

## LAS CONSULTAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. UNA APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

### CONSULTATIONS IN THE EMERGENCY DEPARTMENT. A CONCEPTUAL APPROACH

Carlos Alberto Severiche Sierra<sup>1</sup>

#### Resumen

El presente artículo tiene como finalidad llevar a cabo un análisis conceptual en relación a la consulta en los servicios de urgencia. Se utilizó como enfoque metodológico el cualitativo ya que será eminentemente revisión bibliográfica. Se observa que la prestación de servicios de emergencia es vital por dar solución a casos de salud que así lo ameritan.

**Palabras clave:** consultas, servicio de urgencias, aproximación conceptual

#### Abstract

The purpose of this paper is to carry out a conceptual analysis in relation to consultation in emergency services. The qualitative methodological approach was used since it will mainly be a bibliographic review. It is observed that the provision of emergency services is vital to provide solutions to health cases that warrant it.

**Keywords:** consultations, emergency department, conceptual approach

#### Los servicios de urgencia médica

##### Funcionamiento de los servicios de urgencias

Los servicios de urgencias son unidades diseñadas para la prestación de un servicio de atención inminente, siendo una puerta de acceso libre a todos los pacientes que acuden con necesidades en salud; su objetivo principal es resolver estas necesidades de forma oportuna mediante procesos lógicos de clasificación, como el “Triage”, que definen si las condiciones del paciente ameritan la resolución efectiva e inmediata o, por el contrario, se puede derivar al servicio extrahospitalario por no existir condiciones agudas, graves o traumáticas que justifiquen el acceso inmediato a un servicio de urgencias. Sin embargo, se observa, con gran preocupación como los primeros niveles de atención, siendo la unidad funcional diseñada para la atención de los pacientes que no cursan con urgencias, están perdiendo su papel como primera puerta de acceso a los servicios de salud, debido a causas tanto culturales como asociadas a falencias en los servicios ambulatorios que hacen parte de los modelos de atención (Molano, Escobar, García, Salazar, Mejía y Jiménez, 2016).

Recepción: 10 de marzo de 2024 / Evaluación: 10 de abril de 2024 / Aprobado: 16 de mayo de 2024

<sup>1</sup> Doctor en Ciencias (Mención: Gerencia), Magister en Desarrollo Sostenible y Medio Ambiente, Maestría en Gestión Integral de Seguridad y Salud en el Trabajo, Especialista en Ingeniería Sanitaria y Ambiental, Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo, Químico, Estudiante de Administración de Servicios de Salud. Investigador del Grupo de Investigación en Medio Ambiente, Alimentos y Salud (M.A.A.S). Universidad de Cartagena, Cartagena de Indias, Colombia. Email: [cseveriches@unicartagena.edu.co](mailto:cseveriches@unicartagena.edu.co) ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7190-4849>

### **Conceptos de la urgencia médica**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la urgencia sanitaria como “la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia”. Se puede establecer que una urgencia se deriva de todas aquellas situaciones en las que, si bien no existe un riesgo inminente que cause la muerte del paciente, se requiere de una intervención inmediata con el fin de estabilizar los signos vitales, calmar los síntomas agudos y prevenir las posibles complicaciones asociadas que, de progresar, podrían comprometer seriamente la vida de un paciente (Molano, et al., 2016). Puede ser definida también, en otras palabras, como la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras (Ministerio de Salud y Protección Social, 1994).

### **Proceso de clasificación de las urgencias**

En Colombia, el Triage es la metodología más común para determinar si el paciente puede ser considerado “realmente urgente” Esta metodología clasifica los enfermos que demandan atención en el servicio de urgencia teniendo en cuenta criterios de gravedad clínica con el fin de diferenciar entre aquellos que requieren atención inmediata de quienes no la requieren, logrando así, un uso más eficiente de los recursos del servicio de urgencias (Rodríguez, Jiménez y Palencia, 2018).

El Triage diferencia los niveles de prioridad asignando colores de los que se deriva un tiempo estimado de espera para recibir la atención médica; así: Rojo, emergencia (inmediata atención); naranja, muy urgente (atención igual o menor a diez minutos); urgente, amarillo (tiempo máximo de atención igual o inferior a sesenta minutos); azul, condiciones estándar (periodo de espera igual o inferior a ciento veinte minutos) y; verde, no urgente (tiempo de espera igual o inferior a doscientos cuarenta minutos) (Rodríguez, Jiménez y Palencia, 2018).

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, realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizar en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definir 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 (Ministerio de Salud Pública, 1992).

Todas las entidades o establecimientos públicos o privados, que presten servicios de consulta de urgencias, atenderán obligatoriamente estos casos en su fase inicial aún sin convenio o autorización de la E.P.S. respectiva o aún en el caso de personas no afiliadas al sistema. Las urgencias se atenderán en cualquier parte del territorio nacional sin que para ello sea necesario autorización previa de la E.P.S. o remisión, como tampoco el pago de cuotas moderadoras. La I.P.S. que presta el servicio recibirá de la E.P.S. el pago correspondiente con base en las tarifas pactadas o con las establecidas para el S.O.A.T. En todo caso es el médico quien define esta condición y cuando el paciente utilice estos servicios sin ser una urgencia deberá pagar el valor total de la atención (Ministerio de Salud y Protección Social, 1994).

Desde los años 70 se ha intentado una definición de calidad en los servicios de salud extrapolando conceptos desde la industria de la manufactura considerando dicho enfoque de “calidad objetiva” buscando una superioridad medible y verificable comparada con un estándar. Es hasta los años 80 que aparece el concepto de “calidad percibida” que implica el juicio subjetivo que realiza el usuario en torno al servicio prestado; aplicando este concepto a los servicios de salud donde se considera la visión personal y subjetiva que brinda el usuario una visión técnica en que se busca alcanzar una meta u objetivo deseables; que posteriormente lleva a que se implemente el nuevo esquema de seguridad social en Colombia con la ley 100 de 1993 se estableció la obligatoriedad para establecer mecanismos de control a los servicios de salud para garantizar a los usuarios una atención oportuna, de calidad, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo a estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional (Kerguelén, 2008).

Siguiendo con el autor anterior, son entonces, los servicios de salud medidos desde dos dimensiones fundamentales: Los aspectos técnicos de la atención que corresponden a la exactitud en los diagnósticos y procedimientos; Y los aspectos funcionales que comprende las características del proceso de atención donde figuran la empatía, el respeto, la comunicación efectiva y el cuidado. Se presenta, además, un incremento en la demanda de servicios de salud a través de los servicios de urgencias como queda demostrado.

Se considera que todo esto conlleva a un alto riesgo para que se presenten errores en la atención pues se disminuye la capacidad de atención y se da cabida al error médico o diagnóstico. Es así como el sobrecupo de los servicios de urgencias es uno de los principales factores que afectan la calidad de la atención en salud, demostrando un incremento de eventos adversos asociados a la atención e incluso un impacto en la mortalidad, retrasos en traslados y tratamientos, lo que ha llevado a una sobreocupación permanente que impacta significativamente en la calidad del servicio prestado dentro de las salas de urgencia (Martínez y Merchan, 2017). A su vez, demostrando que la ineficiencia en el proceso de atención en el servicio de urgencias impacta en la mortalidad, incluyendo si se trata de un día entre semana, fin de semana diurno o nocturno, sin identificar elementos específicos, sin embargo, se debe considerar las características propias de los pacientes, así como la disponibilidad menor de personal en algunos horarios, experiencia limitada y accesos limitado a ayudas diagnósticas. Es por esto que en busca de la atención en alta calidad y la necesidad de últimas tecnologías en salud, el ingreso de paciente a las instituciones de alta complejidad ha llevado a un sobrecupo permanente.

Rodríguez, et al. (2018), plantean que el uso de los servicios de urgencias está influenciado por la relación entre: características demográficas, condición de afiliación al sistema de salud y clasificación del Triage; si bien denotamos que Colombia es un país en vía de desarrollo que no en todos los territorios nacionales la población no accede a esos servicios por el difícil acceso dado por el nivel socioeconómico, condiciones de vías de acceso, entre otras, asociado a estos incluso muchos de ellos no cuenta aún con un servicio de afiliación, sabiendo que tienen derecho a ellos o por desconocimiento e incluso por la poca red de servicios de atención en salud en el entorno donde se desarrollan, de otro modo otros pueden acceder pero a un servicio de atención I nivel donde incluso sus patologías no implican un estudio dentro del mismo servicio de urgencia pero que si se requería seguimiento de este y estudios de forma ambulatoria y por muchos factores ya mencionados no se realice dicho manejo.

Por otro lado, Loría, Flores, Marquez y Valladares (2010), plantean que el uso inadecuado del servicio de urgencias está por arriba de lo informado internacionalmente. Los factores asociados podrían resolverse al mejorar los procesos de las unidades de primer nivel. Dando solución a problemáticas a los servicios de atención una de las estrategias sería el mejoramiento a los procesos de atención de I NIVEL que son en su mayoría pocos e ineficientes para cobijar la atención de las poblaciones, de igual forma no resuelven la problemática de la población, por lo que estos no alcanzan a su vez a llevar a una atención de control oportuna, llevan a distender los procesos y conllevan a congestionar los centros de II nivel para resolver dicho problemas que son de su manejo, generando a su vez en la población una educación en la atención de salud inadecuada con impactos negativos y llevando a reducir oportunamente la resolución de la enfermedad y previniendo la muerte.

Contrario a esta, Molano, et al, (2016), consideran que el porcentaje elevado de consultas directas a urgencias se dan por búsqueda de segundas opiniones, acceso más oportuno a tecnologías y profesionales, inconvenientes económicos, teniendo en cuenta que los servicios de urgencias son libres de pago de cuotas que limitan el acceso en la mayoría de países y su funcionamiento se encuentra respaldado por el Estado y por la cercanía al sitio de residencia de los usuarios, lo que hace que se reste tiempo valioso en el proceso de atención de aquellos pacientes que cursan con patologías urgentes y desconoce las puertas de acceso primario que proponen globalmente los sistemas de salud.

Según Rodríguez, Rodríguez y Corrales (2015), expresan que el principal motivo referido fue la dificultad para obtener un turno con un centro de atención primaria, esto denota la poca accesibilidad a los servicios de atención primaria para garantizar atención oportuna a la población colombiana. Esto nos confirma que en Colombia que a pesar de cobijar a la población con el derecho a la atención en servicios de salud aún se hace imposible brindar accesibilidad a la totalidad de estos.

Para Restrepo, Jaén, Espinal y Zapata (2017), dicen que se han desarrollado estrategias para reducir la saturación de los servicios de urgencias, especialmente en las unidades de mayor complejidad. Para ello, se han desarrollado mesas de trabajo conformadas en la Comisión de Urgencias de la Secretaría de Salud, el Centro Regulador de Urgencias y el Centro Integrado de Gestión al Acceso en Salud (CIGA). Estos programas han desarrollado soluciones de entrada o flujo, pues las estrategias que se han generado o promovido son el aumento de la oferta de atención médica en las EPS, aumento de su calidad y remisión de pacientes con bajos niveles de riesgo (trages IV y V). El programa (CIGA), al integrar un centro de referencia, ha permitido gestionar de manera oportuna citas médicas para aquellos pacientes que van a urgencias, pero cuya situación de salud no representa un riesgo para su vida y no requieren una atención inmediata. Esto nos afirma que habría que buscar estrategias que faciliten y mejoren la atención a los servicios de salud que impactan en el proceso de salud y enfermedad para facilitar a garantizar a una atención en salud oportuna, eficiente y con calidad, que impacta además en la forma de acceso a dichos servicios a los cuales sería la mejor ruta para cada uno de los pacientes.

Es por esto que nos lleva a plantear que es necesario investigar cuál es la demanda y la calidad de atención de dicho servicio. Se ha podido observar mediante la experiencia propia, que en la guardia concurren pacientes con diversas afecciones, de las cuales podríamos decir que no son urgencias, ni emergencias. En esta problemática se cabe destacar el estrés que genera al personal sanitario (enfermeros y médicos) la asistencia de la “no urgencia”.

### Referencias bibliográficas

- Kerguelén, Carlos (2008). Calidad en salud en Colombia. Los principios. Colombia: Programa de Apoyo a la Reforma de Salud – PARS. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/calidad-salud-colombia-principios-2008-pars.pdf>
- Loría-Castellanos, J., Flores-Maciel, L., Márquez-Ávila, G. y Valladares-Aranda, M. (2010). Frecuencia y factores asociados con el uso inadecuado de la consulta de urgencias de un hospital. *Cirugía y Cirujanos*, 78 (6), 508-514. ISSN: 0009-7411. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66220323008>
- Molano Gutiérrez, F. R., Escobar Grisales, C. M., García Vargas, M. A., Salazar Molina, P. A., Mejía Venegas, L. C., & Jiménez Barbosa, W. G. (2016). Motivos de uso de los servicios de urgencias. *Acta Odontológica Colombiana*, 6(1), 123-136. Recuperado a partir de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/58854>.
- Ministerio de Salud y Protección Social (1994). RESOLUCIÓN 5261 DE 1994. Por el cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Disponible en [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%205261%20DE%201994.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%205261%20DE%201994.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social (1994). DECRETO 412 DE 1992. Por el cual se reglamenta parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 40.368. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/Decreto-412-de-1992.pdf>
- Martínez, E. y Merchán, C. (2017). Evaluación del impacto de un nuevo modelo de atención de urgencias en un hospital de cuarto nivel. Tesis Especialista en Medicina de Emergencias. Universidad del Rosario. Bogotá. Colombia. Disponible en <https://repository.urosario.edu.co/items/4f5af3d0-24d0-452b-9a72-d74d33908da7>
- Restrepo-Zea, J., Jaén-Posada, J., Espinal, J. y Zapata, P. (2017). Saturación en los servicios de urgencias: análisis de cuatro hospitales de Medellín y simulación de estrategias. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. V. 17 N. 34. DOI <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps17-34.ssua>
- Rodríguez-Páez, Fredy Guillermo, Jiménez-Barbosa, Wilson Giovanni, & Palencia-Sánchez, Francisco. (2018). Uso de los servicios de urgencias en Bogotá, Colombia: Un análisis desde el Triage. *Universidad y Salud*, 20(3), 215-226. <https://doi.org/10.22267/rus.182003.124>