

ARTICULO DE INVESTIGACIÓN

INFLUENCIA DE LA CALIDAD EN LA HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE INSTITUCIONES DE SALUD

INFLUENCE OF QUALITY ON HUMANIZATION IN THE EMERGENCY SERVICES OF HEALTH INSTITUTIONS

Andrea Moreno¹, Luis Jiménez², Marco Márquez³, Johao Jiménez⁴

Recibido: 15 de Junio de 2024.

Aprobado: 15 de Noviembre de 2024

RESUMEN

Objetivo. El constructo investigativo permitió evaluar estrategias para mejorar tanto la oportunidad como la calidad de la atención brindada y humanizada en el servicio de urgencias (SU). **Metodología.** El estudio se apalanco en el positivismo como filosofía, con metodología cuantitativa, y un enfoque exploratorio, descriptivo, la estrategia investigativa basada en la recolección de información retrospectiva del servicio de urgencias de la empresa Social del Estado (ESE) Hospital Emiro Quintero Cañizares (HEQC) durante el año 2022 y el primer semestre del año 2023, utilizando el informe "Ingresos" del sistema de información Kubapp (software administrativo y financiero ERP en la nube); realizando evaluación de los diferentes procesos como triage, consultorio clínico, trauma, urgencias obstétricas y pediátricas y se caracterizó 5 indicadores de calidad para monitorizar la oportunidad de la atención del servicio de urgencias. **Resultados.** Con la información consultada, se logró estimar el número de consultorios de Triage y asistenciales necesarios, como plan de mejora y ampliación de la institución por débil capacidad instalada por la demanda del SU. **Conclusiones.** Dado que el sistema de Triage colombiano, no establece metas de cumplimiento para las categorías de Triage, se determinó con base a las clasificaciones de Triage internacionales y el funcionamiento actual de la ESE-HEQC la creación de la guía de Triage para el personal asistencial.

1 MD, BSc Grupo de Investigación ESE HEQC.

2 Dr. Ciencias Gerenciales. Posdoctor en Investigación Emergente- Mag. En Gestión y Desarrollo de Empresas Sociales- Especialista en Control Interno- Administrador de Empresas. Investigador Asociado Minciencias. Integrante del grupo de Investigación GTN de la Fundación de Estudios Superior Comfanorte, lualf0115@gmail.com

3 Docente investigador, Universidad Nacional Abierta y A distancia UNAD, Bogotá, Colombia.

4 Estudiante de Medicina Fundación Universitaria San Martín, Sabaneta (Ant.), Colombia; Grupo Investigación ESE HEQC.

Cómo citar este artículo: Moreno-Arias Andrea , Jiménez-Rodríguez Luis, Márquez-Gómez Marco, Jiménez-Ospina Johao, Influencia de la calidad en la humanización en los servicios de urgencias de instituciones de salud. Revista Ciencias Básicas En Salud, 2(4):50-77 , Diciembre 2024, ISSN 2981-5800.



Palabras clave. Calidad de la Atención de Salud, Humanización de la atención.

Abstract

Aim. The research construct allowed us to evaluate strategies to improve both the opportunity and the quality of care provided and humanized in the emergency department (ED). **Methodology.** The study leveraged positivism as a philosophy, with quantitative methodology, and a descriptive approach, the investigative strategy based on the collection of retrospective information from the emergency service of the State Social Enterprise (ESE) Hospital Emiro Quintero Cañizares (HEQC) during the year 2022 and the first half of the year 2023, using the "Revenue" report from the Kubapp information system (ERP administrative and financial software in the cloud); evaluating the different processes such as triage, clinical office, trauma, obstetric and pediatric emergencies and 5 quality indicators were characterized to monitor the timeliness of emergency service care. **Results.** With the information consulted, it was possible to estimate the number of Triage and healthcare clinics necessary, as a plan to improve and expand the institution due to weak installed capacity due to ED demand. **Conclusions.** Given that the Colombian Triage system does not establish compliance goals for Triage categories, the creation of the Triage guide for healthcare personnel was determined based on international Triage classifications and the current operation of the ESE-HEQC.

Key words. Quality of Health Care, Humanization of care.

Introducción

Los servicios de urgencias (SU) de los hospitales son una de las puertas de entrada al sistema sanitario y desempeñan un papel fundamental, ya que a menudo no pueden garantizar una respuesta eficiente y de alta calidad a los ciudadanos. De particular preocupación es el hecho de que la mayoría de las visitas al servicio de urgencias se consideran no urgentes o inapropiadas y se clasifican como de baja complejidad en diferentes países del mundo [1]. Uno de los principales desafíos en los últimos tiempos ha sido evitar la sobrepoblación de los servicios de urgencias. El hacinamiento se debe a múltiples factores, los más relevantes

son: mal flujo de salida de los SU hospitalarios, camas insuficientes, que no permiten el traslado de los pacientes que requieren ingreso hospitalario, y escasez de personal de salud. El colapso de los SU provoca retrasos en el diagnóstico y en el inicio del tratamiento, lo que se relaciona con un aumento de la morbilidad porque provoca un retraso en el inicio de las prescripciones y la administración de antibióticos y analgesia. Cabe añadir que la saturación de urgencias provoca errores y aumenta la estancia hospitalaria y los costes. El hacinamiento en los servicios de urgencias es consecuencia de la mala

Cómo citar este artículo: Moreno-Arias Andrea , Jiménez-Rodríguez Luis, Márquez-Gómez Marco, Jiménez-Ospina Johao, Influencia de la calidad en la humanización en los servicios de urgencias de instituciones de salud. Revista Ciencias Básicas En Salud, 2(4):50-77 , Diciembre 2024, ISSN 2981-5800.



calidad de la atención en la atención al paciente [2] [3] [4].

En el ámbito hospitalario, citando a [5], el triage se introdujo en la década de 1960 debido a un aumento de la población que acudía a los servicios de urgencias. Se creó un sistema de categorización de cinco niveles, ya que esto permitió una clasificación muy precisa de los pacientes. Por otra parte, según [6] el triage proporciona al paciente un nivel de priorización en la atención clínica con el objetivo de identificar a los pacientes más graves, que requieren las intervenciones y pruebas diagnósticas o terapéuticas más adecuadas y rápidas para resolver el problema de salud. Al respecto, existen diferentes escalas validadas que permiten clasificar a los pacientes a su llegada al SU como: Australasian Triage Scale (ATS), Canadian Triage & Acuity Scale (CTAS), Emergency Severity Index (ESI), Manchester Triage System (ETS) y Andorran. Modelo de Triage / Sistema Español de Triage (MAT/SET; [6]; [7]. De acuerdo con [8] generalmente, se ha recomendado el uso de escalas de estratificación de riesgo de cinco niveles porque son más confiables y válidas para evaluar el estado clínico de los pacientes.

En ese orden, el escenario invariable del SU es el de camas completamente llenas, pacientes colocados en pasillos, salas de espera llenas con pacientes esperando atención durante horas mientras el personal se siente

apurado y estresado [9]. Las consecuencias son graves señala [10], pacientes que abandonan el servicio de urgencias antes de ser atendidos, dispersión de las ambulancias y bloqueo del acceso al servicio médico, aumento de la estancia en el servicio de urgencias y en el hospital, riesgo de iatrogenesis, retraso en el tratamiento y recuperación del paciente, mayores tasas de morbilidad y mortalidad, mayores costos operativos y menor satisfacción del paciente.

Asimismo, aunque se manifiesta en los servicios de urgencias de forma dramática e inhumana, el hacinamiento es un problema sistémico interconectado con otras dificultades en la atención sanitaria [11]. De ese modo [12], idearon un marco teórico que permite el análisis de la sobrepoblación en los SU utilizando tres componentes estructurales: entrada, rendimiento y salida. Los datos de entrada se refieren al volumen y tipo de atención solicitada en el servicio de urgencias; el resultado se refiere al alta de los pacientes a otro centro de atención; y el rendimiento se refiere a cuestiones y gestión internas del SU [13].

Desde este punto de vista, la saturación de los SU es un proceso sistémico complejo causado por cuellos de botella específicos, tanto en los SU cómo en la atención primaria, en el propio hospital y en la red asistencial en su conjunto [14].

Actualmente, las instituciones de salud muestran una necesidad urgente de fortalecer el derecho y garantizar la accesibilidad a servicios de salud con rostro humano. Así, el cuidado humanizado es una forma de elevar la calidad de los servicios de salud brindados por los profesionales de la salud, quienes deben crear un ambiente seguro, con trato digno para el paciente, la familia y la comunidad. El impacto en la humanización del cuidado en el SU, es un elemento esencial para lograr la promoción del bienestar durante los procesos de atención dentro de los sistemas de salud debido a que el ambiente hospitalario está inmerso en un desequilibrio de emociones producto del sufrimiento y la ansiedad que padece la persona enferma y su familia [15]. La atención oportuna y de calidad marca la diferencia entre la vida y la muerte de los pacientes que ingresan al servicio de urgencias. Sin embargo, la alta demanda de usuarios, el límite de su capacidad, la interacción de sus procesos internos, lo hace susceptible a problemas como el hacinamiento, la baja satisfacción de los usuarios y el aumento en los desenlaces no deseados. La ESE-HEQC no es ajena a esta situación,

De acuerdo con lo anterior, una de estas mejoras es la implementación del triage avanzado (TA). La TA es un concepto poco definido en la literatura, pero en principio se entiende como la aplicación de protocolos o guías de práctica clínica, previamente

consensuadas por todo el equipo multidisciplinar, donde la enfermera actúa de forma autónoma tras un triage inicial en el que se han asignado los pacientes, un nivel de prioridad. Esto significa que a partir de estos protocolos se pueden dar dos acciones, brindando una atención segura y de calidad a los pacientes. Señala [16] la primera actuación sanitaria está contemplada en el ámbito de la responsabilidad de enfermería y sin actuación médica. La enfermera realiza una evaluación integral y enfocada para orientar el problema de salud (diagnóstico de enfermería), y realiza intervenciones (farmacológicas y no farmacológicas) adecuadas para resolver completamente el problema de salud. La segunda acción es una valoración integral del paciente que permite solicitar pruebas diagnósticas y orientar el problema de salud (sospecha diagnóstica), pero su abordaje requiere no sólo de intervención enfermera sino también médica. Sólo se harán derivaciones al médico cuando, según criterio de la profesional enfermera, sea necesaria una evaluación médica. Esto ocurre principalmente cuando el paciente presenta complejidad diagnóstica o terapéutica [3].

Así las cosas, los servicios de urgencias son susceptibles a recibir demandas que superan los recursos del servicio, surge la necesidad de clasificar a los usuarios para priorizar la atención de aquellos cuyo estado

Cómo citar este artículo: Moreno-Arias Andrea , Jiménez-Rodríguez Luis, Márquez-Gómez Marco, Jiménez-Ospina Johao, Influencia de la calidad en la humanización en los servicios de urgencias de instituciones de salud. Revista Ciencias Básicas En Salud, 2(4):50-77 , Diciembre 2024, ISSN 2981-5800.



clínico no permita una espera prolongada [17]. Por lo que, el Ministerio de Salud Colombiano, con el objetivo de “disminuir el riesgo de muerte, complicaciones o discapacidad de los pacientes que acuden a los servicios de urgencia” [18] y de buscar mejorar los tiempos de atención y promover una atención oportuna a los pacientes en estado crítico, definió en la resolución 5596 de 2015 los criterios técnicos para clasificar a los pacientes de acuerdo al riesgo que su condición clínica representa para la vida, miembro u órgano; y las intervenciones que requiera. Este sistema de clasificación, también conocido como Triage, busca que, al etiquetar a los pacientes por categorías, luego de ingresar al servicio de urgencias, se priorice la atención de aquellos con mayor gravedad y riesgo, y de esta manera se disminuya los desenlaces adversos asociados con la falta de una atención oportuna [18].

Triage en Colombia

El sistema de Triage establecido por el ministerio de salud en Colombia, debe evaluar de forma consecutiva si el paciente corresponde a la categoría de Triage I, que implica atención inmediata. En caso contrario, se evalúa si pertenece al Triage II, tiempo de atención menor a 30 minutos, y así sucesivamente, hasta llegar a la categoría de Triage V, que corresponde a la de menor prioridad. Para los Triage III, IV y V cada

institución prestadora de servicios de salud debe establecer sus tiempos medios de atención y comunicárselos a los usuarios. A continuación, se detallan los criterios que por ley deben seguir los servicios de urgencias para establecer el Triage de cada paciente [18].

En primer lugar, los pacientes clasificados como Triage I son aquellos que requieren maniobras de reanimación o los que la ley a catalogado como Triage I (víctimas de violencia sexual), lo que implica que su atención debe ser inmediata debido a que el tiempo de respuesta es un factor crítico que puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte; [18]. Por otro lado, los pacientes clasificados como Triage II presentan un alto riesgo de deterioro en su condición clínica o de pérdida de vida, miembros u órganos, por lo tanto, el tiempo de atención no deben superar los 30 minutos en esta categoría. A su vez, los pacientes clasificados como Triage III, son aquellos que ingresan en estado estable, pero requieren recursos de urgencia, ya sea para diagnóstico o tratamiento, y de no recibirlos, existe el riesgo de un empeoramiento en su condición clínica [18].

Por su parte, los pacientes catalogados como Triage IV no presentan alteraciones significativas en su estado general ni un riesgo evidente de pérdida de vida, órganos o miembros, pero aun así existe el

riesgo de complicaciones si no reciben la atención necesaria. Finalmente, el Triage V se refiere a aquellos pacientes cuya condición clínica no presenta un riesgo evidente para la vida, la función de los órganos o los miembros, y no presentan alteraciones en su estado general [18].

Otros sistemas de Triage

De la misma forma que en Colombia, a lo largo del mundo se han establecido varios sistemas de Triage, los cuales son sistemas dinámicos, cuyos algoritmos de clasificación se van mejorando a partir de los resultados de su uso, todo con el objetivo de mejorar los resultados clínicos de los pacientes asociados con una atención oportuna. En la actualidad, los cinco modelos de Triage más implementados en el mundo son la Australian Triage Scale (ATS), la Canadian Emergency Department triage and Acuity Scale (CTAS), el Manchester Triage System (MTS), el Emergency Severity Index (ESI) y el Sistema Español de Triage (SET) [17]. Cada uno de esos sistemas han establecido los tiempos de atención por cada categoría, dependiendo de las características de su propio sistema de salud, además, para cada uno de ellos existe variación de la forma como se realiza el Triage.

Evaluación de la calidad del Triage

Los sistemas de Triage actuales, basados en cinco categorías, fueron planteados a partir de los años 90 en

los países anglosajones, debido a que los sistemas anteriores de cuatro categorías no demostraron ser eficaces ni validos [11]. A pesar de que el Triage no es un sistema para generar diagnósticos, debe ser capaz de identificar aquellos usuarios que de no ser atendidos de forma prioritaria tiene un mayor riesgo de complicaciones y muerte (Ramírez et al., 2015). No obstante, los objetivos de Triage, no se cumplen a cabalidad, por ejemplo, en Estados Unidos solo el 31% de los servicios de urgencias cumplió con el objetivo de tiempos de atención desde la clasificación de Triage estipulados. Por lo que, es fundamental la medición de factores como el tiempo entre que el usuario ingresa al servicio y es clasificado en Triage, el tiempo de duración de la consulta de Triage, el tiempo entre el Triage y la atención médica y el índice de pacientes que sin ser vistos por el médico abandonan el servicio sin autorización (independientemente si fueron o no clasificados por Triage), para medir la calidad del sistema de Triage [17].

El Consejo de Ética de la ESE HEQC de Ocaña aprobó este estudio. Por este motivo es necesario responder a la siguiente pregunta: ¿Cómo se puede influenciar en el mejoramiento de calidad y humanización, en donde aumente la satisfacción del cliente que consulta en el servicio de urgencias del hospital?

Desde la prospectiva literaria, la formación humanista de los profesionales de la salud ha dado lugar a interpretaciones muy diferentes, incluida la comprensión de las “humanidades médicas” (HM). Estos van desde posiciones que presentan la HM como una disciplina que se sitúa entre la técnica objetiva y la actitud ética compasiva [19], hasta enfoques interdisciplinarios que ayudan a integrar e interpretar las experiencias humanas de la enfermedad [20], comprendiendo la condición humana de la salud, la enfermedad y la práctica médica [21]. La inclusión de las humanidades en la educación médica puede ofrecer importantes beneficios potenciales a los futuros médicos individuales y a la comunidad médica. En ese sentido, el término humanización tiene una connotación ética, pues se refiere a la evaluación de las acciones humanas según valores y, específicamente, al trato hacia los demás en las diferentes relaciones humanas. En el ámbito de la atención en salud, un modelo probado y publicado recientemente [22] definió la humanización como “un conjunto de competencias personales que permiten el desarrollo del ejercicio profesional en el ámbito de la salud, respetando y garantizando la dignidad y el respeto de los seres humanos.

Por otra parte, el término "humanización de la atención en salud" (HAS) se originó en la literatura científica [23], pero actualmente no

existe un consenso claro sobre su definición [24]. El término HAS implica la consideración de las partes interesadas involucradas en la atención sanitaria, como los propios pacientes, los cuidadores de los pacientes, los profesionales de la salud y los responsables políticos, así como la interacción entre todos ellos [25]. Sin embargo, los futuros proveedores de atención médica, es decir, los estudiantes actuales de atención médica, no se incluyen entre ellos.

Esta ausencia es llamativa. Ya en el siglo XIX, William Osler acuñó la frase “El buen médico trata la enfermedad; el gran médico trata al paciente que tiene la enfermedad” [26]. Últimamente, Ronnie Mac Keith, en su ensayo "La tiranía de la idea de cura", advirtió que "los pacientes no son vehículos desinteresados de enfermedades interesantes"[24]. Por lo tanto, esta preocupación está en la raíz de la formación de los futuros profesionales de la salud, destacando la importancia de abrazar la incertidumbre y restablecer el equilibrio integral entre las ciencias y las humanidades.

En cuanto a las habilidades y actitudes del personal sanitario, éstas están vinculadas a los códigos éticos que regulan la relación asistencial con los pacientes y sus familiares. Sin embargo, la competencia en la humanización del cuidado, además de

la competencia ética, incluiría competencias psicológicas como la competencia empática (estrechamente vinculada a la competencia ética). El concepto de empatía hacia el paciente, el respeto por la dignidad del paciente y la consideración por el paciente como individuo han sido citados en varios estudios como aspectos fundamentales de esta "atención humanizada" [25]. Por otro lado, el concepto de sensibilidad moral, definida como la capacidad de ser consciente de que las propias acciones pueden afectar a otras personas, también se ha relacionado con el concepto de humanización [27].

Asimismo, el movimiento de humanización en el SU debe adoptar principios de atención centrados en la persona para proporcionar una visión holística que abarque a todos los actores involucrados en el proceso de atención, así como sus interacciones mutuas, por ello describimos los siguientes conceptos:

Persona: Designa a un individuo de la especie humana, hombre o mujer, que, considerado desde una noción jurídica y moral, es también un sujeto consciente y racional, con capacidad de discernimiento y de respuesta sobre sus propios actos [28].

Dignidad: dignidad humana significa que un individuo siente respeto por sí

mismo y se valora al mismo tiempo que es respetado y valorado. Implica la necesidad de que todos los seres humanos sean tratados en un pie de igualdad y que puedan gozar de los derechos fundamentales que de ellos derivan [29].

Usuarios: Se llama generalmente cliente o usuario como término genérico al destinatario de alguna acción, puede ser cualquier persona u organización que recibe el output o salida del proceso, directa o indirectamente, asimismo, es aquel que de manera habitual haga uso de un determinado servicio, independientemente del sector en el que se encuentre ese producto, o servicio [30].

Derecho a la salud: Bogotá, Colombia 1948, artículo XI: "Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad".

Humanización en salud: Según [31], es aquel que se acerca al enfermo desde una perspectiva integral de lo científico y lo humano. Considerar al ser humano en un sentido holístico, es decir en su dimensión física, emocional, racional, espiritual, social e intelectual.

Atención humanizada: Esta interacción se da mediante cualquier canal de contacto que disponga tu empresa para acercarse a los clientes. Puede tratarse de un centro de atención telefónica con un equipo entrenado para brindar la mejor atención a los usuarios. Pero no se limita sólo a la interacción con humanos, lo ideal es ofrecer un servicio automatizado de atención, personalizado y eficaz [32].

La humanización del cuidado: Es un elemento esencial para lograr la promoción del bienestar durante los procesos de atención dentro de los sistemas de salud debido a que el ambiente hospitalario está inmerso en un desequilibrio de emociones producto del sufrimiento y la ansiedad que padece la persona enferma y su familia [15].

Material y método

Esta investigación científica adopta un método de datos secundarios; cuya fuente fue recolectada en la data del SU de la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares (ESE HEQC). Este estudio no requirió aprobación ética, ya que incluye información de pacientes registrados disponible gratuitamente en el dominio público y el análisis de conjuntos de datos de fuente abierta, donde los datos están

Humanización: Humanizar la sanidad significa personalizar la atención, porque detrás de cada enfermedad hay una persona que está viviendo su experiencia de una manera determinada y tiene que incorporarlo en su vida. El cuidado humanizado requiere considerar a los pacientes como personas [31].

Deshumanización:

La deshumanización médica, aceptada como un proceso evidente en la medicina contemporánea, consiste en el trato al paciente como a un objeto, sin considerar sus rasgos personales e individuales, prescindiendo de sus sentimientos y valores [31].

adecuadamente anonimizados de 135,337 pacientes.

De esta manera, los autores de este artículo realizaron un estudio exploratorio, descriptivo, con la estrategia investigativa basada en la recolección de información retrospectiva, cuantitativa, sustentado en un paradigma positivista; donde destaca [33] que los investigadores exploratorios deben tener "flexibilidad a la hora de buscar datos y una mentalidad abierta sobre dónde encontrarlos". Mientras que [34]

Cómo citar este artículo: Moreno-Arias Andrea , Jiménez-Rodríguez Luis, Márquez-Gómez Marco, Jiménez-Ospina Johao, Influencia de la calidad en la humanización en los servicios de urgencias de instituciones de salud. Revista Ciencias Básicas En Salud, 2(4):50-77 , Diciembre 2024, ISSN 2981-5800.



sugiere que el investigador descriptivo puede utilizar técnicas que permitan que el elemento investigado se presente como si no estuviera bajo estudio. En ese orden, para realizar el análisis de datos, se consideraron únicamente los registros de pacientes ingresados en el SU durante el año 2022 y el primer semestre del año 2023, cuya atención fueron en las Salas de Recepción con Clasificación de Riesgo, Consultorio clínico, Sala de Trauma, Observación, Hospitalización y Remisiones; además, se utilizó la base de datos denominada "oportunidad-Triage-Consulta", la cual contiene información sobre el número de ingreso del usuario, su grupo etario y los tiempos de ingreso, Triage y atención de aquellos usuarios cuyas historias de atención han sido diligenciadas por el personal médico de un hospital público de referencia en urgencia y emergencia ESE HEQC.

Resultados y Discusión

El SU se divide en los departamentos de urgencias ginecobstetricias, urgencias pediátricas, urgencias generales y el área de expansión de urgencias. Este último se habilitó como respuesta a la pandemia del virus SARS-CoV-2 y se encuentra ubicado en otra área del hospital. Los demás departamentos del servicio de urgencias están ubicados de forma contigua en el mismo bloque hospitalario y cuentan con un acceso común para los usuarios consultantes.

Su capacidad instalada del SU general cuenta con un área de trauma y consultorios para la atención médica, así como distintas áreas de observación para la estadía temporal de los usuarios, también conocidas como área de transición, mencionadas en la descripción de la Ilustración 1. En promedio, dispone de 18 sillones individuales para la espera de atención inicial de los usuarios que ingresan al área, junto con 45 camas hospitalarias o camillas con barandas habilitadas. Finalmente, se describe su ubicación, además entre paréntesis se expone el número con el que es identificado por el servicio asistencial.

- Cuidados especiales: 3 camas (cuidados 1, 2 y 3).
- Primera sala de observación: 5 camas (1-5).
- Observación hombres: 9 camas (11-19).
- Observación mujeres: 8 camas (21-28).
- Pasillo: 17 camillas (6, 7, 8, 9, 10, 20 y de la 29 a la 39)

Además, siempre se encuentra una camilla adicional en el área de la sala de espera de Triage en caso de que algún paciente necesite ser ingresado en esta a alguna de las áreas de atención. En ese orden, existen actores en el SU de la ESE-HEQC interactúan tanto personal asistencial como personal administrativo y su coordinación permite llevar a cabo los procesos necesarios para la adecuada atención de los pacientes, como son:

Cómo citar este artículo: Moreno-Arias Andrea , Jiménez-Rodríguez Luis, Márquez-Gómez Marco, Jiménez-Ospina Johao, Influencia de la calidad en la humanización en los servicios de urgencias de instituciones de salud. Revista Ciencias Básicas En Salud, 2(4):50-77 , Diciembre 2024, ISSN 2981-5800.



Celadores o personal de celaduría, Auxiliar de traslado, personal de ingreso o facturación, personal del centro de regulación de Urgencias y Emergencias (CRUE), personal asistencial por licenciadas de Enfermería, Auxiliares de Enfermería, Psicología, Trabajo social, Fisioterapia Médicos generales, Especialistas Médicos, y Los médicos internos, son los estudiantes de último año de medicina, los cuales se encuentran en la institución hospitalaria por contrato de docencia-servicio. Todas las funciones que estos realizan deben ser supervisadas por los médicos del área a la que fueron asignados y en general son funciones de apoyo al área asistencial o de formación.

Se debe resaltar, que los médicos especialistas varía su disponibilidad en el SU es decir especialidades como ortopedia, cirugía, medicina interna, neurocirugía, urología tienen disponibilidad 24 horas, mientras que las especialidades de Oftalmología, Otorrinolaringología, Cirugía maxilofacial, Cirugía vascular, Cardiología, Dermatología, Gastroenterología, Geriatria y Psiquiatria: cada una de las especialidades nombradas prestan servicios de consulta externa en la ESE-HEQC. A continuación, se detalla cada uno de los procesos operativos para la atención del paciente en el servicio de urgencias generales, señalados en la ilustración 1.

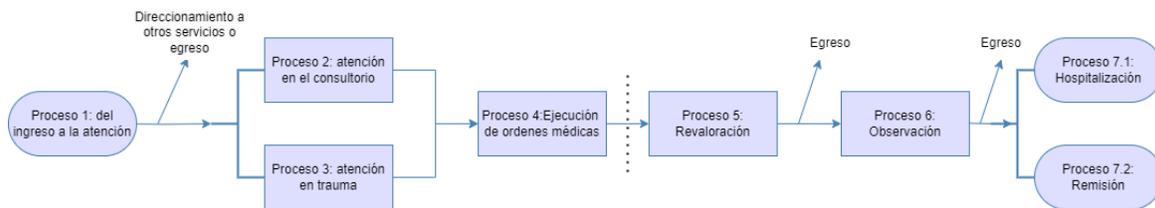


Ilustración 1. Flujo de procesos

En el Proceso 1 del ingreso hasta la atención, el paciente ingresa a la portería del servicio de urgencias hasta que inicia la atención por parte del médico para ser atendido en el área que le corresponde. Debido al funcionamiento del servicio de Triage, el proceso 1, es diferente en ambos turnos. Así mismo difiere según las áreas a las que sea direccionado el paciente. Ya que, en el caso de las pacientes con patología ginecobstetricia que son dirigidas inicialmente por el personal de ingreso

al área correspondiente, así como los pacientes que son dirigidos a trauma por el personal de celaduría debido a su condición clínica, el médico general del área es responsable de realizar tanto el proceso de Triage como la consulta inicial. Con base en esta información, clasifica al paciente en una de las 5 categorías de Triage y lo direcciona al área de atención que corresponda: trauma, consultorio, urgencias ginecobstetricias o urgencias pediátricas.

Cómo citar este artículo: Moreno-Arias Andrea , Jiménez-Rodríguez Luis, Márquez-Gómez Marco, Jiménez-Ospina Johao, Influencia de la calidad en la humanización en los servicios de urgencias de instituciones de salud. Revista Ciencias Básicas En Salud, 2(4):50-77 , Diciembre 2024, ISSN 2981-5800.



Asimismo, el servicio de Triage actuaba como un segundo filtro para remitir a los pacientes con síntomas respiratorios al área de expansión de urgencias, en caso de que el personal de ingreso no los hubiera direccionado

previamente. Sin embargo, actualmente, estas remisiones al área de expansión son poco frecuentes, ya que en su mayoría se derivan al área de consultorio o pediatría.

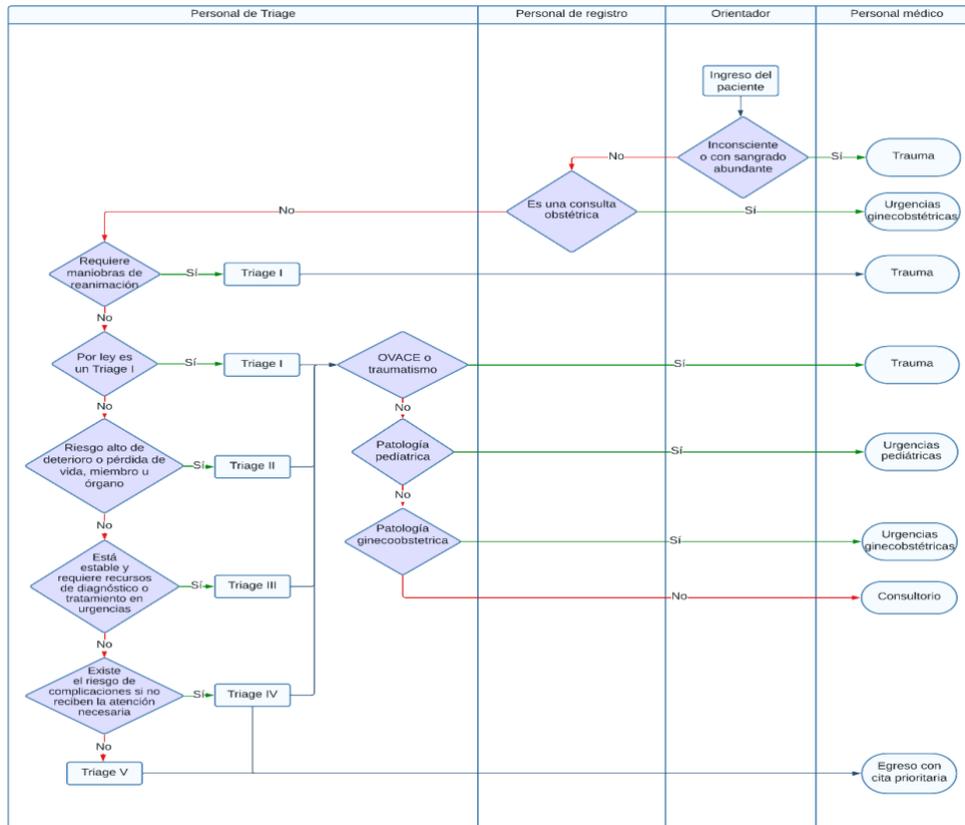


Ilustración 2. Flujograma proceso 1 en el turno diurno.



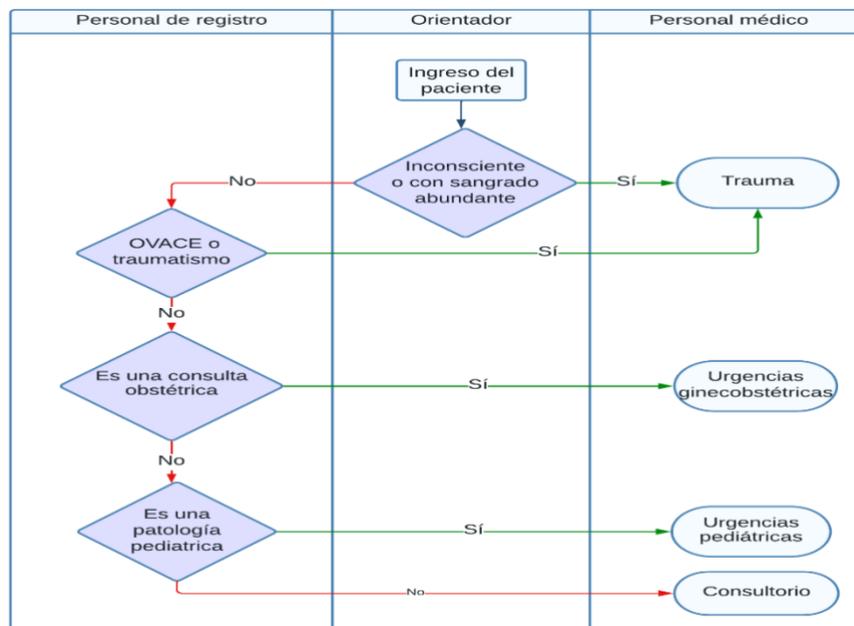


Ilustración 3. Flujograma proceso 1 en el turno nocturno.

Atención inicial en consultorio del proceso 2, el médico accede al sistema de información Kubapp para verificar la categoría de Triage asignada al paciente y revisar las especificaciones proporcionadas por la enfermera de Triage. Se da prioridad a los pacientes de acuerdo con su categoría de Triage y se los

llama en orden de clasificación. Posteriormente, para los pacientes en la misma categoría, el médico puede decidir llamar a un paciente en función de su grupo de edad, si hay algún factor relevante registrado en las notas de enfermería, o si las enfermeras le brindaron información con antelación de la condición del paciente que genere que se priorice su atención.

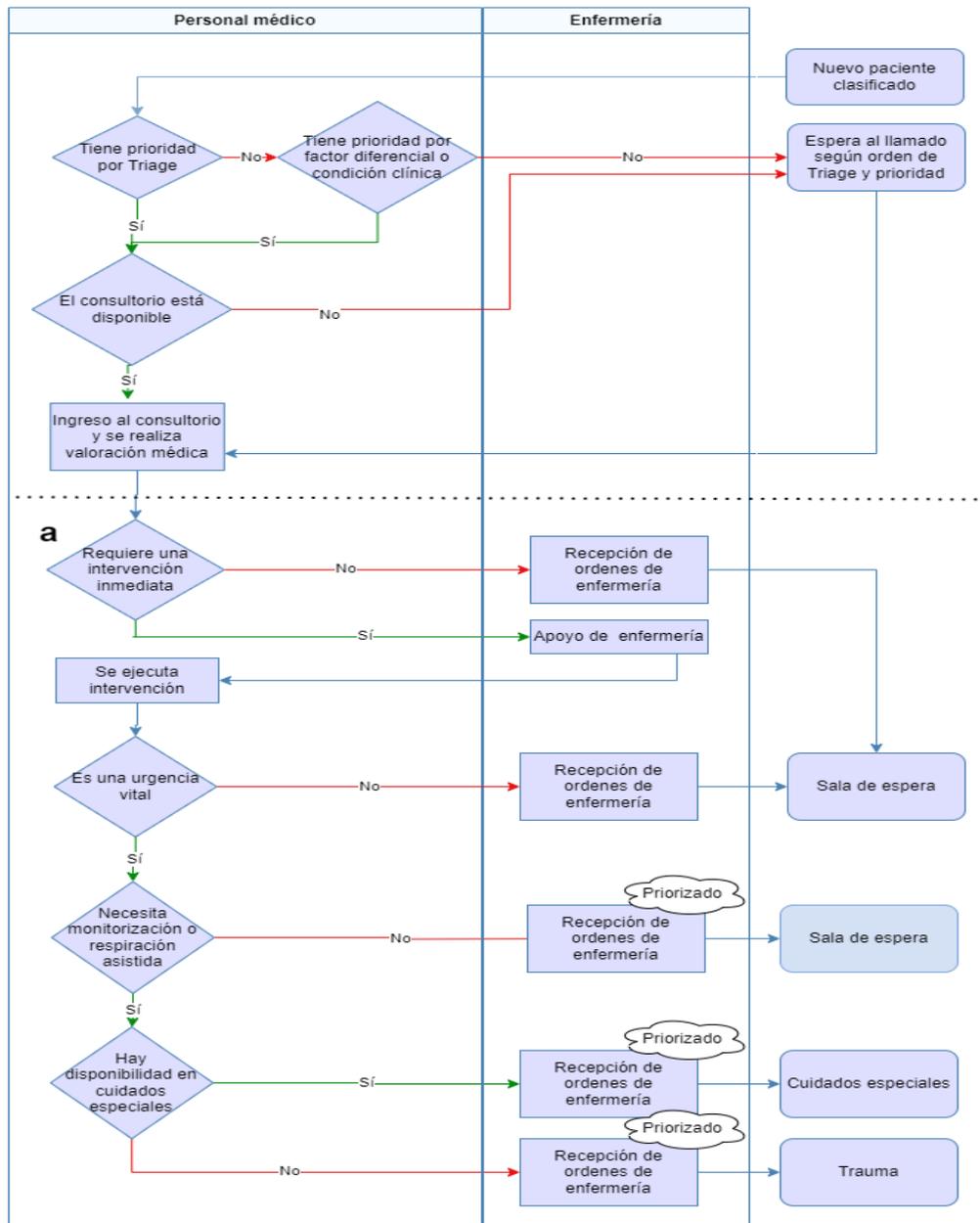


Ilustración 4. Flujograma proceso atención en consultorio

Por otra parte, la atención inicial en trauma, dentro del diagrama de flujo del proceso 3 corresponde a la 6, en él se expone el proceso que se sigue en los pacientes que ingresan de forma directa a trauma, en cualquiera de los

turnos. Para los pacientes con una clasificación previa de Triage, el proceso es similar al recibido en el área de consultorio. En ese sentido, la atención de emergencia cuando ingresa un paciente inconsciente al

área de trauma o con heridas con abundante sangrado, el médico realiza una evaluación completa de su estado clínico general. Si el paciente se encuentra en paro cardiorrespiratorio, se inician de

inmediato maniobras de reanimación y estabilización. El médico cuenta siempre con el apoyo de dos auxiliares de enfermería, y en situaciones de emergencia solicita la participación del profesional de enfermería

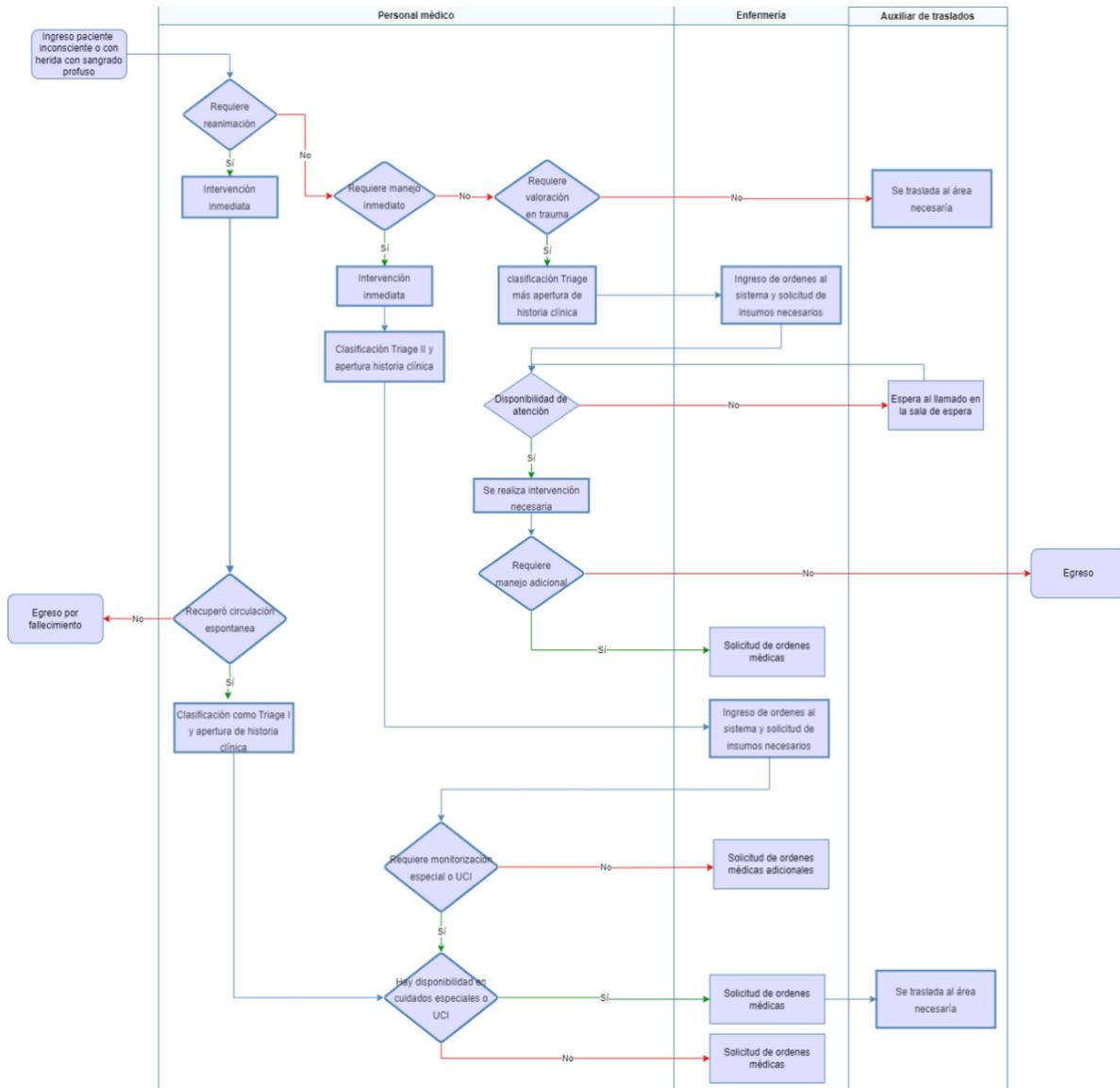


Ilustración 5. Diagrama de flujo proceso 3

Al respecto, en la recepción de órdenes medicas por enfermería hasta ejecución que hace parte del Proceso

4, el médico imprime las órdenes clínicas y se las lleva a la enfermera jefe la cual las recibe y las ejecuta. En

Cómo citar este artículo: Moreno-Arias Andrea , Jiménez-Rodríguez Luis, Márquez-Gómez Marco, Jiménez-Ospina Johao, Influencia de la calidad en la humanización en los servicios de urgencias de instituciones de salud. Revista Ciencias Básicas En Salud, 2(4):50-77 , Diciembre 2024, ISSN 2981-5800.



caso de que llegue un paciente con alta prioridad debido a su categoría de Triage o al estado al empeoramiento del estado clínico, el médico comúnmente se lo hace saber al profesional de enfermería para priorizar la atención en estos pacientes, y en cuestión de que no haya criterio de priorización se ejecutan en orden de llegada. A excepción de los pacientes en proceso de reanimación cardiovascular, en cuyo caso las maniobras de reanimación y el suministro de medicamentos para estabilizar al paciente son ejecutados de forma inmediata mediante órdenes verbales al personal de enfermería. En estos casos, después de estabilizar al paciente, estas órdenes son ingresados de forma retrospectiva en la historia clínica por parte del personal médico y enfermería. Las órdenes médicas comúnmente dadas en urgencias se detallan en: Toma de muestras y suministro de medicamentos; Realización de radiografías y ecografías; Realización paraclínicos (resonancia magnética o una tomografía); Realización de endoscopias digestivas

Asimismo, en el proceso 5 sobre la revaloración del médico, los que se encuentran en consultorio, en el turno diurno, se dividen sus funciones, en valoración por primera vez y revaloración. En el nocturno el médico cumple con ambas funciones. El médico encargado de revaloración monitorizara la hora de atención de los pacientes, y evaluara de forma reiterativa si ya se encuentra la lectura de paraclínicos, y si enfermería

administró los medicamentos. Una vez se cuente con los resultados de los paraclínicos y que el manejo médico inicial se haya efectuado, el médico revalorara a los usuarios que no requieren valoración por parte de los especialistas.

En el área de trauma el médico cumple con la función de la atención inicial, la reanimación y la revaloración. En el caso de los pacientes que requieren únicamente sutura, el médico una vez cuente con los implementos y la disponibilidad procede a llamar al usuario y realizar el procedimiento. Posteriormente da egreso con indicaciones y manejo ambulatorio. Para el resto de los casos procede de forma similar al médico de consultorio encargado de las interconsultas.

En el Proceso 6 que es Observación, donde todos aquellos pacientes que ingresan a este servicio son pacientes que ya tuvieron una evaluación previa y debido a su estado clínico necesitan permanecer en la institución hospitalaria para hacer una vigilancia clínica o en espera de cama en hospitalización, UCI o remisión. A todo esto, el proceso 6 de hospitalización y remisiones, una vez sea emitida la orden por parte del médico tratante, se inicia el proceso de búsqueda de cama en el área de hospitalización. En cuestión de no encontrarse una cama en el momento, se continúa con el paciente en observación a la espera de disponibilidad. En caso de que el paciente requiera hospitalización en algún servicio con mayor complejidad, se inicia el trámite para remisión. Este trámite se solicita en el centro de

centro de remisiones de emergencias y urgencias (CREU),

Indicadores de atención

La [11] define un indicador como la medición que refleja una situación determinada, estos son utilizados en

ámbitos de salud para monitorizar y generar propuestas para la mejora continua. En el servicio de urgencias de la ESE-HEQC, en el mes de mayo del 2023 se manejaban 5 indicadores de calidad para monitorizar la oportunidad de la atención del servicio de urgencias de forma mensual.

Tabla 1. Indicadores de calidad en urgencias originales

INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	METAS
1 Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II en el servicio de urgencias (minutos)	Mejorar las condiciones de acceso y la oportunidad en la prestación de servicios	Sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en Triage II y el momento en el cual es atendido el paciente / Total de usuarios atendidos en Triage II.	10 minutos
2 Tiempo promedio de espera para en la atención en consulta de Urgencias Triage II (minutos)	Mejorar las condiciones de acceso y la oportunidad en la prestación de servicios	Sumatoria del número de minutos transcurridos a partir de la clasificación de Triage II y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta de urgencias por parte del médico / Total de usuarios atendidos clasificados como Triage II en consulta de urgencias	20 minutos
3 Porcentaje de ocupación en urgencias	Mejorar las condiciones de acceso y la oportunidad en la Prestación de Servicios	Sumatoria de días estancia en urgencias en el período * 100 / Total de días estancia disponibles en urgencias en el período.	90%
4 Porcentaje de pacientes con estancias superiores a 24 horas en urgencias	Mejorar las condiciones de acceso y la oportunidad en la Prestación de Servicios	Número de pacientes con estancia superior a 24 horas*100 / Número total de pacientes en urgencias	0%
5 Oportunidad en la atención en consulta de urgencia	Evaluar el componente asistencial de oportunidad como insumo para determinar la accesibilidad y suficiencia de la oferta del servicio.	Sumatoria del número de minutos transcurridos entre la clasificación o Triage (I,II,III) y la atención posterior por parte del médico en el servicio de urgencias ----- x 100 Total usuarios atendidos en el servicio de urgencias	Triage I: inmediato Triage II < 30 minutos Triage III < 2 horas

Fuente: Elaboracion Propia

Cómo citar este artículo: Moreno-Arias Andrea , Jiménez-Rodríguez Luis, Márquez-Gómez Marco, Jiménez-Ospina Johao, Influencia de la calidad en la humanización en los servicios de urgencias de instituciones de salud. Revista Ciencias Básicas En Salud, 2(4):50-77 , Diciembre 2024, ISSN 2981-5800.



Los ingresos de usuarios o demandantes del SU en el año 2022, un registró un total de 89,610 ingresos. Para el análisis, se excluyeron los datos correspondientes a los ingresos en las áreas de urgencias, hospitalización y consulta externa de las sedes rurales. Como resultado, se considera que los 84,414 usuarios restantes corresponden a los ingresos en la sede principal del SU de la ESE-HEQC. Adicional, En el primer

semestre del 2023, se registraron 50,923 usuarios ingresados, de los cuales 8,347 ocurrieron en el mes de junio en todas las sedes de la institución.

De esta manera, se observa el comportamiento de los ingresos por mes para el año 2022 y 2023, evidenciándose un aumento en los ingresos en el 2023 con respecto al año anterior para cada periodo.

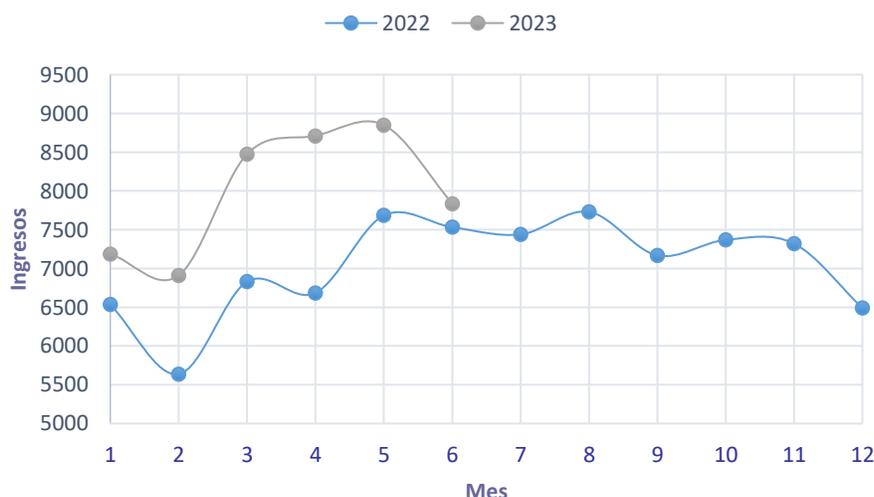


Gráfico 1. Ingresos por mes para el año 2022 y primer semestre 2023

Ingresos por día de la semana del año 2022 y el primer semestre del año 2023 en el Gráfico 2 se muestra el diagrama de cajas y bigotes En ambos subgrupos se realizó un análisis para determinar si existían diferencias significativas en el número de ingresos según el día de la semana. Para este análisis se utilizó el estadístico de Kruskal-Wallis, ya que se trata de

muestras independientes con una distribución diferente a la normal. Los resultados se pueden visualizar en la Tabla 1, debido a que en ambos grupos de datos analizados se cuenta con un valor de $p < 0.05$, hay una diferencia estadísticamente significativa en los ingresos según el día de la semana.

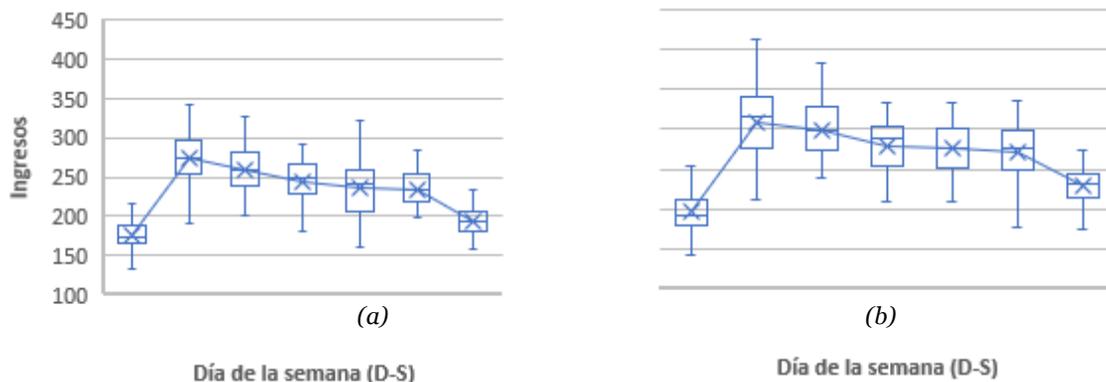


Gráfico 2. Ingresos por día de la semana para el año 2022 (a) y el primer semestre año 2023 (b)

Al analizar ambos grupos, se encontró que el día con mayor afluencia es el lunes, seguido por el martes, mientras

que el domingo presenta la menor afluencia seguido por el sábado.

Tabla 2. Estadístico Kruskal-Wallis, análisis multivariado por día de la semana

Año	Estadístico Kruskal-Wallis	P-Value
2022	205.49	1.29e-41
2023	83.87	5.65e-16

De igual forma, los ingresos por hora del día se analizaron el comportamiento en la institución, para los ingresos en el 2023 y 2022. En el Gráfico 3 Gráfico 3. Ingreso promedio por turno se observa la proporción de

ingresos promedio según el turno, diurno o nocturno, la cual es idéntica en ambos años. Encontrándose que en promedio en el turno diurno ingresan el 76% de los pacientes.

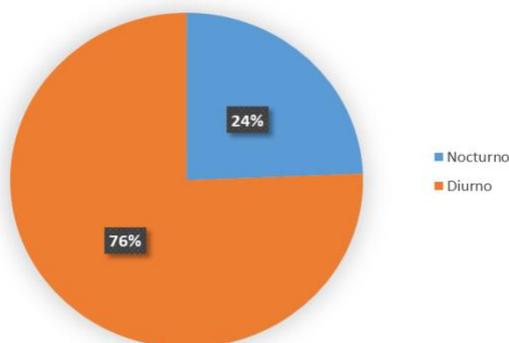


Gráfico 3. Ingreso promedio por turno

Cómo citar este artículo: Moreno-Arias Andrea , Jiménez-Rodríguez Luis, Márquez-Gómez Marco, Jiménez-Ospina Johao, Influencia de la calidad en la humanización en los servicios de urgencias de instituciones de salud. Revista Ciencias Básicas En Salud, 2(4):50-77 , Diciembre 2024, ISSN 2981-5800.

Por otra parte, en el Gráfico 4 se observa el comportamiento de los ingresos por cada hora del día de ambos años. Debido a que en el año 2023 ha habido mayor número de ingresos con relación al año 2022, para poder comparar el comportamiento de ambos años, se dividió cada valor individual sobre el total de ingresos según el año al que pertenece el dato. Evidenciándose que para ambos años el

comportamiento es idéntico, encontrándose que a partir de las 6 am hay un aumento de los ingresos, hay un máximo de llegadas entre las 08:00 horas y las 10:00, seguido por un máximo local entre 13:00 y 15:00, y una disminución progresiva en los arribos hasta encontrarse los valores mínimos después de las 00:00 horas. Las franjas amarillas señalan la hora de cambio de turno (07:00 y 19:00 horas).

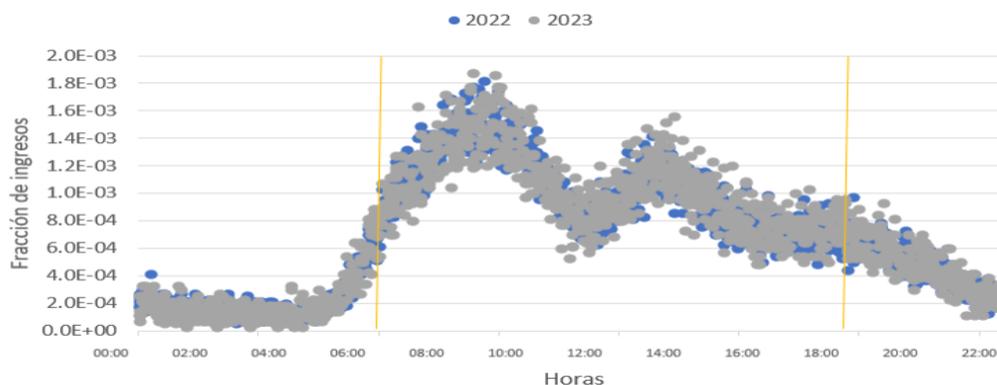


Gráfico 4. Ingresos normalizados por hora del día, año 2022 y 2023

De hecho, en el Gráfico 5, se observa el número de ingresos por hora del día según área. C corresponde a consultorio, P a pediatría, T a trauma, R al área de expansión de urgencias y G-O al área de Gineco-obstetricia, C-P-T corresponde al conglomerado de

datos de las áreas con Triage independiente a la atención. Este análisis segregado permite observar que las horas pico de ingresos se presentan de forma similar para todas las áreas.

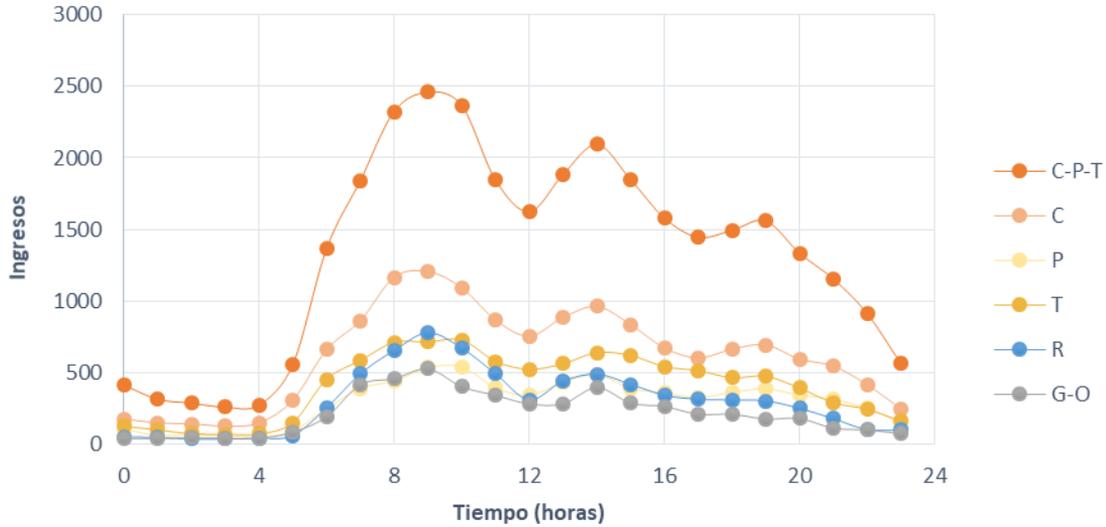


Gráfico 5. Ingresos por hora del día según área, año 2023

Por último, el ingresos por edad y sexo en el SU de la ESE-HEQC, se observa que, en promedio, el 57% de los ingresos durante el año 2023 y el 58% durante el año 2022 correspondieron a mujeres en todos los meses analizados. Sin embargo, esta proporción varía según el grupo etario, como se puede apreciar en el

Gráfico 6. En los grupos etarios de infancia y primera infancia, se observa una mayor proporción de hombres, con un 52% y 53% respectivamente. Por otro lado, en el resto de los grupos etarios, se registra una mayor proporción de mujeres. Este patrón de comportamiento se mantiene tanto para el año 2022 como para el primer semestre del 2023.

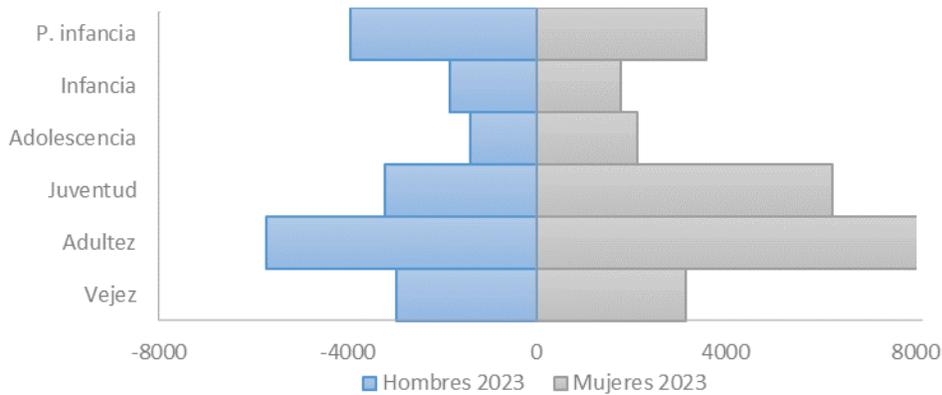


Gráfico 6. Ingresos año 2023 por grupo etario según el sexo

Cómo citar este artículo: Moreno-Arias Andrea , Jiménez-Rodríguez Luis, Márquez-Gómez Marco, Jiménez-Ospina Johao, Influencia de la calidad en la humanización en los servicios de urgencias de instituciones de salud. Revista Ciencias Básicas En Salud, 2(4):50-77 , Diciembre 2024, ISSN 2981-5800.

A propósito de la discusión y desafíos que debe tener el SU, se determina un detallado análisis de la demografía de los usuarios que acuden SU y que son atendidos por el médico. Asimismo, se examinan los indicadores de calidad

relacionados con la oportunidad en la medición de los tiempos medios entre el Triage y la atención (A-T) para los pacientes clasificados como Triage 1, 2 y 3, ya que estos forman parte integral de dicho proceso.

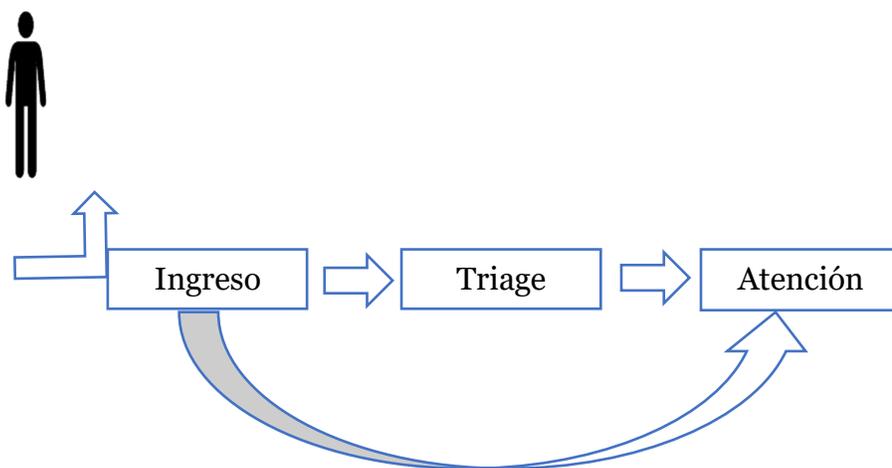


Ilustración 7. Esquema del proceso 1

Conclusiones

Se debe determinar que la capacidad instalada de la institución en cuanto al acceso a áreas para usuarios críticos como son sala de reanimación y cirugía deben tener un acceso directo desde el ingreso al área de urgencias, así mismo, el acceso a las zonas de toma de imágenes diagnóstica debe ser amplio, sin obstáculos, y directo, ya que son paraclínicos fundamentales en el servicio. Se considera que la institución cuenta con una ventaja en infraestructura, en la ubicación actual del laboratorio, ya que esto evita inconvenientes con la entrega de las muestras de fluidos que deben ser analizados.

Los sistemas de clasificación de Triage internacionales además de establecer las metas de tiempo para la evaluación de los pacientes según la categoría de Triage, también cuentan con las metas del porcentaje de cumplimiento de estas, es el caso del ATS. Dado que el sistema de Triage colombiano, no establece metas de cumplimiento para las categorías de Triage, se sugiere con base a las clasificaciones de Triage internacionales y el funcionamiento actual de la ESE-HEQC, las siguientes metas:

- ✓ Triage I 95% o más de cumplimiento, meta de tiempo < 5 minutos

Cómo citar este artículo: Moreno-Arias Andrea , Jiménez-Rodríguez Luis, Márquez-Gómez Marco, Jiménez-Ospina Johao, Influencia de la calidad en la humanización en los servicios de urgencias de instituciones de salud. Revista Ciencias Básicas En Salud, 2(4):50-77 , Diciembre 2024, ISSN 2981-5800.

- ✓ Triage II 80% o más de cumplimiento, meta de tiempo < 20 minutos
- ✓ Triage III 75% o más de cumplimiento, meta de tiempo < 2 horas

Estas metas, deben ser modificadas periódicamente, buscando siempre la mejora continua. La medición del porcentaje de cumplimiento permite observar de manera sencilla el comportamiento de los outliers o valores atípicos positivos, ya que existe una relación inversa entre ellos y el porcentaje de cumplimiento.

Asimismo, existe una deficiencia en el sistema de alertas integrado al sistema de información Kubapp (no hay indicadores en el sistema para priorizar la atención de ciertos pacientes, o de cuando los paraclínicos están listos para su lectura, tampoco hay semáforos que informen al personal cuando el tiempo de un usuario es superior a la meta), además, existe una ausencia de valoración periódica del tiempo entre el Ingreso y Triage, ya que una de las medidas de calidad del sistema de Triage es este tiempo, el cual de ser lo más corto posible, idealmente menor a 10 minutos.

REFERENCIA

[1] Berchet, C. *Servicios de atención de emergencia: tendencias, impulsores e intervenciones para gestionar la demanda Caroline*. En *Documentos de trabajo sobre salud de la OCDE* (Número 83). (2015). 10.1787/5jrts344crns-enPAPE

<https://ideas.repec.org/p/oec/elsaad/83-en.html>

[2] Austin, EE, Blakely, B., Tufanaru, C., Selwood, A., Braithwaite, J. y Clay-Williams, R. *Estrategias para medir y mejorar el desempeño del departamento de emergencias: una revisión del alcance*. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, (2020). 28 (55),55.10.1186/

s13049-020-00749-2

<https://sjtrem.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13049-020-00749-2>

[3] Bittencourt, RJ, de Medeiros Stevanato, A., Bragança, CTNM, Gottens, LBD y O'Dwyer, G. *Intervenciones en el hacinamiento de los departamentos de emergencia: una descripción general de revisiones sistemáticas*. *Revista de Saúde Pública*, (2020). 54 (66), 66. 10.11606/S1518-8787.2020054002342

<https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/172895>

[4] Di Somma, S., Paladino, L., Vaughan, L., Lalle, I., Magrini, L. y Magnanti, M. *Hacinamiento en el servicio de urgencias: un problema*

Cómo citar este artículo: Moreno-Arias Andrea , Jiménez-Rodríguez Luis, Márquez-Gómez Marco, Jiménez-Ospina Johao, Influencia de la calidad en la humanización en los servicios de urgencias de instituciones de salud. *Revista Ciencias Básicas En Salud*, 2(4):50-77 , Diciembre 2024, ISSN 2981-5800.



internacional. Medicina interna y de emergencia, (2015). 10 (2), 171–175. [10.1007/s11739-014-1154-](https://doi.org/10.1007/s11739-014-1154-8)

[8 https://link.springer.com/article/10.1007/s11739-014-1154-8](https://link.springer.com/article/10.1007/s11739-014-1154-8)

[5] Zachariasse, J. M. , Seiger, N. , Rood, P. P. M. , Alves, C. F. , Freitas, P. , Smit, F. J. , Roukema, G. R. , & Moll, H. A *Validity of the Manchester triage system in emergency care: A prospective observational study. PLoS One*, 12(2), (2017). 1–14. [10.1371/journal.pone.0170811](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170811)

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28151987/>

[6] Hinson, JS, Martinez, DA, Schmitz, PSK, Toerper, M., Radu, D., Scheulen, J., De Ramirez, SAS y Levin, S. et al. *Precisión de la clasificación en el departamento de emergencias utilizando el índice de gravedad de emergencia y predictores independientes de subclasificación y sobreclasificación en Brasil: un análisis de cohorte retrospectivo. The International Journal of Emergency Medicine*, (2018). 11 (3), 3. [10.1186/s12245-017-0161-8](https://doi.org/10.1186/s12245-017-0161-8)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5768578/>

[7] Sarria-Guerrero, JA, Luaces-Cubells, C., Jiménez-Fàbrega, FX, Villamor-Ordozgoiti, A., Isla Pera, P., & Guix-Comellas, EM. *Impacto de las consultas y triajes telefónicos pediátricos en el uso del servicio de urgencias hospitalario. Emergencias: Revista de La Sociedad Española de Medicina de*

Emergencias, (2019). 31 (4), 257–260. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31347806/>

[8] Silva JAD, Emi AS, Leão ER, Lopes MCBT, Okuno MFP, Batista REA. Et al *Emergency Severity Index: accuracy in risk classification. Einstein (Sao Paulo)*. . (2017). Oct-Dec; 15(4):421-427. doi: 10.1590/S1679-45082017AO3964. PMID: 29364364; PMCID: PMC5875154. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5875154/>

[9] Pinos JM. *Acercándonos a una definición operativa de hacinamiento en los servicios de urgencias*. [carta]. *Acad Emerg Med*.; (2007) 14:382-3. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2006.11.018>

[10] Salway RJ, Valenzuela R, Shoenberger JM, Mallon WK, Viccellio A. *Hacinamiento en el departamento de emergencias (DE): respuestas basadas en evidencia a preguntas frecuentes. Rev Med Clínica Las Condes*. (2017) 28(2):213-9 <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.04.008>

[11] Jeanmonod D, Jeanmonod R. *Hacinamiento en el servicio de urgencias y seguridad del paciente*. En: Firstenberg MS, Stawicki SP, editores. *Viñetas en seguridad del paciente*. Vol, 2. Londres (Reino Unido): IntechOpen; 2018. pág. 57-72. <https://doi.org/10.5772/intechopen.69243>

Cómo citar este artículo: Moreno-Arias Andrea , Jiménez-Rodríguez Luis, Márquez-Gómez Marco, Jiménez-Ospina Johao, *Influencia de la calidad en la humanización en los servicios de urgencias de instituciones de salud. Revista Ciencias Básicas En Salud*, 2(4):50-77 , Diciembre 2024, ISSN 2981-5800.



- [12] Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, Solberg LI, Lurie N, Camargo JR CA *Un modelo conceptual de hacinamiento en los servicios de urgencias*. Ann Emerg Med. 2003; 42(2):173-80. <https://doi.org/10.1067/mem.2003.302>
- [13] Moskop JC, Sklar DP, Geiderman JM, Schears RM, Bookman KJ. Et al. *Hacinamiento en el departamento de emergencias, parte 1: concepto, causas y consecuencias morales*. Ann Emerg Med. 2009; 53(5):605-11. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2008.09.019>
- [14] Asaro PV, Lewis LM, Boxerman SB. *El impacto de los factores de entrada y salida en el rendimiento del departamento de emergencias*. Acad Emerg Med. 2007, 14(3):235-42. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2006.10.104>
- [15] Velasco B. JM, La Calle GH. *Humanizar los cuidados intensivos: de la teoría a la práctica*. Enfermeras de cuidados críticos Clin North Am. (2020) 32:135–47. doi: 10.1016/j.cnc.2020.02.001 <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0899588520300137?via%3Dihub>
- [16] Barksdale, AN, Hackman, JL, Williams, K. y Gratton, MC *El protocolo de clasificación del dolor del departamento de emergencias reduce el tiempo hasta la recepción de analgésicos en pacientes con afecciones dolorosas*. Revista estadounidense de medicina de emergencia, 34 (12), 2362–2366. 10.1016/j.ajem.2016.08.051 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735675716305435?via%3Dihub>
- [17] Soler, W., Gómez Muñoz, M., Bragulat, E., & Álvarez, A. *El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias*. An. Sist. Sanit. Navar., 2010. 33(1), 55–68. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200008
- [18] Ministerio de salud y protección social. *Resolución 5596 de 2015*. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%205596%20de%202015.pdf
- [19] Pellegrino, E. *Las humanidades en la educación médica: entrando en la era post-evangélica*. Teor Med. 1984. 5, 253–266. <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00489474>
- [20] Evans, M. *Reflexiones sobre las humanidades en la educación médica*. Medicina. Educativo. 2002. 36, 508–551. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2923.2002.01225.x>
- [21] Klugman, CM. *Enseñanza de humanidades médicas en escuelas de medicina alopática y osteopática de América del Norte*. J. Med. Humanidad. (2017) 39, 473–481. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10912-017-9491-z>

Cómo citar este artículo: Moreno-Arias Andrea , Jiménez-Rodríguez Luis, Márquez-Gómez Marco, Jiménez-Ospina Johao, Influencia de la calidad en la humanización en los servicios de urgencias de instituciones de salud. Revista Ciencias Básicas En Salud, 2(4):50-77 , Diciembre 2024, ISSN 2981-5800.



- [22] Pérez. F. MDC; Herrera, P. I.; Molero, J, MDM; Oropesa R. NF; Ayuso, M. D.; Gázquez, L. JJ. *Un estudio transversal sobre empatía y gestión de emociones: Claves de un ambiente laboral para el cuidado humanizado en enfermería*. Frente. Psicólogo., (2020). 11 , 1–10. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.00706/full>
- [23] Borbasi, S.; Galvin, KT; Adams, T.; Torres, L.; Farrelly, B. *Demostración de la utilidad de un marco teórico para humanizar la atención con referencia a un servicio residencial de atención a personas mayores en Australia*. J.Clin. Enfermeras. (2012). 22, 881–889. <https://bit.ly/3sJJ0oN>
- [24] Ronen, gerente general; Kraus de Camargo, O.; Rosenbaum, PL. *¿Cómo podemos crear el “gran médico” de Osler? Fundamentos de la competencia de los médicos en el siglo XXI*. Medicina. Ciencia. Educativo. (20 20) 30,1279–1284. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8368653/>
- [25] Busch, IM; Moretti, F.; Travaini, G.; Wu, AW; Rimondini, M. *Humanización de la atención: elementos clave identificados por pacientes, cuidadores y proveedores de atención médica. Una revisión sistemática*. Paciente Paciente-Cent. Resultados Res. (2019) 12, 461–474.
- [26] Centor, RM. *Para ser un gran médico, debes comprender toda la historia*. Medicina. General Med (2007). 26 , 59. <https://bit.ly/3sNQzee>
- [27] Lutzen, K.; Nordstro, G.; Evertzon, M. *Sensibilidad moral en la práctica de enfermería*. Escanear. J. Ciencia solidaria. (1995) 4 , 131-138. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.1995.tb00403.x>
- [28] Corral, H. "El concepto jurídico de persona. Una propuesta de reconstrucción unitaria". En *Revista Chilena de Derecho*, Vol. 17, 1990, p. 320. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-09502007000200005
- [29] Lamm, E. *La dignidad humana*. 2017. <https://bit.ly/45M7HiT>
- [30] Harrington, H. James. *Mejoramiento de los procesos de la empresa*. Editorial Mc. Graw Hill Interamericana, S.A. México. (1993). <https://www.uv.mx/iiesca/files/2013/01/mejoramiento2004-2.pdf>
- [31] Gutiérrez-Recacha P. *La Humanización en la Medicina*. Educación Médica. (2016). 9:51-4. <http://doi.org/bkb2pr>. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v66n3.75011>

[32] Chochinov HM. *Dignidad en la atención: es hora de actuar. J Manejo de los síntomas del dolor.* (2013) 46:756–9. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2013.08.004

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392413004521>

[33] Stebbins, R. A. *Exploratory research in the social sciences.* London: Sage Publications, (2001). <https://eprints.gla.ac.uk/180272/7/180272.pdf>

[34] Sandelowski, M. "Whatever happened to qualitative description?"

Research in Nursing & Health, vol. 23(4), pp. 334-340, 2000. <https://eprints.gla.ac.uk/180272/7/180272.pdf>

[35] Organización Panamericana de la Salud. *Indicadores de salud. Aspectos conceptuales y operativos.* Washington, D.C. (2018). <https://doi.org/10.37774/9789275320051>