

## CAPÍTULO VIII

# Gerencia de la atención del paciente en el servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel

---

*Martha Lucena Velandia*  
*Enfermera Especialista en Gerencia de Instituciones de*  
*Seguridad Social en Salud.*  
*Gerente, Clínica de Urgencias M. y T. Gutt*  
*Fundación Santa Fe de Bogotá*

## PRESENTACIÓN

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define Gerencia como la “acción institucional que viabiliza la óptima aplicación de recursos para el logro de objetivos predefinidos, mediante un proceso continuamente retroalimentado de toma de decisiones, para la organización y ejecución de actividades con información cierta y pertinente”.

La elaboración de una guía de gerencia de un servicio de salud debe contemplar el análisis de múltiples factores que intervienen en la planeación, ejecución y control del servicio. Estos factores, entre otros, son: el entorno del sector y del país, la plataforma estratégica institucional, la misión del área de acuerdo con el nivel de complejidad de la institución, el tipo de servicio y el perfil del usuario. Asimismo, debe tener como marco de acción las políticas y las normas estatales.

Este documento no pretende ser más que una orientación del quehacer gerencial del profesional de la salud que tiene a su cargo la gestión de los servicios de urgencias de manera global o específica en el área de su competencia. Está dirigido especialmente a las enferme-

ras que se desempeñan en los servicios de urgencias, quienes mediante su labor diaria hacen realidad los planes de acción.

La guía está diseñada con base en un modelo de administración denominado “Gestión Integral por Calidad”. Esta es una metodología de amplia trayectoria en la industria manufacturera y de servicios, que recientemente ha tomado gran auge en el sector salud. Se propone un modelo de la metodología aplicada en la gestión del cuidado de enfermería en el servicio de urgencias y la experiencia del uso de esta herramienta por parte de la autora, cuya utilidad radica en que es un modelo replicable.

## OBLIGACIÓN LEGAL EN LA ATENCIÓN DE URGENCIAS

Las normas constitucionales y legales imponen a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) la obligación de brindar atención de urgencias a toda persona que la solicite, sin importar su gravedad y sin condicionarla a requerimientos económicos o contractuales ([www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)).

## CARACTERÍSTICAS ESPECIALES DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Los hospitales poseen características propias en su organización y funcionamiento que hacen más complejo su manejo administrativo en cuanto a que la mayor parte de las empresas tienen como objetivo transformar una materia prima en un producto tangible. Esta situación es aún más crítica en el servicio de urgencias, si se tienen en cuenta las circunstancias de modo, tiempo y lugar de prestación del servicio. Las siguientes son algunas de esas características:

- Las implicaciones médico legales que significan un especial riesgo para el personal asistencial.
- El control del gasto es difícil debido a que existen múltiples ordenadores y las actuaciones en ocasiones son de difícil auditoría y control.
- El usuario (paciente o familia) presenta una labilidad emocional como respuesta a la alteración del estado de su salud, que exige un mayor esfuerzo para la satisfacción de sus expectativas.
- El resultado de la atención médica no siempre es el esperado por el paciente o sus familiares y, en muchas ocasiones, ni por el propio profesional de la salud.
- La resistencia al cambio que ofrecen los profesionales de la salud a la nueva forma de ejercicio de la medicina gerenciada con enfoque en la satisfacción del usuario y la supervivencia del hospital.
- Tecnología de alto costo y de rápida obsolescencia.
- Un sistema de salud, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que estableció la Ley 100 de 1993, en desarrollo que aún no cuenta con las herramientas suficientes para garantizar el pago de la atención que se presta en el servicio de urgencias.

## SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

Toda acción que se desarrolle para atender la demanda de servicios por parte del paciente, la familia o la comunidad debe estar concebida dentro de lineamientos filosóficos de excelencia en la calidad de la atención en salud. El SGSSS contempla la existencia de un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para los actores del sistema en las diferentes fases de prestación del servicio, reglamentado mediante el decreto 2174 de 1996.

Partiendo de esta premisa, se puede afirmar que la razón de ser de la gestión de la prestación de la atención de urgencias es garantizar la excelencia en la calidad, lo cual redundará en el beneficio del paciente, constituye el único elemento de diferenciación del prestador y le ofrece una ventaja competitiva frente a otros prestadores. Las siguientes definiciones son pertinentes:

**Calidad:** existen múltiples definiciones sobre calidad; sin embargo, la definición de Donabedian expresa en forma breve las dimensiones de la calidad: *lograr los mayores beneficios, con los menores riesgos posibles para el paciente, dados los recursos disponibles.*

**Garantía de calidad:** conjunto de acciones que deliberada y sistemáticamente realizan los individuos, las organizaciones y la sociedad para generar, mantener o mejorar la calidad.

**Sistema de garantía de calidad:** conjunto de acciones sistemáticas, continuas y deliberadas, dirigidas a evitar, prevenir o resolver oportunamente situaciones que puedan afectar negativamente el logro de los mayores beneficios posibles para los pacientes, con los menores riesgos.

## GESTIÓN INTEGRAL POR CALIDAD

Es una herramienta gerencial que comprende tres áreas de trabajo: el direccionamiento estratégico, la cultura organizacional y la gerencia de procesos.

### 1. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO DE URGENCIAS

El direccionamiento estratégico institucional es la base para la planeación estratégica del servicio de urgencias, y un proyecto de esta naturaleza debe responder a una política institucional. El apoyo de la alta gerencia del hospital es fundamental para optimizar los recursos humanos, económicos y técnicos. Así mismo, es la responsable de unificar y consolidar, las normas y procedimientos que se generan; debido a la relación de interdependencia entre las diferentes unidades del hospital, la estandarización o modificación de procesos de un servicio puede afectar el funcionamiento de otro. En otras palabras, la alta gerencia debe asegurar que se hable el mismo idioma entre los miembros del equipo de salud.

#### MISIÓN

Implementar un sistema de atención integral, oportuna, eficiente y humana del paciente con patología de urgencia, mediante la utilización de guías de práctica clínica, la estandarización de los procesos asistenciales, administrativos y del área financiera, para satisfacer las expectativas de los usuarios, del equipo de salud y de las directivas de la institución.

#### POLÍTICAS

- Obtener el reconocimiento por parte de la institución como un área líder en la exce-

lencia de la atención de los pacientes, la idoneidad de su personal y la armonía del equipo de trabajo.

- Incorporar el modelo de gestión integral por calidad a las actividades asistenciales, de gestión administrativa, de educación e investigación que se desarrollen en el servicio de urgencias.

#### OBJETIVOS

- Garantizar la más alta calidad en la atención de urgencias.
- Mantener un equipo de profesionales idóneos, permanentemente actualizado, capaz del manejo clínico del paciente y con los conocimientos administrativos suficientes que permitan su óptimo desempeño.
- Aportar a la solución de problemas del servicio de urgencias, de la institución y del sector salud mediante la investigación.
- Garantizar la viabilidad económica del servicio de urgencias a través de la gestión administrativa y financiera.
- Fomentar una cultura de calidad y de trabajo en equipo entre el personal asistencial, administrativo y del área financiera.

#### ESTRATEGIAS

- Diseñar e implementar un sistema de información gerencial (SIG) que sirva de soporte a la toma de decisiones.
- Desarrollar e implementar un sistema de control y evaluación de los procesos clínico-asistenciales y administrativos.
- Diseñar y mantener formas de escuchar la opinión y las sugerencias de los usuarios.
- Realizar un programa de educación continuada que responda a las necesidades del personal.
- Elaborar guías propias y/o adaptar guías de manejo clínico de acuerdo con el perfil del usuario y las condiciones de la institución.

- Identificar y desarrollar proyectos de investigación para estudios clínicos y de gestión en salud.
- Realizar mercadeo de los servicios y referenciación competitiva.
- Características del desempeño (conducta productiva, sentido de responsabilidad, colaboración, orientación a resultados, trabajo en equipo).
- Frente a la competitividad (vocación de servicio, orientación al usuario, valores de la calidad).
- Frente a la misión y la visión.

### *PLAN DE ACCIÓN*

Las estrategias se traducen en planes de acción. Al formular el plan se define la meta, el responsable, el plazo y el cómo hacer.

## **2. CULTURA ORGANIZACIONAL**

Toda iniciativa de mejoramiento debe ir acompañada de un proceso de transformación cultural de la organización. La transformación cultural es toda acción deliberada y planeada que busca crear, evolucionar y/o fortalecer los rasgos culturales deseables de una organización. Para iniciar, se deben plantear tres preguntas: ¿Cuál es la cultura requerida para mi organización?, ¿Cuáles son los rasgos de la cultura actual? y ¿Cuáles son las brechas entre la cultura actual y la deseada? La respuesta a estos interrogantes permite definir un plan para cerrar las brechas encontradas, es decir, modelar la cultura. Esto significa que se validan los principios y valores individuales de la persona, de la sociedad y de la organización.

Los elementos que integran la cultura son las creencias, las normas, los sistemas y procesos. Los valores sobre los cuales se crea cultura son, entre otros:

- Valores sobre el ser humano en la organización.
- Estado de ánimo que desea mantener la organización (confianza, seguridad en sí mismo, actitud positiva).
- La condición humana (cómo es la gente que se vincula, rasgos de personalidad y carácter).

Construir y mantener la cultura organizacional es un esfuerzo constante y se relaciona estrechamente con el nivel de satisfacción que logra el colaborador a partir de su participación en el proceso de planeación y la toma de decisiones, los sistemas de incentivos y reconocimiento, la capacitación, la retroalimentación positiva y el crecimiento personal y profesional.

## **3. GERENCIA DE PROCESOS**

La orientación hacia los procesos forma parte de la cultura de las organizaciones exitosas. La gerencia de procesos se fundamenta en que sólo aquel que conoce el trabajo es quien puede gerenciarlo (independientemente del nivel jerárquico), es decir, las personas pueden aportar sus conocimientos, experiencias y habilidades, trabajando en equipo, estudiando y aplicando las herramientas básicas de control y mejoramiento a sus procesos de trabajo.

### *IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS*

La misión y la visión son la base para la identificación de los procesos que se deben desarrollar en el servicio de urgencias.

**Mapa de procesos:** es una visión panorámica de los procesos; se construye analizando cómo se maneja el paciente desde que entra hasta que sale en sus interacciones con el

hospital. Se dibuja en un diagrama de flujo (Figura 2).

El mapa de procesos permite mostrar los megaprocursos o macroprocesos (procesos

principales), subprocesos, quienes intervienen y la interrelación entre ellos. En la tabla 1 se presentan los procesos principales y los subprocesos del servicio de urgencias:

**TABLA 1. MEGAPROCESOS DE URGENCIAS**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procesos gerenciales</li> </ul>	Direccionamiento estratégico (plan de acción). Manejo de las relaciones externas (EPS, otros hospitales). Transformación de la cultura organizacional.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procesos de apoyo</li> </ul>	Atención médica y de enfermería a paciente ambulatorio. Reanimación y atención de trauma. Observación. Hospitalización.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procesos operativos</li> </ul>	Estudios diagnósticos. Desarrollo del talento humano. Sistema de información. Gestión ambiental. Sistema financiero. Recursos físicos y tecnología; suministros y medicamentos.

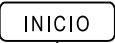


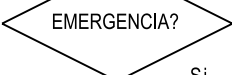


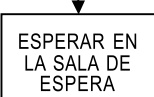


## MODELO PARA LA GERENCIA DE PROCESOS

Consiste en definir un plan de acción enfocado al mejoramiento de los procesos y, bajo la dirección de un gerente, llevar el equipo humano a que logre las metas establecidas. El rol principal del gerente es proveer los medios y la autoridad a las personas que operan el proceso para que den los resultados esperados.

- **Control de procesos:** significa mantener el estado actual. En este caso la gestión consiste en cumplir los estándares, procedimientos o protocolos establecidos para el proceso y la atención en salud. Se detectan las desviaciones esporádicas, anomalías y no conformidades que se presentan para identificar las causas y establecer las medidas correctivas que permitan restablecer la estabilidad del proceso y obtener

los resultados. Si los resultados no son satisfactorios se debe pensar en mejorar el proceso.

- **Mejoramiento de procesos:** es la búsqueda por hacer las cosas mejor de lo que se hacen para obtener superiores resultados. El mejoramiento se puede hacer a escala pequeña (mejoramiento continuo) que resulta del esfuerzo de la gente por entender y mejorar un proceso, como resultado de analizar lo que se hace y la manera como se hace. También se puede hacer a gran escala mediante innovación (inversión en bienes de capital, tecnología, etc.). En la perspectiva del tiempo el mejoramiento es algo permanente.
- **Ciclo de mejoramiento PEEA:** es una técnica reconocida para el mejoramiento constante. Se representa de manera circular para mostrar el cumplimiento de etapas; tiene inicio pero no tiene fin (Figura 3).

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
	Paciente	1. Ingresa por diferentes medios de llegada al servicio de Urgencias. El personal de seguridad orienta al paciente para que sea valorado en el <i>triage</i> . Si no puede caminar, saca silla o camilla e informa a la enfermera del <i>triage</i> .
	Enfermera	2. Valora el estado del paciente.
	Paciente/ Personal Asistencial	3. ¿El estado del paciente es una “Emergencia” (Prioridad I)?
	Paciente/ Personal Asistencial	4. SI. Pasa a la actividad N° 7. La enfermera del <i>triage</i> ingresa inmediatamente el paciente para que sea atendido e informa a la oficina de admisiones.
	Representante de admisiones	5. NO. El paciente en estado de “Urgencia” o “No agudo” ( <i>triage</i> II o III) se envía a admisiones para su registro. Verifica los documentos para establecer el tipo de pagador por el cual ingresa el paciente (comprobación de derechos).
	El paciente	6. Espera en la sala de espera a que sea llamado para la atención médica. Si los recursos humanos y físicos están disponibles el tiempo de espera se reduce.
	Médico, Enfermera y Auxiliar de Enfermería	7. Valoración clínica y manejo del paciente.
	Médico	8. ¿Después de la valoración médica y el manejo inicial del paciente se puede definir la conducta médica?
	Médico	9. SI. Alta del paciente. Pasa a actividad N° 14.

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
<pre> graph TD     A[<b>A</b>] --&gt; B[CONTINUAR MANEJO EN URGENCIAS]     B --&gt; C[DEFINIR DESTINO DEL PACIENTE]     C --&gt; D{HOSPITALIZACIÓN O REMISIÓN?}     D -- SI --&gt; E[REALIZAR LA ADMISIÓN O REMISIÓN.]     D -- NO --&gt; F((2))     F --&gt; G[DAR SALIDA AL PACIENTE]     G --&gt; H[EXPEDIR PAZ Y SALVO]     H --&gt; I[ESCUCHAR LA VOZ DEL USUARIO]     I --&gt; J[FIN]         </pre>	<p>Médico, Enfermera, Aux. de Enfermería y servicios de apoyo.</p> <p>Médico</p> <p>Médico, Enfermería y Personal administrativo.</p> <p>Médico</p> <p>Facturador y cajero.</p> <p>Jefatura y personal asistencial.</p>	<p>10. Realización de estudios diagnósticos (laboratorio clínico, radiología), interconsultas, observación y tratamientos médicos y quirúrgicos.</p> <p>11. Determina la condición del paciente y define la conducta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta</li> <li>• Hospitalización</li> <li>• Remisión</li> </ul> <p>12. ¿El paciente debe ser hospitalizado o remitido?</p> <p>13. SI. Se diligencia la orden de admisión o se realiza la ubicación del paciente en otro centro asistencial (siguiendo los procedimientos establecidos).</p> <p>14. NO. Diligenciar soportes de la historia clínica e informar la salida al personal de enfermería para hacer el trámite de salida.</p> <p>15. Realiza liquidación y cobro.</p> <p>16. Evaluación de los servicios prestados, recepción de sugerencias y solución de quejas, mediante seguimiento telefónico a la casa del paciente o aplicación de encuesta.</p>

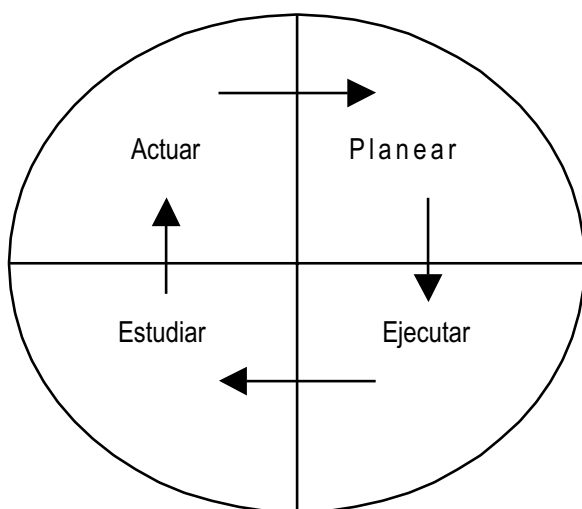


Figura 3. Ciclo PEEA.

**Planear:** definir la meta a alcanzar y el plan de acción.

**Ejecutar:** capacitar el equipo humano. Implementar el cambio en una prueba piloto.

**Estudiar:** examinar los resultados de los cambios introducidos. Medir a través de indicadores.

**Actuar:** adoptar el cambio si los resultados son satisfactorios o, de lo contrario, abandonar el cambio y hacer otras revisiones.

**Calidad individual para el trabajo diario:** el esquema de gestión por procesos implica un cambio en la manera como se asume el trabajo en la organización. Además de practicar el trabajo en equipo, cada persona debe transformar sus hábitos personales; orientarse a un mejor comportamiento que lo beneficia, especialmente, en su vida privada. Se debe motivar en el agente de salud un ambiente de economía, organización, limpieza, salud y disciplina en el trabajo diario.

#### 4. SISTEMA DE MONITORIZACIÓN ESTRATÉGICA DE LA ATENCIÓN

El monitoreo de la calidad de la atención de urgencias se realiza a través de indicadores de gestión. Se deben identificar los indicadores relevantes que apoyan la toma de decisiones fundamentales en la satisfacción de los usuarios, la innovación en los servicios y la supervivencia del Departamento de Urgencias. Esto permite enfocar los esfuerzos a recopilar información útil y no tener gran cantidad de datos que no se alcanzan a analizar y, mucho menos, a aplicar en el mejoramiento de procesos.

Comprende la capacitación y compromiso de personas y grupos de apoyo para realizar el control de los procesos y proyectos de mejoramiento de procesos. Estos grupos son: círculos de calidad, grupo de mejoramiento, comités *ad hoc*, comité de ética, comité de auditoría clínica (por pares y compartida), entre otros. Esta estrategia facilita la autoevaluación y permite el control interno de la calidad.

#### INDICADORES

Miden o indican el nivel de desempeño de un proceso. La gerencia de la unidad de urgencias debe realizarse con base en hechos y resultados; fomentar la cultura de evaluar con información objetiva y confiable. Los indicadores permiten:

- Evaluar el desempeño de un proceso (logro de metas en relación con los resultados).
- Establecer si un proceso es estable o no (las causas de las desviaciones en el resultado son comunes o especiales).
- Fijar el nivel de desempeño deseado con base en el desempeño alcanzado o el dato de referencia de otra organización.

- Mostrar tendencias y proveer señales de precaución.
- Detectar problemas u oportunidades de mejoramiento.
- Evaluar medidas correctivas.
- Facilitar la comunicación.

Un indicador debe tener tres características: poderse medir (frecuencia, grado, cantidad), tener significado (definición y qué pretende medir) y poderse controlar (el factor se puede modificar).

*TIPOS DE INDICADORES*

- **De procesos:** miden la variación en el proceso mediante la medición de las actividades. Cuando se ha documentado un proceso, en el diagrama de flujo se pueden establecer puntos de control. Si se cuenta con la premisa de que la calidad de construye, los indicadores de procesos son de gran importancia, puesto que permiten identificar las desviaciones durante el proceso de prestación del servicio.
- **De resultados:** miden la conformidad o no conformidad del desenlace de un proceso, es decir, el servicio de salud con los requerimientos del paciente.

**TABLA 2. INDICADORES DE LA ATENCIÓN EN URGENCIAS**

PROCESO / RESULTADO	DEFINICIÓN
• Demanda no atendida	Nº pacientes no atendidos / Total demanda de servicios.
• Oportunidad en la atención	Tiempo promedio en minutos de espera para la consulta médica según el nivel de <i>triage</i> .
• Estancia en urgencias	Tiempo promedio en horas de estancia en urgencias.
• Reingresos	Tasa de reingreso. Causa de reingreso (persistencia de síntomas, control, patología nueva y complicación).
• Complicaciones	Tasa de complicaciones.
• Incidentes en la atención	Nº de incidentes en la atención. Tipo de incidentes ocurridos.
• Nivel de satisfacción del paciente	Porcentaje de satisfacción del paciente con la atención médica. Porcentaje de satisfacción del paciente con la atención de enfermería. Porcentaje de satisfacción del paciente con el trámite de ingreso. Porcentaje de satisfacción del paciente con el trámite de salida.
• Perfil del usuario	Distribución de pacientes atendidos por grupo etáreo y sexo. Distribución de urgencias por diagnóstico de egreso. Distribución de pacientes atendidos según el régimen de afiliación al sistema de salud.
• Rentabilidad económica	Margen de contribución de urgencias. Valor de la glosa. Porcentaje de facturas devueltas.
• Calidad de la historia clínica	Porcentaje de registros con calificación excelente.
• Uso de guías de práctica clínica	Porcentaje de adhesión a las guías de práctica Clínica.

*ADMINISTRACIÓN DE LA INFORMACIÓN*

- **Retroalimentación del equipo de trabajo:** los resultados de los indicadores deben ser conocidos por el equipo de trabajo de manera individual y colectiva. Cuando el indicador responde a la meta esperada, se constituye en motivo de reconocimiento a la labor realizada. Si, por el contrario, el indicador muestra un resultado negativo, ofrece una oportunidad de mejoramiento y el equipo de trabajo participa activamente en plantear soluciones.
- **Informes:** los resultados consolidados en un informe presentan una visión global del desempeño. Es una forma de mostrar el Departamento al interior de urgencias, de la institución y, externamente, dar a conocer los servicios y referenciarlos.
- **Tablero de indicadores:** es un método de administración visual de la información, valioso para dar a conocer los resultados de la gestión a los colaboradores y los pacientes; ofrece una imagen de un Departamento de Urgencias comprometido con la calidad, puesto que es información al público.

**LECTURAS RECOMENDADAS**

1. Arrázola P. Calidad en medio de la escasez. *Vía Salud* 2001; 15:16-22.
2. Arrázola P. Una institución con el diálogo en la piel: el caso del centro dermatológico Federico Lleras Acosta. *Vía Salud* 2001; 15:24-30.
3. Camacho M. Buena voluntad y logros: el caso del hospital Pablo Tobón Uribe. *Vía Salud* 2000; 12:16-23.
4. Centro de Gestión Hospitalaria. Consideraciones y definiciones para un sistema de garantía de calidad en Colombia. *Vía Salud* 2000; 12:6-12.
5. De Brigard A. Urgencias una verdadera encrucijada. *Revista Hospitalaria* 2001; 20: 4-7.
6. Donabedian A. La Calidad de la Atención Médica. La Prensa Mexicana SA de CV. México DF, 1984.
7. Durán E. Gestión de Enfermería en la Fundación Santa Fe de Bogotá durante 1999: operacionalización del direccionamiento estratégico. *Actual Enferm* 2000; 3:29-38.
8. Mariño H. Gerencia de Procesos. Primera edición. Alfaomega Colombiana SA. Bogotá, 2001.
9. Gilmore CM, De Moraes H. Manual de Gerencia de la Calidad. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Washington, 1996.
10. Patiño JF, Comisión de Salud. Ley 100 de 1993: Reforma y Crisis de la Salud. Academia Nacional de Medicina. Bogotá, 1999.
11. Sanz J. Organización y gestión de los servicios de enfermería. Centro de Gestión Hospitalaria. 1998; 3:23-27.
12. Sánchez C, Maya M, Obregón P. Guía de intervención en enfermería basada en la evidencia científica: gerencia de los servicios de enfermería. Instituto del Seguro Social y Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería. Bogotá, 1998.
13. Velandia M. Gerencia del día a día en el Departamento de Urgencias de la Fundación Santa Fe de Bogotá. *Actual Enferm* 2000; 3:20-26.
14. Velandia M. Planeación estratégica para el Departamento de Urgencias año 2000. Fundación Santa Fe de Bogotá. Bogotá, 2000.