"Lineamientos para la mejora en el proceso de atención de los Centros de Urgencias de Tercer Nivel en la ciudad de Bogotá"

Esperanza Quintero Hernández

Fundación Universitaria Los Libertadores

Facultad de Ciencias Económicas, Administrativas y Contables

Bogotá, Colombia

Junio 2018

"Lineamientos para la mejora en el proceso de atención de los Centros de Urgencias de Tercer Nivel en la ciudad de Bogotá"

Esperanza Quintero Hernández

Tutor

Melva Inés Gómez Caicedo

Fundación Universitaria Los Libertadores

Facultad de Ciencias Económicas, Administrativas y Contables

Bogotá, Colombia

Junio 2018

Contenidos

1. Introducción 6

2. Descripción y planteamiento del problema 8

2.1 Planteamiento del problema 8

2.2 Pregunta de investigación 11

3. Justificación 12

4. Objetivos de investigación 15

4.1 Objetivo general 15

4.2 Objetivos específicos 15

5. Marco metodológico 16

Tipo de estudio 16

Tipo de enfoque 16

Herramientas utilizadas 17

Análisis e interpretación de la situación actual de los servicios de urgencias 19

6. Conceptos y terminología del servicio de urgencias 21

Evento advers 24

7. ABC normativo de la atención de urgencias 33

7.1 Artículo 2 Ley 10 de 1990, Artículo 2 Decreto 412 de 1992 y Artículo 168 Ley 100 de 1993 34

7.2 Artículo 10 Resolución 5261 de 1994 34

7.3 Resolución 2816 de 1998 35

7.4 La ley 100 de 1993 36

7.5 ARTÍCULO 159 De la Ley 100 de 1993 37

7.6 Artículo 54 de la Ley 715 de 2001 37

7.7 Acuerdo 260 de 2004 38

7.8 Circular Externa 010 de 2006 39

7.9 Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015 40

7.10 Decreto 4747 de 2007 40

7.11 Resolución 3047 de 2008 41

7.12 Artículo 20º de la ley 1122 de 2007 42

7.13 Artículo 13 de la resolución 3140 DE 2011 43

7.14 CIRCULAR 19 DE 2012 45

7.15 Artículo 25° de la Ley 1438 de 2011 46

7.16 Ley 1438 de 2011 artículo 67 47

7.17 Decreto 019 de 2012 articulo 118. 47

7.18 Ley Estatutaria 1751 de 2015 48

7.19 Resolución 6408 de 2016 49

7.20 Resolución 4678 de 2015 50

7.21 Circular 008 de 2017 51

7.22 Circular 025 de 2017 51

Legislación Sobre la Atención de población extranjera en los servicios de urgencias 52

8. Sistema de Salud en Colombia 54

8.1 Calidad de atención de la salud 54

8.2 Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud -SOGCS. 55

8.3 Sistema único de habilitación 55

8.4 Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud 56

8.5 Características del SOGCS. 56

8.6 Componentes del SOGCS..... 58

8.7 Sistema de referencia y contra referencia (modificación circular externa no. 049 de 2008) 59

9. El derecho a la atención de urgencias 61

10. Aspectos relevantes que un usuario debe conocer al ingresar a un servicio de urgencias en Bogotá que ayudaran a que su atención sea más efectiva 62

10.1 Aspectos básicos 64

11. Proceso de atención en urgencia (González Méndez e, 2008) 69

12. Atributos de calidad (González Méndez e, 2008) 70

13. Referencias bibliográficas 70

Introducción

La calidad que reciben los pacientes en los servicios de urgencias en Colombia es un motivo de preocupación constante, esto es un problema que pone en riesgo la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes (Bravo, Flórez, & Salazar, 2008)

Los hospitales y clínicas de sector público y privado a pesar de los estándares de calidad exigidas por los diferentes entes de control no han logrado satisfacer las necesidades de los usuarios, observándose falencias en las áreas de talento humano, asistencial, administrativo, cuerpo médico, enfermería, personal de servicio general y farmacia.

Es de tomar nota, que las constantes reclamaciones por las demoras en la atención o por los tiempos de asistencia, son un problema persistente en estos servicios desde hace décadas, que, aun prestando asistencia sanitaria muy satisfactoria, precisan de la introducción de medidas para mejorar aspectos especialmente relacionados con los tiempos de atención, la alta concentración de pacientes en las salas de espera y una mayor agilidad en el ingreso de los pacientes que lo precisen.

Este documento, trabajo de investigación, tiene el propósito de servir de apoyo, mostrando algunas falencias que pueden presentarse en los servicios de urgencias de tercer nivel en Bogotá, a partir de la recopilación de material bibliográfico, lectura, análisis e interpretación de la información sobre este tema que ha sido un motivo de preocupación constante en la actualidad.

Este trabajo de investigación está conformado de una forma que el lector pueda encontrar información práctica y entendible de un servicio de urgencias, el trabajo cuenta con una planteamiento del problema actual en los servicios de urgencias en Bogotá que nos lleva a una pregunta de investigación y una justificación del trabajo, en una segunda parte contamos con los

objetivos generales y específicos y cuál es el marco metodológico y teórico de este trabajo, al continuar leyendo se explica el tipo de estudio y un análisis de la situación actual encontrada en el estudio. El trabajo de investigación explica los conceptos y la terminología utilizada en los servicios de urgencias

1. Descripción y planteamiento del problema

1.1 Planteamiento del problema

En Bogotá existe una problemática frente al sector de la salud tanto pública como privada. Esto incrementa las inconformidades de los ciudadanos que hacen uso de este servicio, según cifras del Distrito para el año 2012: la ocupación en los servicios de hospitalización de ginecoobstetricia es del 145%; de medicina interna del 154%; de quirúrgicas, del 109%; de pediatría, de 106%; de cuidado básico neonatal, de 102%; de psiquiatría, de 124%, y de observación de urgencia del 137% en los hospitales del tercer nivel de atención. En los de segundo nivel, los servicios de hospitalización que presentan sobrecupo son medicina general con 121%; medicina interna con 11%, y urgencias con 252%" (Malaver, 2013).

Es descrito en un informe publicado, "la avalancha de pacientes en urgencias se refleja con claridad en las estadísticas nacionales. En Colombia se están presentando cada año entre 12 y 14 millones de consultas por urgencias, que equivalen al 65 por ciento del total de las consultas. Es decir, por cada 100 consultas hospitalarias, 65 son por urgencias, según la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC). Es un porcentaje demasiado alto, cuando la literatura médica internacional indica que deberían ser 30 consultas de urgencias por cada 100 externas, asegura el director de la ACHC, Juan C. Giraldo" (Gómez L., 2007).

Hay que tener en cuenta que el servicio de urgencia tiene procesos complejos como son: el ingreso, la admisión y egreso del paciente, la referencia y contrarreferencia, la atención médica y de enfermería, entre otros, que condicionan enormemente la calidad de la atención, la percepción del servicio recibido y la satisfacción en la atención que se presta a los usuarios (Morales Asencio, Martínez Díaz, Muñoz Ronda, 2007).

Por lo tanto, al identificar procesos prioritarios, los de mayor riesgo, más volumen y de más alto costo y las situaciones pendientes por resolver, se implementan estrategias de mejora respondiendo a requerimientos y defectos identificados (Pérez– Montaut Merino, Olmedo Fernández, 2007).

Además del incremento de pacientes atendidos diariamente en los servicios de urgencias, supera a cualquier otro sistema de atención en salud y la exigencia que hacen los usuarios de los servicios hospitalarios se traduce en un cambio en el proceso de atención, con la organización de los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros, formulación de estándares e indicadores de calidad buscando medidas de mejoramiento basados en sus necesidades y en los defectos identificados en el servicio (López Alba, 2007).

Se ha llegado al límite donde los ciudadanos acuden a la fuerza y a las protestas para lograr ser escuchados, consecuencia de situaciones que maltratan la moral humana tales como son: la muerte en pasillos de las urgencias de hospitales y clínicas, algunos servicios de urgencias no cuentan con comodidad y los servicios médicos para sus usuarios. (Pedreros K, 2013).

La crisis financiera en las clínicas y hospitales colombianos es delicada, "La crisis actual del Sistema de salud colombiano ha tenido un proceso de gestación largo y tortuoso. Sus manifestaciones son las de una crisis multisistémica que acusa fallas en lo financiero, en la salud pública, en la prestación de los servicios y, particularmente, en los resultados sobre el nivel de salud de la población colombiana" (Yepes J., 2013).

El problema de flujo de recursos en el sector no es nuevo y desde hace varios años los servicios de urgencias han advertido del problema. El Ministerio de la Protección Social ha tomado medidas que los hospitales y clínicas ven como solución al problema de flujo de caja: el

giro directo de los recursos desde el gobierno central y eliminar, en algunos casos, el paso del dinero por la EPS para agilizar los pagos.

El funcionamiento de un servicio de urgencia debe mostrar gestión orientados a la eficiencia y a la calidad requiere de metodologías y herramientas que den respuesta a las necesidades de los gerentes en su misión de mejorar el estado de salud de la población a la que sirven. En su gran mayoría, estos gestores deben enfrentar a diario los efectos negativos de la segmentación del sistema y la fragmentación de los servicios de salud (OPS, 2010), por lo que se debe tener una guía con tips y temas claves que permitan estandarizar los procesos de atención con el fin de alcanzar los más altos niveles de calidad.

Esta dinámica requiere la integración de un equipo interdisciplinario comprometido e idóneo en el cumplimiento de estos estándares, se afirma que "la capacidad del departamento de urgencias de un hospital para brindar un servicio oportuno a los pacientes depende de varios factores, algunos de ellos provenientes de otras unidades del hospital y otros que vienen ligados al contexto de los servicios de salud local. La congestión en los servicios de urgencias es un problema al que se deben enfrentar varios hospitales públicos y privados, sin embargo, cada hospital tiene un funcionamiento interno diferente, por lo tanto, no siempre una solución es adaptable de uno a otro hospital" (Ardila, Velazco, Jiménez, & Amaya, 2008)

Es necesario un documento de consulta y referencia el cual apoye al mejoramiento asistencial y administrativo de todos los servicios prestados por los servicios de urgencia de tercer nivel de Bogotá, que eviten que la mala atención en urgencias continúe siendo una de las principales causas de complicaciones a las patologías que normalmente deben acudir a los servicios de urgencias.

Así mismo hay servicios de urgencias que adolecen de documentos que orienten o apoyen la labor administrativa en el momento de la atención y que lamentablemente muchas veces el desconocimiento de elementos básicos de la prestación como deberes y derechos del paciente, son el origen de problemas en la prestación del servicio.

1.2 Pregunta de investigación

Formulación del problema

¿Cuáles son los lineamientos que se deben establecer para el mejoramiento del proceso de atención de urgencias en Bogotá?

2. Justificación

La salud es considerada como un bien y un derecho fundamental de las personas (Herazo, 2010), en ocasiones se ve socavada por la prestación de un servicio no adecuado por las entidades prestadoras de salud (IPS), lo cual se traduce en fallas y quejas de los usuarios (Argas I, Vázquez M, y Mogollón A, 2010). Este concepto no es solo un problema de Bogotá o de Colombia solamente a nivel internacional se han realizados estudios que muestran las falencias del servicio de urgencias, como son, largos tiempos de espera para ser atendidos (Cochran y Roche, 2009), es el más ineficiente (Dickson, E., Anguelov, Z., Vetterick, D., Eller, A., y Singh, S., 2009),

Colombia no es ajena a dicha situación, tal como establece en un estudio realizado en la ciudad de Medellín, en el cual se determina que existen barreras en esta unidad que no permite que los pacientes reciban una adecuada atención. (Lopera M, García M, Madrigal M, Forero C, 2010)

Los nuevos enfoques de gerencia en salud sobre la satisfacción en salud exponen que brindar calidad, significa corresponder a las expectativas de los usuarios, razón por la cual el hecho de no brindarla trae consigo problemas para los usuarios, ya que se van a sentir insatisfechos con la atención recibida y puede traer consecuencias en su estado de salud, generando tratamientos más largos, hospitalizaciones más prolongadas y por ende mayor inconformidad (Morales González C, 2009).

Los servicios de urgencias a raíz de la creciente demanda de pacientes hacen que la exigencia en cuanto a los servicios que prestan se incremente cada vez más. Teniendo en cuenta el gran volumen de pacientes que pueden tener, salen a flote las fortalezas y debilidades de las

personas para poder cubrir las necesidades de los pacientes que exigen atención donde el personal suele ser insuficiente (Morales González C, 2009).

La mayoría de los servicios de urgencias en Colombia se caracterizan por su congestión, "debido a que debe tratar no solamente casos graves sino también debe dar diagnósticos que regularmente deberían ser atendidos en consulta externa, esta situación ha generado un incremento en la demanda de los servicios de urgencias, quienes, por Ley, tienen la obligación de atender a los usuarios independientemente del diagnóstico que estos presenten" (Ardila, Velazco, Jiménez, & Amaya, 2008).

En la sociedad colombiana, los pacientes han perdido la confianza en los doctores, enfermeras y otros especialistas de la medicina, por los inconvenientes que se han presentado; un ejemplo de esto es la demora en la que dan una cita médica y al asistir los pacientes se han formulados con acetaminofén y las medicinas ya conocidas, por esta razón las personas prefieren quedarse en casa y solo requerir al hospital cuando sienten que ya no pueden más y es ahí cuando en la mayoría de los casos van de urgencias, al llegar para ser atendidos de forma inmediata se encuentran con las largas filas, desorganización y malos tratos por parte de los trabajadores (Pedreros K, 2013).

Los servicios de urgencias tienen procesos complejos que condicionan enormemente la percepción por parte del usuario en la calidad de atención recibida y que hace necesario que los servicios de urgencias cuenten con un texto de consulta que oriente sobre aspectos básicos a tener en cuenta en un servicio de urgencias, más aun cuando quienes manejan los servicios de urgencias son médicos o administradores que conocen las áreas hospitalarias pero olvidan muchas veces las condiciones de no programación y de momentos no prevenibles que se presentan a diario en los servicios de urgencias.

Por lo que indica el interés de querer indagar y dar a conocer más sobre esta problemática al identificar procesos prioritarios que redunden en el mejor servicio y evite las demoras, congestiones y hasta muertes por malos procesos en el área de urgencias.

La principal motivación para este estudio surge de la necesidad de presentar un documento de consulta con aspectos básicos que deben tenerse en cuenta en los servicios de urgencias, con aspectos administrativos y asistenciales fundamentales, que permitan mejorar la calidad de la atención, primero identificando las falencias de estos, teniendo en cuenta las inconformidades de los usuarios frente a la atención en salud. El propósito último de este trabajo es persuadir a los lectores y mostrar a partir de la recopilación del material bibliográfico, lectura, análisis e interpretación de información sobre este tema, el cual ha sido un motivo de preocupación constante en la actualidad.

Al realizarse este documento de consulta que nace del interés, de dar a conocer la problemática del sector de la salud a nivel de la atención de urgencias, haciendo de este un material de consulta, mostrando las falencias, partiendo de mi experiencia como administradora y que en el campo administrativo, tuve la oportunidad de trabajar en hospitales y clínicas tales como Central de Urgencias del Centro Policlínico de Olaya en Bogotá (4 años), Dirección Médica de la Clínica San Diego CIO (3 años), Dirección Administrativa de la Red Hospitalaria de Barranquilla (2 años), Hospital La Manga y en el Camino Murillo (1 año), acompañando todo lo anterior de mis estudios en Administración hospitalaria, en la cual estoy graduada, condiciones todas las anteriores que me permiten con la idoneidad suficiente empírica y académica de presentar un documento con recomendaciones y herramientas que apoyen la gestión en el servicio de urgencias de tercer nivel en la ciudad de Bogotá.

3. Objetivos de investigación

3.1 Objetivo general

Elaborar un documento informativo con los lineamientos a tenerse en cuenta en el servicio de urgencias para la óptima prestación de servicios de salud.

3.2 Objetivos específicos

- Revisar la normatividad, literatura y escritos relacionados con la atención de urgencias
- Conocer los atributos de calidad relacionados con la atención en urgencias
- Determinar los aspectos fundamentales, que según estudios y la normatividad vigente inciden en el proceso de la atención en el servicio de urgencia en los servicios de urgencias de tercer nivel en Bogotá, a nivel administrativo y asistencial.

4. Marco metodológico

Tipo de estudio

El estudio realizado es de tipo cualitativo estudio de caso único. Caso único porque se revisa una problemática como lo es la atención en el servicio de urgencia. En la ciudad de Bogotá se encuentran registrados 44 centros de urgencias privados y 22 en los hospitales públicos, es este estudio analiza el caso de tres centros de urgencias en la ciudad de Bogotá, tomando centros de urgencias en diferentes puntos geográficos, en el sector norte, el hospital Simón Bolívar, en el Sur Hospital Policlínico del Olaya y en el occidente el Hospital de Kennedy, estos centros de urgencias representan un número importante de usuarios, En este estudio se realizó entrevista telefónica a funcionarios encargados de los servicios de urgencias y revisión de fuentes primarias como son libros, sitios de investigación e informes periodísticos.

En este trabajo se realizó revisión del proceso de atención en los servicios de urgencia de Bogotá desde el punto de vista de la satisfacción de los usuarios, así como de los atributos de la calidad en la atención.

Se realizó revisión de literatura al respecto y de estudios realizados en el tema, principalmente en aquellos que reflejaran la percepción de los usuarios del servicio de urgencia.

Tipo de enfoque

La investigación es analítico descriptiva que busca identificar lineamientos e implementación de estrategias para el mejoramiento de los servicios de urgencias en la ciudad de Bogotá.

Herramientas utilizadas

Entrevista a funcionarios de servicios de urgencias.

Se escogió dentro de los instrumentos de diagnóstico la entrevista telefónica como un método que nos permitiera conocer la opinión y necesidades de los servicios de urgencias, con preguntas que identificaran los problemas e inconvenientes detectados por personas que se encuentran dentro de los servicios de urgencias.

Ficha técnica de la encuesta de atención al usuario

Nombre: Entrevista a funcionarios de servicios de urgencias.

Tema de Evaluación: Problemas en la atención de urgencias

Número de Preguntas: Diez /10/

Tipo de cuestionario: Pregunta cerrada y abierta.

Modalidad de encuesta: Telefónica, fueron seleccionados al azar entre los meses Febrero y marzo. Las respuestas fueron inmediatas.

Fecha de aplicación: Se aplicó la encuesta en los meses de febrero y marzo del 2018

Número de funcionarios encuestados: Tres /3/

Grupo de encuestados: funcionarios de servicios de urgencias

Autores del estudio: Esperanza Quintero Hernández

La avalancha de pacientes en urgencias se refleja con claridad en las estadísticas nacionales. En Colombia se están presentando cada año entre 12 y 14 millones de consultas por urgencias, que equivalen al 65% del total de las consultas, es decir por cada 100 consultas

hospitalarias, 65 son urgencias, según la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) (Morales C, 2009).

La mayoría de los servicios de urgencias en Bogotá se caracterizan por su congestión, "debido a que debe tratar no solamente casos graves sino también debe dar diagnósticos que regularmente deberían ser atendidos en consulta externa, esta situación ha generado un incremento en la demanda de los servicios de urgencias, quienes, por Ley, tienen la obligación de atender a los usuarios independientemente del diagnóstico que estos presenten" (Ardila, Velazco, Jiménez, & Amaya, 2008).

El doctor Juan C. Giraldo director de la ACHC, estima que el sobrecupo promedio en los servicios de urgencias de los hospitales público y privados en Bogotá es de aproximadamente el 20%, considerándose un porcentaje demasiado alto, teniendo en cuenta que la literatura médica indica que se deberían atender 30 consultas de urgencias por cada 100 consultas externas (Morales C, 2009).

El incremento en la consulta de los servicios de urgencias puede explicarse por múltiples razones: "los pacientes utilizan las salas de urgencias en respuesta a múltiples factores como la necesidad de atención percibida, la dificultad de acceso a otros recursos del sistema, la falta de aseguramiento público y el nivel socioeconómico y cultural" (Moreno, 2008)

La demanda de atención en los servicios de urgencias de Bogotá ha tenido un incremento del 54,6 por ciento en los 3 últimos años: pues se pasó de 758.004 registradas en el 2003, a 1'172.007 en el 2006. Y en hospitales como el de Kennedy, el sobrecupo ya supera el 20%, admite el secretario de salud, Héctor Zambrano (Morales C, 2009).

Análisis e interpretación de la situación actual de los servicios de urgencias

Los lineamientos para mejora en el proceso de atención en los Centros de Urgencias de la ciudad de Bogotá, posteriormente de haber analizado la información recolectada durante el periodo de los meses febrero y marzo, podemos hacer dos tipos de clasificaciones, problemas de tipo asistenciales y de tipo administrativos.

Tipo asistenciales

El servicio de triage debe ser ágil el cual se logra teniendo suficiente personal calificado y así se agilizaría la prioridad de la consulta. En el momento que se está realizando el triage puede hacerse un trabajo conjunto el cual se llamaría administrativo – asistencial, ganando tiempo verificando datos de paciente y autorizando la atención de urgencia si la requiere y el paciente ya solo tendría que esperar el llamado del doctor. Con este proceso se descongestionaría la recepción y la espera no sería prolongada.

La forma actual de contratación por Capitación, en la cual el manejo del costo hace que los médicos y especialistas de consulta externa ofrezcan un tratamiento restringido y que en ocasiones no es adecuado para lo que necesita el paciente, conlleva a que los pacientes no tengan una mejoría y que su estado de salud se complique y tengan que acudir a un servicio de urgencias.

Tipo administrativos

Agilizar el proceso de recepción del paciente, esto sería efectivo si cada Centro de atención de Urgencia tiene bases de datos actualizadas de las diferentes aseguradoras la cual confirma la afiliación del paciente.

Que el personal encargado de la recepción sea altamente capacitado no solo en los trámites administrativos sino también en el en área de atención del usuario siendo amables y receptivos a las necesidades que están presentando los pacientes.

Los Centros de Atención de Urgencias cuenten con equipos de alta tecnología de ayuda diagnostica para que puedan definir rápidamente la conducta a seguir con el paciente.

Los Centros de Atención de Urgencias deben tener identificados los horarios y los días en los cuales el flujo de pacientes es más alto y tener el plan de contingencia adecuado para evitar que el servicio colapse,

El flujo de pacientes disminuiría significativamente si las aseguradoras educaran a los pacientes cuando es el momento y la circunstancia adecuada de consultar un servicio de urgencias.

Es fundamental que las clínicas y hospitales tengan en línea la disponibilidad de camas y especialistas para los casos que se requieran y cuente con personal disponible las 24 horas del día que responda oportunamente para los servicios de referencia y contrarreferencia.

Asimismo, es importante que cada centro de atención de urgencias cuente con su propia ambulancia para los casos especiales que se presenten de traslados de pacientes a otras instituciones.

5. Conceptos y terminología del servicio de urgencias

En fechas recientes se ha evidenciado los problemas graves que tiene el Sistema de Seguridad Social en Colombia con la congestión del servicio de urgencias. La Resolución No. 1043 de 2006 del Ministerio de la Protección Social establece las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios y su capacidad tecnológica y científica. Sin embargo, es necesario que los actores participes del servicio de urgencias ayuden a mitigar esta congestión partiendo del mínimo conocimiento de conceptos básicos.

El objetivo principal con este capítulo es otorgar al funcionario de servicio de urgencia, pero en especial al usuario y sus familiares una herramienta de consulta para aquellos términos que resultan de uso común en una atención de urgencias.

Accidente de transito

Suceso ocurrido dentro del territorio nacional, en el que se cause daño en la integridad física o mental de una o varias personas, como consecuencia del uso de la vía por al menos un vehículo automotor. (Ministerio de salud y protección social)

Accidente laboral

Es lo que sucede al trabajador durante su jornada laboral o bien en la trayectoria del trabajo a su casa o viceversa. Las enfermedades laborales, junto con los accidentes de trabajo, se conocen como contingencias profesionales, frente a las contingencias comunes, es decir una enfermedad común y accidente no laboral.

Atención inicial de urgencia

Son aquellas intervenciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia. (Orientación de ISO 9001:2000)

Atención de urgencias

Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias. (Guías para Manejo de Urgencias 3a Edición, Tomo I, Año 2009)

Carro de paro

Es uno de los elementos que es indispensable en toda área en donde se manejen pacientes o se realicen procedimientos. No existe un protocolo único para armar el carro, pero cada servicio se adaptará a sus necesidades

Concepto de calidad

Calidad se refiere a la totalidad de características de un producto o servicio que se busca para satisfacer las necesidades establecidas por el cliente. Tener un sistema de gestión de calidad tiene muchos beneficios como son: mayor satisfacción y lealtad de los clientes, disminuye los costos de operación por medio de la reducción de costos por mejora en calidad, mayor motivación de los empleados, ya que trabajan en forma más eficiente y ayuda a centrar la empresa sobre el problema de producir con calidad. (Orientación de ISO 9001:2000)

Contrarreferencia

Es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra remisión del paciente con las debidas

indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica. (Ministerio de la protección social decreto número 4747 de 2007)

Copago

Es el deducible o la vía de financiación de un servicio de salud por la cual el usuario paga una cantidad cada vez que lo utiliza. Se denomina «copago» porque se complementa este pago con otra vía de financiación - los impuestos (por ejemplo, para financiar el sistema público de salud) o una cuota periódica (por ejemplo, en el caso de un seguro médico privado). Los objetivos del copago son contribuir a financiar el sistema y contener su uso innecesario. (Ginés González García) El copago también puede servir para reducir el coste social de las listas de esperas. (Diego Varela y Anca Timofte (2011)

Cuota moderadora

Es el aporte del usuario (Cotizante o Beneficiario) que regula la utilización de los servicios de salud y estimula su buen uso, promoviendo así, la inscripción en los programas de atención integral de las IPS.

Diagnóstico

Es el al análisis que se realiza para determinar cualquier situación y cuáles son las tendencias. Esta determinación se realiza sobre la base de datos y hechos recogidos y ordenados sistemáticamente, que permiten juzgar mejor qué es lo que está pasando.

Disponibilidad

Grado en que los servicios de salud se hallan operativos como regla general, los cuidados médicos deben estar disponibles cuando se necesiten durante el ciclo de vida del paciente y cuando surja cualquier necesidad. (Orientación de ISO 9001:2000)

Enfermedad general

El término enfermedad proviene del latín *infirmitas*, que significa literalmente «falto de firmeza». La definición de enfermedad según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la de "Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible" (Organización Mundial De la Salud)

Enfermedad nosocomial

Una infección contraída en el hospital por un paciente internado por una razón distinta de esa infección. Una infección que se presenta en un paciente internado en un hospital o en otro establecimiento de atención de salud en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del internado. Comprende las infecciones contraídas en el hospital, pero manifiestas después del alta hospitalaria y también las infecciones ocupacionales del personal del establecimiento. (Organización Mundial de la salud)

Epicrisis

Por lo general la noción se vincula a la valoración que realiza el médico de todo el proceso de enfermedad que tuvo que atravesar un paciente en su internación. Debe cumplir con los requerimientos establecidos en las Resoluciones 1995 de 1999 y 3374 de 2000, o las normas que las sustituyan, modifiquen o adicionen.

Evento adverso

Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles. (Ministerio de salud y protección social)

Evento adverso prevenible

Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado. (Ministerio de salud y protección social)

Evento adverso no prevenible

Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial. (Ministerio de salud y protección social)

Frecuencia respiratoria

Son las acciones que se efectúan para conocer la frecuencia, ritmo y amplitud de las respiraciones de un paciente, en este movimiento rítmico entre inspiración y espiración, el cual está regulado por el sistema nervioso, se conoce las variaciones de la respiración del paciente, para valorar su estado y curso de la enfermedad. (Enfermería manual 411)

Frecuencia cardiaca

Es el número de contracciones del de contracciones del corazón o pulsaciones por unidad de tiempo. Se mide en condiciones bien determinadas (de reposo o de actividad) y se expresa en pulsaciones por minuto a nivel de las arterias periféricas y en latidos por minuto (lat/min) a nivel del corazón. La medición del pulso (MedinePlus) se puede efectuar en distintos puntos, pero lo más habitual es que se lo mida en la muñeca, en el cuello o en el tórax. (Consultado el 26 de marzo de 2015)

Historia clínica

Es un documento médico-legal que surge del contacto entre el profesional de la salud (médico, veterinario, fisioterapeuta, odontólogo, psicólogo, enfermero, podólogo, etc.) y el paciente, donde se recoge la información necesaria para la correcta atención de los pacientes.

Hipertensión

Presión arterial mayor a los límites normales. En el paciente adulto se puede considerar hipertensión cuando la presión sistólica es igual o mayor de 140 mmHg y la presión diastólica es igual o mayor de 90 mmHg. (Enfermería manual 411)

Hipotensión

Disminución de la presión arterial sanguínea. En el paciente adulto de peso promedio se considera una presión sistólica menor de 90 mmHg, sin embargo, ésta debe relacionarse con signos y síntomas o con alguna enfermedad como la enfermedad de Addison. (Enfermería manual 411)

Hospital

Palabra que viene del latín hospes, huésped o visita, pero también hospedar, de "hospes" se derivó hospitaliza, casa para visitas foráneas, posteriormente se transformó en hospital para designar el lugar de auxilio a los ancianos y enfermos, para proporcionar el diagnóstico y tratamiento que necesitan. (Orientación de ISO 9001:2000)

Incidente

Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención. (Ministerio de salud y protección social)

Interconsulta

Una interconsulta es la comunicación entre dos profesionales médicos, con diferentes áreas de experiencia en donde el solicitante, requiere la opinión sobre alguna patología del paciente a un consultor, quien emite su opinión sobre el caso. Generalmente la interconsulta se

realiza sin la presencia del paciente, mediante cualquier sistema de comunicación. (J. F. Nieto Pajares)

Paciente vinculado

Es aquel usuario del SGSSS en que no ha generado su afiliación al régimen de salud ya sea por régimen contributivo (en caso de tener capacidad de pago o régimen subsidiado (en caso de no tener capacidad de pago). Es decir, se encuentra desprotegido de gozar del plan obligatorio de salud. Sin embargo, al acceder al servicio de urgencias y dado la cobertura total que ofrece el sistema en casos de urgencias, su tratamiento es cobijado por la secretaria de salud respectiva, excepto que la persona tenga capacidad de pago, caso en el cual deberá asumir el gasto de la atención

Plan obligatorio de salud

Por sus siglas llamado también como **POS**, es el conjunto de servicios de atención en salud a que tiene derecho un usuario en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, SGSSS, cuya finalidad es la protección de la salud, la prevención y curación de enfermedades, el suministro de medicamentos para el afiliado y su grupo familiar y está complementado con el reconocimiento de prestaciones económicas en caso de licencia de maternidad e incapacidad por enfermedad general.

Los afiliados a los regímenes especiales exceptuados del SGSSS como son los miembros de las fuerzas armadas, los miembros del magisterio y empleados de Ecopetrol tienen un plan de salud diferente. (Ministerio de Salud y protección social)

Presión arterial

La presión arterial se define como la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes arteriales. Depende de la fuerza de contracción ventricular, elasticidad de la pared arterial, resistencia vascular periférica, volumen y viscosidad sanguíneos. El corazón genera presión durante el ciclo cardiaco para distribuir la sangre a los órganos del cuerpo. Existen siete factores principales que afectan a la presión arterial: Gasto cardiaco, resistencia vascular periférica, elasticidad y distensibilidad de las arterias, volumen sanguíneo, viscosidad de la sangre, hormonas, enzimas y quimiorreceptores. (Enfermería manual 411)

Procedimiento

Es el conjunto de intervenciones o procedimientos realizados, o mandados realizar, por el médico para cuidar a los pacientes y subsanar sus problemas de salud. Un proceso de atención debe centrarse en el paciente, y dar respuestas efectivas a las necesidades, valores y preferencias de los pacientes (Betancourt J.)

Queja

Expresión del usuario ante la institución para dar a conocer la inconformidad de un servicio prestado

Reclamo

Expresión del usuario para dar a conocer su inconformidad por la violación a los derechos.

Referencia y contrarreferencia

Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la

organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago. (Ministerio de salud y protección social decreto número 4747 de 2007)

Referencia

Es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud. (Ministerio de salud y protección social decreto número 4747 de 2007)

Régimen contributivo

El régimen contributivo del seguro familiar de salud comprende a los trabajadores asalariados públicos y privados y a los empleadores. Es financiado por los trabajadores y empleadores incluyendo el estado como empleador.

Régimen subsidiado

El Régimen Subsidiado es el mecanismo mediante el cual la población más pobre, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado. (Superintendencia de salud y Riesgos Laborales)

Sala de observación

Corresponde a un área de hospitalización de corta estancia para la atención, tratamiento, reevaluación y observación permanente de pacientes con daños de prioridad I y II, En un periodo que no debe exceder de 12 horas para los pacientes de prioridad I (emergencia o gravedad súbita extrema) y de 24 horas para los de prioridad II (urgencia mayor).

Servicio de urgencia

Es la unidad que en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan

la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de Protección Social para esa unidad. (Orientación de ISO 9001:2000)

Satisfacción del usuario

Grado de cumplimiento de sus expectativas en cuanto a la atención recibida y los resultados de esta. Incluye la satisfacción con la organización, la asistencia recibida, los profesionales y los resultados de la atención. (Orientación de ISO 9001:2000)

Seguridad del paciente

Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. (Implementación de seguridad)

Sisben

El Sistema de Selección de Beneficiarios Para Programas Sociales (SISBEN) es una herramienta, conformada por un conjunto de reglas, normas y procedimientos para obtener información socioeconómica confiable y actualizada de grupos específicos en todos los departamentos, distritos y municipios del país. Lo que se busca con la información que arroja el SlSBEN es focalizar el gasto público para de esta manera garantizar que el gasto social sea asignado a los grupos de población más pobres y vulnerables.

Signos vitales

Los signos vitales son parámetros clínicos que reflejan el estado fisiológico del organismo humano, y esencialmente proporcionan los datos (cifras) que nos darán las pautas para evaluar el estado homeostático del paciente, indicando su estado de salud presente, así como

los cambios o su evolución, ya sea positiva o negativamente. Los signos vitales incluyen: Temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca y presión arterial. (Enfermería manual 411).

SOAT

Es un seguro obligatorio establecido por Ley con un fin netamente social. Su objetivo es asegurar la atención, de manera inmediata e incondicional, de las víctimas de accidentes de tránsito que sufren lesiones corporales y muerte.

Triage

El triage (del francés triage = clasificación) o protocolo de intervención, es un método de selección y clasificación de pacientes empleado en la medicina de emergencias y desastres. Evalúa las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo con las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles. Trata por tanto de evitar que se retrase la atención del paciente que empeoraría su pronóstico por la demora en su atención.

UCI

Unidad de cuidados intensivo, Es una instalación especial dentro del área hospitalaria que proporciona medicina intensiva. Los pacientes candidatos para hacer admitidos en cuidados intensivos son aquellos que tienen alguna condición grave de salud que pone en riesgo su vida y que por tal requieren de una monitorización constante de sus signos vitales y otros parámetros, como el control de líquidos.

UTI

Es la Unidad de Tratamiento Intermedio que cuenta con personal especializado y equipamiento que permite atender a pacientes que, superada la etapa crítica, requieren vigilancia, atención y observación constante, previo traslado a una habitación convencional.

Urgencias

Del latín *urgentĭa*, urgencia hace referencia a la cualidad de urgente (que urge, apremia o requiere de pronta atención). Una urgencia es algo que debe resolverse de forma inmediata.

6. ABC normativo de la atención de urgencias

El presente capitulo busca condensar la normatividad vigente en los últimos treinta años en Colombia respecto al servicio de urgencias donde se describe la parte de la normatividad que hace alusión al servicio de urgencias, acompañado de un análisis por parte del autor de este proyecto que pretende articular lo reglamentado versus el alcance real de cada norma en lo referente a la atención de urgencias.

A continuación se presentan a nivel normativo y de forma cronológica el recorrido normativo referente al servicio de urgencias, sin embargo y como marco normativo y central debemos hacer una inicial referencia a La Constitución Política de Colombia la cual hace referencia a los servicios de salud y al servicio de urgencias en especial en el artículo 49 que describe que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado y que se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. De la misma forma el artículo 50 que garantiza que todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado y finalmente el artículo 64 que menciona el deber del Estado de promover el acceso progresivo a los servicios de salud con el fin de mejorar el ingreso y calidad de vida de los campesinos.

Análisis General

La norma de normas denominada la constitución política determina clara y expresamente la responsabilidad del estado por salvaguardar la salud de todos los colombianos sin ningún tipo de sesgo o discriminación de ningún tipo, lo que incluye obviamente el servicio de urgencias, a

continuación, la investigadora hace un análisis de las normas que debemos tener en cuenta cuando se organiza y se administra un servicio de urgencias.

6.1 Artículo 2 Ley 10 de 1990, Artículo 2 Decreto 412 de 1992 y Artículo 168 Ley 100 de 1993

Establece que la atención inicial de urgencia debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas, independientemente de su capacidad socioeconómica y el régimen donde se encuentre afiliado.

Análisis

En estas normas la constitución preserva la atención de urgencias a todos los ciudadanos colombianos, independiente a las condiciones sociales, económicas o capacidad de pago, el ciudadano colombiano podrá ante la negación de un servicio de urgencia o la dilación del mismo por aspectos administrativos, reclamar su derecho a la atención. En Colombia casi siempre hay negación de la IPS por no contar con contrato con la aseguradora o EPS a la que está afiliado el paciente, y esta normativa aclara expresamente que para el caso de urgencias no es necesario para su atención que medie ningún trámite o exigencia administrativa ni económica.

6.2 Artículo 10 Resolución 5261 de 1994

El Ministerio de Salud plantea que no se requiere convenio o autorización previa de la Entidad Promotora de Salud respectiva o de cualquier otra entidad responsable o remisión de profesional médico, o pago de cuotas moderadoras para prestar atención de urgencia, está no

podrá estar condicionada por garantía alguna de pago posterior, ni afiliación previa al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Análisis

En esta resolución se planteó que al prestar atención de urgencia en cualquier punto del territorio nacional en cualquier entidad de salud que se encuentre habilitada en el sistema de salud, la IPS no requiere convenios o autorizaciones, no necesitan remisiones de profesionales médicos o pago de cuotas moderadoras para prestar dicha atención, pero obliga a la IPS informar a la aseguradora en un tiempo de 24 horas, la aseguradora está obligada a cancelar por el servicio inicial de urgencias prestado por la IPS.

6.3 Resolución 2816 de 1998

Del Ministerio de Protección Social, esta resolución expedida por la ministra en Julio 17 de 1998 considerando que se viene presentando múltiples dificultades para el pago por parte de las EPS.

Análisis

Esta resolución modifico el parágrafo del artículo 10 de la Resolución número 5261 de 1994, dando claridad en el manejo de las urgencias, obligando a las IPS que no se encuentren en la red de las EPS a notificar dentro de las primeras 24 horas cuando se presenta la urgencia y las EPS a garantizar la infraestructura para recibir la notificación.

6.4 La ley 100 de 1993

Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y garantiza la cobertura para acceder al servicio público de salud en todos los niveles de atención. En el preámbulo de la Ley 100 dice : *La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.*

Análisis

La Ley 100 de 1993 garantiza a los colombianos el derecho a la seguridad social teniendo como principios eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad, y participación, la ley garantiza la atención al servicio público en todos los niveles de atención, los recursos provenientes del erario público en el sistema de seguridad se aplicarán siempre a los grupos de población más vulnerables.

Son bastante amplios los dispositivos económicos que posee el estado para contar con los recursos financieros mencionados y que deben dedicarse a la salud, sin embargo, los mismos lamentablemente sufren el flagelo de la corrupción y son destinados a otros fines que no son exactamente la atención de los ciudadanos y eso termina golpeando las finanzas de las IPS y por ende de los servicios de urgencias.

6.5 ARTÍCULO 159 De la Ley 100 de 1993

Señala las garantías de las y los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSS, dispone en el numeral 2: "La atención de urgencias en todo el territorio nacional"

Análisis

En este artículo de la Ley 100 nos garantiza a los afiliados del sistema de salud, la organización y la prestación del servicio de urgencias, dando el derecho a la libre escogencia y movilidad en el sistema, dando la modalidad de afiliación que podrá ser individual o colectiva a través de las empresas, las agremiaciones o por asentamientos geográfico. El artículo le da al usuario la libertad de escogencia de la IPS dentro de la red de la EPS.

6.6 Artículo 54 de la Ley 715 de 2001

Prevé que la prestación de los servicios de salud se ejecuta mediante la vinculación de las redes articuladas y organizadas por grados de complejidad, con el fin de atender las contingencias requeridas por los usuarios, de acuerdo con las características de sus necesidades.

Análisis

La ley 715 en este artículo, referencia la organización y consolidación de las redes de servicios, indica que el sistema de salud deberá funcionar de forma integrada para garantizar el servicio, organiza los servicios por niveles de atención teniendo en cuenta los requerimientos de eficiencia y oportunidad, en la ciudad de Bogotá, el distrito cuenta con el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) que es la agencia en salud que recibe las solicitudes, casos e

incidentes desde el Número Único de Seguridad y Emergencias , la Línea de atención para los usuarios es el 123 que fue reglamentado posteriormente en el decreto nacional 3690 de 2004.

6.7 Acuerdo 260 de 2004

Expedido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, "por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud'', que prevé en el artículo 7° la aplicación de los copagos a todos los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, con excepción, entre otros, de: "La atención inicial de urgencias" y "otras excepciones de pago a poblaciones especiales".

Análisis

El Acuerdo 260 del 2004 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en sus dos primeros artículos nos define que son cuotas moderadoras y los copagos y el tercer artículo nos habla sobre la aplicación de acuerdo al artículo 160 de la Ley 100 de 1993, en el artículo 6 nos habla de que servicios de urgencias si son sujetos al cobro de la cuotas moderadas, en el inciso numero 6 explica que situación de urgencias es aplicable el cobro de la cuota moderadora ya que para este acuerdo el servicio de urgencias es el que comprometa la vida del paciente o su funcionalidad pero es claro que puede cobrarse el valor de una cuota moderadora cuando un personal médico ha determinado que no es una urgencia médica, lo que el usuario debería pagar una cuota moderadora, está cuota moderadora en el servicio de urgencias no puede ser cobrado antes de prestar el servicio de urgencias ya que se pretende con este acuerdo es que la cuota moderadora no sea una barrera de acceso al servicio de urgencias a los pacientes. El acuerdo en su Artículo 11 específica el tipo de personas están exoneradas de pagar copagos, como son

personas en estado de indigencias y la población indígena y en el artículo 7 de este acuerdo tiene concordancia con el propósito del acuerdo al colocar el servicio de urgencias como excepto de pagos de copagos.

6.8 Circular Externa 010 de 2006

Expedida por el Ministerio de la Protección Social, por la cual se imparten instrucciones sobre la atención oportuna a la población, especialmente cuando está en peligro la vida de los pacientes.

Análisis

Esta circular externa del Ministerio de Protección Social dirigida a los representantes de las IPS aclara en la atención de urgencias, el triage debe ser realizado por personal idóneo, no es necesario una autorización o mediación de contrato para la atención inicial de urgencias, la exigencia de algún tipo de pago y la no aplicación de los periodos de carencia a los usuarios. Esta circular tuvo su origen en los eventos ocurridos en el 2006 y que mediáticamente se llamaron "el paseo de la muerte", donde de forma repetida se presentaron en los medios de comunicación casos de usuarios que fallecían después de transitar varias áreas de urgencias en diferentes IPS, dada la negación del servicio por las situaciones referidas en este análisis inicialmente.

6.9 Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015

Expedida por el 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

Análisis

Esta resolución del Ministerio clasifica en 5 tipos de Triage en el servicio de urgencias, dando los tiempos de espera para una atención en el servicio de urgencias.

6.10 Decreto 4747 de 2007

Decreto por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones", que contempla en el Capítulo III, lo relacionado con el proceso de atención en salud y concretamente en los artículos 10 a 12, la atención inicial de urgencias.

Análisis

En este articulo III del decreto se habla del proceso de atención, comenzando con el triage, define el concepto de triage el cual debe ser prestado de forma obligatoria antes de cualquier otro trámite en el servicio de urgencias. Este decreto solicita igualmente que al usuario se le debe realizar una verificación de derechos y que es únicamente posible después de que el triage se generó. Esta verificación consiste en el procedimiento por medio del cual se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demanda el usuario y el derecho del

mismo a ser cubierto por dicha entidad. Esta verificación no debe posponer para nada la atención del usuario.

6.11 Resolución 3047 de 2008

Es el formato y procedimiento para el informe de la atención inicial de urgencias. Esta resolución de agosto 18 de 2008 del Ministerio de Protección Social, por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud.

Análisis

Esta resolución del Ministerio de Protección Social establece en esta norma los mecanismo de cobro por parte de las IPS que están haciendo la atención inicial de urgencias, respetando que debe ser enviado dentro de las 24 horas, esta resolución tiene un anexo técnico (Anexo Técnico número 2) que debe ser enviada a la entidad encargada del pago, Esta resolución establece que si la IPS que realiza la atención de urgencias no puede comunicarse con la entidad que debe cancelar el valor del servicio, este reporte debe ser enviado a la entidad municipal, donde se debe enviar el soporte de los tres intentos de envíos a la entidad pagadora, si el ente municipal o distrital no responde, este documento debe ser enviado a la entidad departamental, la IPS que prestó el servicio deberá anexar este documento con su factura de cobro, la resolución aclara que la entidad que debe pagar esta factura no deberá hacer glosas sobre esta factura y deberá cancelar el costo de atención inicial de urgencias.

6.12 Artículo 20º de la ley 1122 de 2007

Se reglamenta la Prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda. Se garantiza a todos los colombianos la atención inicial de urgencias en cualquier centro del país.

Análisis

Este artículo establece que los entes territoriales como son municipios, distritos y gobernaciones debe garantizar el servicio inicial de urgencias a las personas vulnerables que no estén cubrieron por el servicio a la demanda, este servicio puede ser contratado por las entidades con las ESE o cualquier IPS que esté habilita, este artículo también protege a las personas no aseguradas y vulnerables que si se presentan a un servicio de urgencias público o privado deben ser atendidas sin que medie ningún contrato con el ente territorial

El parágrafo único del artículo 20 menciona que la superintendencia nacional de salud es la agencia encargada de la vigilancia y sanción para lo cual se estableció una multa de hasta de 2000 SMLV, La superintendencia Nacional de Salud para llevar a cabo el control y vigilancia, tiene un mecanismo de control a cargo de la dirección de Atención al Usuario y ha creado varías línea de contacto para los usuarios que crean que sus derechos han sido vulnerados, las líneas de atención son: Una línea telefónica las 24 horas 1-800- 513700 que es una línea sin costo para el usuario, una línea de Call Center (57) 1 4837000, una línea de fax 57 (1) 4817000 opción 4. También tiene sedes administrativas en regionales, las direcciones pueden ser consultadas en la internet y los usuarios pueden ir en forma personal a colocar sus quejas, la superintendencia tiene un equipo de atención de quejas que trabaja 24 horas al día, esta oficina es de reacción

inmediata, en la cual analiza, investiga y toma acciones en defensa que las personas en que sus derechos de atención de urgencias han sido vulnerados.

Queda explícitamente definido que toda IPS que se niegue a prestar un servicio de urgencias podrá ser sancionada por el ente de control definido para tal efecto como es la Superintendencia de Salud y por ello si un usuario ve vulnerado este derecho puede hacer uso de esta norma para hacer efectivo su derecho constitucional de ser atendido.

6.13 Artículo 13 de la resolución 3140 DE 2011

Conductas que vulneran el Sistema de Seguridad Social en Salud y el derecho a la salud. De conformidad con el artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, la Superintendencia Nacional de Salud impondrá multas en la cuantía señaladas en la citada ley o revocará la licencia de funcionamiento, si a ello hubiere lugar, a las personas naturales y jurídicas que se encuentren dentro del ámbito de su vigilancia, así como a la persona natural o a los representantes legales de las entidades públicas y privadas, directores o secretarios de salud o quien haga sus veces, jefes de presupuesto, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos del sector salud en las entidades territoriales, funcionarios y empleados del sector público y privado de las entidades vigiladas por esta Superintendencia, cuando violen las disposiciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre otras, por incurrir en las siguientes conductas:

1. Violar la Ley 1098 de 2006 en lo relativo a la prestación de servicios de salud.
2. Aplicar preexistencias a los afiliados por parte de la entidad promotora de salud.
3. Incidir u obstaculizar la atención inicial de urgencias.
4. Poner en riesgo la vida de las personas de especial protección constitucional.

5. No realizar las actividades en salud derivadas de enfermedad general, maternidad, accidente de trabajo, enfermedad profesional, accidentes de tránsito y eventos catastróficos.

6. Impedir o atentar en cualquier forma contra el derecho de afiliación y selección de organismos e instituciones del Sistema de Seguridad Social Integral, por parte del empleador y, en general, por cualquier persona natural o jurídica.

7. Incumplir las instrucciones y órdenes impartidas por la Superintendencia, así como por la violación de la normatividad vigente sobre la prestación del servicio público esencial de salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

8. Incumplir con las normas de afiliación por parte de los empleadores, contratistas, entidades que realizan afiliaciones colectivas o trabajadores independientes.

9. Incumplir la Ley 972 de 2005.

10. Efectuar por un mismo servicio o prestación un doble cobro al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

11. Efectuar cobros al Sistema General de Seguridad Social en Salud con datos inexactos o falsos.

12. No reportar oportunamente la información que le solicite el Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, la Comisión de Regulación en Salud o quien haga sus veces.

13. Obstruir las investigaciones e incumplir las obligaciones de información.

14. Incumplir con el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Análisis

Esta resolución de la Superintendencia Nacional de Salud, establece el procedimiento administrativo sancionatorio aplicable por la Superintendencia Nacional de Salud a sus vigilados es de naturaleza administrativa, esta resolución se basa en varios principios jurídicos para que los imputados sean sancionados debido a la constitución de Colombia, con esta resolución la superintendencia tomará las medidas administrativas que la ley le concede y que son colocadas dentro de la resolución, la superintendencia impondrá multas en la cuantía señaladas en la citada ley o revocará la licencia de funcionamiento en caso lo considere necesario. Con estas sanciones evitará que se realicen conductas que afecten a la atención de urgencias y otros derechos a la salud de los colombianos.

6.14 CIRCULAR 19 DE 2012

Expedida por el Ministerio De Salud Y Protección Social que recuerda a las Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de salud, entidades obligadas a compensar y entidades territoriales, el deber que les asiste cuando se requiera con urgencia un servicio, actividad, intervención, insumo, medicamento, dispositivo y procedimiento de salud no incluido en el Plan Obligatorio de Salud, solicitado por el médico tratante, de prestarlo y suministrarlo de manera inmediata sin que medie trámite ante el Comité Técnico Científico o por la Junta Técnico Científica de Pares cuando estas sean conformadas (SÚPERSALUD)

Análisis

Esta circular del Ministerio de Salud y protección Social pretende que el servicio de urgencias no se vea afectado por el trámite de un comité técnico Científico o por la Junta

Técnico Científica de Pares, ya que el servicio de urgencias es de forma inmediata y prestar el servicio o brindar el suministro no debe ser una barrera en la atención de urgencias, deja claro que es una excepción, pero el medico deberá presentar ante el comité Técnico Científico o la Junta Técnico Científica de Pares en las dos próximas sesiones del comité. Con esto el Ministerio garantiza la atención de urgencia sea oportuna y eficiente incluyendo el suministro de insumos o medicamentos considerados parte de la urgencia.

6.15 Artículo 25° de la Ley 1438 de 2011

Estableció que "El Plan de Beneficios deberá actualizarse integralmente una vez cada dos años atendiendo a cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población, disponibilidad de recursos, equilibrio y medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del Plan de Beneficios.

Análisis

En este artículo encontramos que se debe actualizar integralmente cada dos años el plan de beneficios ya que en esta encontramos medicamentos y recursos de cada centro prestador de salud para que se pueda prestar satisfactoriamente cada servicio. En las actualizaciones de los últimos anos el servicio de urgencias siempre aclara que en caso de estar en riesgo la vida o funcionalidad del usuario, debe prestarse el servicio sin que prime ningún condicionamiento previo.

6.16 Ley 1438 de 2011 artículo 67

Sobre el sistemas de emergencias médicas, el Ministerio de la Protección Social reglamentará, en el transcurso de un año (1) a partir de la vigencia de la presente ley, el desarrollo y operación del sistema de emergencias médicas, el cual es un modelo general integrado, que comprende, entre otros los mecanismos para notificar las emergencias médicas, la prestación de servicios pre-hospitalarios y de urgencias, las formas de transporte básico y medicado, la atención hospitalaria, el trabajo de los centros reguladores de urgencias y emergencias, los programas educacionales y procesos de vigilancia.

Análisis

El propósito de esta ley es responder de manera oportuna a las víctimas de enfermedad, accidentes de tránsito, traumatismos o paros cardiorrespiratorios que requieran atención médica de urgencias, teniendo en cuenta el modelo general integrado del sistema de emergencias médicas, sin embargo muchas veces esta infraestructura o no es suficiente o factores administrativos como la negación de servicios por parte de las IPS por factores como no contrato o cartera elevada hacen que la oportunidad de la norma no sea la esperada.

6.17 Decreto 019 de 2012 articulo 118.

Reglamenta la habilitación de prestadores de servicios de salud, yoda nueva Institución Prestadora de Salud para el inicio de actividades y, por ende, para acceder a contratar servicios de salud, deberá tener verificación de condiciones de habilitación expedida por la autoridad competente, que dispondrá de seis (6) meses desde la presentación de la solicitud para realizar la verificación. La verificación deberá ser previa cuando se trate de servicios de urgencias y

servicios de alta complejidad. Los servicios oncológicos deberán tener habilitación y verificación previa por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, entidad que, para desarrollar estas funciones, podrá celebrar convenios interadministrativos".

Análisis

Esta ley del congreso de Colombia contra los tramites innecesarios que se presentan en el país, en su artículo No 118, su único parágrafo básicamente nos recuerda que ninguna IPS para el caso del servicio de urgencias podrá abrir servicios sin tener previamente la visita de habilitación a este servicio. Esto se hace con el fin de garantizar que la atención de urgencias sea de acuerdo con la legislación vigente ya que para los otros servicios la verificación del servicio puede demorar hasta seis meses, en el servicio de urgencias esta ley considera que hay que verificar los estándares de habilitación antes que preste al público el servicio de urgencias.

6.18 Ley Estatutaria 1751 de 2015

Consagra dentro de los derechos de las personas, relacionados con la prestación de servicios de salud el de recibir atención oportuna en el servicio de urgencias y en el mismo sentido, establece la prohibición a la negación de los servicios de salud cuando se trate de atención de urgencias (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)

Análisis

Esta ley consagra los derechos que tienen las personas al solicitar la prestación de servicios de salud frente a una entidad, así mismo en el artículo 14 establece que no se establece una autorización administrativa para prestar los servicios de urgencia. Esto corrobora que si a un

usuario de urgencias se le notifica que su atención de urgencias debe esperar dado por una autorización previa, de inmediato se debe acudir a los entes de control, por ir en contra de esta norma.

6.19 Resolución 6408 de 2016

Con esta resolución se modificó el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), a que tienen derecho todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS. La resolución tiene como objeto modificar el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y establecer las coberturas de los servicios y tecnologías en salud que deberán ser garantizadas por las Entidades. Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces, a los afiliados al SGSSS en el territorio nacional en las condiciones de calidad establecidas por la normatividad vigente.

Análisis

Los beneficios en salud descritos en la Resolución 6408 de 2016, esta resolución modifica los servicios, procedimientos y medicamentos que esta incluidos en le unidad de Pago por Capitación (UPC) que tienen derecho el paciente a recibir, la IPS por cobrar y las EPS por cancelar, esto es una mejora en el plan de beneficios para los afiliados que reciben cuando solicitan un servicio de salud, esta resolución también tiene un glosario en su artículo No 8 sobre la definición de urgencias y en las últimas actualizaciones hechas desde el año 1994 siempre hacen claridad de la importancia del servicio de urgencias y la obligatoriedad en la atención y adicional separan el concepto de atención inicial y de atención de urgencias, lo que salvaguarda aún más la atención que tenga en riesgo la vida o funcionalidad del paciente.

6.20 Resolución 4678 de 2015

Fue modificada por la Resolución 5975 de 2016, se adoptó la Clasificación Única de Procedimiento en Salud - CUPS, como el ordenamiento lógico y detallado de los procedimientos y servicios en salud que se realizan en el país, en cumplimiento de los principios de interoperabilidad y estandarización de datos, utilizando para el efecto su identificación a través de un código y una descripción validada por los expertos del país.

En los últimos años, se ha observado que en los servicios de urgencias del país un número importante de usuarios acceden de manera rápida al sistema de salud a través de estos. Igualmente, se presentan casos en los cuales las consultas realizadas no corresponden a necesidades de urgencia, lo que genera un incremento inusitado de demandas de atención de estos servicios. (Título IV Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud).

Análisis

Esta resolución sobre los CUPS (Clasificación Única de Procedimientos en Salud), El objetivo es estandarizar los datos que conforman el Sistema Integral de Información, proveer un lenguaje único entre los diferentes integrantes del Sistema de Seguridad Social Integral que mejore y unifique los contenidos de las prestaciones a realizar entre el prestador y el asegurador lo que redunda en mejorar los tiempos en entregar las autorizaciones posterior a la atención inicial de urgencias y por ende la conducta a seguir medicamente con el paciente.

6.21 Circular 008 de 2017

Mediante la cual da indicaciones a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas, Privadas y Mixtas y entidades territoriales respecto a la ruta de atención integral a víctimas de ataques con ácido

Análisis

Por medio de esta circular se da las indicaciones a tener en cuenta, en caso de ataque con ácidos, la victima debe ser atendido de manera inmediata sin tener que presentar pagos de cuotas moderadoras o copagos exigidos por la EPS en donde se encontrara inscrito, así mismo si este no cuenta con EPS debe ser atendido sin excepción alguna, esto hace parte de la ruta de atención integral intersectorial para las víctimas con ácidos.

6.22 Circular 025 de 2017

Explica cómo responder a la situación de migración de la población proveniente de Venezuela en los servicios de urgencias y garantizar la atención de urgencias a la población migrante según los criterios técnicos y ámbito de aplicación establecidos en la resolución 5596 de 2015 relacionada con la selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencias. Así mismo revisar y actualizar el plan de emergencia hospitalaria con el propósito de responder adecuadamente ante el fenómeno migratorio de la República Bolivariana de Venezuela

Análisis

El Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Circular 025 de 2017 insta a las entidades territoriales, EPS e IPS a fortalecer sus acciones en salud pública para responder a la

situación de migración de la población proveniente de Venezuela. Esta Circular en su aparte No 2, el servicio de urgencias es garantizado para la población proveniente de Venezuela, pero acorde a la resolución 5596 de 2015 (Triage), en cuanto a los giros de recursos es referenciado por el Decreto 866 del 2017. Esta circular ha intentado mitigar en algo la situación de migrantes venezolanos que por su condición de salud están llegando todos los días en mayor número a las salas de urgencias de Bogotá con el agravante que si ya eran insuficientes los recursos para atender la población colombiana, este factor se ve como una de las principales amenazas para las IPS en un futuro casi inmediato. En el momento en que se genera este proyecto podría decirse que será uno de los principales problemas sociales y de salud para los futuros gobiernos el establecer medidas mucho más estructuradas que las medidas coyunturales hasta ahora tomadas.

Legislación Sobre la Atención de población extranjera en los servicios de urgencias

En la ciudad de Bogotá como en el resto de Colombia, se ha visto el incremento en la atención de urgencias por parte de extranjeros, especialmente de colombianos y venezolanos provenientes de Venezuela, la información provista por migración Colombia muestra, "el número de venezolanos que ingresó, contando todas las categorías migratorias, pasó de 291.539 en el 2014, a 329.478 en el 2015 y a 378.965 en el 2016. Este año, con corte a abril, la cifra iba en 170.434 y si la tendencia se mantiene se puede cerrar el 2017 con más de medio millón de viajeros del país vecino" (www.eltiempo.com/vida/salud/atencion-en-salud-a-venezolanos-en-colombia-109750). Estos pacientes son atendidos en el servicio de urgencias de acuerdo con la Ley estatutaria del 2015, basados en el principio de universalidad, sin la necesidad de que el paciente este afiliado al sistema de salud o algún tipo de pago.

Este flujo de pacientes que son atendidos en los hospitales y clínicas privadas que por ley deben atender a estos pacientes trae consigo varios problemas, entre ellos, el problema financiero, es cierto y muy conocido el problema de flujo de dineros en el sistema de salud antes del problema migratorio y que no hemos podido resolver de forma eficiente y ahora con un problema no solo de salud sino humanitario, estos pacientes que ingresan al servicio de urgencias llegan con sus familias, que muchos de ellos no tienen donde vivir o trabajar, problemas de alimentación para sus familias

Según las cifras del Ministerio durante el año 2017 se registró 24 mil 727 atenciones de urgencias a inmigrantes del país vecino, cifra que contrasta con las 4 mil 258 registradas en el 2016, las mil 475 en el 2015 y las 125 en el 2014. Este costo en los servicios de salud quien al final del ejercicio pagara a las IPS.

La migración masiva de personas de Venezuela ha traído a la palestra, enfermedades que ya eran consideradas erradicadas en Colombia, es el caso del sarampión, el sarampión es una enfermedad muy contagiosa y grave, antes de la aparición de la vacuna, cobraba la vida de 2,6 millones de vidas cada año, en la ciudad de Bogotá, se ha organizado desde Marzo 2017, según la página web http://www.bogota.gov.co/atencion-en-salud-paralos-venezolanos, para garantizar la atención integral en salud, que conlleva a que los venezolanos residentes en Bogotá, se acerquen a los CADES y superCades para conocer las opciones de acceder a los servicios de salud, entre las acciones del plan son los planes de Prevención de la enfermedad y Promoción de la salud, con la vacunación de los niños que estén viviendo en la ciudad.

7. Sistema de Salud en Colombia

7.1 Calidad de atención de la salud

Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. (Ministerio de Salud Decreto Número 1011 del Año 2006 Titulo III Artículo 2ª)

A nivel mundial son muchas las excepciones que se ha dado a los servicios de salud. En este último caso, una de las más aceptadas es la de Avedis Donabedian, que dice:

"La calidad de la atención médica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios para el usuario" (Dirección de Calidad Lima Perú, 2007).

Pero a pesar de que existen muchos y variados conceptos sobre lo que es y no es la calidad, los diferentes autores coinciden en que el objetivo fundamental de la calidad se encuentra en la satisfacción del cliente (Alcázar K, 2016).

Por satisfacción se entiende "la respuesta de saciedad del cliente"; es como un juicio sobre un rasgo del producto o servicio, o un producto y servicio en sí mismo, que proporciona un nivel placentero de recompensa que se relaciona con el consumo (Alcázar K, 2016).

Es importante definir bien los requerimientos para no crear falsas expectativas. Si las expectativas son excesivamente altas, por encima de las "posibilidades" la satisfacción global

será pobre. Si se definen bien los requerimientos, que son la traducción de las expectativas del cliente, la satisfacción sale reforzada. La imagen juega un papel determinante en la percepción del cliente de la calidad del servicio y es tan importante tanto para empresas de servicio como para todo tipo de organizaciones (Alcázar K, 2016).

Sin embargo, este producto tiende a ser sobrevalorado por muchas empresas que destinan recursos extraordinarios para cubrir este renglón a costa de generar deficiencias en otros aspectos también de gran relevancia (Alcázar K, 2016).

7.2 Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud -SOGCS.

Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

7.3 Sistema único de habilitación

El Sistema Único de Habilitación como "el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB" (Decreto 1011 de 2006, en su artículo 6°)

En consecuencia, de manera previa a la presentación del formulario de inscripción de que trata el artículo 11 del citado decreto, los Prestadores de Servicios de Salud deberán realizar una auto evaluación de las condiciones exigidas para la habilitación, con el fin de verificar su pleno cumplimiento. En caso de identificar deficiencias en el cumplimiento de tales condiciones, los Prestadores de Servicios de Salud deberán abstenerse de prestar el servicio hasta tanto realicen los ajustes necesarios para el cumplimiento de los requisitos.

7.4 Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud

El mismo Decreto 1011 en su artículo 37 determina que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuando obren como compradores de servicios deberán establecer con las pautas indicativas establecidas por el Ministerio de la Protección social, un Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) que comprenda como mínimo los procesos definidos como prioritarios para garantizar la calidad en la prestación de servicios de salud. (Superintendencia nacional de salud), siendo este un manual interno de la empresa que funciona como una guía en la mejora continua de la calidad en salud.

7.5 Características del SOGCS.

Las acciones que desarrolle el Sistema Obligatorio De Garantía de Calidad de Atención en Salud (SOGCS) se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Pertinencia: Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

Continuidad: Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico (Ministerio de Salud Decreto Número 1011 del Año 2006 Titulo III Artículo 3ª).

7.6 Componentes del SOGCS.

El Sistema Único de Habilitación.

La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.

El Sistema Único de Acreditación.

El Sistema de Información para la Calidad (Ministerio de Salud Decreto Número 1011 del Año 2006, Artículo 4ª).

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.

Igualmente, deberán establecer un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:

Autoevaluación del Proceso de Atención de Salud. La IPS establecerá prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad establecidas en la norma.

Atención al Usuario. La IPS evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos.

Sistema de Información para la Calidad En cumplimiento de lo dispuesto en la Resolución 1446 de 2006 las IPS deben implementar un "Sistema de información para la calidad" que incluya los indicadores de monitoreo del sistema, indicadores de monitoreo interno

y monitoreo externo. Los indicadores de monitoreo, de acuerdo con lo establecido en la resolución en mención deberán ser reportados en forma semestral a la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo a las especificaciones establecidas en el anexo técnico de la presente circular. (Modificación Circular Externa No. 049 de 2008)

7.7 Sistema de referencia y contra referencia (modificación circular externa no. 049 de 2008)

De conformidad con lo dispuesto en la resolución 741 de 1997, las Instituciones y demás Prestadores de Servicios de Salud deberán tener libros de registro de traslado de usuarios foliados y con acta de apertura firmado por los responsables de los servicios donde se registre: el nombre del usuario, el número de la historia clínica, la hora de salida o ingreso y el nombre y firma del responsable del traslado.

Las Instituciones y demás Prestadores de Servicios de Salud, deberán cumplir con las normas de referencia y contra referencia establecidas y dejar consignados en el libro de traslados los siguientes datos: el nombre del usuario, la fecha y hora del traslado, el nombre de la Institución remitente y de la receptora, nombre de quien ordena y autoriza el traslado y nombre del responsable del traslado. El traslado externo de los usuarios a los que se refiere la presente resolución deberá realizarse en compañía de un familiar o del representante legal y de un funcionario de la Institución remitente quien será responsable del usuario.

Por otro lado, el Superintendente Nacional de Salud en uso de las facultades legales conferidas por el numeral 6, artículo 7 del Decreto 1259 de 1994, considera de especial importancia impartir instrucciones que permitan garantizar el acceso a la atención inicial de urgencias y a la atención de urgencias, así como orientar al sector salud sobre la forma de

garantizar la financiación de este tipo de atención. (Título IV Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud)

8. El derecho a la atención de urgencias

De conformidad con los artículos 44, 48, 49, 50 de la Constitución Política, y su desarrollo legal (el literal a) del artículo 3 de la ley 10 de 1990, el numeral 2 del artículo 159 de la ley 100 de 1993) el Estado tiene el deber de garantizar a todos los habitantes del Territorio Nacional la atención inicial de urgencias y la atención de urgencias, entendidas en los términos del Decreto 412 de 1992, de la resolución 5261 de 1994 expedida por el Ministerio de Salud. En consecuencia, ninguna Institución Prestadora de Servicios de Salud podrá negarse a prestar la atención inicial de urgencias.

Los usuarios de la atención inicial de urgencias y de la atención de urgencias son todos los habitantes del Territorio Nacional, es decir los afiliados al Sistema de Seguridad Social en salud (régimen contributivo y régimen subsidiado); los vinculados, y los excepcionados en los términos del artículo 279 de la ley 100 de 1993. Igualmente tendrán derecho a estos servicios las personas con capacidad de pago no afiliados ni vinculadas a dicho Sistema, como son los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, al personal regido por el Decreto Ley 1214 de 1990, con excepción del que se vincule a partir del 23 de Diciembre de 1993, a los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio y los servidores públicos de la Empresa Colombiana de Petróleos, -Ecopetrol-, y a los pensionados de la misma

9. Aspectos relevantes que un usuario debe conocer al ingresar a un servicio de urgencias en Bogotá que ayudaran a que su atención sea más efectiva

Desde la Constitución de 1991 y en especial en el artículo 49 modificado por el Acto Legislativo No 02 de 2009 y reglamentado por la Ley 1787 de 2016 la salud de los colombianos pasó a ser, por esencia y conexidad con el derecho a la vida, un derecho fundamental de las personas, cuya prestación debe garantizar al Estado Colombiano dada su condición de Estado Social de Derecho.

Por ello, cuando la salud de una persona se resiente, esta tiene derecho a que las entidades hospitalarias y de previsión social, directamente o mediante un tercero, le suministren la atención médica, quirúrgica y hospitalaria debida y los servicios que sean indispensables para prolongarle su vida. Es más, y lo cita explícitamente le corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Corresponde al estado establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. En el artículo 64 nuevamente refiere que es deber del Estado promover el acceso progresivo a los servicios de salud y en especial a garantizar la misma en todos los colombianos sin ningún tipo de discriminación.

Este derecho a la salud es de aquellos que, por ser inherente a la existencia de toda persona, se encuentra protegido por nuestra Constitución; por esto, cuando su vulneración

amenaza o compromete otros derechos como la vida y el trabajo, goza de protección especial y, por consiguiente, es susceptible de ser amparado por la vía de la Acción de Tutela.

Los servicios de salud son confusos, imprecisos y con limitaciones que han causado que los usuarios tengan que acudir ante los estrados judiciales para demandar por medio de tutelas su derecho a la salud y el acceso a los servicios de salud (Pérez, Volmar Antonio. La tutela y el derecho a la salud. Informe periodo 2006- 2008. Defensoría del Pueblo. Bogotá 2009) pues son los jueces a través de las acciones de tutela y a fin de salvaguardar los derechos fundamentales del ser humano, quienes están dando las órdenes para que muchos de los tratamientos médicos e intervenciones quirúrgicas requeridos se realicen por medio de fallos de tutelas.

Los constantes abusos de los hospitales, clínicas y las EPS en la prestación de los servicios médico-asistenciales revelan la incapacidad del Sistema de Seguridad Social en Salud, es por ello que las personas se han visto obligadas a acudir al mecanismo jurídico de la tutela para que se les garantice el derecho fundamental a la salud. Mientras el Estado no haga una eficaz y eficiente reforma al sistema de salud para que el acceso de todos los colombianos a la salud deje de ser una utopía, la tutela seguirá siendo el mecanismo idóneo y expedito para salvar la vida y recuperar la dignidad de miles de ciudadanos que acuden a este procedimiento y la cual ha permitido materializar la justicia social en salud que tanto anhela nuestra sociedad.

De acuerdo con la Defensoría del Pueblo, el derecho a la salud es, después del derecho de petición, el más invocado en las tutelas y el de mayor vulneración sistemática por parte de las entidades prestadoras del servicio de salud, pues estas siguen imponiendo barreras a los usuarios en el acceso a tales servicios y obligando a los ciudadanos a interponer tutelas para la realización de procedimientos tecnológicos o la entrega de medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), que ya han sido cancelados mediante el pago de la Unidad de Pago por Capitación

(UPC). Resulta preocupante que de cada diez solicitudes de tutela que invocan el derecho a la salud, siete sean para reclamar lo que ya está incluido en el POS y que las EPS deberían suministrar sin disculpas, pero no lo hacen.

9.1 Aspectos básicos

Es por todo lo citado, que este trabajo busca como uno de sus objetivos más importantes resaltar y comunicar a cualquier usuario de un servicio de urgencias, aspectos y recomendaciones básicas al acceder a este servicio y con ellos ayudar al sistema, este documento espera, haga más fácil acceder a un servicio de urgencias, que es un derecho constitucional adquirido, los aspectos básicos son:

- Nunca asista a un servicio de urgencias cuando su diagnóstico no tenga mayor riesgo como una gripa de varias semanas y sin evolución, así misma sintomatología que no coloque en riesgo su vida, ya que, al no ser por esta, estaríamos retrasando al servicio poniendo en peligro la vida de personas que realmente requieran de atención prioritaria y de carácter urgente. Para este tipo de situaciones usted como usuario puede acceder a una consulta prioritaria que su EPS debe prestarle y garantizarle la atención.
- Para el usuario: siempre cargue independiente de su estado de salud su documento de identidad y carnet de afiliación al sistema como los números de contacto en caso de emergencia.
- Recuerde siempre estar al día en pagos al sistema de salud si se trata de régimen contributivo. Lo anterior dado que, si bien la urgencia debe ser atendida bajo cualquier condición, el tratamiento de la urgencia posterior a la atención inicial de urgencias si puede verse retrasado o negado por no encontrarse al día en la contribución que debe realizar el usuario afiliado al

régimen contributivo.

- Ninguna IPS le puede negar el servicio o la atención por condiciones derivadas de su antigüedad en el régimen y en caso de que sea así el usuario deberá objetar con lo descrito en la circular 010 de 2006.
- En la actualidad si usted pertenece al régimen contributivo de una EPS y queda sin trabajo, usted queda cubierto por el régimen de movilidad, por lo cual no deberá cambiar de EPS, sino informar a la actual de su situación actual, esto le evitará demoras en el proceso de admisiones RESOLUCIÓN 2635 DE 2014.
- Para la atención previa de un paciente, no se requiere convenio o autorización previa de la Entidad Promotora de Salud, ni pago de cuotas moderadoras para prestar servicio de urgencia (Artículo 168 Ley 100 de 1993, Artículo 10 Resolución 5261 de 1994 Minsalud) y avalado nuevamente por la superintendencia de salud en el CONCEPTO 31065 DE 2012.
- Para los usuarios en los cuales en una entidad le haya prestado la atención inicial de urgencias tiene responsabilidad sobre el paciente hasta el momento en que lo dé de alta si no ha sido objeto de remisión. Un usuario puede exigir por lo tanto que su condición de salud sea estabilizada en la entidad donde este independiente de temas contractuales o financieros, sin embargo, en caso de que el servicio de urgencias donde este el usuario por su condición de salud no cumpla con las condiciones para hacerlo tendrá el derecho de ser trasladado a una de mayor nivel quien tendrá la misma obligación desde el momento en que sea recibido acuerdo a los procesos de referencia establecidos en la ley.
- Al ingresar a algún servicio de urgencia por accidente de trabajo o enfermedad profesional, deberá informar dentro de los dos días hábiles siguientes a la ocurrencia del accidente de trabajo o a la primera calificación de la enfermedad profesional a la Entidad Promotora de

Salud y a la Entidad Administradora de Riesgos profesionales a las cuales se encuentra afiliado el paciente.

- Al ingresar a algún servicio de urgencia por haber presentado accidente de tránsito, la persona lesionada tiene cobertura de todo lo que medicamente necesite, esté o no esté en el plan obligatorio de salud, es decir en este caso el plan obligatorio de salud no existe para este tipo de urgencias. La cobertura es de 800 SMDLV.
- En caso de presentar accidente de tránsito este podrá ser atendido en las entidades promotoras de salud por medio del (SOAT) Seguro Obligatorio contra accidentes de Tránsito. y una vez agotado la cobertura que habla el ítem anterior deberá empezar a cubrir la EPS en la que este afiliado el usuario.
- En los casos en que no existe seguro o el vehículo no es identificado, el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) del sector salud, a través de la subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT), es el encargado de cubrir a las víctimas. La cobertura igualmente es de 800 SMDLV.
- Para la atención inicial de urgencias no puede exigirse el cumplimiento de periodos mínimos de cotización con la aseguradora. Derecho adquirido Según lo establece el Decreto 806 de 1998.
- Cualquier procedimiento que se requiera, sin importar que se trate de la internación en cuidados intensivos o la realización de procedimientos quirúrgicos que sean necesarios inmediatamente para estabilizar un paciente en estado crítico, se debe realizar teniendo en cuenta que esta es atención inicial de urgencia.
- Al momento de presentarse algún inconveniente en la atención, el personal de la EPS, IPS O empresa prestadora del servicio debe dar información de dónde y cómo pueden presentar

quejas o reclamos sobre la atención en salud prestada.

- Su EPS deberá informarle cuales son los servicios administrativos de contacto disponibles las 24 horas, para que cuando usted presente algún problema de salud en el que requiera atención por urgencia sepa el lugar al que debe dirigirse.
- En caso de que se presente una situación en el que una vida o la integridad física de alguien esté en peligro, y esta persona no sea atendida debe exigir que su petición sea atendida de inmediato. Respaldado por lo establecido constitucionalmente.
- Al momento de ingresar al servicio de urgencia y ser atendido, debe obtener información clara y oportuna de su estado de salud, de los servicios que vaya a recibir y de los riesgos del tratamiento que se le van a realizar. Así mismo, recibir durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible.
- Al momento de recibir los servicios de salud, debe ser en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad, de lo contrario no permita su atención y debe imponer la queja ante el ministerio de salud.
- Cumplir de manera responsable con las recomendaciones de los profesionales de salud que lo atiendan, y así mismo respetar al personal de salud y cuidar las instalaciones donde le presten dichos servicios.
- Para todo colombiano que conduzca un vehículo automotor (decreto 056 de 2015) es necesario que porte el seguro obligatorio de transito conocido como SOAT, el cual le permitirá en caso de sufrir u ocasionar un accidente de tránsito la posibilidad de recibir por urgencias el servicio de atención médica, sin pagar ningún tipo de prestación económica. Aun mas ahora con la resolución 4170 de 2016 lo podrá tener de forma electrónica en su celular y no tener el descuido de dejarlo. Recordemos que este debe ser llevado en todo momento por el conductor

del vehículo, de lo contrario, dará lugar a una multa de 30 salarios mínimos diarios y la inmovilización del automotor.

- Ningún usuario puede ser devuelto en un centro de urgencias por ningún motivo, sin antes ser evaluado por un profesional médico avalado para generar el triage. En caso de que no sea atendido posterior al triage exíjale al profesional médico un resumen de la evaluación y variables que llevaron a la no continuación de la atención, al igual que las recomendaciones a seguir. Puede exigir igualmente el formulario de negación de servicios en la siguiente dirección electrónica de la Supersalud se descarga de esta página https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/ProteccionUsuario/OtrosDocumentosProteccionUsuario/Formato%20de%20negaci%C3%B3n%20de%20servicios%20de%20salud.pdf o entrando a la página de la súper salud. (Súper salud.)
- En lo posible no acuda con más de dos acompañantes a los servicios de urgencias ya que esto ocasiona aún más congestión y para los prestadores origina trabas con la efectividad que puedan prestar.
- Actualmente en Colombia usted puede acceder a la súper intendencia de salud cuando observe que están siendo vulnerados sus derechos o la no efectiva atención en urgencias en el territorio colombiano. El contacto tienes varios mecanismos que se pueden encontrar en https://www.supersalud.gov.co/es-co/atencion-ciudadano/contactenos.

10. Proceso de atención en urgencia (González Méndez e, 2008)

Analizar el proceso de atención en el servicio de urgencias, permite visualizar la realidad del servicio y conocer las diversas actividades que conforman ese proceso y los responsables de cada una.

El proceso inicia cuando el usuario ingresa al centro hospitalario y surte los siguientes pasos:

1- Al llegar, la primera información la suministra la persona del servicio de vigilancia quien orienta al usuario al sitio a seguir.

2- El usuario hace una fila para llegar a una ventanilla de recepción en donde presenta su documento de identidad, suministra unos datos e informa la patología que presenta.

3- Posterior a esto pasa a una sala de espera, sin conocer su turno.

4- Luego de esperar, el paciente se dirige a un triage por enfermería, para la toma de signos vitales y luego se dirige nuevamente a la sala de espera sin conocer el turno.

5- Posteriormente es valorado por el médico, quién decidirá si se trata de una verdadera emergencia.

6- El médico define si el paciente requiere de otros servicios (observación, laboratorio, farmacia, radiología). Si no requiere se le da salida con fórmula médica.

7- Si requirió otros servicios, es revalorado por el médico y procede a formular y dar de alta.

8- Si el cliente no requiere de otros servicios de apoyo, es dado de alta y egresado. 9- Cuando la condición del paciente es crítica, se coordina su transporte para ser trasladado y valorado en otro nivel de atención.

11. Atributos de calidad (González Méndez e, 2008)

La persona que acude al servicio de urgencia se sentirá satisfecha si se le brinda un buen trato por el personal y servicios de apoyo eficientes. Por su parte puede ser de gran importancia para el paciente, pero con un bajo nivel de satisfacción, el tiempo de espera para recibir atención y la falta de información.

El paciente puede sentirse poco satisfecho y considerar poco importante, el hecho de no encontrar parqueo en el sitio.

Los atributos que tienen relación con la infraestructura, la sala de espera y el servicio sanitario, serían los considerados poco importantes para el paciente, pero en los que se ha logrado un alto nivel de satisfacción.

12. Referencias bibliográficas

Alcázar Alfaro KM. Modelo SERVQUAL para el análisis de la percepción de la calidad del servicio de la atención prioritaria en la unidad médica Cartagena de Indias. Recuperado de http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/3961/1/MODELOSERVQUALPARAELANALISISDELAPERCEPCIONDELA(1).pdf

Argas, I., Vázquez, M., y Mogollón A. Acceso a la atención en salud en Colombia. Rev. Salud pública. 2010, 12 (5), 701-712.

Betancourt J. Cultural competence: marginal or mainstream movement? N Engl J Med. 2004; 10:953-5.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 100 de 1993, Artículo 230.

CONTRALORIA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Boletín de Prensa publicado el 10/10/2013. Disponible en http://www.contraloriagen.gov.co/web/guest/boletines-2013. (Consultada el 25 de junio de 2014).

Consultado el 26 de marzo de 2015, A Practical Guide to Clinical Medicine/A comprehensive physical examination and clinical education site for medical students and other health care professionals, "Signos vitales: 'Pulso', 'Presión arterial'".

CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia C-254 del 16 de abril de 2010.Magistrado Ponente: Mauricio González Cuervo.

Cochran, J., y Roche, K. A multi-class queuing network analysis methodology for improving hospital emergency department performance. Computers & Operations Research, 36(5),1497-1512 (2009)

DE SANTIAGO, MANUEL. La crisis de la conciencia médica en nuestro tiempo. Cuadernos de Bioética 1998; 36(9), p. 67.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE COLOMBIA. La tutela y el derecho a la salud - 2012. (Bogotá, D.C., 2013)

Dickson, E., Anguelov, Z., Vetterick, D., Eller, A., y Singh, S. Use of Lean in the Emergency Department: A Case Series of 4 Hospitals. The American College of Emergency Physicians, 54 (4), 504-10. (2009

Diego Varela y Anca Timofte (2011), 'The social cost of hospital waiting lists and the case for copayment: Evidence from Galicia', The USV Annals of Economics and Public Administration 11(1): 18-26

Dirección general de salud de las personas dirección de calidad de salud lima peru 2007 pág. 19

Enfermería Manual 411. Recuperado y Disponible en http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_1_1.htm

Ginés González García, Catalina de la puente, Sonia Tarragona, *Medicamentos: Salud, Política y Economía*. P 155.

González, E. Calidad de la atención en el servicio de urgencias del área de salud Heredia Cubujuquí desde la perspectiva del cliente. Tesina Especialidad en administración de servicios de salud programa de gerencia moderna y gestión del cambio, Instituto Centroamericano de Administración Pública ICAP. San José Costa Rica, 2008.

Guías para Manejo de Urgencias 3a Edición, Tomo I, Grupo Atención de Emergencias y Desastres Año 2009, Disponible en https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADa%20para%20manejo%20de%20urgencias%20-Tomo%20I.pdf

Herazo B. Algunos problemas de la salud en Colombia. Univ Odontol. 29 (63), 37-39 (2010)

Holden, R. Lean thinking in emergency departments: A critical review. Annals of emergency medicine. 57(3), 265-278 (2010)

Interconsulta Historia clínica y sus aledaños. Disponible en https://jfnietopajares.wordpress.com/jimena/escritorios/interconsultas/

Implementación de seguridad de la política de seguridad del paciente Tomado de los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia.

Ligia Pérez. « ¿Tráfico o tránsito? Dudas del idioma». Ciudad de Guatemala: Departamento de Educación de la Universidad Francisco Marroquín. Consultado el 26 de junio de 2016.

Lopera, M., García, M., Madrigal, M., y Forero, C. Dificultades para la atención en los servicios de urgencias: la espera inhumana. Investigación y Educación en Enfermería, 28 (1) 64-72 (2010).

López Alba Lucy Carolina. La Estandarización de los Procesos de Atención En el Departamento de Urgencias de una Institución de Tercer Nivel

Recibido: octubre de 2007 Aceptado para publicación: noviembre de 2007 Actual. Enferm. 2007;10(4):29-33

MedlinePlus, "Medición del pulso", actualizado el 1/22/2013. Artículo disponible en Consultado el 26 de marzo de 2015.

Ministerio de salud Decreto Número 056 del año 2005

Ministerio de Salud Decreto Número 1011 del Año 2006 Titulo III Artículo 2ª disponible en https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf)

Ministerio de Salud Decreto Número 1011 del Año 2006 Titulo III Artículo 3ª disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf)

Ministerio de Salud Decreto Número 1011 del Año 2006, Articulo 4ª disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf)

Ministerio De Salud y Protección Social Resolución Número 00005596 de 2015 (24 Dic 2015)

Ministerio de salud y protección social disponible en https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf

Ministerio de salud y protección social decreto número 4747 de 2007

Morales Asencio JM, Martínez Díaz JD, Muñoz Ronda FJ. Consenso como método para la elaboración de estándares de recepción, clasificación e intervención sanitaria inicial de pacientes en Urgencias. Consultado marzo de 2017. https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-104/nuestrodepartamento1/#sthash.Unqn8Co8.dpuf

Morales González CG, Nivel de Satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias, frente a la atención de enfermería en una institución de primer nivel de atención en salud, en Mistrato Risaralda. Febrero a abril de 2009. Tesis de grado para optar el título de enfermero. Pontifica Universidad Javeriana, 2009

Organización mundial de la salud disponible en su documento sobre prevención vigilancia y control de las infecciones nosocomiales.

http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2007/03/08/60693

Pedreros Suárez KD. Problemática de salud en Colombia 32243390. Recuperado de https://es.slideshare.net/javierdanilo1/problematica-de-la-salud-en-colombia-32243390

Pérez – Montaut Merino I, Olmedo Fernández JM. Gestión en urgencias. Recuperado de: https://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias

/gestion.pdf. Consultado marzo de 2017. - See more at: https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-104/nuestrodepartamento1/#sthash.ZF1SXwck.dpuf

Plan obligatorio de salud disponible en https://es.wikipedia.org/wiki/Plan_Obligatorio_de_Salud

Superintendencia nacional de salud disponible en circular externa 14 de 1995 (28 de diciembre)

Superintendencia de salud y riesgos laborales http://www.sisalril.gov.do/RegimenContributivo.aspx

Súper salud disponible en https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/ProteccionUsuario/OtrosDocumentosProteccionUsuario/Formato%20de%20negaci%C3%B3n%20de%20servicios%20de%20salud.pppdf.

Súper salud disponible en https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/CircularesExterna/Circular%20externa%20008%20de%202017.pdf

Velásquez, P., Rodríguez, A., Jaén, J. Metodologías cuantitativas para la optimización del servicio de urgencias: una revisión de la literatura. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 21 (10), 196-218 (2011)