio de salud (Restrepo, Jaén, Espinal y Zapata, 2017). Otro aspecto importante de la atención de urgencias está relacionado con la saturación que se presenta en estos servicios, la cual se produce cuando hay desequilibrio entre la oferta y la demanda, lo que puede ocurrir cuando los recursos disponibles no logran ser suficientes para sostenerlo, lo que generalmente se asocia al limitado presupuesto o disponibilidad del gasto propuesto para la salud (Restrepo, *et al.*, 2017; Atehortúa, 2018).

A lo anterior se suma que en el artículo 10 literal b) de la Ley estatutaria (1751 de 2015), para garantizar el derecho fundamental a la salud, se establece que toda persona tiene derecho a "recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno". En esta ley presenta como obligatoria la atención de toda persona en el servicio de urgencia que se supone tienen en riesgo su vida (Congreso de la Republica de Colombia, 2015).

De esta manera la ley prevé las barreras que podrían presentarse para el acceso, en especial, las barreras financieras como copagos para exámenes de laboratorio, medicamentos entre otros, y las barreras relacionadas con la identificación de los pacientes como presentación del documentos de identidad, carnet de la EPS; dando la posibilidad de que el paciente sea atendido de cualquier manera, además de brindar posibilidades de

financiación como los seguros tradicionales de salud, otros seguros especiales como aquellos que cubren la atención de víctimas de accidentes de tránsito o de accidentes de trabajo (Congreso de la República de Colombia, 2015).

Con el cambio en las dinámicas poblaciones de la ciudad de Cali y el aumento vertiginoso de la pirámide poblacional colombiana, dada la concurrencia de personas extranjeras, a quienes no se les niega la atención en los servicios de urgencias haciendo que se agudicen la disponibilidad de recursos en las salas de espera de las entidades públicas prestadoras del servicio de salud, estas instituciones tienen un margen de acción limitado para gestionarlas, centrado en la eficiencia de los recursos (Portilla y Jiménez, 2017).

7.1 Barreras de acceso relacionadas con el ingreso de paciente

Teniendo en cuenta las dos instituciones de salud abordadas en esta monografía, la posibilidad de que un usuario que llega al servicio de urgencias sea atendido en el tiempo que su condición lo requiere, presenta diferencias relacionadas con los servicios que cada uno de estos hospitales brinda, de esta forma en el HDUV el tiempo de atención es mayor que para el HDPUV donde el rango de tiempo es menor, a juzgar por los datos presentados en los informes de gestión de los respectivos años (Informe de gestión, 2016-2020) .

Una de las barreras relacionadas con este aspecto es la sobreocupación, acorde con los datos referenciados en el capítulo I de esta monografía, puede llegar hasta el 115% y rangos de espera que alcanzan entre 48 minutos y los 93 minutos, tan solo para el triage, es preciso mencionar que la situación de estos servicios pone en riesgo la garantía del derecho fundamental a la salud, el cual está amparado por la Constitución (Defensoría del Pueblo, 2020).

El análisis permite evidenciar las principales barreras que se presentan en los servicios de urgencias de estas dos entidades prestadoras del servicio

de salud, específicamente se hace hincapié en los tiempos de espera para atender a los usuarios. En este sentido el HDUV presenta mayores deficiencias que el HDPUV. Con relación a la disponibilidad de recursos como las camillas que en ambas entidades es limitada, se agudiza teniendo en cuenta la situación de pandemia actual, donde se presenta congestión en el servicio y alta demanda de camillas. Lo anterior lleva a las autoras de esta monografía a pensar en la necesidad de que estas instituciones apliquen estrategias que permitan la implementación de un modelo de atención adecuado, fundado en una política de gestión de recursos y de formación integral del talento humano que responda a las necesidades de los servicios de urgencias mejorando la atención de los usuarios (Informes de Gestión, 2015-2020; Defensoría del pueblo, 2020).

El análisis llevado a cabo en la monografía permite exponer que, en la demanda del servicio de urgencias en los dos hospitales, aproximadamente 7 de cada 10 pacientes consultan el servicio con situaciones que hubiesen podido atenderse en una consulta general, lo que facilitaría una gestión más ágil en el servicio de urgencias (Defensoría del pueblo, 2020).

Este tipo de situaciones ha llevado a que las urgencias por ejemplo del Hospital Departamental Universitario del Valle se presente un alto número de pacientes en las salas de observación, áreas que se convirtieron de manera anormal en extensiones de hospitalización. En los informes de gestión es posible evidenciar estancias en el servicio de urgencias de hasta de 8 días aguardando una valoración por medicina especializada o autorizaciones para traslados (Informes de gestión, 2015-2020; Defensoría del pueblo, 2020).

7.2 Barreras de acceso relacionadas con la atención del paciente

La espera de los pacientes en salas para pasar al triage también se ve afectada por la sobreocupación que como ya se mencionó puede llegar en estos hospitales al 115% atentando contra la dignidad, debido a que las personas se ven obligadas a acomodarse en sillas plásticas y hasta en el suelo (Defensoría del pueblo, 2020).

Los datos revisados permiten exponer otra barrera en la que se enmarca la situación anterior, esto es la falta de dotación mínima para la atención en salas de urgencias. El servicio de urgencias debe prestarse de forma inmediata cuando los usuarios lo solicitan o en un mínimo tiempo. Pero, en Colombia para acceder a este servicio se debe cumplir con una serie de requisitos que muchas veces son desconocidos por los usuarios y en su condición de “urgencias” no tienen en cuenta los requerimientos del sistema.

La demora en la atención genera situaciones con todo tipo de manifestaciones como roces, dificultades, despierta sentimientos y provoca reacciones frente a las restricciones que no les permite una rápida atención (Restrepo, Jaén, Espinal y Zapata, 2018).

La insatisfacción que presentan los usuarios queda evidenciada en el trabajo de Moros y Jiménez (2017) quienes expresan que está relacionada con las deficiencias en la oportunidad de la atención. Esto pone en evidencia que estas situaciones en las que se demoran en atender a los usuarios ponen en mayor riesgo a aquellos que deben ser atendidos en tiempos menores a 30 minutos, de acuerdo a la gravedad según la clasificación del triage, deteriorando la calidad del servicio que se presta, consecuente con las ideas expuestas en el trabajo de Restrepo, et al. (2018).

Conclusiones

Acorde con el objetivo general de la monografía es posible decir que se logró identificar mediante la revisión bibliográfica desarrollada las barreras de acceso presentes en los servicios de urgencias en los hospitales HDUV y HDPUV, encontrando que existen barreras relacionadas con el ingreso de los pacientes a la sala de urgencia y barreras relacionadas con la atención recibida en este servicio. Estas barreras influyen directamente en el manejo de los pacientes en el servicio de urgencias.

Dentro de las barreras de acceso las de mayor relevancia corresponden al tiempo de espera en la sala de urgencias y el tiempo de clasificación del triage, presentándose que el HDUV posee el registro de mayor tiempo tanto en la espera en sala como en el triage. Con relación a la atención, la falta de camillas y camas se constituye en otra de las barreras que dificulta el acceso de los usuarios en las urgencias de los dos hospitales, debido que la dotación mínima es limitada para tiempos como los actuales de sobreocupación.

Es importante resaltar que la dotación existente en el servicio de urgencias de los hospitales de alta complejidad permite funcionar cuando la gestión del tiempo se dinamiza, por cuanto la mayoría del mobiliario se encuentra en buenas condiciones o por lo menos, en la mayoría de los casos no empeora la condición de los usuarios.

Respecto al primer objetivo específico fue posible caracterizar las IPS de alta complejidad asumiendo cinco parámetros como fueron la información básica, el tiempo de espera, los costos del funcionamiento del servicio de urgencias, el tiempo de duración en la clasificación del triage y la atención por parte del psiquiatra en el HDPUV o del médico general en el HUDV. Aunque según la norma es necesario examinar la cantidad de sillas disponibles, camillas y demás dotación con la que cuentan estos hospitales, especialmente

el HDUV que es el lugar que recibe la mayor cantidad de pacientes y en ocasiones no lograr suplir el servicio para la gran demanda.

Seria oportuno revisar que a pesar que estos hospitales en su mayoría cumplen los estándares de habilitación, la normatividad no hace posible relacionar el talento humano necesario con la capacidad, por lo anterior, algunos profesionales (Médicos generales, especialistas y enfermeros) como lo expone Dávila (2020) no responden adecuadamente a la demanda.

Consecuentemente, los pacientes cuentan con atención inicial de un médico de urgencias quien después del triage, define el diagnóstico y a su vez decide si el paciente queda hospitalizado o es enviado a casa. En ambas instituciones los pacientes son atendidos por personal idóneo, lo que puede garantizar un diagnóstico certero.

En la atención de urgencias el # de camillas y camas de observación disponibles en UCI, evidencia una falta significativa para casos como el de la pandemia donde muchos pacientes deben ser atendidos debido a la emergencia, se convierte en una situación de alerta roja, generando un reporte de sobreocupación de camas del 99% al final del año 2020 en el Hospital Departamental Universitario del Valle, teniendo en cuenta un pico alto de la pandemia (HDUV, 2020).

Un aspecto que sale a luz en esta monografía es la relación que existe entre una atención humanizada y el bienestar del paciente, puesto que en los diferentes informes analizados se menciona como un aspecto de vital importancia, ya que esto puede incidir de forma significativa en la eliminación de las barreras que se han descrito en este documento. Este proceso ayudaría a disminuir los bloqueos en la atención por asuntos organizacionales, administrativos, económicos y técnicos.

Por último respecto al objetivo 1, se destaca que la revisión de la normatividad para el desarrollo de la caracterización realizada, devela que esta

ha ido evolucionando desde la Ley 100 de 1993 hasta la Ley Estatutaria de 2015 (además de las resoluciones y decretos) en favor del mejoramiento de la atención de los usuarios en el servicio de urgencias.

Acorde con el objetivo específico 2 se reconocieron algunos indicadores relacionados con el ingreso, con la atención y el egreso del paciente. A algunos de estos indicadores fue posible hacerles seguimiento durante el periodo 2016-2020. Lo que facilitó el análisis dentro de la ruta de gestión de estos dos servicios de urgencias, concluyendo que existen condiciones que pueden llegar a vulnerar el derecho fundamental a la salud de los usuarios y que no necesariamente se encuentran ligados a temas presupuestales, sino a aspectos organizacionales y su manejo desde la humanización y a la calidad de la atención de los encargados del servicio.

Respecto al objetivo 3, el análisis desarrollado permite decir que las dos entidades prestadoras del servicio de salud de alta complejidad contempladas en esta monografía sugieren que la atención de urgencias en los dos hospitales se maneja de forma similar, aunque se difiere en algunos aspectos relacionados con el tipo de atención, con el tiempo de espera de los usuarios y con la dotación mínima con las cuales cuentan. Por ello, se hace necesario proponer la realización de un inventario real de la oferta y la demanda de estos servicios.

Es importante entender que las principales barreras de acceso presentadas en el HDUV y el HUPDV corresponden a los tiempos de espera, la dotación mínima y al tipo de atención que deben esperar los usuarios. Además, orienta a la organización de los modelos de gestión de tal manera que quienes realicen siempre los procesos de ingreso de los pacientes a la sala de espera sea personal médico idóneo para ello. Puesto que generalmente es el guarda quien hace esta primera entrada de los pacientes. Igualmente, el modelo de atención debería garantizar la solución de los problemas en salud de los afiliados al sistema de manera oportuna y de

acuerdo con su nivel de atención, todo esto con el fin de disminuir la demanda por situaciones de salud que pueden ser tratadas fuera de urgencias.

Referencias Bibliográficas

Agudelo Calderón, C.A.; Cardona Botero, J.; Ortega Bolaños, O.; Robledo Martínez, R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. Facultad de Medicina, Instituto de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá, Cra. 30, Calle 45 Código Postal 111311 Bogotá, D.E. Colombia. caagudeloc@unal.edu.co

Arenas CM, Calderón JE, Rodríguez MC, Torres PA, Mejía HD, Robayo MP. (2019). Caracterización de las consultas dermatológicas en urgencias y hospitalización de la población pediátrica del Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia. rev. asoc. colomb. dermatol. cir. dematol. [Internet]. 18 de febrero de 2019 [citado 30 de julio de 2021];20(1):15-0. <https://revista.asocolderma.org.co/index.php/asocolderma/article/view/206>

Congreso de la Republica de Colombia. (1991). Constitución Política de Colombia. Bogotá.

Congreso de la República de Colombia. Decreto 0412 de 1992. Bogotá.

Congreso de la República de Colombia. DECRETO 1761 DE 1990. Por el cual se reglamentan los servicios de urgencias. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201761%20DE%201990.pdf

Congreso de la República de Colombia. Ley 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones 17 de febrero, 2015. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

Congreso de la República de Colombia. Ley por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones., Ley 100 de 1993 (diciembre 23). Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>

Dávila, C. 2020. Entrevista para la W Radio. 11 de febrero de 2020.

<https://www.wradio.com.co/noticias/salud/el-20-de-los-servicios-de-urgencia-no-tiene-los-insumos-minimos-carmen-davila/20200211/nota/4013879.aspx>

DECRETO 1570 DE 1993. Por el cual se reglamenta la Ley 10 de 1990 en cuanto a la organización y funcionamiento de la medicina prepagada.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201570%20DE%201993.pdf

Defensoría del Pueblo. Informe defensorial derecho a la salud en la atención de urgencias en IPS de Colombia. 2020.

https://www.defensoria.gov.co/attachment/3067/Informe-Urgencias2020.pdf?g_show_in_browser=1

Erazo A. (2015). Un enfoque sistémico para comprender y mejorar los sistemas de salud. Rev Panam Salud Pública. 2015; 38(3):248–53.

Flórez Amaya, F. H.; López Soracipa, V.A. (2014). Caracterización de la atención en el servicio de urgencias hospital universitario San Ignacio (husi), Bogotá D.C, 2014. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Maestría en Administración de Salud. Trabajo de grado para optar el título de Administrador en Salud.

<https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/15744?locale-attribute=es>.

Guerrero, R., & Gallego, A. I. (2011). Sistema de Salud Colombiano. Salud Pública de México, 53 (2).

Hernández Chinchilla, D., Camacho Oliveros, M. Ángel, & Duarte Forero, E. L. (2017). Análisis del flujo de pacientes en el servicio de urgencias del Hospital Universitario la Samaritana a través de simulación discreta. Avances: Investigación En Ingeniería, 14(1), 109–122. <https://doi.org/10.18041/1794-4953/avances.1.1289>

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. México, México: McGraw Hill.

Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del valle. Informe de gestión año 2020.

Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle. Informes de Gestión años 2016-2019.

Hospital Departamental Universitario del Valle. Informe de gestión año 2016-2019.

Hospital Departamental Universitario del Valle. Informes de gestión año 2019-2020.

Lozano, L. & Barrera, E., (2020). Barreras de acceso a los servicios de urgencias y su relación con las características socio-demográficas de la población, Villavicencio-Colombia, 2019. Maestría en salud Pública. Universidad Santo Tomas.

Martínez Rojas, E.F.; Merchán Alba, C. (2017). Evaluación del impacto de un nuevo modelo de atención de urgencias en un hospital de cuarto nivel. Universidad del Rosario. Trabajo de grado para optar el título de

Magister en Administración en Salud.
<http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/13099>.

Ministerio de Salud y de la Protección Social. (2021). Triage.
<https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/triage.aspx>.

Ministerio de Salud y de Protección Social. Colombia. Resolución No. 3100 de 2019. "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud". 12 de diciembre, 2019.
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf

Ministerio de salud y protección social. Cifras de aseguramiento en Colombia (2019). Citado 10 febrero 2021. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/informe-congreso-minsalud-20018-2019.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia. Resolución 5521 de 2013. Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS).

Moros Portilla, S.; Jiménez Peña, O.M. (2017). Deficiencias en la oportunidad de la atención a pacientes en los servicios de urgencias. Universidad del Rosario. Tesis de Maestría en administración en Salud.
<https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/13715>.

OMS. (7 de Abril de 1946). Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 9 de Abril de 2014, de Organización Mundial de la Salud:
<http://www.who.int/suggestions/faq/es/OMS>. (7 de Abril de 1948).

Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 9 de Abril de 2014, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/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.

Prada-Ríos S.I.; Pérez-Castaño AM.; Rivera-Triviño A.F. (2017). Clasificación de instituciones prestadoras de servicios de salud según el sistema de cuentas de la salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico: el caso de Colombia. *Rev Gerenc Polít Salud*. 2017; 16 (32): 51-65. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.cips>.

Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, VH-Dover R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 2014;13(27):242-265. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-70272014000200015

Restrepo-Zea, Jairo Humberto, Jaén-Posada, Juan Sebastián, Espinal Piedrahita, Juan José, Zapata Flórez, Paula Andrea. Saturación en los servicios de urgencias: Análisis de cuatro hospitales de Medellín y simulación de estrategias. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(34), January-June 2018.

Rodríguez-Páez F.G.; Jiménez-Barbosa W.G.; Palencia-Sánchez F. Uso de los servicios de urgencias en Bogotá, Colombia: Un análisis desde el Triage. *Univ. Salud*. 2018;20(3):215-226. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182003.124>

Salway, R.J.; Valenzuela, M.; Shoenberger, J.M.; Mallon, W.K.; Viccellio, A. (2017). Congestión en el servicio de urgencia: respuestas basadas en evidencias a preguntas frecuentes Revista Médica Clínica Las Condes. Volume 28, Issue 2, March–April 2017, Pages 220-227. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.04.009>