

DEFICIENCIAS EN LA OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN A PACIENTES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Santiago Moros-Portilla¹; Oscar Mauricio Jiménez-Peña²

Resumen

El compromiso personal de los profesionales de salud, como factor importante, aunque poco explorado para mejorar la oportunidad en la atención en salud en los Servicios Médicos de Urgencias, puede producir deficiencias en la calidad de la atención, generando a su vez insatisfacción en los pacientes y en sus familias. Estas deficiencias son el resultado de múltiples causas sistémicas y organizacionales; sin embargo, las Instituciones Prestadoras de Salud tienen un margen de acción limitado para gestionarlas, centrado en la eficiencia de los recursos. Por consiguiente, su manifestación afecta la condición clínica de pacientes clasificados *Triage* II, que requieren una atención no mayor a 30 minutos posterior a su ingreso, lo cual podría generar impactos indeseados en la salud de los mismos. Por tanto, se pretende demostrar que una de las causas más importantes de insatisfacción de los pacientes son las deficiencias en la oportunidad en la atención en estos servicios.

Palabras Clave: *Triage*, servicios médicos de urgencia, factores de tiempo, evaluación de procesos y resultados (atención de salud), benchmarking, causalidad.

¹ Médico General egresado de la Universidad Metropolitana de Barranquilla y candidato a Magíster en Administración en Salud de la Universidad del Rosario. Jefe Servicios de Urgencias. Corporación Hospitalaria Juan Ciudad – Méderi, Bogotá D.C., Colombia. Correo electrónico: santiago.moros@mederi.com.co.

² Odontólogo egresado de la Universidad Nacional de Colombia, Doctor en Salud Pública de la Universidad de Alicante (España) y candidato a Magister en Administración en Salud de la Universidad del Rosario. Coordinador del Departamento de Proyección Social, Salud Pública e Investigación de la Institución Universitaria Colegios de Colombia (UNICOC) y Docente-Investigador en el Programa de Fisioterapia de la Universidad Manuela Beltrán, Bogotá D.C., Colombia. Correo electrónico: oscarm.jimenez@urosario.edu.co.

Abstract

The personal commitment of health professionals, as an important but little explored factor to improve the opportunity in the health care in the Emergency Medical Services, can produce deficiencies in the quality of the attention, this problem can generate in turn dissatisfaction in the patients and their families. These deficiencies are the result of multiple systemic and organizational causes; however, Healthcare Institutions have limited scope for managing them, focusing on resource efficiency. Consequently, its manifestation affects the clinical condition of patients classified as Triage II, requiring attention no more than 30 minutes after their entry, which could generate undesirable impacts on their health. Therefore, it is intended to demonstrate that one of the most important causes of patient dissatisfaction are the deficiencies in the timing of care in these services.

Key Words: Triage, Emergency Medical Services, Time Factors, Outcome and Process Assessment (Health Care), Benchmarking, Causality.

Introducción

"El aplazamiento es el asesinato de la oportunidad."

Oscar Wilde (1854-1900)

Algunos de los casos que evidencian la sobreocupación de los servicios de salud y que fueron divulgados ampliamente en los medios de comunicación son, el de una mujer de 89 años que murió en un hospital de Puerto Montt en Chile en junio de 2017 después de esperar 10 horas para ser atendida (1); el de una mujer de 73 años que murió en la sala de espera de un hospital de New Westminster en Canadá en marzo de 2017 (2); el de un hombre de 52 años que murió en la sala de urgencias de un hospital del Estado de Nueva York en EE.UU. en febrero de 2017, dos horas después de haber ingresado (3), el de dos pacientes adultos mayores que murieron en los pasillos en el servicio médico de urgencias (SMU) de un hospital de la ciudad de Toledo en España en el año 2014 (4); y el de un hombre que fallece en la sala de espera del SMU cuatro horas después de haber ingresado en un hospital en el estado de Coahuila en México, en el mismo año (5).

A nivel nacional, los casos de pacientes que fallecen esperando a ser atendidos tampoco son ajenos, como sucedió con un paciente de 63 años que fallece en la sala de espera en un hospital de alta complejidad de Bogotá en el año 2015, y el de dos pacientes adultos mayores que murieron de forma casi simultánea en el SMU de una clínica de alta complejidad en Cali en el año 2016 esperando ser atendidos (6,7). Todos estos ejemplos evidencian los latentes problemas que se dan en las salas de espera, causados en su mayor medida por la sobreocupación y por la oportunidad en la atención de los pacientes que llegan a estos servicios en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de alta complejidad del país.

Esta problemática se puede explicar parcialmente porque los servicios de salud en Colombia se ven afectados por los cambios en la normatividad y regulaciones, buscando, por parte del gobierno, el cubrimiento total en el aseguramiento en salud de la población mediante los regímenes contributivo, subsidiado y regímenes especiales, siendo más representativos y numerosos las poblaciones pobres y vulnerables.

También es de conocimiento público que la pirámide poblacional en Colombia está cambiando (8), razón por la cual la prestación de los servicios de salud debería adaptarse y diseñarse de tal

forma que se adecúe a los requerimientos de oportunidad que los grupos extremos del ciclo vital – niños y adultos mayores- requieren de acuerdo con sus condiciones de salud (9). Por otro lado, actualmente el porcentaje de población adulta mayor con enfermedades crónicas, que demandan más servicios de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), y que no son satisfechos en los niveles de atención primaria de las IPS contratadas para prestar estos servicios, ha aumentado, lo que los obliga a buscar atención en los servicios médicos de urgencias (SMU) de los hospitales más eficientes, exigiéndoles una atención que no es de su complejidad (10–12).

Estos aspectos contribuyen a que el sistema de salud colombiano transitara por una crisis debido a la gran demanda de servicios de salud, que supera la capacidad de las instituciones hospitalarias para atenderla, lo cual se refleja en la sobreocupación de los SMU y por ende son en la actualidad uno de los servicios más concurridos dentro de las instituciones hospitalarias representando entre el 70% y 75% de los ingresos de las mismas (13).

Los SMU se definen como “unidades médico-quirúrgicas hospitalarias, destinadas a la atención rápida y eficiente de pacientes graves, víctimas de accidentes, intoxicaciones u otras situaciones clínicas urgentes”. Sin embargo, a partir de los datos observados, se han identificado puntos críticos o “cuellos de botella” en su funcionamiento, que los lleva a una sobreocupación no solo por la demanda creciente de pacientes, sino también porque es un servicio que está integrado con otras dependencias del hospital tales como las unidades de cuidado intensivo (UCI), ortopedia, cirugía, y hospitalización. Entre las causas que provocan la sobreocupación (*overcrowding*) de este servicio, se destacan los tiempos de estancia hospitalaria, el flujo de pacientes por las etapas de la atención, el ingreso y la priorización de pacientes (11).

El Ministerio de Salud y Protección Social en el marco de la Ley 1751 de 2015, más conocida como la *Ley Estatutaria*, reitera la atención oportuna y prohíbe la negación de los servicios de salud cuando se trate de urgencias, estableciendo nuevos criterios para la clasificación de los pacientes en los SMU, que se ven representados en el *Triage* (12). Este término, de origen francés, hace referencia a la clasificación que se realiza en los pacientes según su estado de salud (14). Los sistemas de *Triage* o de priorización se pueden usar para ayudar a los médicos a tomar decisiones sobre la asignación de los recursos o para asegurar que los pacientes con las necesidades más urgentes reciban el servicio más oportuno (15).

Para ello, en Colombia, según la Resolución 5596 de 2015, este sistema clasifica a los pacientes en *Triage I* para los que requieren una atención inmediata, porque su condición clínica representa un riesgo vital; en *Triage II* a los pacientes que por su condición clínica puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano y requieren una atención que no debe superar los 30 minutos después de su ingreso a los SMU; en *Triage III* se clasifican a los pacientes cuya condición clínica requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias, y su atención debe darse antes de 120 minutos; por su parte, los pacientes que presentan condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de un miembro u órgano se clasifican en *Triage IV*, y su atención puede darse dentro de 240 minutos desde su ingreso; por último, se clasifican en *Triage V*, que se adicionó para clasificar los pacientes que no requieren una atención en los SMU, pero que presentan una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa su estado general y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de miembro u órgano, y su atención podría ser direccionado a consulta externa (16).

Por lo tanto, garantizar la atención oportuna del paciente clasificado como *Triage II* en 30 minutos o menos, es un problema a resolver por la IPS, para evitar poner en riesgo su vida. Esta oportunidad en la atención hace referencia a la posibilidad que tiene el paciente de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, y que busca tanto la detección y tratamiento temprano de las patologías para disminuir sus consecuencias o secuelas, como la reducción de los tiempos de incapacidad en los pacientes (17,18). Para Andrade y Gómez, la oportunidad en la atención en salud “refleja la capacidad de una organización para desarrollar y mantener ventajas que le permitan sostener una posición en el sector” (18).

Por otra parte, los estudios realizados hasta el momento, sobre la manera de actuar del personal médico frente a los pacientes clasificados *Triage II* para que reciban una atención oportuna y digna, se concentran en mejorar la logística, la infraestructura y la asignación oportuna de camas y el modelo de atención, sin lograr un resultado uniforme (19–21). Muchos factores internos y externos afectan al proceso de evaluación y tratamiento en los SMU, pero es evidente que la actitud y el comportamiento de los médicos influye en gran medida en evitar la descompensación

de los pacientes *Triage* II cuando no son atendidos con oportunidad, por lo tanto, aspectos relacionados con el compromiso y la actitud de los médicos no se han explorado, los cuales pueden poner en riesgo, los otros procesos relacionados con la atención médica (19–22).

En consecuencia, las deficiencias en la oportunidad en la atención en las instituciones de alta complejidad son una debilidad en la calidad de la prestación de los servicios, que puede considerarse como un evento adverso por el agravamiento de la condición clínica de los pacientes agudos clasificados como *Triage* II, por ello es trascendental preguntarse ¿en qué medida las deficiencias en la oportunidad de la atención en las IPS de alto nivel de complejidad contribuyen al deterioro de la condición clínica de los pacientes clasificados como *Triage* II?

Para intentar dar respuesta a este interrogante, el presente trabajo tiene como objetivo demostrar que las deficiencias en la oportunidad son el resultado de múltiples causas sistémicas y organizacionales, y que a pesar que las IPS tienen un margen de acción limitado para gestionarlas, su accionar está centrado en la eficiencia de los recursos, donde no se tiene en cuenta el compromiso personal de los profesionales de salud, como factor importante, aunque poco explorado, para mejorar la oportunidad en la atención en salud de los SMU. Además, busca reflexionar sobre aquellos aspectos que, desde el punto de vista de los autores, pueden estar implicados en las deficiencias en la oportunidad de la atención en los SMU de instituciones de alta complejidad, con base en la evidencia científica.

Para elaborar esta reflexión se realizó una búsqueda de bibliográfica en las bases de datos PubMed y Lilacs, de artículos relacionados con las deficiencias en la oportunidad en la atención en los SMU de instituciones de alta complejidad. Para esto, se utilizaron los descriptores MeSH *Triage, Emergency Medical Services, Time Factors, Health Services Research, Quality of Health Care, Patient Care Management, Outcome and Process Assessment (Health Care)*; y los descriptores DeCS *Triage, Servicios Médicos de Urgencia, Factores de Tiempo, Investigación sobre Servicios de Salud, Calidad de la Atención de Salud, Manejo de Atención al Paciente, Evaluación de Procesos y Resultados (Atención de Salud)*.

Oportunidad en la atención y su efecto en la satisfacción del paciente

En Colombia, una de las causas de mayor insatisfacción de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es la deficiencia en la oportunidad en la atención. El Ministerio de Salud y Protección Social en el marco de la Ley Estatutaria, reitera la atención oportuna y prohíbe la negación de los servicios de salud, máxime cuando se trata de la atención en los SMU (12). Por otra parte, desde el año 2007, el entonces Ministerio de la Protección Social, en un documento titulado *Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud*, afirma que el SGSSS debe buscar los mecanismos más adecuados para evaluar la satisfacción de los usuarios en relación a los procesos de atención en salud; y por lo tanto, son las IPS quienes deben establecer herramientas efectivas y eficientes para conocer y evaluar esta satisfacción, además de implementar “acciones de tipo coyuntural y de seguimiento para mejorar o mantener los resultados esperados”.

Según el Ministerio, la satisfacción de los pacientes y su familia está dada por “el acceso, oportunidad en la prestación del servicio, trato de los profesionales, del personal de la institución, oportunidad y calidad de la información recibida”, entre otras (23); con lo que deduce que la satisfacción de los pacientes es uno de los indicadores más importantes de la calidad de la atención en los SMU (24).

Esto puede ser explicado porque los sistemas de salud se esfuerzan por brindar una atención centrada en el paciente y su familia, lo que conlleva a que la calificación de la satisfacción con el servicio y trato recibido se convierta en una de las medidas de calidad en la atención más valoradas (16,18,19). Por su parte Reina (26), mostró que el porcentaje de personas satisfechas con el servicio de salud recibido disminuyó del 2008 al 2012, en las cuatro principales ciudades del país; donde la reducción más importante se produjo en la ciudad de Bogotá, con un 16,8% (pasó de 64,1% a 47,3% de personas satisfechas con el servicio), seguida de Cali (15,9%), Medellín (9,9%) y Barranquilla (2,6%), estas cifras evidencian el impacto que tienen las deficiencias en la oportunidad de los SMU, en el paciente y su familia.

Adicionalmente, los pacientes consideran que los equipos médicos deben trabajar conjuntamente para informales oportunamente sobre aspectos importantes de su estado de salud y la provisión de los servicios, lo que determina la confianza que ellos depositan en el personal médico, y el

seguimiento de los tratamientos y recomendaciones dados por el personal, como también el resultado sanitario y la utilización de los servicios (22).

De la misma forma, aumentar la satisfacción de los pacientes con los servicios recibidos en los SMU tiene un efecto notable en la actitud de las personas hacia la institución hospitalaria. En consecuencia, los SMU se enfrentan a desafiantes problemas con el fin de mejorar la satisfacción de los pacientes, buscando equidad en la prestación de los servicios de salud del paciente y su familia que demandan algún tipo de servicio en las IPS (17, 21).

Sin embargo, según la Defensoría del Pueblo, entre el año 2011 y el 2014 se observó un aumento de las tutelas para acceder a servicios médicos y en particular los especializados, motivadas en su mayor parte “básicamente por la falta de oportunidad en la atención”, lo que trae como consecuencia dificultar el acceso de los pacientes a otros servicios (22, 24).

Es así, como en diferentes investigaciones se ha encontrado una relación entre la oportunidad en la atención y la satisfacción del paciente. Por ejemplo, en un estudio realizado en Irán, se encontró que para la mayor parte de los pacientes encuestados, las deficiencias en la oportunidad de la atención fue el aspecto que les causó mayor insatisfacción con el servicio recibido (24), al igual que en un estudio en Australia donde se evidenció que el principal predictor de la mejora de la satisfacción de los pacientes fue el tiempo de espera, lo cual, además tiene implicaciones para el financiamiento sostenible de los SMU y el flujo eficiente de los pacientes si se quiere proporcionar una atención que cumpla con las necesidades y expectativas de la comunidad (27).

En Colombia, en una investigación realizada en la ciudad de Cali, se observó que casi el 90% de la población que asistía a los SMU de una IPS de nivel I, calificó como inadecuado el tiempo de oportunidad, y más del 75% calificó de esa manera el nivel de satisfacción con el servicio recibido. Por otra parte, los tiempos de espera para el *Triage II* se situaron alrededor de los 54 minutos, lo que podría desencadenar un agravamiento de la condición clínica del paciente (31).

Aunque es de advertir que los problemas relacionados con la oportunidad en la atención en los SMU, también pueden estar asociados con el aumento en la demanda de servicios de salud, tal y como se ha abordado en diferentes estudios a nivel mundial, donde se ha evidenciado que esta creciente demanda se ha traducido en hacinamiento, demoras en la atención a los usuarios en los

servicios de urgencias y un número cada vez mayor de pacientes que abandonan el servicio de urgencias sin una evaluación completa (26, 27, 28). Esto ha traído como consecuencia la descompensación de los pacientes que ingresan a un SMU, además de las complicaciones en el estado de salud de los pacientes o una mayor mortalidad (27, 29, 30).

Ahora bien, el efecto negativo del aumento en la demanda, se puede atenuar con un óptimo trabajo en equipo por parte del personal que trabaja en los SMU. En un estudio, se ha encontrado que, en los SMU, los pacientes que se sienten más satisfechos con la atención recibida y reportan con más probabilidad que seguirán las instrucciones y recomendaciones dadas por el personal médico, son los que tienen una percepción muy positiva del trabajo en equipo. Esta asociación entre un eficaz trabajo en equipo y la satisfacción del paciente, ha demostrado unos óptimos resultados clínicos, y una reducción en la morbilidad y los eventos adversos (22).

Aun así, para un mejor entendimiento de cómo las deficiencias en la oportunidad en la atención producen insatisfacción en los pacientes y sus familias, especialmente relevante en aquellos categorizados como *Triage II*, es importante revisar cuáles son las causas tanto sistémicas como organizacionales de estas deficiencias en la oportunidad en la atención en los SMU.

Causas de las deficiencias en la oportunidad en la atención médica

Las deficiencias en la oportunidad en la atención en salud están determinadas por causas sistémicas y organizacionales, en donde los SMU enfrentan numerosos retos que afectan su desempeño, generando un gran impacto en la eficiencia y en la calidad de la atención médica y un constante incremento tanto en la demanda de pacientes como en la complejidad de sus patologías (37).

Dentro de las causas sistémicas de las deficiencias en la oportunidad en la atención en los SMU podrían encontrarse las barreras de acceso, las cuales pueden ser geográficas, culturales, económicas, y administrativas (asociadas a trámites que el SGSSS y en particular las EAPB, que transfiere a los pacientes y sus familias), la corrupción del sistema, y la situación financiera de las EAPB. Dentro de las barreras de acceso administrativas impuestas por las EAPB, están las relacionadas a trámites y demoras en autorizaciones solicitadas, tales como la entrega incompleta de medicamentos, retrasos en las consultas y en la asignación de citas para especialistas,

dilatación de los procedimientos, los descatos a decisiones judiciales con la concerniente renuncia de miles de colombianos a la atención y el consecuente empeoramiento de su condición clínica y referidas en los informes de tutelas de la Defensoría del Pueblo (28–30).

Por otro lado, la corrupción del sistema donde según el Departamento Nacional de Planeación, por errores de inclusión del Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN), estimado como el instrumento que permite la focalización del gasto público para que la población pobre y vulnerable reciba los subsidios a la demanda mediante la afiliación al régimen subsidiado; cerca de 3,7 millones de personas pobres se encuentran por fuera del régimen subsidiado en salud hasta agosto de 2016, sin contar 384.000 “colados” y alrededor de 232.000 afiliados que correspondían a personas fallecidas (38).

La corrupción también se observa en las deficiencias en la implementación de un sistema adecuado de intermediación propuesta en la Ley 100 de 1993, en donde las EAPB recibieron la tarea de intermediar, afiliar y contratar con la IPS la prestación directa de los servicios (39), y se dispuso que los recursos financieros serían administrados únicamente por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) de carácter público. Esto se ha traducido en la utilización inadecuada y desviación de los recursos financieros, que deberían ser destinados a la prestación de servicios de salud, y que en su lugar se han asignado a usos no autorizados, en conocidos casos de enriquecimiento ilícito resultado de una incorrecta intermediación financiera y la integración vertical de las grandes EPS y de personas inescrupulosas que lo han convertido en un negocio lucrativo e indolente (40).

Por último, la corrupción también se ve reflejada en casos como el de Saludcoop que deja más de 4.000 prestadores y 70 clínicas del país al borde de la quiebra y en manos de administradores que no le aseguran los recursos mínimos para operar normalmente, y en el que sus implicaciones en las deficiencias en la oportunidad en la atención se puede evidenciar en el número de quejas presentadas por sus usuarios, donde al cierre del año 2013 se presentaron 380.000 quejas como lo refiere la sentencia de la Corte Constitucional en materia de derecho a la salud y la vida T-760/08 (35, 36).

En cuanto a la situación financiera de algunas EAPB, se puede afirmar que limitan el pago de las deudas a las IPS, por la prestación oportuna de los servicios de salud. Aunque no existen en

Colombia cifras unificadas de las deudas contraídas por la EAPB con las IPS, según un estudio de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), en el último semestre de 2016 se registró el mayor porcentaje de cartera en mora (63,4%), de los últimos 18 años, que equivalen a \$4,5 billones de pesos en cartera morosa mayor de 60 días. Durante el primer semestre de 2016 las deudas se incrementaron en un 16%, pasando de \$6,1 billones a \$7,1 billones de pesos. Entre los mayores deudores están las EAPB del Régimen Contributivo con \$2,7 billones, (38,4% del total de la deuda); seguidas de las EAPB del Régimen Subsidiado con \$ 2,2 billones, (30,7%); y en tercer lugar el Estado (entes territoriales y el Fosyga) con \$755.400 millones de pesos (10,6%) (43).

Asimismo, como causas organizacionales de las deficiencias en la oportunidad, es posible agruparlas en tres aspectos: las determinadas por los recursos, por los usuarios y las causadas por una combinación de las dos.

Dentro de las que están determinadas por los recursos, se encuentra el recurso humano, dado por las fallas en la ejecución de los procesos planificados previamente, por parte del personal que trabaja en las instituciones; la insuficiencia de personal idóneo entrenado en *Triage*, y el escaso número de médicos de turno, todo esto hace que los pacientes tengan que esperar más por su atención, y se incremente el trabajo de los médicos de turno en los SMU; y las mayores exigencias en la calidad del registro en la historia clínica, que obligan a que el médico de urgencias gaste tiempo documentando en promedio entre una hora y media y dos horas (de las ocho horas que dura un turno). En consecuencia, esta situación puede llevar a una alta rotación de personal asistencial y a la contratación de médicos con poca experiencia clínica (44, 45), y por otro lado, a que se considere en algunos países la limitación de la historia clínica de urgencias a notas cortas que no reflejan todo lo que se hizo durante el turno y que es absolutamente insuficiente como prueba documental.

Aunque parece mejorar en los últimos años, gran parte de los profesionales de la salud enfrentan largas jornadas de trabajo y contratos sin prestaciones laborales, lo cual los obliga a vincularse a dos o más empleos que les permita obtener un salario adecuado para hacer frente a las obligaciones contraídas durante su formación profesional; lo que conlleva a un agotamiento físico y emocional y a una disminución en la calidad de la atención, en especial en los SMU donde se requiere estar alerta y descansado para evitar errores y atender con oportunidad en especial a los

pacientes clasificados como *Triage* II. Por tanto, este agotamiento puede llevar a retrasos en la atención de estos pacientes (46).

En estudios realizados en Estados Unidos por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés), se encontró que de aquellos pacientes que los enfermeros de *Triage* juzgaron como críticos, más del 10% tuvo que esperar más de una hora para ver a un médico en los SMU (47). Se trata de un problema crítico ya que en muchas patologías el tiempo es crucial, y una intervención temprana mejora el pronóstico, evitando incapacidades permanentes o la muerte. Otro problema que se observa es la carencia de camas; la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda 8 camas por cada 1.000 habitantes, pero en Colombia, teniendo en cuenta las camas hospitalarias en el sector privado y público, el promedio es de 1,4 camas por 1.000 habitantes (48). Por lo tanto, agilizar los procesos de hospitalización de pacientes es un reto que debe enfrentar día a día las instituciones hospitalarias.

Por otra parte, muchas instituciones priorizan a los pacientes electivos sobre los urgentes, en una suerte de “*Triage* económico”, asimismo los pacientes alojados en el servicio de urgencias compiten por las camas con los pacientes programados para cirugías o con los pacientes de UCI que tienen orden de traslado a piso, estos procedimientos están generalmente bien remunerados y aseguran un buen resultado en el indicador giro/cama, entendido como la productividad que presta cada una de las camas en la institución en un periodo definido. Por el contrario, muchos pacientes en los SMU tienen enfermedades más severas y permanecen internados por más tiempo (47).

Entre las causas originadas indirectamente o no intencionales por los pacientes se encuentran la sobrecarga de los SMU, motivada por la atención a pacientes con patologías crónicas, muchos de los cuales reciben fármacos sin una adecuada coordinación entre los diferentes niveles de atención. Este problema por parte de las EAPB, da como resultado un uso inadecuado de los servicios de salud (12). Por otro lado, el problema también podría ser generado por la propia percepción de los pacientes y sus familiares de lo que es una condición médica urgente, así como de la inequidad del sistema, del acceso y disponibilidad de servicios de salud (49, 50), el cual termina funcionando como consulta ambulatoria espontánea desgastando al personal de los SMU y comprometiendo potencialmente la atención de aquellos pacientes que requieren medidas urgentes como los clasificados *Triage* II; sumado a ello, las conductas de algunos médicos

quienes citan a los pacientes por urgencias para la realización de controles no urgentes en el siguiente turno, aumentando la congestión del sistema (37).

Adicionalmente, se encuentran los pacientes que frecuentan los SMU catalogados como hiperconsultadores, es decir, aquellos pacientes que presentan un comportamiento individual ante una percepción de necesidad en salud que se caracteriza por acudir frecuentemente y por iniciativa propia a las consultas externas y de urgencias de los servicios de salud, la mayoría de los cuales no presentaba ninguna condición crítica, y que representan el 14% de las consultas a los SMU (31, 45, 46). Según Rodríguez-López, a nivel internacional los datos muestran que entre el 5 y el 15% de la población que consulta los SMU es hiperconsultador (52).

Siguiendo la misma línea, otra investigación encontró que el 29% de consultas en Colombia, hubieran sido apropiadas para la atención primaria (53), lo que demuestra que las IPS encargadas de este tipo de atención tienen barreras de acceso para estos pacientes; en consecuencia, cada año se presentan alrededor de 12 a 14 millones de consultas en los SMU, el 65% del total de las consultas, es decir que 65 de cada 100 consultas hospitalarias se realizan en los SMU, un porcentaje demasiado alto frente a lo referido en literatura médica internacional, que indica que 30 de cada 100 consultas se producen en estos servicios (54). A pesar que se puedan conocer estas causas, las instituciones de salud no siempre pueden actuar de forma oportuna, debido a que los recursos son limitados y se debe propender por maximizar su eficiencia.

Limitaciones de las instituciones para gestionar las deficiencias en la oportunidad

Las IPS tienen un margen de acción limitado debido a que los recursos físicos, humanos y financieros son finitos, ayudando a crear el concepto de crisis en las instituciones, no tanto porque estén al borde del cierre, sino porque una gran cantidad de las mismas a nivel nacional presentan problemas de orden financiero y administrativo, manifestándose a través de fallas en el flujo de caja de las IPS para cancelar sus compromisos (55). Esta situación que traspasa la esfera financiera, afecta también los ámbitos administrativos, laborales, técnicos y de manejo de estas instituciones (56), lo que hace que la gestión eficiente de los recursos sea un mecanismo indispensable para su sostenibilidad.

Para los gestores, administradores y gerentes de las IPS, la eficiencia en la gestión de los recursos es un aspecto importante de la calidad de un servicio de salud, puesto que del uso eficiente y efectivo de los recursos disponibles, dependerá el alcance de los servicios (57). En este sentido, es importante resaltar que la mejora en la gestión eficiente de los recursos en los procesos de atención médica tiene implicaciones en los procesos de atención de los pacientes en los SMU y por ende en la satisfacción de los mismos frente al servicio recibido.

Esto se pudo observar en un estudio en el que se utilizó una técnica en la cual, a través del costo de la actividad, la oportunidad de información y otras medidas de efectividad, se buscaba crear un mapa de procesos que ayudaran a acelerar el diagnóstico y mejorar el rediseño del proceso de atención. Según la autora, en la mayoría de los hospitales, los SMU representan una importante fuente de ingresos, que para competir en el mercado y mantener una alta satisfacción de los pacientes, los hospitales deben garantizar un adecuado movimiento de los pacientes a través de sus diferentes servicios. Esto se logra a través de un uso eficiente de los recursos, que incluye una gestión adecuada de los equipos y suministros, una mejor coordinación de los servicios auxiliares y complementarios, y una función más eficaz de las(os) jefes de enfermería (58).

En efecto, un manejo adecuado de los recursos sí influye en la oportunidad en la atención, principalmente desde el punto de vista del manejo de la sobreocupación hospitalaria, la cual afecta profundamente todo el sistema hospitalario, reduciendo su productividad y eficiencia. La sobreocupación representa un desafío para las instituciones hospitalarias de alta complejidad, sin embargo, también brinda una oportunidad para que los gestores, administradores y gerentes de los hospitales utilicen su experiencia para implementar mecanismos de planificación y solución a las barreras que se presentan en el ciclo de atención de los pacientes y así movilizarlos a través de los distintos servicios del hospital; tales como la introducción de mecanismos para mejorar la eficiencia de las operaciones, lo que implica entre otras cosas, mejorar la planeación, la ejecución e introducir mecanismos de verificación y de mejora continua, tal como ocurre con los modelos de calidad basados en la norma ISO 9001 o en Acreditación en Salud bajo norma nacional o internacional.

Estos modelos podrían ser un mecanismo viable y relativamente accesible para que las IPS mejoren la gestión, la atención, el desenlace clínico, y en consecuencia la satisfacción del paciente y su familia. Por lo tanto, una adecuada gestión de los recursos disminuye no solo la

sobreocupación de los SMU, sino también el costo de la atención, la duración de la estancia y la mejora en el desenlace clínico, aumentando la satisfacción del paciente y su familia, y la del personal asistencial (59).

Según Forrester, un aspecto esencial para cualquier iniciativa de mejora de los procesos de atención centrada en la eficiencia en los recursos, y por ende en la satisfacción de los pacientes de los SMU, es una adecuada dirección y liderazgo administrativo, mientras que la ausencia de liderazgo hace que el personal de estos servicios sienta que sus esfuerzos de mejora no son importantes, y por consiguiente cualquier iniciativa de mejora podría fracasar (58).

Por otra parte, el manejo eficiente de los recursos que buscan los directivos de las IPS puede incidir de forma negativa en la oportunidad de la atención, ya que puede afectar tanto el recurso humano, como la actualización que se haga de las tecnologías usadas en las instituciones, y del mantenimiento y ampliación de la infraestructura. En cuanto al recurso humano, en la literatura se describe que el personal médico que percibe que trabaja más horas de las que debería trabajar, sin los descansos adecuados, siente que esta situación afecta sus decisiones clínicas. También mencionan que inciden los programas de capacitación para formar y entrenar mejor al personal médico y de enfermería, ya sea porque no se destina el presupuesto necesario para adelantar dichos programas, o porque se capacita de forma parcial al personal (60).

En cuanto a la infraestructura, se menciona que en muchas ocasiones no es la adecuada, ya que no permite la correcta prestación de estos servicios. Por otra parte, en muchas ocasiones, las salas de procedimientos, las salas de recepción, y las salas de observación, no cumplen con las especificaciones básicas que imponen las normas de habilitación de estos servicios. También se puede concluir que algunos equipos se encuentran en áreas improvisadas, y que se trabaja en instalaciones que están en remodelación sin condiciones para satisfacer la demanda (60).

A pesar de las dificultades que pueda entrañar una adecuada gestión de la oportunidad en la atención centrado en la eficiencia de los recursos, que favorezca a estos pacientes que por su condición aguda podría empeorar en cuestión de minutos, como los clasificados como *Triage II*; es importante que los SMU enfoquen sus esfuerzos en estudiar y analizar los obstáculos que podrían presentarse en el proceso de atención de estos pacientes, y orienten sus estrategias y recursos en establecer mecanismos que eviten o por lo menos disminuyan el impacto que tienen

en su proceso de atención. En este sentido, es importante conocer cómo podría afectar el compromiso de los profesionales de la salud que trabajan en los SMU como un factor que incide en la oportunidad en la atención de estos servicios.

El compromiso del personal de salud: Un factor importante pero poco explorado

El impacto que tiene el compromiso de los profesionales de la salud en las instituciones es fundamental para el cumplimiento de los objetivos y metas de la organización, por tal motivo, los SMU necesitan de profesionales comprometidos con los pacientes y su familia, esto es, tener una vocación de servicio en su profesión y con la organización para la que trabajan, que vaya más allá de la simple atención clínica, es decir, que utilicen su experiencia junto una actitud proactiva, lo que significa tomar la iniciativa en la prestación oportuna, eficiente y segura de la atención en salud; esto se explica en que como seres humanos, somos responsables de nuestras propias vidas, y que en el caso del profesional de salud, también de la vida de los pacientes (21).

Este compromiso, que varios autores lo enmarcan dentro del Compromiso Organizacional y Profesional, se da a través de tres componentes o dimensiones. Un componente afectivo, que considera al compromiso como la aceptación de los objetivos y valores de la organización y de la profesión, la voluntad de esfuerzo en favor de la organización y de la profesión para lograr las metas y objetivos, y la voluntad de seguir siendo parte de la organización. Otro componente es el instrumental, de continuidad o calculada, el cual se considera como una transacción entre las contribuciones del empleado y los beneficios e incentivos que recibe de la organización, y hace referencia a la determinación para estar comprometido de forma consistente con la actividad, es decir, que no está vinculado emocionalmente, sino por conveniencia de permanecer en su trabajo. Por último, el componente normativo, que hace referencia al compromiso donde el profesional considera que es correcto y moral hacerlo, debido a la presión normativa que el individuo ha asimilado para trabajar de acuerdo con los objetivos e intereses de la organización (19–21). Adicionalmente, en el caso de los profesionales de la salud, se puede añadir el componente o dimensión de carrera, dada la importancia y la satisfacción que representa para sus vidas, el trabajo que desarrollan, unido a su participación en un grupo de trabajo clínico, para recuperar un paciente, como aquellos que por su condición aguda (*Triage II*) pueden empeorar o incluso morir (21).

Por otra parte, en el compromiso de los profesionales de la salud, es vital la responsabilidad, que se evidencia en otorgarle un valor a su trabajo, plasmarlo con buena calidad, y utilizar el tiempo necesario para atender un paciente con alto riesgo de descompensación si no es intervenido médicamente. Esto también tiene un efecto notorio en los familiares de los pacientes que, al constatar que su familiar es tratado con prontitud y humanidad, alivia la angustia con que llegan a los SMU, en especial en los pacientes que necesitan ser compensados y que su condición clínica implica un mayor riesgo de muerte (22). Estos valores y actitudes, necesarios para crear cultura de compromiso consigo mismos, con los pacientes y con la organización, es lo que se requiere para que los SMU sean humanizados y cómodos, rescatando del dolor físico y espiritual a los pacientes y a sus familias, y respondiendo a la necesidad de crecer en su integridad y a su deber ser.

Aunque existen pocos estudios sobre la actitud de los médicos de los servicios de urgencias respecto al compromiso con sus organizaciones, lo cual ha mostrado ser relevante para el rendimiento en el puesto de trabajo y el global de las organizaciones, los médicos le dan más importancia al compromiso instrumental o de continuidad, que, al compromiso afectivo, por lo tanto, es probable que estos profesionales les resten importancia a los contratos como un acuerdo preestablecido. Los SMU dependen directamente del desempeño y de la actuación de los trabajadores de la salud, es por eso que el cargo de médico de los SMU requiere de actitud positiva y de un alto compromiso con su organización, sus pacientes y sus familiares, y con su profesión.

Otro compromiso de los profesionales de la salud que trabajan en los SMU es mejorar sus competencias, entre ellas la comunicación asertiva con el paciente y su familia, es decir, de una forma oportuna, adecuada, sencilla y directa, lo que contribuye a un mejor entendimiento de su condición clínica, como a reducir la ansiedad y preocupación con la que llegan a los SMU (22).

En consecuencia, en muchas ocasiones el compromiso implica que los profesionales de la salud que laboran en los SMU y en general en los hospitales, vayan más allá de cumplir con las horas asignadas, lo que en las condiciones laborales actuales de estos profesionales se cumpliría; pero también es importante preguntarse qué pueden hacer el SGSSS y las IPS para propiciar que los profesionales trabajen con mejor actitud y disposición, lo cual es difícil pedirles debido a la fatiga física y emocional con la que en muchas ocasiones trabajan en estos servicios.

Además, si bien es cierto que los SMU de alta complejidad son cada vez más exigentes en cuanto a volumen de pacientes y complejidad técnico-científica para la atención de sus pacientes, los médicos en estos servicios realizan valiosos esfuerzos para cumplir con sus obligaciones y compromisos adquiridos con las IPS, muestran disposición constante y permanente en la atención de los pacientes; no obstante, muchos se desmotivan por la incertidumbre que les causa los sistemas de contratación y de remuneración, la pérdida del poder adquisitivo de sus salarios, el cumplimiento de las responsabilidades adquiridas para su formación, la percepción de amenazas de inestabilidad laboral, generando como consecuencia la disminución de su compromiso con la profesión y con los servicios por los cuales fue contratado, obligándolo a buscar nuevas fuentes de ingresos en algunos casos no relacionados con su profesión o asumiendo cargos propuestos por la industria farmacéutica con el riesgo de contaminarse de prácticas poco deseables.

Conclusión

Existe una debilidad en la calidad de la prestación de los servicios de salud en instituciones de alta complejidad, causada por los problemas en la atención de los SMU, que tiene implicaciones en la condición clínica de los pacientes agudos, en especial los clasificados como *Triage II*, y la cual produce a su vez insatisfacción en los usuarios y sus familiares. Este descontento se puede ver reflejado tanto por estadísticas del sector salud en las cuatro principales ciudades en Colombia, así como por la cantidad de tutelas para acceder a servicios médicos y en particular a los especializados, motivadas por deficiencias en la oportunidad en la atención.

Por tanto, se puede concluir que las deficiencias en la oportunidad en la atención en los SMU, afecta la condición clínica a los pacientes clasificados como *Triage II*, que requieren de una atención no mayor a 30 minutos después de su ingreso, lo cual podría desencadenar un agravamiento de la misma o llevarlos a la muerte. Tal como se ha visto, es necesario realizar acciones que den solución definitiva para evitar o atenuar el efecto de las causas tanto sistémicas como organizacionales de estas deficiencias en la oportunidad en la atención. Estas acciones tienen que ser diseñadas para que aborden el problema de una forma global al proceso de atención en los SMU.

Finalmente, sería conveniente estudiar el compromiso y la actitud de los profesionales de salud que trabajan en los SMU, debido que aún no se ha explorado, por qué algunos médicos no

responden de manera oportuna y segura a los pacientes que más lo necesitan como los clasificados como *Triage II*, aun reconociéndolo; para identificar los problemas asociados a su ejercicio profesional en estos servicios, y que impiden tener un mejor y más rápido flujo de los pacientes a través del mismo, para que sean atendidos con oportunidad y calidad. Este compromiso y actitud podría estar asociado a un agotamiento emocional, por no encontrar salidas a su situación profesional actual por baja motivación, como también, por la falta de políticas adecuadas por parte de las organizaciones que produzcan en los profesionales un mayor compromiso y cultura organizacional, a través de reconocimientos, estímulos e incentivos a su vocación de servicio.

Como un tema para investigaciones futuras, se plantea la necesidad de evaluar los cambios en las actitudes que pueden tener los médicos de los SMU, para determinar los factores que podrían tener influencia sobre su nivel de compromiso en la atención oportuna de los pacientes clasificados *Triage II*. Por ello, valdría la pena preguntarse si ¿es posible que cada médico establezca criterios propios de oportunidad en la atención de los pacientes, específicamente en los clasificados *Triage II*?

.

Bibliografía

1. Briones N, Barría D. Adulto mayor muere tras esperar 10 horas por atención médica en hospital de Puerto Montt. BioBioChile [Internet]. Puerto Montt; 2017 Jun 16;1–4. Available from: <http://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/region-de-los-lagos/2017/06/16/adulto-mayor-muere-tras-esperar-10-horas-por-atencion-medica-en-hospital-de-puerto-montt.shtml>
2. Slattery J, Hua J. New Westminster woman dies in Fraser Health emergency room while waiting for treatment. Global News [Internet]. New Westminster; 2017 Mar 30;1–3. Available from: <http://globalnews.ca/news/3347375/new-westminster-woman-dies-in-fraser-health-emergency-room-while-waiting-for-treatment/>
3. Associated Press. Officials probe hospital after man dies in ER waiting room. New York Post [Internet]. Ithaca, NY; 2017 Feb 9;1–2. Available from: <http://nypost.com/2017/02/09/officials-probe-hospital-after-man-dies-in-er-waiting-room/>
4. Rejón R. Dos pacientes mueren esperando una cama en un hospital de Toledo. Eldiario.es [Internet]. Toledo; 2014 Feb 19;Sección Sociedad. Available from: http://www.eldiario.es/sociedad/sanidad-castilla-la_mancha-urgencias-colapso_0_230627306.html
5. Redacción. Muere sin atención en la sala de espera de una clínica en Coahuila. Excelsior [Internet]. Ciudad de Mexico; 2014 Sep 18;Sección Nacional. Available from: <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2014/09/18/982346>
6. Redacción Salud. Dos adultos mayores mueren esperando atención médica en clínica de Cali. El Espectador [Internet]. Santiago de Cali; 2016 Mar 3; Available from: <http://www.elespectador.com/noticias/salud/dos-adultos-mayores-mueren-esperando-atencion-medica-cl-articulo-620017>
7. Redacción Salud. Hombre falleció en urgencias de hospital de Bogotá y horas después lo llamaron para atenderlo. El Espectador [Internet]. Bogotá D.C.; 2015 Sep 25; Available from: <http://www.elespectador.com/noticias/bogota/hombre-fallecio-urgencias-de>

hospital-de-bogota-y-horas-articulo-588599

8. República de Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Colombia. Estimaciones 1985-2005 y Proyecciones 2005-2020 nacional y departamental desagregadas por sexo, área y grupos quinquenales de edad. Series de Población. 2017. p. Sección Demografía y Población.
9. Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Alvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2010;33(Suppl 1):55–68. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33s1/original8.pdf>
10. República de Colombia, Congreso de la República. Ley 100 de 1993. Colombia: Secretaria del Senado; 1993 p. Artículo 153.
11. Velásquez-Restrepo PA, Rodríguez-Quintero AK, Jaén-Posada JS. Metodologías cuantitativas para la optimización del servicio de urgencias : una revisión de la literatura. *Rev Gerenc y política salud*. 2011;10(21):196–218.
12. República de Colombia, Congreso de Colombia. Ley Estatutaria 1751 de 2015 [Internet]. 1751 Colombia: Diario Oficial 49427; 2015 p. 1–13. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley_1751_de_2015.pdf
13. Ceballos-Acevedo TM, Velásquez-Restrepo PA, Jaén-Posada JS. Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. *Rev Gerenc y Polit Salud*. 2014;13(27):268–89.
14. Álvarez-Leiva C, Macías-Seda J. Triage: generalidades. *Emerg y Catástrofes*. 2001;2:125–1333.
15. Harding KE, Taylor NF, Leggat SG. Do triage systems in healthcare improve patient flow? A systematic review of the literature. *Aust Heal Rev*. 2011;35(3):371–83.
16. República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5596 de 2015 [Internet]. 5596 Colombia; 2015 p. 5. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion->

5596-de-2015.pdf

17. República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Oportunidad. Atributos de la Calidad en la Atención en Salud. 2015.
18. Andrade Pérez CE, Gómez Forero LA. Oportunidad en la prestación de servicios de salud en urgencias 24 horas de una IPS de nivel I en Santiago de Cali 2012-2013. Santiago de Cali; 2014.
19. Llapa-Rodríguez EO, Trevizan MA, Shinyashiki GT. Reflexión conceptual sobre compromiso organizacional y profesional en el sector salud. *Rev Latino-am Enferm* [Internet]. 2008;16(3):1–7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/es_24.pdf
20. Llapa-Rodríguez E, Trevisan M, Shinyashiki TG, Mendes Costa I. Compromiso organizacional y profesional del equipo de salud. *Enfermería Glob* [Internet]. 2009;(17). Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n17/17d03.pdf>
21. Betanzos-Díaz N, Paz-Rodríguez F. Compromiso organizacional en profesionales de la salud. Revisión bibliográfica. *Rev Enfermería Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2011;19(1):35–41. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2011/eim111h.pdf>
22. Kipnis A, Rhodes K V, Burchill CN, Datner E. The relationship between patients' perceptions of team effectiveness and their care experience in the emergency department. *J Emerg Med* [Internet]. 2013;45(5):731–8. Available from: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0736467912015764.pdf?locale=es_ES
23. Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Asociación Centro de Gestión Hospitalaria. Pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Bogotá D.C.: Imprenta Nacional de Colombia; 2007. 71 p.
24. Zohrevandi B, Tajik H. A Survey of Patients' Satisfaction in Emergency Department of Rasht Poursina Hospital. *Emerg (Tehran, Iran)* [Internet]. 2014;2(4):162–5. Available from:

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4614566&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

25. Morgan M, Salzman J, LeFevere R, Thomas A, Isenberger K. Demographic, Operational, and Healthcare Utilization Factors Associated with Emergency Department Patient Satisfaction. *West J Emerg Med*. 2015;16(4):516–26.
26. Reina YC. Acceso a los servicios de salud en las principales ciudades colombianas (2008-2012). *Doc Trab Sobre Econ Reg* [Internet]. 2014;(200):1–47. Available from: http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_200.pdf
27. Dinh MM, Enright N, Walker A, Parameswaran A, Chu M. Determinants of patient satisfaction in an Australian emergency department fast-track setting. *Emerg Med J*. 2013;30(10):824–7.
28. República de Colombia, Defensoría del Pueblo. *La Tutela y el Derecho a la Salud* 2012. 2012.
29. República de Colombia, Defensoría del Pueblo. *La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social*. 2013;329–44. Available from: <http://www.defensoria.gov.co/.../207685>
La tutela y el dere...
30. República de Colombia, Defensoría del Pueblo. *La tutela y los derechos a la salud y la seguridad social 2014* [Internet]. Otálora J, Orjuela A, González L, Pardo H, Julián E, editors. Bogotá D.C.: Imprenta Nacional de Colombia; 2014. 188 p. Available from: <http://www.defensoria.gov.co/public/pdf/LatutelaylosderechosalaSalud.pdf>
31. Andrade Pérez CE, Gómez Forero LA. *Oportunidad en la prestación de servicios de salud en urgencias 24 horas de una IPS de nivel I en Santiago de Cali 2012-2013*. Universidad del Valle; 2014.
32. Gilligan P, Winder S, Ramphul N, O’Kelly P. The Referral And Complete Evaluation Time Study. *Eur J Emerg Med* [Internet]. 2010;17(6):349–53. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00063110-201012000-00012>

33. White BA, Brown DFM, Sinclair J, Chang Y, Carignan S, McIntyre J, et al. Supplemented Triage and Rapid Treatment (START) improves performance measures in the Emergency Department. *J Emerg Med* [Internet]. Elsevier Inc.; 2012;42(3):322–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2010.04.022>
34. Rogg JG, White BA, Biddinger PD, Chang Y, Brown DFM. A long-term analysis of physician triage screening in the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2013;20(4):374–80.
35. Considine J, Jones D, Bellomo R. Emergency department rapid response systems: the case for a standardized approach to deteriorating patients. *Eur J Emerg Med* [Internet]. 2013;20(6):375–81. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23325146>
<http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00063110-201312000-00002>
36. Traub SJ, Wood JP, Kelley J, Nestler DM, Chang YH, Saghafian S, et al. Emergency department rapid medical assessment: Overall effect and mechanistic considerations. *J Emerg Med* [Internet]. Elsevier Ltd; 2015;48(5):620–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2014.12.025>
37. Castañón-González JA, Barrientos-Fortes T, Polanco-González C. Reflexiones sobre el proceso de atención en los servicios de urgencias. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2016;54(3):376–9. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/im163p.pdf>
38. Redacción Nación. Así evitarán más “colados” en el Sisbén. *Revista Semana* [Internet]. Bogotá D.C.; 2017 Dec; Available from: <http://www.semana.com/nacion/articulo/gobierno-sancionara-a-colados-en-el-sisben/508279>
39. Londoño JL, Frenk J. Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina [Internet]. Inter-American Development Bank, Office of the Chief Economist, No. 353. Washington D. C.; 1997. (Documento de trabajo). Report No.: 353. Available from:

<http://services.iadb.org/wmsfiles/products/Publications/35219518.pdf>

40. Hernández Toro Y. El Sistema de Salud Régimen Subsidiado sin intermediación en Colombia [Internet]. Universidad Militar Nueva Granada; 2014. Available from: [http://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/12346/1/EL SISTEMA DE SALUD REGIMEN SUBSIDIADO COL.pdf](http://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/12346/1/EL%20SISTEMA%20DE%20SALUD%20REGIMEN%20SUBSIDIADO%20COL.pdf)
41. Redacción Salud. Tras la liquidación de Saludcoop, sigue la tragedia. Revista Semana [Internet]. Bogotá D.C.; 2016 Jan; Available from: <http://www.semana.com/nacion/articulo/saludcoop-crisis-afecta-atencion-pacientes/457513-3>
42. República de Colombia, Corte Constitucional. Sentencia T-760/08 [Internet]. Bogotá D.C.; 2015. Available from: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm>
43. Deuda con hospitales y clínicas asciende a \$7,1 billones [Internet]. Consultorsalud. 2016 [cited 2017 Apr 23]. Available from: <http://www.consultorsalud.com/deuda-con-hospitales-y-clinicas-asciende-71-billones>
44. Bongale S, Young I. Why people complain after attending emergency departments. Emerg Nurse. 2013;21(6):26–30.
45. República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Amplio debate sobre oferta y demanda del recurso médico en Colombia [Internet]. Bogotá D.C.; 2013. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/recurso-medico.aspx>
46. Redacción de El País. Una cara oculta de la crisis de la salud: los bajos salarios de los médicos en Cali. El País [Internet]. Santiago de Cali; 2013 Nov 10; Available from: <http://www.elpais.com.co/economia/una-cara-oculta-de-la-crisis-de-la-salud-los-bajos-salarios-de-los-medicos-en-cali.html>
47. Vítolo F. Saturación de las guardias de emergencia. Parte II. Posibles soluciones [Internet]. Buenos Aires; 2014. Available from: http://www.noble-arp.com/src/img_up/29042014.0.pdf

48. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012 [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012. 152 p. Available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012_Full.pdf
49. Flórez C. Caracterización de la atención de urgencia inicial en el Sistema de Salud en Colombia [Internet]. Bogotá; 2017. Available from: <http://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/14211/1/CARACTERIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE URGENCIA INICIAL.pdf>
50. González G, Valencia ML, Agudelo NA, Acevedo L, Vallejo IC. Morbilidad sentida de las urgencias médicas y la utilización de los servicios de salud en Medellín. *Biomédica* [Internet]. 2007;27(2):180–9. Available from: <https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/214/201>
51. Castañón-Gonzalez JA, Polanco-González C, Camacho-Juárez S. La sobresaturación de los servicios de urgencias médicas. *Cir Cir* [Internet]. 2014;82(2):127–8. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66231034001>
52. Rodríguez-López M. Abordaje del paciente hiperfrecuentador de servicios en atención primaria: un acercamiento desde la teoría. *Rev Genenc Polit Salud*, Bogotá [Internet]. 2012;11(22):43–55. Available from: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/3288/2498>
53. Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, Vh-Dover R. Acceso a servicios de salud: Análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Rev Gerenc y Polit Salud*. 2014;13(27):242–65.
54. Gómez L. Colapsó servicio de urgencias en Bogotá por avalancha de pacientes. *El Tiempo* [Internet]. Bogotá D.C.; 2017 Aug 5;1–2. Available from: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-3668500>
55. República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1755 de 2017 [Internet]. 1755 Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2017 p. 1–28. Available from:

http://www.consultorsalud.com/sites/consultorsalud/files/categorizacion_de_riesgo_de_las_ese_2017-_resolucion_1755_de_2017.pdf

56. Eslava JC. Hospital Universitario y crisis hospitalaria en Colombia. *Rev Gerenc y Polit Salud* [Internet]. 2002;1(2):41–8. Available from:
http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/vol1_n_2/salud_espacio_3.pdf
57. Jiménez RE. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. *Rev Cuba Salud Publica* [Internet]. 2004;30(1). Available from:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_1_04/sp04104.htm
58. Forrester NE. Accelerating patient-care improvement in the ED. *Healthc Financ Manage* [Internet]. 2003;57(8):38–43. Available from:
<http://search.proquest.com.ez.urosario.edu.co/docview/196366669/fulltextPDF/6793238FB3084FBDPQ/26?accountid=50434>
59. Simmons FM. CEU: Hospital overcrowding: An opportunity for case managers. *Case Manager*. 2005;16(4):52–4.
60. Alexandre de Oliveira T, Vasconcelos Mesquita G, Rodrigues Moura da Costa Valle A, Batista Moura ME, Ibiapina Tapety F. Family health strategy professional's perception on the urgency and emergency attendance. *J Nurs UFPE Line* [Internet]. 2016;10(Suppl. 3):1397–406. Available from:
http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8814/pdf_10038