

UNIVERSIDAD DE FAVALORO
MAESTRÍA EN GERENCIA Y
ADMINISTRACIÓN DE SISTEMAS Y
SERVICIOS DE SALUD



TÍTULO:

“IMPLEMENTACIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL AREA DE ATENCIÓN INMEDIATA EN LA CLÍNICA MODELO BURZACO”

Tesis presentada por:

Manuel Iván Torres Zúñiga

Médico Especialista en Emergentología

Tutor: Dr. Carlos Espina

BUENOS AIRES

2019

*A mis padres Manuel y Martha y a mi abuelo Feliciano,
por su esfuerzo y motivación para lograr todos mis objetivos
y ser un hombre de bien*

"Una de las verdaderas pruebas del liderazgo es la capacidad de reconocer un problema antes de que se convierta en una emergencia"

Arnold Glasow

ÍNDICE

DEDICATORIA

EPÍGRAFE

INDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN

ESTADO DEL ARTE

CAPITULO I

MATERIALES Y METODOS.....33

CAPÍTULO II

RESULTADOS.....38

CAPÍTULO III

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....63

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES.....71

RECOMENDACIONES.....73

RESUMEN.....74

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....79

BIBLIOGRAFÍA.....80

Introducción

A fin de optar el título de magister en la carrera de maestría en Gerencia y Administración de Sistemas y Servicios de Salud, me propuse realizar el presente trabajo de investigación titulada: “IMPLEMENTACIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL AREA DE ATENCIÓN INMEDIATA (A.A.I.) DE LA CLÍNICA MODELO BURZACO” (Primer Semestre el 2017), Sanatorio de servicio de salud del ámbito privado, afortunadamente hace varios años vengo laborando en mi calidad de médico, siendo mi inquietud y el propósito de coadyuvar con una cuota de aporte en la investigación académica. Valga la redundancia, conocedor de sus problemas que implica, con el aporte sistemático del comportamiento al estudio del proceso salud enfermedad, básicamente al desarrollo en las diversas modalidades administrativas y de gestión de sistemas y servicios de salud, específicamente en cuanto concierne a recursos de gestión de servicios de emergencia de dicho establecimiento de salud, es menester la implementación en el servicio de guardia otra área de atención inmediata (A.A.I.), la cual debe ser instalados en el área de emergencia o guardia donde se brindan atenciones de urgencias que permita atender a los pacientes que presentan deterioro de su salud. Habitualmente las personas que presentan estas urgencias acuden a los servicios de emergencia, saturando la atención, naturalmente dicha implementación permitirán descongestionar las emergencias. Se ha incrementado en los últimos años, provocando congestión y el reclamo e insatisfacción en el Servicio de Emergencias. Por ello, la programación o creación del Área de Atención Inmediata permitirá un apropiado direccionamiento y priorización de los pacientes que acuden al servicio de emergencia calificados en prioridad III o IV en el triaje (código amarillo y verde).

No está demás, señalar es apoteósico compenetrarme con el tema desde punto de vista de una postura marco, entendido el servicio de salud de la humanidad el bienestar de las personas inherentes a la vida, derecho a la vida, integridad física, al que está por nacer le favorezca todas las condiciones protegido por el marco Constitucional, como atributo y derecho de primer orden valor supremo que amerita respetarla y proteger la vida y la salud. Por tanto, la Gestión del Servicio de Emergencia, cuyo objetivo precisamente radica en un uso más eficiente de los recursos disponibles y la generación de fuentes alternativas de financiamiento, así como el desarrollo de las diversas modalidades administrativas y de particular prioridad de Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, con respecto a los recursos

humanos, tecnológicos, materiales y financiero; debe racionalizarse para la implementación de AAI; área afines subyace con el Servicio de Emergencia que, posibilite una atención altamente calificada, tanto en aspecto técnico, científico, como la optimización de los recursos, seguridad y satisfacción del paciente o usuario que en este caso más interesa, para el logro de una mejor salud individual o colectiva, cuyos valores fundamentales sean la accesibilidad, la equidad y la calidad, no sólo en el ámbito privado que estoy enfocando, sino en general tanto en el ámbito público, como de la Seguridad Social.

El objetivo final trazado es buscar elevar el crecimiento del nivel de excelencia a través de una reingeniería innovadora. La gestión de un modelo sanitario se realiza en la actualidad desde, tres niveles independientes pero interconectados entre sí:

A).-Por un lado la Gestión de Políticas Sanitarias implementadas por el Estado y adaptadas por las organizaciones para su propio funcionamiento.

B).-La Gestión de Organizaciones, referente al desarrollo de tareas de conducción e implementación de herramientas de gestión como la planificación, la conducción de actividades, la conformación de equipos de trabajo.

C) la Gestión Clínica, que busca informar y formar al profesional de salud de la institución para la toma de decisiones que mejoren la relación costo-beneficio, entendiendo como tal el gastar más adecuadamente los recursos disponibles, modelo de gestión que forma parte de los cambios dados en las entidades de salud. (18)

D).- Por último, la implementación del Área de Atención Inmediata (A.A.I.) paralela a los servicios de Emergencia, tiene por finalidad descongestionar la saturación de los pacientes de urgencia atención, para brindar mejor servicio de salud.

Ahora bien, ampliando conceptos, si nos enfocamos en el Servicio de Emergencias, podemos decir, de manera general que es aquel responsable de dar respuesta inmediata a situaciones de amenaza de una comunidad, ya sea por acciones naturales o aquellas gestadas por individuos que ponen en riesgo la seguridad o la vida de las personas o del medio ambiente. El servicio de emergencia en salud, es la puerta principal para la asistencia de salud de una población; una unidad asistencial que, bajo la responsabilidad de un médico, está destinada a la atención sanitaria de pacientes con problemas de etiología diversa y gravedad

variable, que generan procesos agudos que necesitan de atención inmediata. Se configura como una unidad intermedia, que presta servicios (asistencia médica, cuidados de enfermería) hasta la estabilización del cuadro clínico de los pacientes que son finalmente ingresados en el hospital, y como un servicio final para aquellos pacientes que, habiendo acudido a la unidad, son finalmente dados de alta. (19)

Aun con la importancia que reviste, la medicina de urgencia, si bien se practica en forma diaria en cada Centro de Salud Público y Privado, en la mayoría de los casos, no se encuentra dentro de las Especialidades reconocidas lo que trae aparejado, en primera instancia, que no exista ni preparación ni formación cualificada en el tema, por otro lado, que no se implemente un sistema de gestión de indicadores, de estándares y de administración de recursos tanto humanos como materiales.

Es menester diferenciar el sistema de gestión de salud de lo público y lo privado. El sistema privado de salud, a nivel nacional, nace de la precarización del sistema público: alta demanda de atención, complejidad en la obtención de turnos, falta de recursos humanos e insumos básicos, obras sociales con problemáticas crecientes de financiación reflejadas en muchas de ellas en la calidad de atención; la medicina privada, en la actualidad utilizada por la población de mayor poder adquisitivo, ya sea por contratación directa o por tercerización de la cobertura a través de una obra social, ofrece una atención más personalizada, a la vanguardia tecnológica, con tiempos de espera más cortos y menor demanda de turnos brindando mayor eficiencia y confortabilidad al paciente. Sin embargo, enfrenta problemáticas similares al sistema de salud público en cuanto a establecer un sistema de gestión de urgencia de calidad y con aprovechamiento de recursos.

Agregando, finalmente ya rescatando diversas opiniones de los autores ilustrados en este tema, cuyo medular sustento de gestión de servicio de emergencia de la Clínica Modelo Burzaco, tiene falencias con el incremento del universo de la población para resolver este tema, es parte de la política de la institución desdoblarse las funciones de modo simplista descongestionando y brindar óptimo eficiente servicio hay esa necesidad de implementar, en la praxis ya existen experiencias de esa índole que se encuentran en pleno funcionamiento, es el caso peruano en el ámbito ESSALUD o Servicio de Seguridades y en clínicas del ámbito privado estrictamente.

Adicionalmente, debo señalar es también importante realizar estudio de las características de los pacientes, patologías prevalentes y frecuentes, para lo cual debe mejorar los protocolos de atención en las patologías más frecuentes que mejoren los tiempos de internación y los resultados que accedan más rápido a la internación debido a que las camas sean ocupadas en menor tiempo, pues se utilice de mejor forma ese recurso. (8)

No es demás complementar mi planteamiento del problema, recogiendo al respecto diversas opiniones: Que, en la actualidad, y como producto de la globalización, las organizaciones se encuentran inmersas en entornos competitivos y dinámicos que requieren la implementación de un sistema de gestión para su óptimo funcionamiento, con estrategias, modelos de control y gestión que cumplan con sus objetivos organizacionales y colmen las expectativas del cliente y el sistema de salud no escapa a esta realidad.

La medicina de urgencia no está tan reconocida como otras áreas, por lo cual no existe un consenso unificado acerca del modelo asistencial o un sistema de gestión que unifique los criterios de actividades realizadas, la estructura física disponible, los recursos humanos y materiales utilizados y un nivel de calidad y eficiencia en cuanto a atención. (8)

Por último, recogiendo las premisas, el objetivo central de nuestra investigación el tema medular radica la necesidad de Implementar en el Servicio de Emergencia el AREA DE ATENCIÓN INMEDIATA (A.A.I.) de la Clínica Modelo de Burzaco como primera prioridad y también, a la par debe mejorarse los protocolos de actuación y atención la necesidad de realizar cambios en su sistema de gestión, promoviendo estrategias de medidas que mejoren la gestión en el sector, convirtiendo en servicios expeditivos más viables, óptimas y eficaces a fin de que los pacientes accedan más rápido a la internación y sean ocupadas en menor tiempo las camas por los pacientes, pues se utilice de mejor forma ese recurso

Estado del Arte

La fuente de información para la recolección de datos acerca del tema de elección se realiza teniendo en cuenta la reputación y veracidad de la fuente, la calidad de la información brindada, la confiabilidad y la selección de los mismos de acuerdo a la investigación realizada.

De acuerdo al autor Huamán Calderón, del Centro de Gestión del Conocimiento de la Organización Panamericana de la Salud, se entiende:

A).- como fuente primaria a la fuente original, documento primario, fuente de primera mano publicada por un autor o varios en colaboración, como pueden ser artículos científicos, trabajos de tesis, libros originales, publicaciones oficiales de sitios Web.

B).- En cambio, la fuente de información secundaria, aquellas que utilizan la información primaria para la elaboración, compilaciones, resúmenes y listados de referencias publicadas sobre un tema (listado de fuentes primarias). como el caso de Anuarios, enciclopedias, bases de datos de web, artículos de segunda línea, censos, investigaciones en curso, y, por ultimo

C).- Las terciarias que recopilan datos secundarios y guían hacia fuentes primarias y secundarias para la obtención de información, como banco de datos o guías de obras de referencia.

Al recorrer la literatura existente a través de diferentes motores de búsqueda se ejemplifican las siguientes fuentes primarias relacionadas con el objetivo planteado en la investigación:

El primero, un artículo original de Corral y colaboradores, del sistema de salud español, respecto a la implementación de un sistema de Gestión de Calidad del Servicio de Emergencias:

“Enfocado en el análisis continuo de procesos y resultados, con una base de gestión sustentada en la gestión de calidad, valoración de desempeño, gestión basada en indicadores y productividad basada en objetivos planteados”. (7).

La segunda fuente, también corresponde a un artículo original de García Bermejo y colaboradores, acerca de la Gestión Integral del Área de Urgencias y su Coordinación con la Atención Primaria, cuyo objetivo fue:

“Valorar el impacto que tiene un modelo único de gestión que integra las distintas áreas de urgencias de un Departamento de Salud sobre la actividad de un servicio de urgencias hospitalario (SUH) y su integración con la atención primaria en Salud”.

Llegando a la conclusión: “que la gestión única de los servicios asistenciales conlleva un mejor aprovechamiento de los recursos en la búsqueda de satisfacer las necesidades actuales del usuario.”

La tercera fuente, Gestión De Recursos Humanos En Triage De Servicios De Emergencia Hospitalaria, que se llevó a cabo en el 2013, en el hospital Rivera, en el departamento de Rivera, de Uruguay (Posgrado de Gestión de Servicios de Salud. Cátedra de Administración de Recursos Materiales. Facultad de Ciencias Económicas y Administración, ASSE Administración de Servicios de Salud del Estado) Autores: Patricia Vidal Fernández; Gustavo Ribero Lavie. En este trabajo se concluye:

“Que, aun en servicios de alta incertidumbre la planificación de plantillas en el corto plazo y el diseño de puestos y cargos haciendo énfasis en la capacitación pueden mejorar los activos intangibles para brindar servicios de mejor calidad”. (9)

La cuarta fuente, Tesis Doctoral Organización De Un Servicio De Urgencias. Análisis De La Actividad Y De Las Medidas Adoptadas Para Mejorar La Calidad - Universidad Complutense De Madrid Facultad De Medicina Departamento de Medicina. Autor: Francisco Javier Garcés Molina. Madrid -2017; mediante la cual, describe y analiza:

“Una serie de variables demográficas (edad, sexo, país de nacimiento y población de residencia), y asistenciales (número de pacientes evaluados por año y por mes, número de pacientes evaluados por hora de llegada y por franja horaria, distribución de la demanda por nivel de gravedad, tiempo de la primera asistencia facultativa expresado en minutos en función del nivel de gravedad y tiempo de estancia media en el servicio de urgencias), así

como algunos indicadores de calidad (proporción de ingresos, tasa de mortalidad, tiempo de demora para la primera asistencia facultativa”.

Y tasa de retorno a urgencias en las siguientes:

“72 horas tras el alta), establecidos por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), de la población atendida en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario del Sureste de Arganda del Rey, desde el año 2009 y hasta el 2014. RESULTADOS La población atendida en el SUH del Hospital Universitario del Sureste (SHUSES) es mayoritariamente de sexo femenino, naturales de España, de entre 26 y 55 años de edad, y residente en Arganda del Rey consultando principalmente (80%) por patología clasificada con un nivel de gravedad no vital. Desde su apertura, el SUH del HUSES ha aumentado las cifras de población atendida, observándose una distribución “bimodal” estacional con un pico asistencial en mayo y otro en diciembre, y en un pico en la franja horaria de 10 a 12 horas de la mañana, y otro de las 18 a las 20 horas, respectivamente. El análisis de los indicadores de calidad incluidos en este trabajo muestra una mejoría estadísticamente significativa” (22)

Como ejemplo de fuente secundaria de información tomé los siguientes trabajos

El primero trabajo doctoral de Herreras y Yubillo:

“Diagnóstico situacional de la clínica de cuidado de Salud humana y propuesta de un plan estratégico de Gestión”, en donde el área de Emergencia está incluida en el sistema de gestión planteado, y en el cual se propone un diagnóstico situacional de la clínica mencionada y la importancia de proponer un sistema de gestión y planificación estratégica a fin de elaborar un plan de gestión operativo-financiero mediante la reformulación de la misión, la visión, y los valores empresariales así como el diseño de objetivos estratégicos para la formulación de un plan de gestión para las diferentes áreas”. (2)

El segundo Gestión Clínica:

“No es el remedio de todos los males, pero que bien utilizada, soluciona muchos problemas. Autor: Carlos Alberto Díaz. Médico. Terapeuta Intensivo. Nefrólogo. Sanitarista. Artículo para la Universidad ISALUD. (2015) Cátedra de Gestión Estratégica. Maestría de economía y gestión de la salud”. Cuyas conclusiones son:

“ La gestión clínica no es el remedio único de todos los males del sistema de salud, de su transición o sus reformas, pero es una solución efectiva para implementar la descentralización selectiva, el empowerment responsable, humanizar la atención, eficientizar los procesos, para que los recursos alcancen, y que estén mejor distribuidos, implementar la evolución científica por los senderos de la evidencia, por la racionalidad en la asignación, en un modelo de atención integrado e integral, que tenga gestión clínica por jefe de servicios, gestión de la enfermedad, gestión de casos, gestión de la utilización, cuidado progresivo y gestión clínica de los cuidados”. (6)

La tercera indicadores para la gestión de los servicios de salud pública; Autores: Joan R. Villalbi, y colaboradores. De cuyas conclusiones se extrae los siguiente:

“Es factible desarrollar un sistema de información de gestión para los servicios de salud pública que permita comparaciones a lo largo del tiempo o entre territorios, con indicadores de actividad para todas las líneas de trabajo productivo. Los indicadores que reflejan la cobertura, calidad o impacto de los servicios plantean las mayores dificultades. Para algunas líneas de trabajo se pueden obtener indicadores de coste por unidad de producto con sentido, y para otras es más difícil. En todos los casos, el coste por habitante y año es un buen indicador sintético del coste de los servicios de salud pública”. (13)

Por último, tomamos como fuente de información terciaria

El primero un artículo especial de la Revista Emergencias, publicado en el año 2012, por Montero Pérez y colaboradores:

“Sobre la Gestión Clínica de un Servicio de Urgencias hospitalario mediante un cuadro de mando asistencial específico y cuyo estudio da a conocer:

“El diseño y los resultados de la implantación de un cuadro de mandos asistencial en un servicio de urgencias hospitalario como herramienta para la gestión clínica. (5)

El segundo el desafío de la gestión estratégica en los hospitales públicos de Santa Cruz:

“El paradigma de la administración estratégica aplicada en la gestión del sistema de salud de los hospitales de la provincia de Santa Cruz. Autores: Gabriela Alejandra Ochoa y colaboradores. Universidad Católica de Salta, 2015. Conclusiones:

Sobre este marco referencial, las direcciones hospitalarias deben elaborar planes de trabajo o gestión que guarden consonancia con los objetivos a lograr por el sistema. No es posible pensar un modelo de gestión propio de un hospital sin que éste tenga como marco de referencia las premisas de un modelo de gestión provincial que lo contenga, de no ser así dejaríamos de sostener la interdependencia de los distintos componentes del sistema, dejando conduciendo a la desintegración de los hospitales públicos que componen el sistema de salud en la provincia de Santa Cruz”

En el fondo las fuentes citadas son de mucha utilidad que sirven de sustento como base para la formulación de argumentos de planes de trabajo en la búsqueda de resolver los problemas y mejorar los objetivos a lograr del sistema del servicio de salud trascendencia que es importante en el desarrollo de los países, constituye una opción visionaria de la gestión en pro de mejor calidad de servicio humano social que cumple los sanatorios de diversos ámbitos antes referidos. (4)

Si bien, las conceptualizaciones de los estudios precedentemente señalados, conducen en general a los lineamientos básicos conducentes opiniones válidos que sirven como herramientas de una serie de pautas reguladoras aplicables en la praxis, en derecho se denomina doctrina de ilustrados jurisconsultos o jurisprudencia vinculantes de cumplimiento obligatorio como dicen de puro derecho ipso facto, igualmente en el campo de la medicina humana más que como ciencia formal también es fáctica que las fuentes son conocimiento versados con contenidos ilustrativos de connotados y preclaros autores en este campo de donde se colige conocimientos científicos que constituyen denominados fuentes u orígenes del saber humano, que inspiran el bagaje de conocimientos, en base del cual se construye planteamiento de los problemas en búsqueda de la solución hipótesis.

El enfoque de este trabajo; radica en la importancia de establecer sistemas de gestión en la nueva área a implementarse A.A.I, a fin de lograr equiparar la calidad asistencial con el financiamiento y la administración de recursos en la misma estableciendo desdoblamiento de funciones en el servicio de emergencia la saturación de los pacientes.

También mejorar protocolos de actuación y objetivos precisos para lograr su máxima eficiencia, como ya dijimos anteriormente, cuyos valores fundamentales sean la accesibilidad, la equidad y calidad de servicio descongestionando; esto debe ser no sólo en

el ámbito privado, sino tanto en el ámbito público como de la seguridad social, conforme a lo propuesto el problema, refrendado con abundante opiniones que constituye el marco teórico expresado por los connotados autores, siendo el común denominador. “prestar servicios de salud, respetando el principio de la dignidad de la persona humana con excelencia, creando áreas según necesidades”. porque se trata de la vida humana. En buena cuenta son apreciaciones válidas de diversos autores en esta línea de esta tesis que, concuerda concluir es urgente la implementación de Área de Atención Inmediata (A.A.I) en servicios de emergencia del nosocomio antes referido.

Planteamiento del problema

En la Gestión de servicio de Emergencia de la Clínica Modelo Burzaco correspondiente al primer periodo del semestre del 2017 el maestrando presenta, el presente trabajo de investigación titulada “IMPLEMENTACIÓN DE UNA NUEVA AREA DE ATENCIÓN INMEDIATA (A.A.I) DE LA CLÍNICA MODELO BURZACO”. en su proyección y optimización, en cuanto respecta a la elección de atención sanitaria en este surge, no sólo por la alta demanda de atención de los hospitales públicos del país, sino por la problemática instaurada en cuanto a la demora , la demanda de turnos y los tiempos de espera prolongados, los usuarios han visto como alternativa concurrir a los Centros Sanatorios privados, como viene ocurriendo en la entidad donde vengo laborando donde se atiende pacientes asegurados de las diferentes obras sociales (PAMI, OSMEDICA, etc). Hay crecimiento de pacientes en el servicio de guardia. generando congestión de servicios que requiere descongestionamiento, presentando un problema para superar las deficiencias de atención requieren implementar nuevas estrategias. De eso se trata, la saturación de servicio de emergencias como alternativa de solución; en esa línea para garantizar el óptimo servicio de atención indudablemente hay que realizar mejoras en las atenciones de los usuarios, a través de la implementación de Área de Atención Inmediata, como una estrategia que permita atender a los pacientes que presentan condiciones que afectan súbitamente su salud y que no encuentran citas en consulta externa.

Habitualmente las personas que presentan estas urgencias acuden a los servicios de emergencia, saturado de atención, un 77.5 % del total de atenciones en emergencias son urgencias, pues, estas medidas permitirían descongestionar las emergencias, siendo una buena medida la implementación de acuerdo a los datos estadísticos reflejados en el resultado de la investigación fidedignas indubitables, por cierto.

Las atenciones de urgencias a nivel nacional se han incrementado en los últimos tres años, provocando congestión en las emergencias, desde primero de enero del 2017 al 30 de junio del mismo año hubo ingreso de pacientes de guardia 24,715 pacientes. Por ello la programación del Área de Atención Inmediata (A.A.I) permitirá un apropiado direccionamiento a priorización de los pacientes que acuden al servicio de emergencia calificados en prioridad.

El cambio de estrategia de mantener estándares de atención elevados contrario sensu condice con la realidad latente en cuanto a la calidad y eficiencia; con menor consumo de los recursos sólo requiere remover el personal para implementar.

Por otra parte, haciendo hincapié es menester también, realizar un estudio de los pacientes, sus características de los mismos, patologías prevalentes (que es lo que tiene) y frecuentes atendidos en emergencia, para mejorar los protocolos de atención de los tiempos de internación y los resultados de manera, que los pacientes pueden acceder más rápidamente a la internación debido a que las camas son ocupadas menos tiempo por los pacientes, pues se utiliza de mejor forma ese recurso y medir el porcentaje de pacientes no son internados. También este problema no deja ser importante resolver. Son éstos problemas latentes que se enfoca, a fin de que sean resueltas

No es demás acotar, frente a los desafíos de la evolución del sistema de salud integral, la organización tiene el reto de establecer nuevas estrategias de gestión, liderazgo, innovación que se adecúe a la situación actual de la demanda de atención, con profesionales idóneos, en cuanto a las tecnologías implementados, la infraestructura, que establezca prioridades, que aproveche su potencial al servicio de los pacientes, y como organización empresarial que ofrezca apoyo constante a sus colaboradores, establezca estrategias de salud, no eluda de esta realidad de cambios casi permanente que la oferta y la demanda de los servicios de salud obligan a optar.

Consecuentemente, como reitero los departamentos de emergencia en sus tres ámbitos, atienden dos poblaciones definidas, las que requieren de atención inmediata o urgente por situaciones con riesgo de vida y en otros casos, porque ven mejor alternativa al servicio de emergencia de rápida atención, aunque los motivos de las consultas pueden ser atendidos por consultorios. Esta situación, acompañada de los cambios socioeconómicos refleja la sobresaturación del servicio, que genera disconformidad en los pacientes por el tiempo de espera para su atención y la falta de respuesta con inmediatez y celeridad, impacta en la calidad y eficiencia del servicio, “una atención tardía, inoportuna o negligente, puede causar la muerte de la persona”. El sector privado, ahora ya tiene alto grado de incidencia de sobrecarga y tiempo de espera, afronta debilidades que muchas de sus áreas en situaciones críticas por llamarlos menos, no cuentan con un sector de Emergencias definidos, y aquellas

que cuentan con este servicio no cuenta con un sistema de gestión y protocolos de actuación en el área, por eso es importante evaluar qué tipo de modelo de gestión se implementa en el área de Emergencias de la Clínica Modelo de Burzaco a fin de establecer, si es una gestión que optimiza el servicio o es necesario establecer nuevos planes de gestión e intervención a fin de mejorar todo el engranaje de funcionamiento de su equipo de trabajo articulada, la idea no es disociar sino descongestionar para mejorar el servicio de salud tantas veces invocada.

Justificación

El tema abordado "Gestión del Servicio de Emergencia de la Clínica Modelo Burzaco en el Primer Semestre del 2017", presentado para optar el título de Magíster, médico Especialista en Emergentología de la Clínica Modelo Burzaco, egresado de la promoción de los maestrandos de la prestigiosa Universidad de Favaloro- Maestría en Gerencia y Administración de Sistemas y Servicios de Salud; se ha esbozado la tesis titulada: "IMPLEMENTACIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EL AREA DE ATENCIÓN INMEDIATA (A.A.I.) DE LA CLÍNICA MODELO BARZUCO". Como actor de la entidad donde vengo laborando, de muy cerca conozco y percibo las falencias esbozadas en el planteamiento de problema explicitado las deficiencias de la Gestión de Servicio de Emergencia, que determinen un uso más eficiente de los recursos disponibles y de particular prioridad de gestión de sistemas y servicios de salud, posibilite una atención más urgente en lo concerniente a la accesibilidad, seguridad y satisfacción del paciente usuario, para el logro de una mejor salud, para elevar el creciente nivel de excelencia.

Podemos afirmar, tanto a nivel nacional como internacional, sobre todo en los países latinoamericanos y desde lo público y lo privado, como de la Seguridad Social, en el Perú denominado ESSALUD; los sistemas de gestión en salud adquirieron una importancia creciente, en donde la calidad de atención y la satisfacción del paciente son utilizadas como indicadores para evaluar el funcionamiento de la gestión implementada centrando la atención en la eficiencia de la prestación de servicios, el aprovechamiento de los recursos del área y el funcionamiento de las relaciones interpersonales.

En lo que respecta a nuestro trabajo, concretamente hay vertiginosa incremento de usuarios o pacientes en el servicio de emergencia o guardia en el establecimiento sanatorio antes referido, por tanto en salvaguarda de brindar una atención altamente calificada urgente e inmediata para casos de pacientes con estado de salud gravosos o muy deterioradas, hace imprescindible la creación de Área de Atención Inmediata, para que se aboquen mejoras en las atenciones, a través de implementación de esta unidad llámese A.A.I o Super Plan para descongestionar atenciones en emergencias, por ejemplo podemos citar, para los casos de pacientes que presentan condiciones que afectan súbitamente su integridad física, vida, salud, sobre todo en pacientes con factores de riesgo como son: oncológicos, VIH-SIDA, TBC-MDR y TBC, pre trasplante y control post trasplante y enfermedades raras, entre otros. Previo

riguroso y apropiado direccionamiento y priorización de pacientes que acuden al servicio de emergencia calificados en prioridad en triaje (código de atención verde y amarillo).

En consecuencia hay elementos suficientes de justificación que conjuga razones más que suficientes razonablemente que genera convicción válida de crear dicha área en Emergencia del sanatorio modelo Burzaco de Buenos Aires, por lo que resulta plausible la atención de la Gestión de dicha entidad tomar acciones inmediatas para su realización del planteamiento del problema y su solución, la prevalencia de atención en de manera tal que, con los resultados obtenidos, puedan realizarse los cambios necesarios en la gestión del sector que permita lograr no solo una atención más eficaz y eficiente sino, también repercute económicamente mejor servicio mayor ingreso.

Por otra parte, también se pueda establecerse protocolos de actuación para el aprovechamiento de recursos materiales y a su vez, implica que realizará un estudio de los pacientes, sus, características de los mismos, patologías prevalentes y frecuentes que ingresan por guardia, para mejorar los tiempos de internación y los resultados de manera que los pacientes puedan acceder más rápidamente a la internación debido a que las camas sean ocupadas en menor tiempo por los pacientes, pues se utiliza de mejor forma ese recurso.

OBJETIVO GENERAL:

“Implementación del Área de Atención Inmediata (A.A.I) en el Servicio de Emergencia de la Clínica Modelo Burzaco Provincia de Buenos Aires”.

Objetivos Específicos:

- Realizar un estudio de las características de pacientes que ingresan al servicio de Emergencia y que requieren atención inmediata en la Clínica Modelo “Burzaco”.
- Evaluar las patologías prevalentes de los de pacientes con prioridad y direccionamiento apropiado al Área de Atención Inmediata (A.A.I.) del servicio de emergencia Clínica Modelo “Burzaco”.
- Efectuar las mejoras técnicas del estudio de los pacientes, sus características de los mismos e implementar protocolos de atención en las patologías prevalentes-frecuentes que mejoren los tiempos de internación y los resultados, pues de mejor forma se utilice ese recurso.

HIPÓTESIS:

El sobredimensionamiento de los Pacientes Atendidos en el Servicio de Emergencia, requiere la prioridad implementar el Área de Atención Inmediata (A. A. I.) y mejoramiento de protocolos de atención.

Características Generales del Área de Estudio

Diagnóstico situacional

El Sanatorio Modelo de Burzaco, comenzó sus actividades como un emprendimiento comunitario de servicio de salud en la provincia de Buenos Aires: Estableciéndose como clínica modelo en el año 1984, hace aproximadamente 35 años la primera de la zona, que con el correr de los años fue transformándose hasta convertirse en un amplio sanatorio modelo Burzaco de ámbito privado, incorporando al proyecto inicial, brindando servicios de Internación a los pacientes. En la actualidad es un establecimiento de alta complejidad que, ofrece diversos servicios tales: Diagnóstico por Imágenes, UTI, Oncología, Cirugía General, Sala de Internación General, RMN, TAC, Medicina Nuclear, RX, Laboratorio Hemoterapia, Ecografías., Cardiovascular; además de atención en todas las especialidades médicas. tiene un nuevo servicio de Emergentología y Urgencias, con un ingreso independiente para facilitar la atención de los pacientes, así como también una Sala de Observaciones totalmente renovada con capacidad de doce camas incluyendo una de aislamiento y de tres para observación constante

Misión: ser pionero en el servicio de salud integral a la comunidad en general, ser referente de servicios médicos asistenciales de la zona, por su calidad de atención médica urgente apuesta a la constante innovación tecnológica, infraestructura moderna, satisfacción y al bienestar del paciente.

Visión: Apuesta por la excelencia en el servicio de la salud, permanente reingeniería, la calidad total poner a disposición de los pacientes un moderno establecimiento sanatorial con nueva tecnología, mejores servicios médicos asistenciales para el cuidado de la salud integral.

Debido a su estructura y complejidad, el sanatorio ha sido categorizado por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, como Establecimiento Categoría IV: Establecimiento Polivalente que cuenta con Servicios de Alta Complejidad.

Ofrece todas las especialidades clínicas y quirúrgicas, más nuevos Centros de Diagnóstico por Imágenes y Ojos. Al igual que un renovado sector de Consultorios Externos.

El establecimiento se ha ampliado y cuenta con un total de 101 camas, de internación general, UTI, UCO.

Servicio de Guardia (Emergencia) cuenta admisión de pacientes (Triage), atención médica permanente las 24 horas del día, durante el año; atención especializada por médicos enfermeros, laboratorio de emergencia, servicio de diagnóstico por imágenes, sala de shock-room, recientemente implementado, donde trabajo.

Nuestro sanatorio ofrece amplias y cómodas salas de espera, tanto para solicitar los turnos, como para acceder a las consultas en los consultorios externos. Ambas equipadas con aire acondicionado, televisores Leds. Y también, una confitería.

Laboratorio especializado: servicio de diagnóstico por imágenes: cuenta con radiografía, ecografía, Ecodoppler, TAC, RMN.

Las modificaciones a nivel de infraestructura, renovación del equipamiento y la tecnología, al igual que una fuerte inversión en capacitación del personal y actualización del sistema de gestión, hacen de la Institución un referente de la zona.

El Sanatorio Modelo Burzaco es reconocido como una de las más destacadas entidades Sanitarias de la Urbe Zona Sur del Gran Buenos Aires, con amplia gama de servicios que ofrece; Atendiendo obras sociales destinados para personal asegurado (PAMI, OSMEDICA, etc)

Creemos, seguramente próximo a implementarse el Área de Atención Inmediata (AAI) para pacientes de casos enfermedades graves, de ese modo pensamos aportar con este modesto alcance en pro siempre coadyuvando la atención de prestación de servicios de salud a los pacientes a quienes nos debemos y corresponderles con calidad excelencia

Sistemas de Gestión: la Gestión en Salud. Gestión de Emergencias. Triage.

Consideramos es conveniente antes de centrarnos en el tema del fondo, emitir algunas precisiones terminológicas entre los conceptos urgencia y emergencia que, utilizamos a lo largo de la formulación y sustentación para la Implementación en el servicio de emergencia el AREA DE ATENCIÓN INMEDIATA (AAI), en efecto, son varias las definiciones encontradas en la revisión bibliográfica, tomamos como fuente a Romero Nieva Lozano define:

A).-“ La urgencia como aquella situación que precisa atención inmediata, por accidente, por la aparición súbita de un cuadro grave o por empeoramiento de una enfermedad crónica”.

B).-“La emergencia” es una situación crítica de peligro inminente para la vida del paciente y que requiere una actuación inmediata”. (10)

Para nosotros es importante, profundizar en el sistema de Gestión de Emergencias y la problemática de gestión en el área de investigación que nos ocupa, es conveniente mencionar que es una Gestión, si bien es cierto, hay varias acepciones encontradas en la bibliografía consultada; elegimos la manifestada por Román:

“La forma en cómo se organizan y combinan los recursos con el propósito de cumplir las políticas, objetivos y regulaciones” (11)

Específicamente al modelo de gestión en Salud, y acordando con lo expresado por Tobar, se pueden estudiar dos aspectos respecto a un modelo de gestión:

1.- Por un lado,” los valores que guían el sistema, entendiéndose por ellos la universalidad de la cobertura y/o la efectividad de las acciones”

Quiere decir de nuestra perspectiva personal, el sistema de gestión repercute en esencia axiológicamente en principios y valores que son reglas rectoras o paradigmas pilares que encienden o nacen de la gestión propiamente dicha (la honestidad, la buena fe de los negocios, la justicia, la equidad, lealtad, responsabilidad, principio de la dignidad, etc.). En suma, importante en la Gestión del sistema de salud.

2.- Y por otro lado, “la función del sistema de salud en cuanto a la información, la calidad de los servicios de prestación, el financiamiento de los mismos a través del aprovechamiento de recursos y la regulación del mercado”

Es decir, que para establecer un modelo de gestión se debe tener en cuenta los principios y valores que guían al sistema y las principales decisiones y actuaciones relacionadas con la conducción del mismo. Válidas para nuestra propuesta de implementación. (12)

Históricamente, los sistemas de gestión se establecieron de acuerdo a la división de trabajos, es decir, desde una visión distribución de roles de funciones o especializaciones. Diversas investigaciones de políticas de gestión a lo largo de esta última década lo afirman:

Tobar, 2012, Ortun Rubio, 2010, Durand y colaboradores, 2013

A.- “Que, las organizaciones de salud no han escapado a esta tendencia, y han debido enfrentar diferentes problemáticas al respecto. La proliferación de actividades por servicio que no aportan valor a los usuarios, desaprovechamiento de recursos, lentitud y fallas en el intercambio de información entre servicios, objetivos por servicios que suelen ser contradictorios con los objetivos de la gestión de la organización. Indudablemente la falencia del modelo de gestión hace que resulte burocrático, poco autónomo, carente de una visión integral de los procesos, faltos de objetivos claros y de concentración en el paciente”.

B).- “Es una realidad que las demandas de los usuarios sobre las organizaciones de salud son cada día más exigentes, sobre todo en el ámbito privado, por lo que se hace necesario adecuar la oferta sanitaria y los sistemas de gestión a fin de dar una respuesta a esas demandas. (12, 13, 14).

Los servicios de urgencia representan un área clave dentro de toda gestión hospitalaria, con demanda de atención durante las 24 horas del día en prestación de servicio a situaciones de complejidad y requerimientos disímiles, orientados inicialmente a patologías agudas severas médico-quirúrgicas que fueron derivando con el transcurso del tiempo a la atención de una amplia gama de situaciones de las cuales el 80% de las mismas pueden manejarse desde otras áreas, por su menor nivel de complejidad.

A nivel nacional, en el escenario actual del ámbito hospitalario, los servicios de emergencia en hospitales nacionales se encuentran colapsados, tendencia sostenida desde la última década y que se incrementa con el paso del tiempo; solo considerando el ámbito de Provincia de Buenos Aires el número de consultas por emergencias creció casi un 72%. Esta problemática no solo afecta al sistema público de salud, sino que también, el sector privado se ve colapsado tanto, por la demanda de atención como la exigencia de calidad de la misma, en donde los usuarios acuden que su dolencia tenga un diagnóstico y una terapéutica adecuada, como una atención oportuna y eficiente y acorde al gasto económico que le implica.

Además de lo expuesto, se debe considerar la gestión en recursos tanto humanos como materiales en el área: la sobrecarga horaria laboral por déficit de personal y la falta de insumos materiales en el sector público, y la demanda de recursos humanos con mayor

capacitación y competencia en el ámbito privado hacen necesaria la revisión constante del sistema de gestión implementado en el área (12, 13, 14)

Es importante, resaltar que el sistema de gestión en urgencia, tanto público como privado contemple la implementación de estrategias que sirvan para determinar la etiología de las principales causas de sobreocupación en el área de urgencias, entre las cuales podemos mencionar los tiempos elevados de hospitalización, o se descongestiona las camas de los pacientes para los nuevos que accedan fácil el exceso de exámenes innecesarios con elevado tiempo de respuesta, la capacidad insuficiente de recursos humanos y materiales, la problemática de comunicación y coordinación entre el área de urgencia y otras áreas y entre los profesionales de salud entre sí, y mecanismos de control insuficientes causas que en su conjunto impactan en la calidad de atención y eficiencia. (15)

Está claro, por nuestra parte podemos sentar bases que, el ámbito privado no se compara al ámbito de salud pública en cuanto a demanda de atención y políticas de salud establecidas, sin embargo, a partir de profundizar la problemática de gestión de salud a manera general en clínicas y sanatorios privados y la experiencia en el área de investigación que nos ocupa, se plantea la necesidad de estrategias de gestión integral, en el sector que involucre tanto la gestión de salud en cuanto a calidad de atención y aprovechamiento de recursos, como la gestión administrativa, contemplando la necesidad de encontrar el equilibrio administrativo-sanitario de la institución, con el aprovechamiento máximo de sus recursos económicos pero manteniendo la viabilidad de la atención y su eficiencia. (16)

A fin de privilegiar la atención y lograr un ordenamiento asistencial que permita hacer uso inteligente de los recursos disponibles, los servicios de emergencia buscan implementar un sistema de Triage no solo con fines de rentabilidad económico-financiera sino por ser uno de los indicadores de calidad más utilizados al momento de evaluar la atención en emergencias y el funcionamiento de un sistema de gestión aplicado en cuanto a la demanda asistencial del sector.

El término, que deriva del francés y que significa “escoger, elegir, clasificar”, persiste desde su aplicación en las bases napoleónicas como concepto de clasificación, y, dentro de la emergencia sanitaria es indicativo del sistema de recepción y clasificación de pacientes por niveles de gravedad que determinaran la prioridad de atención. (17)

A modo de breve resumen, la determinación de la atención de pacientes de acuerdo a las categorizaciones más utilizadas a nivel internacional se encuentra el Índice de Gravedad de las lesiones ((Injury Severity Store – I.S.S) con un score del 1 al 16 correspondiendo los valores más altos a un pronóstico más favorable. En caso de Triage extra hospitalario el objetivo esencial es clasificar rápidamente a los heridos en función del beneficio que obtendrán los pacientes cuando se les otorgue una atención médica, disponiéndose de 60 segundos por cada víctima para evaluar prioridad de atención y trasladarlas al área de Triage, área física donde se ubicaran las víctimas una vez rescatadas para asignar prioridad de traslado; el procedimiento de categorización se realizará teniendo en cuenta los parámetros de ventilación, perfusión y nivel de conciencia y la clasificación de víctimas utiliza el código de colores implementado en consenso por la OMS y la OPS que se detalla a continuación:

CODIGO	SINTOMAS	SIGNOS	ENFERMEDAD AGREGADA	CONDUCTA
Negro	Paro cardiorrespiratorio	Estado crítico Signos vitales abolidos	No importa el padecimiento de base	Ingreso directo
Rojo	Síntomas respiratorios de rápida evolución. Menos de 24 hs	Dificultad respiratoria severa	Enfermedades crónicas como asma, EPOC, TBC, VIH/SIDA, diabetes, etc	Ingreso directo
Amarillo	Síntomas respiratorios de moderada evolución. 3 a 5 días	Dificultad respiratoria leve a moderada	Edad extrema: niños y ancianos	Recibe un número de una serie de un color y letra o pasa
Verde	Síntomas respiratorios de moderada evolución. Más de 5 días	Sin dificultad respiratoria	Sin enfermedad de base	Recibe un número de otro color y letra

En cuanto a nivel intrahospitalario de ámbito público y privado, cabe considerar que la recepción de víctimas originadas por desastre de naturaleza o accidentes fortuitos o de fuerza mayor, tendrán derivación hacia centros de salud del ámbito público, que son los primeros actuantes, y en cuyo caso, el objetivo principal del Triage será el inicio de los procedimientos

básicos y la clasificación rápida de víctimas para derivar a las áreas de tratamiento correspondiente; en caso que el paciente tenga posibilidades de atención dentro del ámbito privado serán los profesionales actuantes los que decidirán el momento del traslado de acuerdo al estado del paciente, para lo cual deberá gestionarse el medio de transporte y el acompañamiento más adecuado.(17)

De todo lo expuesto ya enfocando nuestro análisis en el área de investigación que, nos ocupa tras el aumento de la demanda asistencial en el servicio de emergencias, surge la necesidad de preguntarse, ¿si el sistema de gestión implementado en el ámbito privado, condice o colabora en la eficiencia del servicio de salud, basándose en la clasificación de urgencia/gravedad, asegurando la priorización en función del nivel de clasificación acorde con la urgencia de la condición clínica del paciente y se adecúa a la gestión y planificación de recursos?.

Diremos en puridad las acepciones o las terminologías emergencia, urgencia, o inmediata, inmediatéz son terminologías que se utilizan de acuerdo a la Real Academia Española Castellana. Los hablantes de los países, utilizan en su argot en el campo de la medicina con significado de similitud o sinónimos usualmente ídem.

La Urgencia como aquella situación inmediata, como hemos indicado anteriormente amerita acudir en forma urgente o inmediata, frente a una situación de aparición súbita de un cuadro grave clínico del paciente.

La palabra Emergencia, representa y significa una actuación inmediata o inmediatéz, en una situación crítica de peligro evidente para la vida del paciente o una situación gravosa o grave de la misma. Realidad son terminologías que tienen el mismo sentido. Lo que se trata el pedido de Implementación de una nueva área en emergencia, cuando se refiere para la atención de pacientes de tratamiento urgente o inmediato es lo mismo que se atiende en emergencia, sino priorizar a los enfermos entre comillas gravosos, que permita una buena distribución equitativa de trabajo a fin de descongestionar el servicio. Por lo que resulta pertinente descongestionar la saturación de los pacientes creando o implementando áreas paralelas a fines, no hay diferencia en cuanto a los roles, en el servicio de emergencia la atención inmediata o urgente son para los casos más extremos en relación a la gravedad del

paciente. Cabe la acotación explicitando más abundante la justificación de la importancia.
Inmediata

Sistema de Gestión Clínica y de Emergencia en el Ámbito Privado. La Proyección de Gestión y Optimización

Hemos dicho, la elección de atención sanitaria en el sector privado surge, no solo por la alta demanda de atención en los hospitales públicos sino también, por la problemática instaurada en cuanto a la tardanza en la atención, la demanda de turnos y los tiempos de espera prolongados tanto en la gestión clínica como en la guardia de emergencia, sumado a ello la burocracia y la corrupción especialmente en las entidades públicas del Estado.

De acuerdo al autor Belmartino y sus colaboradores sostienen:

“La gestión privada de los servicios sanitarios, en todas sus posibles acepciones, emerge como respuesta al intento de mantener estándares de atención elevados en cuanto a calidad y eficiencia, con menor consumo de recursos públicos. Se caracteriza por poner en práctica técnicas de gestión empresarial que enfatizan la importancia de elementos como la gestión profesional, la medición y evaluación de objetivos y resultados y la atribución de responsabilidades. La última década ha experimentado cambios en la gestión sanitaria privada, en las que se define las prioridades del sistema en función de los valores que guía y establece el establecimiento privado en cuestión, y en el cual cada uno privilegia determinados aspectos sobre otros”. (18)

En este siglo, las organizaciones tienen el reto de establecer nuevas estrategias de gestión, con un modelo de dirección y liderazgo que se adecue a la situación actual de demanda, con profesionales que dominen y entiendan la evolución del sistema de salud en cuanto a tecnologías implementadas y su aplicación desde lo laboral, que establezca prioridades, que aproveche su potencial al servicio de los pacientes y una organización empresarial que ofrezca apoyo constante a sus colaboradores, establezca estrategias de gestión para el aprovechamiento máximo de los recursos y presenten un perfil con visión de futuro, flexibilidad, capacidad y nuevas habilidades a fin de conseguir el éxito organizacional en su gestión.

La constante evolución tecnológica y los cambios en la economía (en especial en las bases tributarias de los países latinoamericanos) llevan a la redefinición permanente de las fuentes de recursos para financiar las acciones de salud en el ámbito privado, en las que se consideran diferentes variables, como los niveles de salud de la población, los modelos de sistemas de salud, el papel de la economía. (18).

Para Shein, la cultura organizacional antes mencionada presenta en la actualidad seis características principales:

- 1.- La regularidad en los comportamientos observados.
- 2.- Normas o patrones de comportamiento.
- 3.- Valores predominantes que defienden la organización y el sistema de gestión empleado,
- 4.- Reglas establecidas dentro del marco institucional.
- 5.- Clima organizacional traducido en la calidad del ambiente de trabajo.
- 6.- Con alta motivación en el clima de trabajo a fin de proporcionar relaciones de satisfacción y colaboración entre todo el personal. (19).

Nosotros diremos, la gestión en salud no escapa a esta realidad de cambios que la oferta y la demanda de los servicios de salud obligan a adoptar, ya que se requiere un nuevo estilo de trabajo, con una visión integral compartida por todos los actores que involucran la organización, cambios en la modalidad tradicional del trabajo con modernización tecnológica y capacitación constante como las herramientas claves de la gestión involucrada en el ámbito público, tanto privado como de la seguridad Social.

Nuestro país sudamericano, así como aquellos los países latinoamericanos Chile, Perú, Colombia, Brasil, Ecuador, Bolivia, etc. que cuenta con medicina privada, expandió y consolidó sus sistemas de salud en clínicas y centros de salud privado a partir de las obras sociales y en la actualidad enfrenta fuerte desafíos en cuanto a sus sistemas de gestión:

- a.- En principio, se trabaja para la protección del terreno ganado en los últimos veinte años, a partir del año 2009.

b.- Y debido a la economía fluctuante se produjo una marcada disminución de la incorporación de nuevos afiliados que se intenta revertir en forma continua, a partir de la gestión de nuevos planes y garantizando eficiencia y rápida respuesta.

García Saven y colaboradores manifiestan:

“Que, uno de los focos de trabajo es contrarrestar la acrítica incorporación de nuevas tecnologías y medicamentos al mercado sin una adecuada regulación de la obligación de cobertura; al respecto, las instituciones privadas, además, enfrentan en su gestión los altos costos de nueva tecnología aplicada a las diferentes especialidades la cual solo puede enfrentarse con la suba de la cuota mensual lo que provoca la salida de muchos usuarios. Las entidades de medicina prepaga en nuestro país cubren una población cercana a 2,500,000 personas, de las cuales el 60% se afilia en forma individual o familiar, y el resto a través de empresas; al tratarse de un mercado de altos niveles de saturación la tendencia ha sido preservar la competencia a través de la diversificación de planes. Para las instituciones privadas con fines de lucro es importante contar con una cartera creciente de asociados y para ello compiten diferenciando su producto”. Es decir que la competencia por captar un mayor número de asociados impacta en una permanente expansión de la cobertura. (19)

En lo que al presente estudio respecta y para la entidad privada mencionada, se intenta establecer una gestión dentro del área de emergencias, en la cual se planifique, organice, dirija y se controlen los objetivos propuestos por la institución, a partir del manejo de recursos humanos, físicos, tecnológicos y de información y se puedan cumplimentar los procesos inherentes a la gestión. Dicho de otra manera, alcanzar una calidad de gestión eficiente con el máximo aprovechamiento de los recursos. Está claro que la gestión deberá apuntar hacia un sistema de calidad y eficiencia, que se ha convertido, con el correr de los años, en una plataforma de proyección y crecimiento, no solo para el área de salud sino para todos los entes productivos. (19).

En el área que nos ocupa, es necesario la incorporación de nuevas herramientas que permitan renovar las estrategias empresariales impuestas a fin de dar respuestas a requerimientos en cuanto calidad y eficiencia en la atención apuntando a un sistema de gestión integrado.

Según el autor, Castillo & Martínez sostiene:

“basado en la unificación o consolidación de los lineamientos esenciales, lo que facilita que los esfuerzos y recursos invertidos por toda organización sean utilizados de manera inteligente con un mismo enfoque, pero con varias orientaciones”. (20)

En Emergencias, tres aspectos deben considerarse para contribuir a la optimización de su sistema de gestión, que se posicionan hoy en día como determinantes dentro de la gestión de salud privado:

- 1.- Brindar una atención eficiente, priorizando la urgencia e implementando las estrategias necesarias para la plena satisfacción del cliente.
- 2.- El compromiso en el bienestar laboral y la seguridad del personal de salud involucrada el sector, y control del impacto ambiental, aspectos que, si se logran imponer desde la dirección hacia todas las áreas de servicio, no solamente la que nos implica.
- 3.- Abren paso al incremento productivo y a una respuesta eficiente a la demanda de todos los servicios.

Esta optimización de la gestión, como mencionamos líneas arriba, debe partir de un compromiso y liderazgo en la dirección, de mejoras continuas en las diferentes áreas y servicios, poniendo énfasis en aquellas que más necesitan una gestión eficiente, en acciones preventivas y no correctivas, enfocada en la prevención, anticipación y gestión oportuna y, principalmente, la necesidad de contar con indicadores que permitan evaluar los alcances y desempeños obtenidos en cierta cantidad de tiempo. (19,20)

Los beneficios de implementar este sistema de gestión integrado, y de acuerdo a aspectos relevantes mencionados, podemos corroborar lo dicho por el autor Atehortúa y colaboradores:

“Se concentran en la reducción de costos en el proceso de implementación, revisión y certificación, en innovación para el desarrollo de estrategias que impulse la eficiencia y la sostenibilidad y, ya básicamente para el área que nos ocupa, en poder establecer un sistema de seguimiento dinámico y práctico para el logro de una gestión eficaz y eficiente.”(21)

Cabe mencionar que para toda entidad del sector de salud siempre será representativo para generar confianza y transparencia a sus beneficiarios el poder contar con certificaciones y

acreditaciones de calidad en sus procesos organizacionales, que no solo impulsan en la productividad, sino que además proyectan la competitividad, en medio de un entorno cada vez más exigente y trasmite un mensaje de compromiso y responsabilidad frente a la prestación de servicios en el rubro de salud

Entre los que se destacan en el sistema de gestión de calidad:

a) . ISO 9001.

b).- Sistema de Gestión Ambiental ISO 14001.

c).- Y Sistema de Gestión de Salud Seguridad Ocupacional OSHAS 18001.

En nuestro país el Instituto Técnico para la acreditación de establecimientos de Salud (ITAES) que funciona desde el año 1994, adopta los lineamientos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y basa su enfoque a nivel nacional e internacional en la revisión de los avances y progresos de los sistemas de calidad, dentro del sistema de salud privado y la forma que estas entidades, buscan en su interior la promoción de los aspectos humanos, científicos y organizacionales. (22)

De ahí, es importante mencionar, la gestión de servicio de Emergencias de la clínica Modelo Burzaco del comento, ubicado en el ámbito privado del sector de salud siempre será representativo para generar confianza y transparencia a sus usuarios el poder contar con sus certificaciones y acreditaciones de calidad en sus procesos, trasmite un mensaje de compromiso y responsabilidad organizacional, ampliamente ya referidas en los ítems precedentes. Sin duda haciendo atingencia que nada puede cumplir a perfección y cabalidad, todo resulta perfectible, ya sea en menor o mayor las incidencias deficitarias, lo que anteriormente tantas veces hemos puntualizado el meollo del tema investigado la implementación el Área de Atención Inmediata y mejoramiento de protocolos de atención, que mejoren los tiempos de internación, debido a esta inquietud, la gestión está tomando cartas en el asunto.

CAPITULO I
MATERIALES Y
METODOS

1.- Diseño Metodológico: Materiales y Métodos

1.1 Campo de Verificación

- 1.1.1 Tipo de investigación: la misma se abordó desde un enfoque cualitativo (planteamiento de un problema de estudio delimitado y concreto: diagnóstico situacional del servicio de emergencia en la clínica modelo Burzaco), descriptivo (el objetivo es determinar la dimensión de un fenómeno como es en esta investigación las características de la gestión del servicio de emergencias de la clínica modelo mencionada), transversal (no se trata de determinar la progresión del conocimiento a lo largo del tiempo, sino que la intención es saber la operatividad del servicio en la actualidad), no experimental (no se varían de forma intencional las variables)
- 1.1.2 Diseño de estudio: observacional, analítico, retrospectivo, transversal, a partir del análisis documental de las historias clínicas y registro en el libro de guardia de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia.
- 1.1.3 Ámbito: Área de investigación: Servicio de Emergencia de la Clínica Modelo Burzaco de Buenos Aires
- 1.1.4 Ubicación Temporal: el estudio se realizó en el primer semestre del 2017.
- 1.1.5 Población y muestra: la población total estuvo conformada por todos los pacientes atendidos desde el Servicio de Emergencia de la Clínica Modelo “Burzaco” de Buenos Aires en el primer semestre del 2017; la muestra final quedó conformada por 24715 pacientes, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión que se detallan a continuación:
- Criterios de inclusión: pacientes atendidos en el servicio de Emergencia de la clínica modelo “Burzaco”, con registro de atención en libro de guardia o historia clínica completa, en el primer semestre del 2017
 - Criterios de Exclusión: pacientes con datos incompletos en su historia clínica, pacientes que no hayan querido colaborar con el presente estudio.

1.2 Técnicas, instrumentos y materiales de verificación:

- 1.2.1 Técnica utilizada: se realizó una revisión documental de cada una de las historias clínicas y registro de atención en la historia clínica informatizada de la muestra correspondiente.
- 1.2.2 Método de recolección de datos: Instrumento: ficha de recolección de datos a partir del libro de ingresos en emergencias e historias clínicas completas de pacientes hospitalizados.
- 1.2.3 Variables de análisis: las variables de estudio consideradas para evaluar la gestión en emergencia: sexo, franja etárea, clasificación de las patologías de emergencia de acuerdo a prioridad de atención, diagnóstico de internación, derivación a unidad de servicio, días de hospitalización de acuerdo a área de servicio, cantidad de personal de salud involucrado en el área de emergencia. Operacionalidad de las variables:
- Sexo: femenino, masculino
 - Franja etárea: tiempo cronológico de vida al momento de realizado el estudio que figura en la historia clínica
 - Clasificación de la patología de acuerdo a prioridad de atención: se evaluarán las patologías atendidas en emergencia y la clasificación del paciente de acuerdo a los signos presentados: leve, moderado, crítico, muy crítico (código negro, rojo, amarillo y verde)
 - Diagnóstico de internación: patología relevante presentada al momento de ingresar al servicio de emergencia
 - Derivación a unidad de servicio: área hacia donde se traslada el paciente finalizado la atención en emergencia. Días de internación en el área
 - Cantidad de personal de salud involucrado en el área: personal médico y de enfermería partícipe en el área por turnos.

1.3 Estrategia de recolección de datos

- 1.3.1 Organización: se realizaron las actividades de coordinación necesarias con las autoridades respectivas de la clínica Modelo “Burzaco” de Buenos Aires, para tener autorización para realizar el estudio.
- 1.3.2 Procedimientos

- Una vez establecidas la coordinación y la autorización para la realización de la investigación, se procedió a la recolección de la información requerida a través del análisis documental de las Historias Clínicas informatizadas y libro de registro de atención de guardia, dentro del periodo de estudio.
- Concluida la obtención de datos recolectados en la FICHA de recolección se realizó la tabulación, análisis e interpretación de los mismos; con el objetivo de caracterizar la distribución de respuestas de la muestra seleccionada; se elaboraron tablas de frecuencias absolutas y relativas, se aplicaron pruebas estadísticas y se realizaron los gráficos correspondientes a los porcentajes de distribución, El tratamiento estadístico de todas las variables se realizó utilizando software SPSS.
- Criterios y estrategias para la interpretación de resultados: Una vez obtenidas las tablas estadísticas de distribución de frecuencias y porcentajes, se procederá a aplicar estadística descriptiva utilizando medidas de tendencia central, analizando cada indicador y su interrelación con la variable de estudio.

1.4 Recursos

1.4.1 Institucional

- Área de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Favaloro de Buenos Aires.
- Biblioteca de la Universidad Favaloro de Buenos Aires.
- Biblioteca de la Universidad Buenos Aires.
- Historias clínicas.
- Libro de registro de hospitalización.
- Libro de registro de atención por guardia
- Ficha de recolección de datos.
- Bibliografía.
- Material de escritorio, computadora, paquete estadístico.

1.4.2 Financiero: Autofinanciamiento

1.5 Validación de Instrumentos. Aspectos Éticos: Las historias clínicas son documentos legales y confiables, por lo que no será necesaria la validación previa de estos instrumentos, la ficha de recolección de datos ha sido validada por opinión de expertos. Se solicitaron todas las autorizaciones pertinentes para la realización de este estudio, quedando por sentado el compromiso moral y ético de respetar la confidencialidad en el manejo de los datos recopilados. Los mismos solo serán utilizados a los efectos de los objetivos e intencionalidad del presente trabajo de investigación.

CAPITULO II

RESULTADOS

IMPLEMENTACIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL AREA DE ATENCIÓN INMEDIATA EN LA CLÍNICA MODELO BURZACO

TABLA N°1

Personal involucrado en el Servicio de Emergencias del área de investigación, por cada uno de los 3 turnos

Profesional	Cargo en el servicio	Hombres/ Mujeres	Descripción del puesto
Administrativo	Ingreso de pacientes	1	Registro ingreso de pacientes. Control de ingreso de ambulancias
Personal de salud	Triage	1	Evaluación de pacientes por guardia
Personal de Salud operativo	Médico General /Médico Residente	2	Atención de pacientes de atención ambulatoria.
	Médico de Emergencia	2	Evaluación de pacientes. Derivación de acuerdo a Triage para atención
	Medicos Especialistas (Guardia pasiva)	5	Apoyo a guardia de acuerdo a la gravedad del paciente
	Jefa de Enfermeras (capacitada en Triage)	1	Apoyo al personal de salud
	Enfermería	3	Coordinador General
	Director Médico: Jefe de servicio	1	Apoyo ante necesidades del área
Personal de apoyo	Auxiliares de Enfermería	1	
	Camillero	1	
	Servicio de diagnóstico por imágenes de guardia	2	
	Laboratorio de Guardia	2	

**IMPLEMENTACIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL AREA DE
ATENCIÓN INMEDIATA EN LA CLÍNICA MODELO BURZACO**

TABLA N° 2

**Distribución de la muestra total de pacientes atendidos de acuerdo a nivel de gravedad.
(por códigos de atención según la clasificación de la OMS)**

Variable: estado del paciente al ingreso (código negro, rojo amarillo y verde)	Generalidades	N°	%
CODIGO NEGRO	Paro cardiorrespiratorio	77	0.31
CODIGO ROJO	Síntomas respiratorios de rápida evolución menos de 24 horas	3128	12.66
CODIGO AMARILLO	Síntomas respiratorios de moderada evolución 3-5 días	6225	25.19
CODIGO VERDE	Síntomas respiratorios de moderada evolución más de 5 días	15285	61.85
Total		N=24715	100%

Los pacientes atendidos por guardia fueron en total 24715, de los cuales fueron clasificados por el triage por los códigos de atención, fueron los siguientes: negro 0.31%, rojo 12.66%, amarillo 25.19%, verde 61.85%

IMPLEMENTACIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL AREA DE ATENCIÓN INMEDIATA EN LA CLÍNICA MODELO BURZACO

GRAFICO N°1

Distribución de la muestra total de pacientes atendidos de acuerdo a nivel de gravedad.
(por códigos de atención según la clasificación de la OMS)



**IMPLEMENTACIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL AREA DE
ATENCIÓN INMEDIATA EN LA CLÍNICA MODELO BURZACO**

TABLA N° 3

Total, de pacientes atendidos por guardia, y de acuerdo con género (varón o mujer).

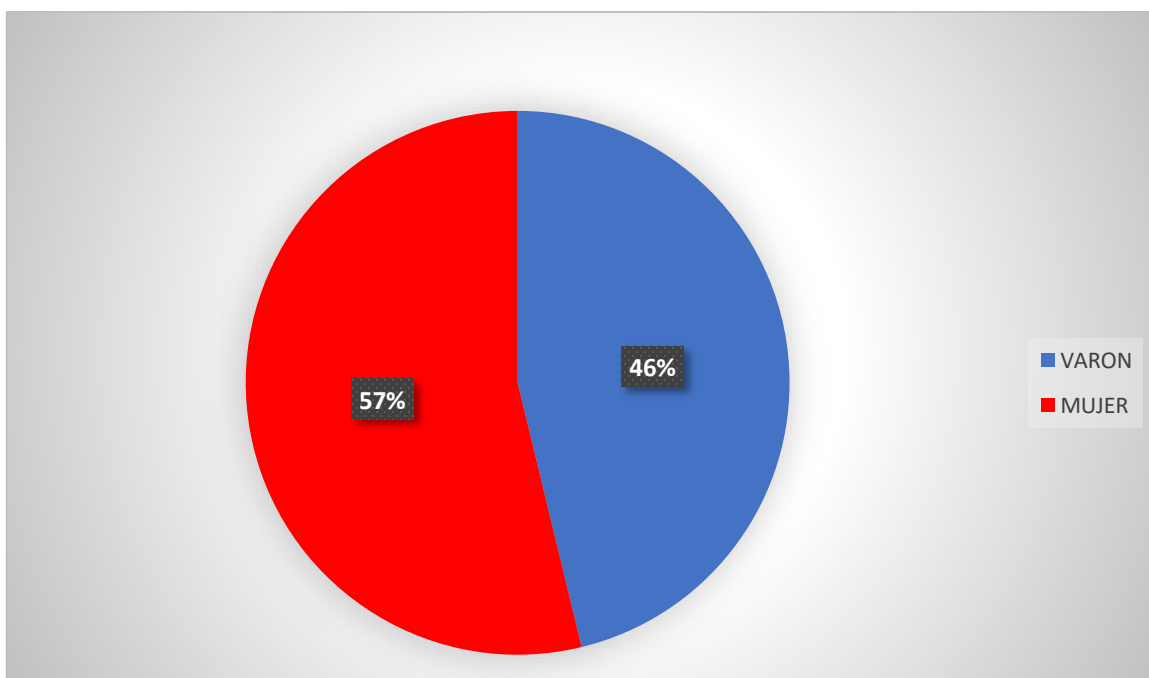
	PACIENTES HOSPITALIZADOS	%
VARON	11423	46.22
MUJER	13292	53.78
TOTAL	24715	100.00

Se atendieron por el servicio de Emergencia un total de 24715, de los cuales fueron 11423 varones (46.22%), mujeres 13292 (53.78%)

IMPLEMENTACIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL AREA DE ATENCIÓN INMEDIATA EN LA CLÍNICA MODELO BURZACO

GRAFICO N°2.

Total, de pacientes atendidos por guardia, y de acuerdo con género (varón o mujer).



IMPLEMENTACIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL AREA DE ATENCIÓN INMEDIATA EN LA CLÍNICA MODELO BURZACO

TABLA N° 4

Total, de pacientes atendidos por guardia y su derivación (Área de Emergencia o domicilio)

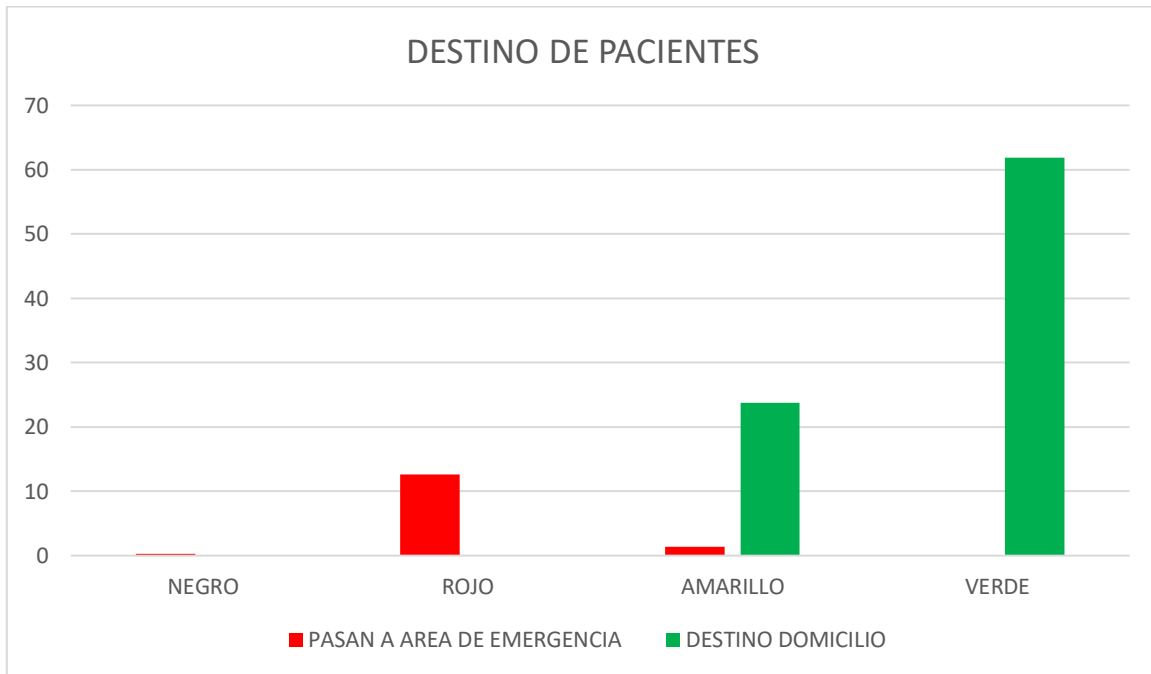
CODIGO DE ATENCIÓN (OMS)	AREA DE EMERGENCIA	%	DOMICILIO	%	TOTAL %
Negro	77	0.31	0	0	0.31
Rojo	3128	12.66	0	0	12.66
Amarillo	343	1.39	5882	23.80	25.19
Verde	0	0	15285	61.85	61.85
Total	3548	14.36	21167	85.64	100.00

Se atendieron por guardia 24715 pacientes de los cuales, el 14.36% paso al área de Emergencia; el 85.64% que fue atendido su destino final fue su domicilio

IMPLEMENTACIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL AREA DE ATENCIÓN INMEDIATA EN LA CLÍNICA MODELO BURZACO

GRAFICO N° 3

Total, de pacientes atendidos por guardia y su derivación (Área de Emergencia o domicilio)



**IMPLEMENTACIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL AREA DE
ATENCIÓN INMEDIATA EN LA CLÍNICA MODELO BURZACO**

TABLA N°5

Pacientes hospitalizados, de acuerdo a su gravedad de sus enfermedades

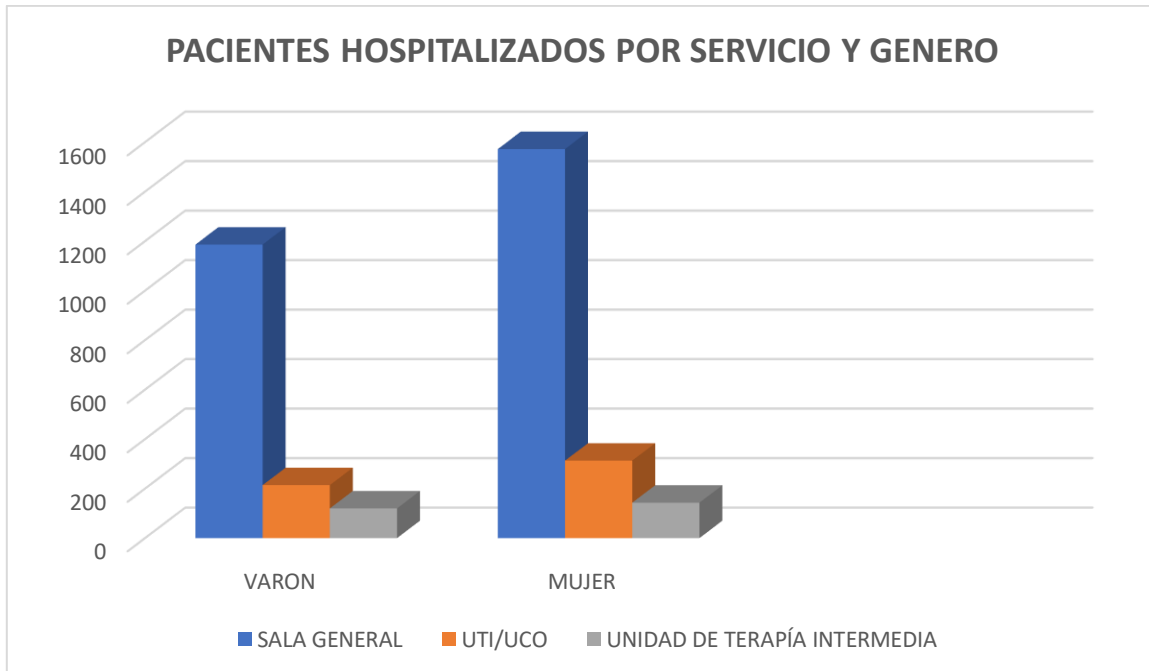
PACIENTES HOSPITALIZADOS	SALA GENERAL	%	UTI/UCO	%	UNIDAD DE TERAPIA INTERMEDIA	%	TOTAL	%
VARÓN	1186	33.43	214	6.03	120	3.38	1520	43
MUJER	1572	44.31	313	8.82	143	4.03	2028	57
TOTAL	2758	77.73	527	14.85	263	7.41	3548	100

Los pacientes hospitalizados en su mayoría son internados en sala general 2758 (77.73%), en UTI/UCO 527 (14.85%), unidad intermedia 263 (7.41)%

IMPLEMENTACIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL AREA DE ATENCIÓN INMEDIATA EN LA CLÍNICA MODELO BURZACO

GRAFICO N°4

Pacientes hospitalizados, de acuerdo a su gravedad de sus enfermedades



**IMPLEMENTACIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL AREA DE
ATENCIÓN INMEDIATA EN LA CLÍNICA MODELO BURZACO**

TABLA N°6

Recursos utilizados para los pacientes atendidos por guardia

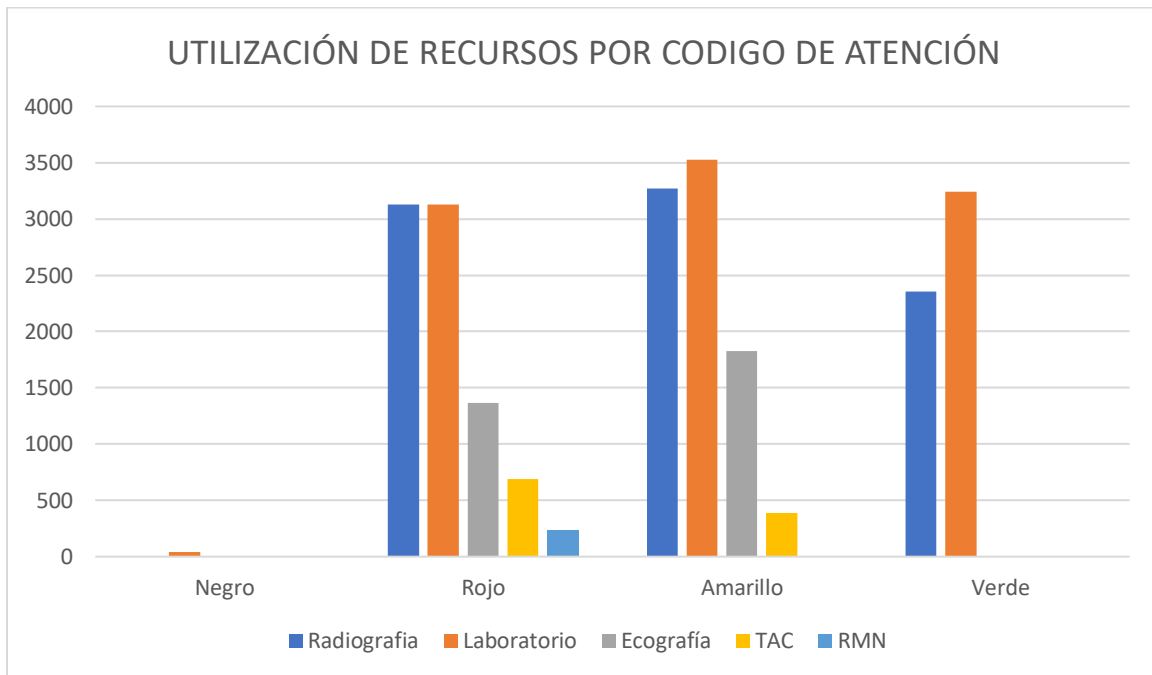
UTILIZACIÓN DE RECURSOS	RADIOGRAFÍA	LABORATORIO	ECOGRAFÍA	TAC	RMN
Código negro	4	43	2	4	0
Código rojo	3128	3128	1367	688	234
Código amarillo	3268	3529	1825	388	
Código verde	2354	3245	0	0	0
Total	8750	9945	3192	1076	234

Este cuadro representa los recursos utilizados de acuerdo a los códigos establecidos de atención

IMPLEMENTACIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL AREA DE ATENCIÓN INMEDIATA EN LA CLÍNICA MODELO BURZACO

GRAFICO N°5

Recursos utilizados para los pacientes atendidos por guardia



**IMPLEMENTACIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL AREA DE
ATENCIÓN INMEDIATA EN LA CLÍNICA MODELO BURZACO**

TABLA N°7

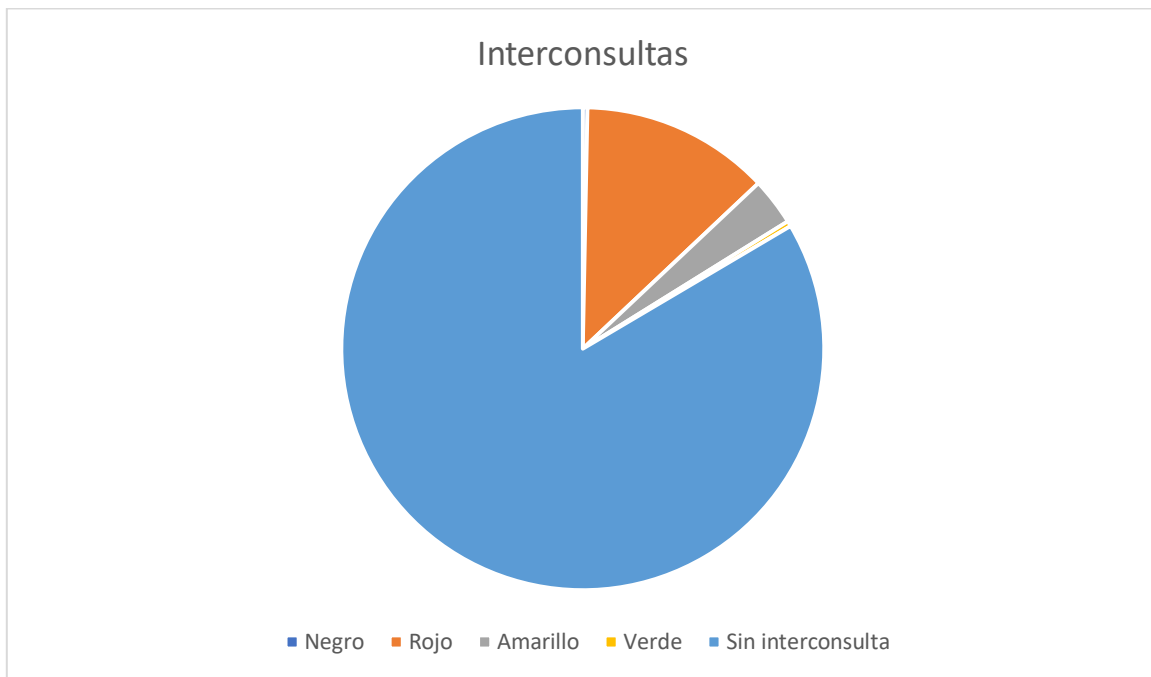
Interconsultas realizadas en la guardia

CODIGO DE ATENCIÓN (OMS)	INTERCONSULTAS	%
Negro	77	0.31
Rojo	3128	12.66
Amarillo	785	3.18
Verde	90	0.36
Sin interconsulta	20.635	83.49

IMPLEMENTACIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL AREA DE ATENCIÓN INMEDIATA EN LA CLÍNICA MODELO BURZACO

GRAFICO N°6

Interconsultas realizadas en la guardia



**IMPLEMENTACIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EL AREA DE
ATENCIÓN INMEDIATA EN LA CLÍNICA MODELO BURZACO**

TABLA N°8

Días de hospitalización por área

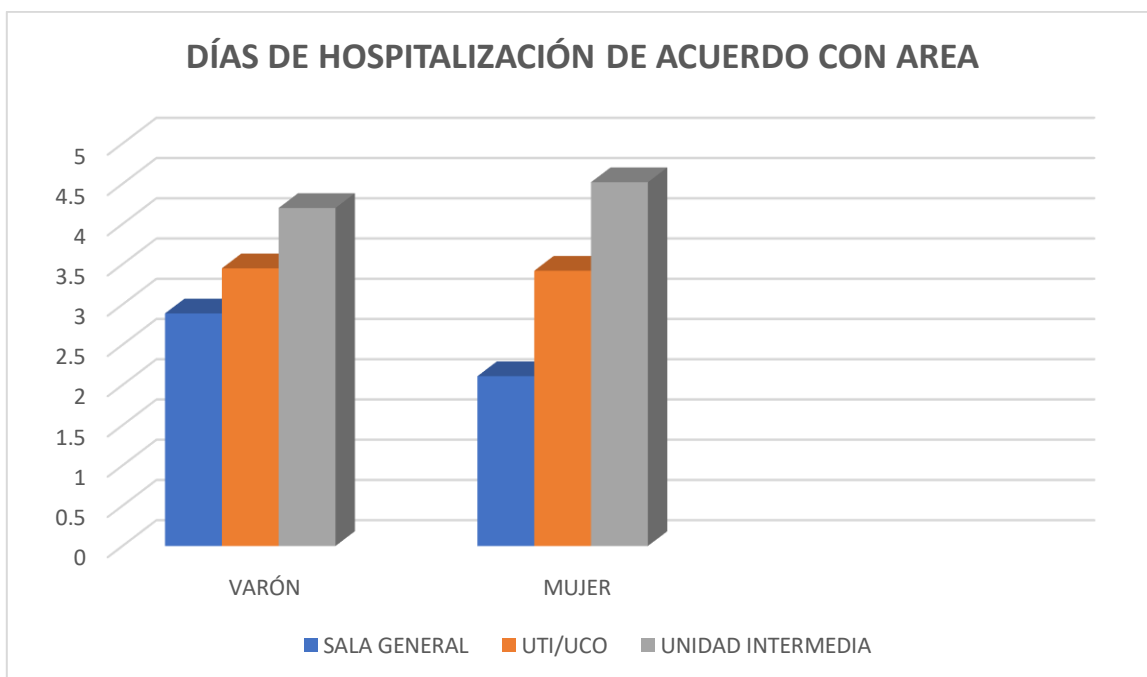
DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	SALA GENERAL (PROMEDIO)	UTI/UCO (PROMEDIO)	UNIDAD INTERMEDÍA (PROMEDIO)
VARÓN	2,89	3,45	4.20
MUJER	2,11	3,42	4.85
VARON Y MUJER (TOTAL DE PACIENTES)	2,50	3,44	4,52

Los días de hospitalización en promedio en sala general fueron de 2.50 días, siendo más alta en unidad intermedia con 4.52 días, UTI/UCO 3.44

IMPLEMENTACIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EL AREA DE ATENCIÓN INMEDIATA EN LA CLÍNICA MODELO BURZACO

GRAFICO N°7

Días de hospitalización por área



**IMPLEMENTACIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EL AREA DE
ATENCIÓN INMEDIATA EN LA CLÍNICA MODELO BURZACO**

TABLA N°9

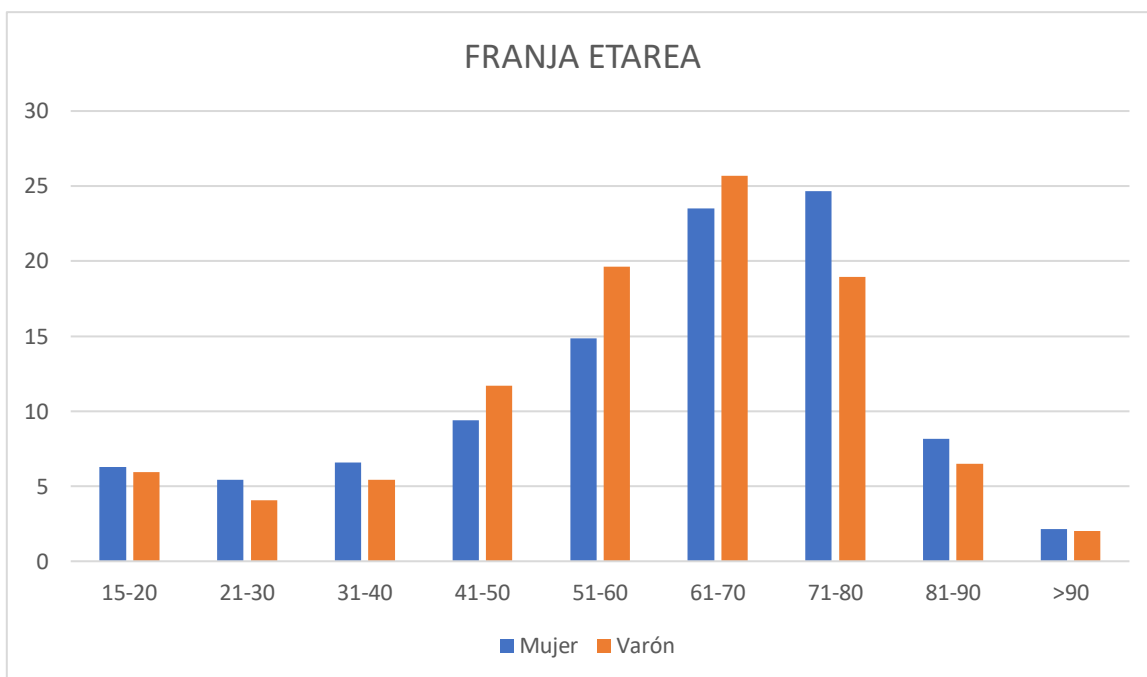
Característica de los pacientes atendidos por guardia

Variable: Franja Etárea	FEMENINO		MASCULINO		TOTALES	
15 – 20 años	835	6,28%	679	5,94%	1514	6,26%
21 – 30 años	722	5,43%	465	4,07%	1187	4,91%
31 – 40 años	745	5,60%	623	5,45%	1368	5,66%
41 – 50 años	1247	9,38%	1335	11,68%	2582	10,68%
51 – 60 años	1974	14,85%	2245	19,65%	4219	17,45%
61 – 70 años	3126	23,52%	2936	25,70%	6062	25,08%
71 – 80 años	3278	24,66%	2166	18,96%	5444	21,52%
81 – 90 años	1082	8,14%	742	6,50%	1824	7,54%
Mayor 90 años	283	2,13%	232	2,03%	515	2,13%
Totales	N=13292	100%	N=11423	100%	N=24715	100%

IMPLEMENTACIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EL AREA DE ATENCIÓN INMEDIATA EN LA CLÍNICA MODELO BURZACO

GRAFICO N°8

Característica de los pacientes atendidos por guardia



**IMPLEMENTACIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EL AREA DE
ATENCIÓN INMEDIATA EN LA CLÍNICA MODELO BURZACO**

TABLA N°10

Características de los pacientes internados por guardia

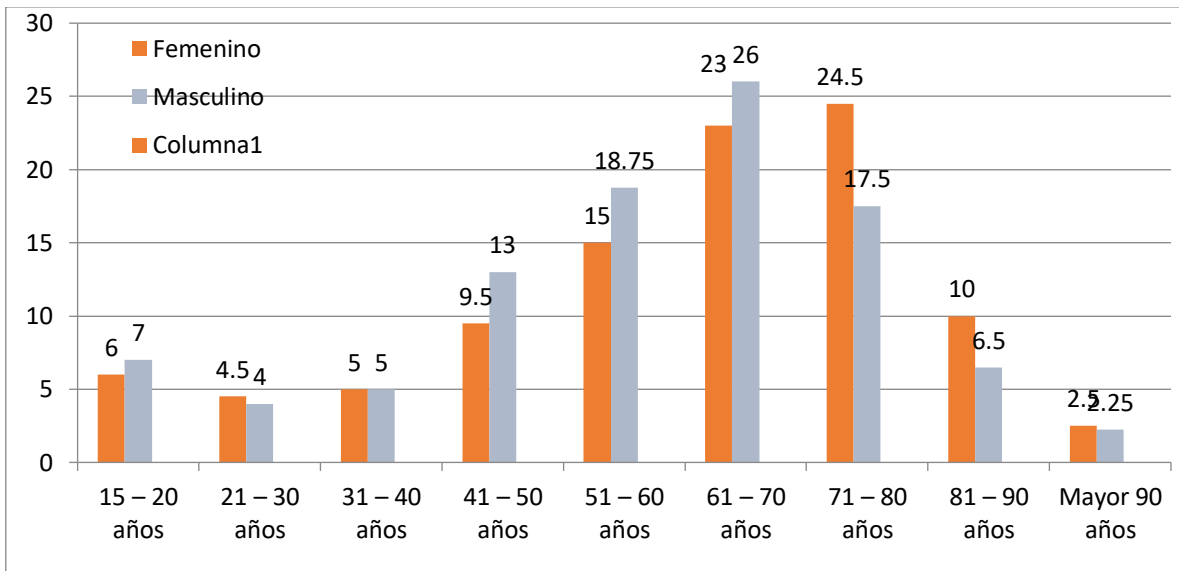
Variable: Franja Etárea	FEMENINO		MASCULINO		TOTALES	
15 – 20 años	127	6%	106	7%	233	6,5%
21 – 30 años	83	4,5%	56	4%	139	4%
31 – 40 años	103	5%	75	5%	178	5%
41 – 50 años	192	9,5%	196	13%	388	11%
51 – 60 años	308	15%	285	18,75%	593	17%
61 – 70 años	462	23%	398	26%	860	24%
71 – 80 años	496	24,5%	267	17,5%	763	21,5%
81 – 90 años	205	10%	96	6,5%	301	8%
Mayor 90 años	52	2,5%	41	2,25%	93	3%
Totales	N=2028	100%	N=1520	100%	N=3548	100%

IMPLEMENTACIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL AREA DE ATENCIÓN INMEDIATA EN LA CLÍNICA MODELO BURZACO

GRAFICO N°9

Características de los pacientes internados por guardia

FRANJA ETAREA



IMPLEMENTACIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL AREA DE ATENCIÓN INMEDIATA EN LA CLÍNICA MODELO BURZACO

TABLA N°11

Enfermedades prevalentes y frecuentes

Variable: Patologías atendidas por guardia	TOTAL	%
Patologías cardiovasculares	7128	
Patologías respiratorias	6428	
Patologías traumatológicas	3274	
Patologías cirugía	2825	
Patologías gastroenterológicas	2288	
Patologías neurológicas	1923	
Patologías hematológicas	354	
Patologías ginecológicas	215	
Patologías renales urinarias	152	
Otras	128	
Total	N=24715	100%

IMPLEMENTACIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL AREA DE ATENCIÓN INMEDIATA EN LA CLÍNICA MODELO BURZACO

TABLA N° 12

Distribución de las patologías internadas en el Servicio de Emergencia

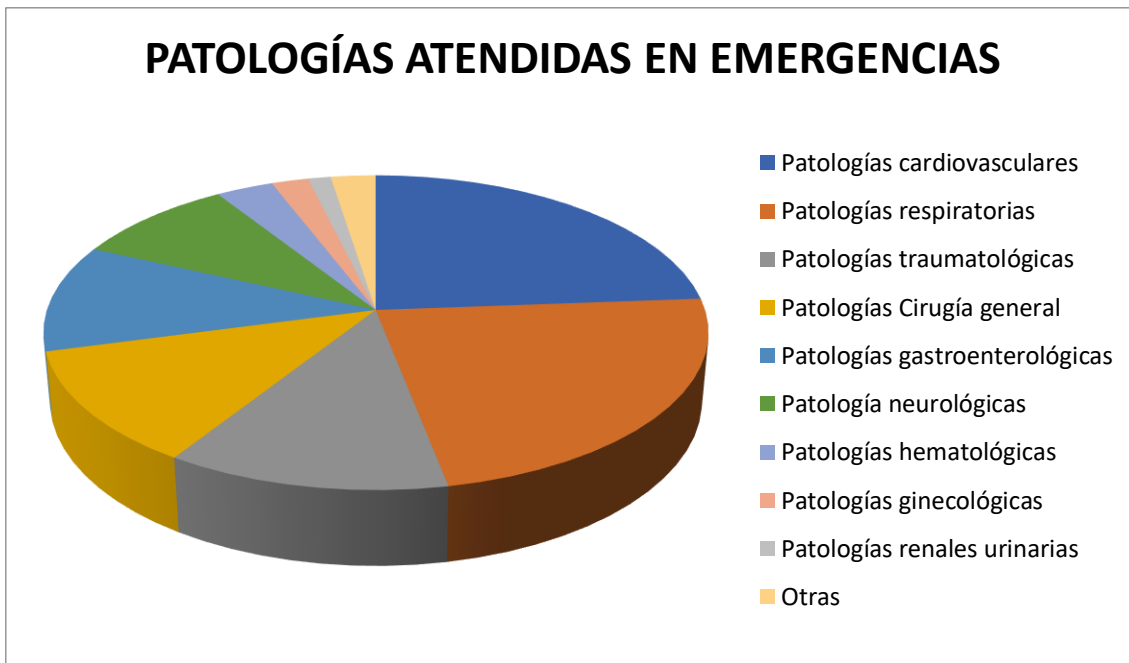
Variable: Patologías de internación por Emergencia	TOTAL	%
Patologías cardiovasculares	845	23.82%
Patologías respiratorias	821	23.14%
Patologías traumatológicas	429	12.09%
Patologías cirugía general	418	11.78%
Patologías gastroenterológicas	392	11.05%
Patologías neurológicas	322	09.08%
Patologías hematológicas	114	3.21%
Patologías ginecológicas	73	2,06%
Patologías renales urinarias	45	1.27%
Otras	89	2.51%
Total	N=3548	100%

Las principales patologías de internación corresponden al área cardiovascular 23.82%, respiratorias 23.14%, traumatológicas 12.09%

**GESTIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA, DE LA CLÍNICA MODELO
BURZACO EN EL PRIMER SEMESTRE DEL 2017**

GRAFICO N°11

Distribución de las patologías internadas en el Servicio de Emergencia



**IMPLEMENTACIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL AREA DE
ATENCIÓN INMEDIATA EN LA CLÍNICA MODELO BURZACO**

TABLA N° 13

Diagnóstico de patologías más prevalentes y frecuentes de ingreso por guardia

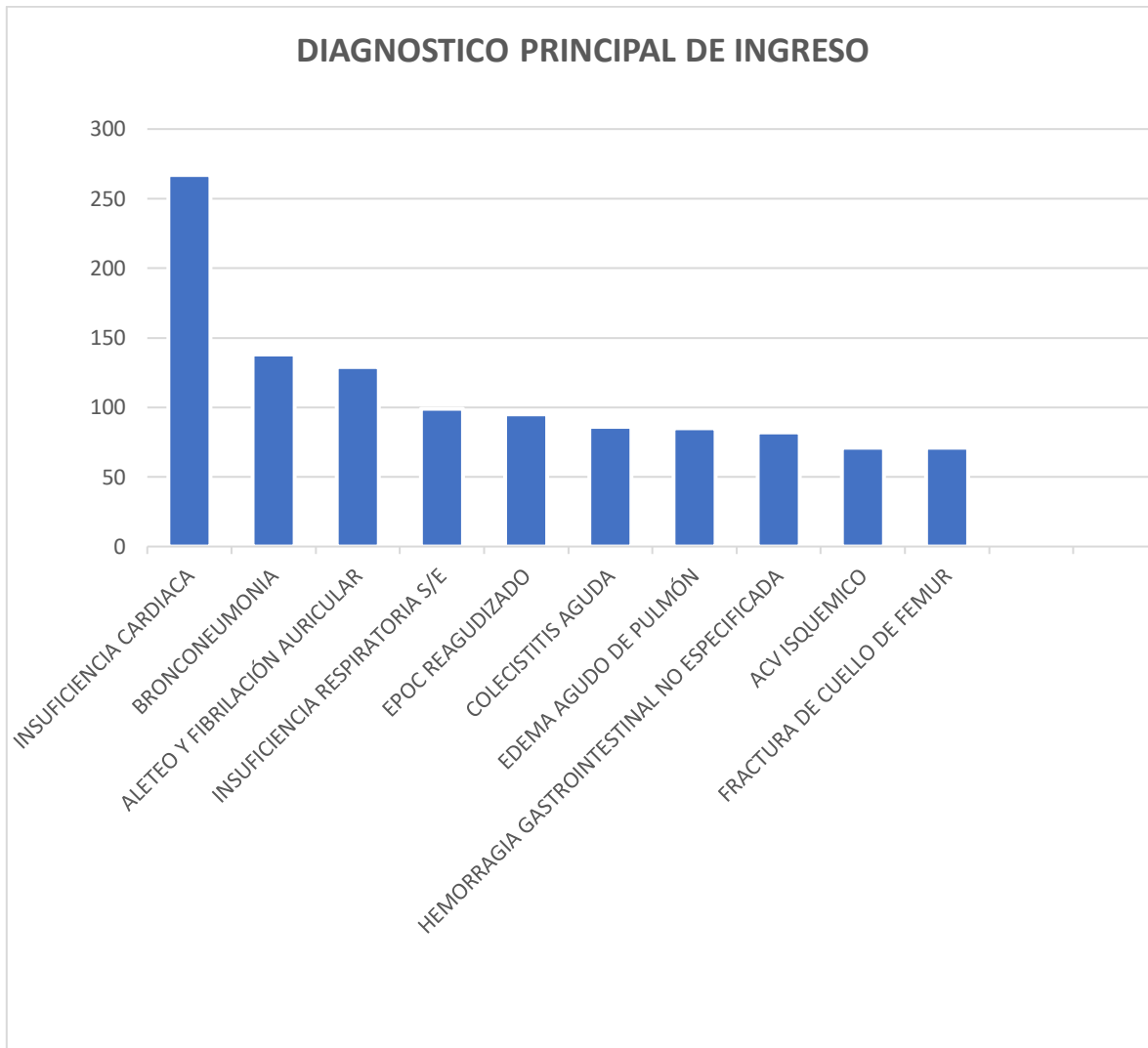
	DIAGNOSTICO CIE 10	N° DE PACIENTES	% DEL TOTAL
1-	INSUFICIENCIA CARDIACA	267	7.53
2	BRONCONEUMONIA	138	3.89
3	ALETEO Y FIBRILACIÓN AURICULAR	129	3.64
4	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	99	2.79
5	EPOC REAGUDIZADO	95	2.68
6	COLECISTITIS AGUDA	86	2.42
7	EDEMA AGUDO DE PULMÓN	85	2.40
8	HEMORRAGÍA GASTROINTESTINAL NO ESPECIFICADA (ALTA O BAJA)	82	2.31
9	ACV ISQUEMICO	71	2.00
10	FRACTURA DE CUELLO DE FEMUR	71	2.00

Los diagnósticos de ingreso según la clasificación CIE-10 fueron insuficiencia cardiaca 7.53%, bronconeumonía 3.89%, aleteo y fibrilación auricular 3.64%

IMPLEMENTACIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL AREA DE ATENCIÓN INMEDIATA EN LA CLÍNICA MODELO BURZACO

GRAFICO N°12

Diagnóstico de patologías más prevalentes y frecuentes de ingreso por guardia



CAPITULO III
DISCUSIÓN Y
COMENTARIOS

- A partir de los instrumentos de recolección de datos seleccionados para la realización del presente trabajo, se analizó el funcionamiento del servicio de emergencias de la Clínica Modelo “Burzaco” de la Provincia de Buenos Aires durante el primer semestre del 2017.
- El personal involucrado en cada uno de los turnos de los 3 turnos de atención queda conformado de la siguiente manera:

Profesional	Cargo en el servicio	Hombres/Mujeres
Administrativo	Ingreso de pacientes	1
Personal de Salud operativo	Médico General /Médico Residente	2
	Médico de Emergencia	1
	Médicos Especialistas (Guardia pasiva)	5
	Jefa de Enfermeras (capacitada en Triage)	1
	Enfermería	3
	Director Médico: Jefe de servicio	1
Personal de apoyo	Auxiliares de Enfermería	1
	Camillero	1
	Servicio de diagnóstico por imágenes de guardia	2
	Laboratorio de Guardia	2

- La muestra analizada quedó conformada por 24715 pacientes, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión impuestos, el 53.78% del sexo femenino y el 46.22% del sexo masculino. La muestra fue distribuida por franjas etáreas, siendo mayoritaria la franja de 61 a 70 años de masculinos, que representan el 25.70% de la muestra, y mujeres en la franja de 71 a 80 años, el 24.66% de la misma; en la totalidad de la muestra la moda estadística corresponde a la franja de 61 a 70 años y la edad media calculada para toda la muestra es de 64,6
- Teniendo en cuenta los resultados obtenidos por la totalidad de la muestra los pacientes más atendidos en el área de emergencia fueron adultos mayores, de entre 60 y 90 años de edad representados por el 64.05% de la muestra. Estos resultados son coincidentes con dos estudios de la literatura existente: el estudio de Coronel y Aguirre (2014) acerca del ingreso de pacientes a un servicio de emergencias cuya edad promedio se asemeja a la de nuestro estudio (edad media 63.48 años) y el estudio de Bustamante (2016) en que se corresponden las franjas etáreas atendidas en emergencias para ambos sexos. (Coronel & Aguirre, 2014, Bustamante, 2016).

- Con relación a los pacientes ingresados por guardia de acuerdo a la clasificación de triage, de donde se obtiene de la muestra que se tiene, el mayor porcentaje de casos de las enfermedades de los pacientes pertenecen a la clasificación identificados con los códigos de color verde y amarillo que, arrojan 61.85% y 25.19% respectivamente, en total corresponden al 87.04%. Como es de verse estas enfermedades no revisten de mayor gravedad por ello es importante descongestionar el servicio de emergencia derivándolos a estos pacientes al AREA DE ATENCIÓN INMEDIATA
- Por otra parte, se atendieron por guardia de 24715 pacientes de los cuales el 14.36% paso al área de emergencia; el 85.64% que fue atendido su destino final fue su domicilio, esto es referente al periodo del primer semestre del año 2017. De acuerdo al resultado de la muestra obtenida se coligue los códigos amarillo y verde, en el primer caso arroja 25.19%, y el color verde el 61.85%, sumados ambos en total 85.64%, que refleja la población mayor numéricamente de los pacientes que fueron atendidos por enfermedades que no requieren internación en la sala de emergencia, después de su permanencia fueron derivados a su domicilio. Por lo que considero en mi planteamiento del problema de estos casos específicos debe trasladarse a un área que debe implementarse (AREA DE ATENCIÓN INMEDIATA), con el objeto de descongestionar el área de Emergencia
- Con respecto a los recursos utilizados para los pacientes atendidos por guardia, de acuerdo a los códigos establecidos de atención de la clínica modelo Burzaco, en relación al código amarillo y verde en el periodo comprendido antes indicado se ha solicitado 5612 radiografías pruebas de laboratorio 5674, ecografía 1825, TAC 388 y RMN ninguna solicitud; diagnostico con lo cual queremos demostrar en estos códigos la atención de estos servicios se ha efectuado comparándolos con los códigos negro y rojo en una menor proporción con una diferencia significativa. Precizando que los pacientes de los códigos amarillo y verde no necesitan todos los recursos como los del rojo y negro observándose los costos y beneficios de la entidad
- Así mismo se ha realizado las interconsultas en el servicio de emergencia en el periodo del año 2017 que totalizan en el código de color amarillo 785 que representa el 3.18% y el color verde 90 interconsultas que representan el 0.36%, indicadores que

acreditan por este servicio de los pacientes las interconsultas realizadas en números menores, recalando por sus propias características y naturaleza de su enfermedad prevalentes se derivan a su domicilio; son motivos que deben ser atendidos en AREA DE ATENCION INMEDIATA

- Con respecto a la hospitalización la mayor parte de la muestra 77.73% fue hospitalizada en las área de sala general, 14.85% paciente critico paso a UTI/UCO, 7.41% a terapia intermedia lo que se corresponde por la clasificación del nivel de ingreso de cada uno de los pacientes; Proyecto De Atención Integral A La Urgencia Y La Emergencia Médica Para Un Hospital De Excelencia(23), donde se indica que el área de internación CRITICA (unidad de terapia intensiva, UCO, unidad de ACV) debe de contar con el 10-15% de camas del total de hospitalización. El promedio de días de internación en sala general fue de 2.50, UTI/UCO fue de 3.44 y terapia intermedia fue de 4.52
- Las patologías de internación por Emergencia corresponden a las siguientes áreas: cardiovascular 23.82%, respiratorias 23.14%, traumatológicas 12.09%, cirugía general 11.78%, gastroenterológicas 11.05%, neurológicas 9.08%, hematológicas 3.21%, ginecológicas 2.06%, renales urinarias 1.27% y otras 2.51%
- Los principales diagnósticos de ingreso (internación) fueron insuficiencia cardiaca con 7.53%, Bronconeumonía 3.89%, aleteo y fibrilación auricular 3.64%, insuficiencia respiratoria 2.79%, EPOC reagudizado 2.68%, colecistitis aguda 2.42%, edema agudo de pulmón 2.40%, hemorragia gastrointestinal 2.31%, AVC isquémico 2.00%, fractura de cuello de fémur 2.00%
- Las descompensaciones en pacientes oncológicos se dieron en fases severas y terminales (carcinoma mamario, adenocarcinoma de próstata, pulmonar y de colon, carcinoma pancreático y de hígado) y los denominados síntomas de alimentación correspondieron a deshidratación y desnutrición de adultos mayores. Como hemos destacado en el desarrollo del presente estudio la internación de pacientes de la franja de 51 a 60 años fue de alta incidencia comparativamente con otros estudios y correspondió mayoritariamente a patologías cardíacas, respiratorias, traumatológicas

y cirugía general descompensaciones oncológicas y diabéticas.

- La gestión en emergencia forma parte, en la actualidad, de las reformas que se están realizando dentro de las organizaciones de salud, en el intento de unificación de una gestión clínica eficiente asociada a una mejor utilización de los recursos disponibles y centrándose en un proceso asistencial integrado como relevante en el área, reformas dadas no solo en nuestro país, sino que existe un cambio de paradigma en toda América Latina.
- Tomando de la literatura existente el comportamiento organizacional en salud propuesto por Robbins y colaboradores, la Medicina de urgencia, con la sectorización de área correspondiente dentro de las instituciones de salud dentro del ámbito tanto público como privado comenzó a calificarse hace muy pocos años, con sistemas de gestión y programas de atención y formación específicos y con estándares de dotación de recursos adecuados; los mencionados autores dan cuenta de los cambios producidos en este sector específico en América Latina, tomando como referencia la información del HAQ 2017, índice de Acceso y Calidad a la atención sanitaria pública y privada de América Latina, suministrado por el Instituto de Evaluación y Métrica Sanitaria (EEUU) en cuanto a que la salud en las áreas de Emergencia de determinados países, como Chile , Cuba y Uruguay ha mejorado notablemente su calificación debido a cambios en su protocolo de gestión y actuación. (1)
- Comparativamente, Argentina ha quedado rezagada en cuanto al tema, ya que la situación económica que atraviesa el país en los últimos años impacta en todos los órdenes y la salud privada no escapa a la realidad latente; es un hecho que a nivel nacional, en lo que respecta a área de Emergencia, y de acuerdo a lo manifestado por Cubelli & Muro, la medicina privada en todos sus ámbitos amerita cambios urgentes en cuanto a políticas de gestión e inversión centradas en mejorar el funcionamiento específico del servicio y su calidad de atención. (24)
- Los resultados del estudio realizado en la presente investigación no escapan de esta afirmación y son similares al estudio de los mencionados autores en cuanto a la necesidad de implementar cambios en los sistemas de Gestión de la Medicina Privada

en todas sus áreas para garantizar el aprovechamiento máximo de los recursos y el incremento de la disponibilidad de servicios; al respecto para el área de investigación propuesta , es menester realizar IMPLEMENTACIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EL AREA DE ATENCIÓN INMEDIATA (AAI) a fin de lograr un reordenamiento eficiente, con cambios en la gestión tanto en la categorización de pacientes para determinar la prioridad de atención como en la agilización en la derivación. Es decir, la atención de los pacientes en emergencia estos últimos años ha incrementado notablemente saturándose la atención, por ello a efecto de descongestionar y mejorar las atenciones y dar fluidez en la gestión debe darse medidas estratégicas.

- Con la nueva implementación del Área de Atención Inmediata (AAI), paralela al servicio de emergencia (guardia), se podrá descongestionar las emergencias. Permitirá un apropiado direccionamiento y priorización de los pacientes que acuden al servicio de emergencia calificados en prioridad III o IV en el Triage.
- La optimización del área requiere de un proceso de gestión enfocado no solo en función de los intereses del paciente sino en todos los procesos involucrados para garantizar su satisfacción con el menor margen de error y el aprovechamiento máximo de recursos humanos y materiales, infraestructura y tecnología, buscando optimizar la gestión disminuyendo el tiempo de espera y atención, agilizando la derivación y proporcionando un servicio de calidad y eficiencia a menor costo, financieramente sostenible.
- También resulta, pertinente la optimización del área de emergencia de un proceso de gestión enfocado a mejoras que, conlleva realizar un estudio de los pacientes, sus características de los mismos, patologías prevalentes(que es lo que tiene) y frecuentes, que ingresan por guardia, para implementar protocolos que impliquen los tiempos de internación y los resultados de manera que los pacientes puedan acceder más rápidamente a la internación en consonancia con la disponibilidad de las camas en menos tiempo, de esa forma se utilice de mejor forma ese recurso.
- Mi planteamiento consiste en coadyuvar, en aras del éxito, eficiencia, calidad de la

Gestión, que debe ser urgente la IMPLEMENTACIÓN DE ESTA ÁREA ANTES MENCIONADA., CON EL FIN DE GARANTIZAR LA MEJOR ATENCIÓN oportuna de los pacientes.

CAPITULO IV
CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

- Al implementarse el Área de Atención Inmediata en la Gestión de Servicio de Emergencias de la Clínica Modelo Burzaco, generará cambios en la modalidad de atención médica. Los mismos que permitirán disminuir los tiempos de demora de atención a los pacientes con patología de urgencia vital, significando mejoras sustanciales en las atenciones inmediatas como una medida estratégica que permita atender a los pacientes que presentan condiciones que afecten súbitamente su salud. Habitualmente las personas que presentan estas urgencias acuden a los servicios de emergencia, saturando la atención; estas medidas permitirán descongestionar las emergencias en el primer semestre del 2017 ingresan 24,715 usuarios por guardia las atenciones de urgencia incrementado en los últimos años, provocando congestión en las emergencias. Por ello se plantea la Gestión de un nuevo Área de Atención Inmediata (A. A. I.) permitirá un apropiado direccionamiento y priorización de los pacientes que acuden al servicio de emergencia calificados verde o amarillo en el Triage
- Las patologías de internación por emergencia corresponden a las siguientes áreas: cardiovascular 23.82 %, respiratorias 23.14 %, traumatológicas 12.09 %, cirugía general 11.78 %, neurológicas 9.08 %, hematológicas 3.21 %, ginecológicas 2.06 %, renales urinarias 1.27 % y otras 2.51 %. Los principales diagnósticos de ingreso fueron insuficiencia cardiaca con 7.53 %, bronconeumonía con 3.89 %, aleteo y fibrilación auricular 3.64 %, insuficiencia respiratoria 2.79 %, EPOC reagudizado 2.68 %, colecistitis aguda 2.42 %, edema agudo de pulmón 2.40 %, hemorragia gastrointestinal 2.31 %, AVC isquémico 2.00 %, fractura de cuello y fémur 2.00 %. En lo que respecta al estudio realizado, se han podido establecer, el nivel de gravedad con que se internan, el área y sector de derivación de internación, las más principales y frecuentes patologías de internación en el servicio de Emergencia, y de acuerdo a estos resultados se deben implementar las mejoras para optimizar la gestión y funcionamiento eficiente y eficaz.
- Acorde al Perfil Diagnóstico de los pacientes y las patologías más prevalentes realizados; que ingresaron por Guardia, se debe implementar, protocolos de atención

que mejoren los tiempos de internación y resultados de manera que los pacientes pueden acceder más rápidamente a la internación, debido a que las camas sean ocupadas en menor tiempo por los pacientes, pues se utilice de mejor forma de ese recurso. De manera que se mejorará los servicios de atención al paciente.

RECOMENDACIONES

- Mi propuesta de implementación de una nueva área de atención inmediata, se traduce en el fortalecimiento institucional, dejando al alcance de la gestión de la entidad requerida, en su oportunidad se entregará una copia.
- Siguiendo la línea de servicio a la excelencia la entidad mencionada, debe realizar el impulso de la dinámica de los cursos de capacitación y perfeccionamiento de la logística humana.
- Proseguir con el mejoramiento de protocolos de actuación y atención en patologías prevalentes- frecuentes y de los pacientes en torno a prestación de servicios en salud.

RESUMEN

OBJETIVO: “Implementación del Área de Atención Inmediata (A.A.I.) en el Servicio de Emergencia de la Clínica Modelo Burzaco Provincia de Buenos Aires”

METODOS: Diseño de estudio: observacional, analítico, retrospectivo, transversal

RESULTADOS: El universo de 24715 pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia en el primer semestre del 2017. El 53.78% de sexo femenino 46.22% de sexo masculino. Fueron atendidos adultos mayores de 60 y 90 años el 64.05%. En el de triage el mayor porcentaje fueron los códigos verde y amarillo: 61.85% y 25.19% respectivamente en total. El 85.64% fueron egresados a su domicilio; y pasaron al área de emergencia el 14.36%.

Recursos utilizados (rx, lbt, TAC, ecografía, RMN) códigos amarillo y verde utilizaron en menor porcentaje. Interconsultas del código amarillo el 3.18% y el código verde 0.36%. La hospitalización 77.73% fue en sala general, 14.85% en UTI/UCO, 7.41% en terapia intermedia. Las patologías de internación por emergencia corresponden en la mayor proporción al área cardiovascular 23.82%, respiratorias 23.14%, traumatológicas 12.0%

CONCLUSIONES: La implementación del área de atención inmediata (AAI) permitirá disminuir la congestión del Área de Emergencia, permitiendo la atención de los pacientes de los códigos amarillo y verde

PALABRAS CLAVE: Área atención inmediata, Emergencia Clínica Modelo Burzaco

ABSTRACT

OBJECTIVE: "Implementation of the Immediate Attention Area (I.A.A.) in the Emergency Service of the Model Clinic Burzaco Province of Buenos Aires"

METHODS: Study design: observational, analytical, retrospective, cross-sectional

RESULTS: The universe of 24,715 patients treated in the Emergency Service in the first semester of 2017. 53.78% female, 46.22% male. 64.05% of adults over 60 and 90 years old were attended. In triage, the highest percentage were the green and yellow codes: 61.85% and 25.19% respectively in total. 85.64% were discharged to their home; and 14.36% went to the emergency area.

Resources used (rx, lbt, CT, ultrasound, MRI) yellow and green codes used in a lower percentage. Interconsultations of the yellow code 3.18% and the green code 0.36%. Hospitalization 77.73% was in the general ward, 14.85% in ICU / UCO, 7.41% in intermediate therapy. The pathologies of hospitalization due to emergency correspond in the greatest proportion to the cardiovascular area 23.82%, respiratory 23.14%, trauma 12.0%

CONCLUSIONS: The implementation of the immediate care area (AAI) will reduce the congestion of the Emergency Area, allowing the care of patients with the yellow and green codes

KEYWORDS: Immediate attention area, Model Clinic Emergency Burzaco

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

MODELO INSTRUMENTO RECOLECCIÓN DE DATOS			
I.- DATOS GENERALES			
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: SANATORIO MODELO BURZACO			
N° DE HISTORIA CLINICA			
N° DE ATENCIÓN			
FECHA DE ATENCIÓN	FECHA DE ALTA	DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	
II TRIAGE			
CODIGO NEGRO	CODIGO ROJO	CODIGO AMARILLO	CODIGO VERDE
III DESTINO DE PACIENTES ATENDIDOS POR GUARDIA			
AREA DE EMERGENCIA	INTERNACIÓN	DOMICILIO	
IV.- CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS			
EDAD EN AÑOS	<30 (1)	31-40 (2)	41-50 (3)
	51-60 (4)	61-65 (5)	66-70 (6)
	71-75 (7)	76-80 (8)	81-85 (9)
	86-90 (10)	90-95 (11)	>95 (12)
SEXO	VARÓN (1)	MUJER (2)	
V.- UTILIZACIÓN DE RECURSOS			
LABORATORIO	RAYOS X	ECOGRAFÍA	TAC
RMN			
VI INTERCONSULTAS REALIZADAS			
VII.- HOSPITALIZACIÓN			
DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN			
AREA DE HOSPITALIZACIÓN	SALA GENERAL (1)	UTI/UCO (2)	UNIDAD INTERMEDIA (3)
VIII.- PERSONAL DE ATENCIÓN POR TURNO DE 8 HS	MAÑANA	TARDE	NOCHE

BIBLIOGRAFÍA

1. Comportamiento Organizacional del Sistema de Salud. T.II Cap. IX Gestión y organización del sistema privado de salud. 3ra. Edic. Pearson, MDF, 9 (17), 752-780; Robbins, S, Judge , Telt al (2013)
2. Diagnóstico Situacional de la clínica de cuidado de Salud Humana Jerusalén y propuesta de un plan de gestión estratégico”. Trabajo Doctoral. Universidad Central de Ecuador. Quito, Ecuador; Herrera Paredes, C, Yubillo, E (2016)
3. Emergency patients: how nonurgent are they Systematic review of the emergency medicine literature. Am J of Emerg Med ;29:333-45; Durand AC, Gentile S, P et al. (2013)
4. El desafío de la gestión estratégica en los hospitales públicos de Santa Cruz. Salta. Universidad Católica de Salta. Gabriela Alejandra Ochoa y colaboradores. (2015)
5. Gestión clínica de un servicio de urgencias hospitalario mediante un cuadro de mando asistencial específico. Artículo Especial. Revista Emergencias. 24: 476-484; Montero Pérez, F, Jiménez, Murillo, L et al (2012)
6. Gestión clínica. No es el remedio de todos los males, pero que bien utilizada, soluciona muchos problemas; Artículo para la Universidad ISALUD. Cátedra de Gestión Estratégica. Maestría de economía y gestión de la salud; Carlos Alberto Díaz. Médico. Terapista Intensivo. Nefrólogo. Sanitarista. (2011)
7. Gestión de calidad del Servicio de Emergencias SAMUR-Protección Civil. Anales del sistema Sanitario de Navarra. Departamento de Capacitación y Calidad SAMUR-PC. Anales Sis San Navarra vol.33 supl. 1 Pamplona. España; Corral, E, Casado I et al (2010)
8. Gestón de calidad en Salud. 3ra. Edición. Editorial médica Internacional. III, 243-251; Malagón Lodoño, G (2010)
9. Gestión De Recursos Humanos En Triage De Servicios De Emergencia Hospitalaria Patricia Vidal Fernández; Gustavo Ribero Lavie; Montevideo, Uruguay. (2013)

10. Gestión En Urgencias Autor: Ignacio Pérez- Montaut Merino. Médico Dispositivo De Cuidados Críticos Y Emergencias. Centro De Salud De Las Lagunas. Y colaboradores. Distrito Sanitario Costa Del Sol; España. (2008)
11. Gestión Integral Del Área De Urgencias Y Coordinación Con Atención Primaria; Dr. Pedro García Bermejo. (2008)
12. Herramientas de Gestión para Organizaciones y Empresas de Salud. Publicación Medwave; Román, A (2009)
13. Indicadores para la gestión de los servicios de salud pública Joan R. Villalba, Conrad Casas, Y colaboradores. Agencia de Salud Pública de Barcelona, España CIBER de Epidemiología y Salud Pública, Barcelona, España. (2010)
14. Innovaciones en gestión hospitalaria en México: El caso de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad; Dr. Héctor Hernández Llamas, y colaboradores Ciudad de México. (2006)
15. Innovación en la Sanidad. En: Políticas y gestión Sanitaria. MENEU. Ediciones AES Barcelona; Ortun Rubio, V (2009)
16. Investigación en Sistemas y Servicios de Salud – Bases Epistemológicas, metodología, abordaje operativo y formación de recursos humanos –3ra. Ed. Ed. Corpus, Rosario, República Argentina; Lemus, J.D.; Lucioni, M.C.; et al. (2012)
17. Marco referencial en medicina de urgencia y Emergencia, Madrid. Sociedad Española de Urgencia y Emergencias. S21; Romero Nieva Lozano, J (2003)
18. Medicina de Urgencia: Sistema de gestión de emergencias; Editorial Médica Panamericana, SACV, III; Gutiérrez, E, Domínguez A (2012)
19. Modelos de asistencia a las emergencias Médicas en el medio extra hospitalario” Capitulo 2; 80-86 Medifán; Álvarez Fernández, J (2009)
20. Modelos de Gestión en Salud. 4ta. Edición; Tobar, F (2012)
21. Norma De Organización Y Funcionamiento De Los Servicios De Guardia En Los Establecimientos Asistenciales Ministerio De Salud Argentina Salud Publica. Entidades Participantes, Academia Nacional De Medicina, Asociación Médica Argentina, Asociación De Facultades De Ciencias Médicas De La República Argentina (Afacimera), Sociedad Argentina De Emergentología, Sociedad Argentina

- De Pediatría, Asociación Argentina De Enfermería, Servicios De Guardia De Los Hospitales: Hospital Nacional Profesor Doctor Alejandro Posadas, Hospital Municipal Juan María Fernández, Hospital De Pediatría J.P. Garrahan Y Hospital Policial Dr, Churruca Vizca, Por La Importante Colaboración Brindada A Este Ministerio. (2001)
22. Organización de un servicio de urgencias: análisis de la actividad y de las medidas adoptadas para mejorar la calidad MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR PRESENTADA POR Francisco Javier Garcés Molina Madrid, 2017
 23. Proyecto De Atención Integral A La Urgencia Y La Emergencia Médica Para Un Hospital De Excelencia Autor. Dr. Fernando Grondona Torres, y colaboradores. La Habana- Cuba (2007)
 24. Servicios de emergencia: la importancia en la gestión y el diseño estructural. Ponencia Congreso bianual de Emergentología. Miami; Cubelli, R, Muro, M (2009)
 25. Servicios de urgencias: indicadores para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria. Barcelona: Agencia d'Avaluació de Tecnologia y Recerca Mèdiques. Barcelona: Servei Català de la Salut; Felisart J, Requena J, Roqueta et al (2011)
 26. Triage en el Servicio de Urgencia, Medicina Interna, (vol. 22 Nro 4) México; López, J. (2006)
 27. Unidad De Urgencias Hospitalaria Estándares y Recomendaciones, Ministerio De Salud De España Listado De Participantes En La Elaboración Del Documento Concepción Colomer. Subdirectora General De La Oficina De Planificación Sanitaria Y Calidad. Ac-Sns. Ministerio De Sanidad Y Política Social **Dirección Y Coordinación** . Inés Palanca Sánchez. Oficina De Planificación Sanitaria Y Calidad. Ac-Sns. Dirección Técnica E Institucional. . Javier Elola Somoza. Director Técnico. Elola Consultores S.L. Fernando Mejía Estebanz. Director Médico H.U. 12 De Octubre. Madrid. Coordinador Científico, **Comité De Redacción** . Javier Elola Somoza. Elola Consultores S.L. . José Luis Bernal Sobrino. Ec Consultoría Y Gestión En Sanidad S.L. . Fernando Mejía Estebanz. Director Médico H.U. 12 De Octubre. Madrid . José León Paniagua Caparrós. Doctor Arquitecto . Inés Palanca Sánchez. Oficina De Planificación Sanitaria Y Calidad. Ac-Sns, **Grupo De Expertos** . Antonio

Álvarez García. Coordinador Del Servicio De Urgencias. Hospital U. Central De Asturias (Oviedo). Miguel Ángel Castro Villamor. Hospital U. Río Ortega (Valladolid). Semfyc. Carmen Díaz Pedroche. Médico Adjunto. Servicio De Medicina Interna. Hospital Quirón (Madrid).. Francisco Javier Fonseca Del Pozo. H. Valle De Los Pedroches (Pozoblanco; Córdoba). Secretario Nacional Del Grupo De Urgencias De Semergen. Gonzalo García De Casasola Sánchez. Jefe De Servicio De Medicina Interna-Urgencias. Hospital Infanta Cristina (Parla; Madrid). Sociedad Española De Medicina Interna, Coordinador Del Grupo De Trabajo De Urgencias. José Luis Gómez Barreno. Gerente De Empresa Pública Emergencias Sanitarias De Andalucía. Luis López-Andújar Aguiriano. Hospital U. De Alicante. Semes. Juan Ignacio Manrique Martínez. Instituto Valenciano De Pediatría (Valencia). Sociedad Española De Urgencias De Pediatría De La Asociación Española De Pediatría. Fernando Mejía Estebaranz. Director Médico Hospital U. 12 De Octubre. (Madrid) . Justo Menéndez Fernández. Coordinador De Urgencias. Hospital U. Norte Sanchinarro (Madrid). Domingo Muñoz Arteaga. Secretario General De La Sociedad Española De Enfermería De Urgencias Y Emergencias. José León Paniagua Caparrós. Doctor Arquitecto. M. Dolores Pérez Díaz. Adjunto De Cirugía Del H.G.U. Gregorio Marañón (Madrid). Secretaria De La Sección De Poli traumatizados De La Asociación Española De Cirugía.. Manuel Quintana Díaz. Jefe De Urgencias Del Hospital U. La Paz (Madrid). Semicyuc. José Manuel Rabanal Llevot. Hospital U. Marqués De Valdecilla (Santander). Sedar.. Jerónimo Romero Nieva. Presidente De La De La Sociedad Española De Enfermería De Urgencias Y Emergencias. (2010)