



Orientaciones Técnicas para el Rediseño al Proceso de Atención de Urgencia de Adulto, en las Unidades de Emergencia Hospitalaria

Enero 2018

Departamento de Gestión del Riesgo Asistencial
División de Gestión de Redes Asistenciales
Subsecretaría de Redes Asistenciales

Equipo Editor

Dr. Allan Mix Vidal
 E.U. Pamela Pérez
 Dr. Cristian Saavedra
 E.U. Milán Rodríguez

Profesionales que participaron de las mesas de trabajo

Dr. Enrique Fischer
 Dr. Fernando Araos
 E.U. Loreto Cartagena
 E.U. Luz Marina Labra
 Dr. Alfonso Díaz
 E.U. Claudio Robles
 Dra. Angélica Arias
 Dra. Izkia Siches
 E.U. Marjorie Marchant
 Dr. Horacio Díaz
 E.U. Roberto Aranedo
 Dra. Leticia Ávila
 E.U. Susana Fuentealba
 E.U. Verónica Del Fierro
 Dr. Osvaldo Rodriguez
 T.M. Inés Gonzalez
 E.U. Karla Gómez
 E.U. María Elena Campos
 Ing. Miguel Ulloa

Equipo Editor

Dr. Allan Mix Vidal
 E.U. Verónica Del Fierro
 PhD. E.U. Yocelyn Price

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado Por:
<p>E.U. Verónica Del Fierro González Profesional asesor/referente de Urgencia Departamento de Gestión del Riesgo Asistencial DIGERA/Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud</p> <p>Dr. Allan Mix Vidal Médico Urgenciólogo Referente de Urgencia Departamento de Gestión del Riesgo Asistencial DIGERA/Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud</p>	<p>PhD. E.U. Yocelyn Price Romero Profesional Departamento de Estudios Preinversionales División de Inversiones/ Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud</p>	<p>E.U. Milan Rodriguez Jefe de Departamento de Gestión del Riesgo Asistencial DIGERA/Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud</p>

CONTENIDO

Prólogo	4
I. Introducción	6
II. Situación Actual de la Atención de Urgencia Adultos	7
III. Análisis del Modelo de Atención de Urgencia Hospitalaria Adultos	11
IV. Propuestas para mejorar el Modelo de Urgencia Adultos	22
V. Validación de Propuestas para mejorar el Modelo de Urgencia Adultos	35
VI. Conclusión	39
VII. Anexos	40

PRÓLOGO

La salud como un Derecho, marco conceptual que orientó la elaboración y la implementación de políticas públicas del Plan de Gobierno en salud de la Presidenta Michelle Bachelet. El Plan requirió avanzar en infraestructura sanitaria, tanto hospitalaria como de atención primaria de salud, en recursos humanos, incorporando talentos y profesionales de salud a través de Plan de Formación y retención de especialistas, en el fortalecimiento de programas de atención primaria de salud, en el acceso a medicamentos, y en el mejoramiento de la calidad de vida de las y los funcionarios y/o trabajadores del sector de salud de nuestro país, entre otras estrategias.

Sin embargo, la implementación de las diversas estrategias del Plan, no garantizan por sí solas el derecho a la salud de los ciudadanos, por ello la Subsecretaría de Redes Asistenciales, y a partir de la facultades que le asisten, asumió el desafío de desarrollar el sistema de servicios de salud, dotándolo de orientaciones y directrices para impulsar el modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). El modelo RISS establece pilares conceptuales: el enfoque de derechos, el Modelo de Salud Familiar y los Determinantes Sociales, ámbitos estratégicos de la acción sanitaria integral, necesarios para comprender la complejidad del bienestar de las personas y las comunidades que integran.

En el marco descrito, la Subsecretaría de Redes Asistenciales conformó una comisión interdisciplinaria para rediseñar el Modelo de Urgencia Hospitalaria. Modelo que se organiza para proporcionar una respuesta sanitaria continua, según nivel de complejidad de la intervención y para dar cumplimiento a garantías explícitas relacionadas con patologías de urgencia.

La Comisión, integrada por actores provenientes de equipos profesionales y técnicos del MINSAL, de los Servicios de Salud, representantes del Colegio Médico, académicos/as de las Escuelas de Salud, dirigentes de los Consejos Consultivos de los Hospitales, sesionó participativamente por un periodo de doce meses y dio lugar a las “Orientaciones Técnicas para el Rediseño al Proceso de Atención de Urgencia de Adulto, en las Unidades de Emergencia Hospitalaria”.

El rediseño consideró el perfil de quienes consultan en las Unidades de Emergencia Hospitalaria, el cual ha ido cambiando durante las últimas décadas. La evolución epidemiológica consecuente a las medidas implementadas en salud, ha llevado a que a las consultas por patología infecciosa y trauma, se le sumen las descompensaciones de enfermedades crónicas no transmisibles, agudizaciones propias de las patologías oncológicas y consultas relacionadas a los síndromes geriátricos. Este cambio en la complejidad de los pacientes, la consulta de morbilidad de baja complejidad y el aumento de la tasa de hospitalización ha llevado a una situación de sobredemanda de las Unidades de Emergencia Hospitalaria, situación reconocida como un problema a nivel mundial.

La forma de enfrentar esta problemática, tal como se ha realizado durante nuestra administración, es a través de la implementación de mecanismos que aumentan la eficiencia en salud, incorporando la visión de procesos, entendiendo la atención de pacientes como un todo desde su contacto pre-hospitalario, su atención en la Unidad de Emergencia Hospitalaria, su eventual hospitalización hasta el alta, y fortaleciendo cada uno de los respectivos subprocesos.

Teniendo como objetivos lograr tiempos de atención pertinentes a la complejidad de cada paciente, mejorar la oportunidad y la calidad de dicha atención en toda la red asistencial, es decir, desde los dispositivos de atención primaria hasta los establecimientos de la más alta complejidad, evitando así la sobredemanda en las Unidades de Emergencia Hospitalaria.

A continuación se presentan una serie de orientaciones técnicas que pretenden implementar un cambio en el paradigma de la sobredemanda de las Unidades de Emergencia Hospitalaria, ofreciendo soluciones para cada paso de la atención del paciente desde la prehospitalaria hasta su salida del proceso de atención de urgencia.

Esperamos que estas orientaciones sean un aporte al trabajo cotidiano de los equipos de salud, que permita renovar el compromiso con el sentido que inspira nuestro quehacer: la salud como un derecho y el mejoramiento de calidad de atención de salud de todos los chilenos.



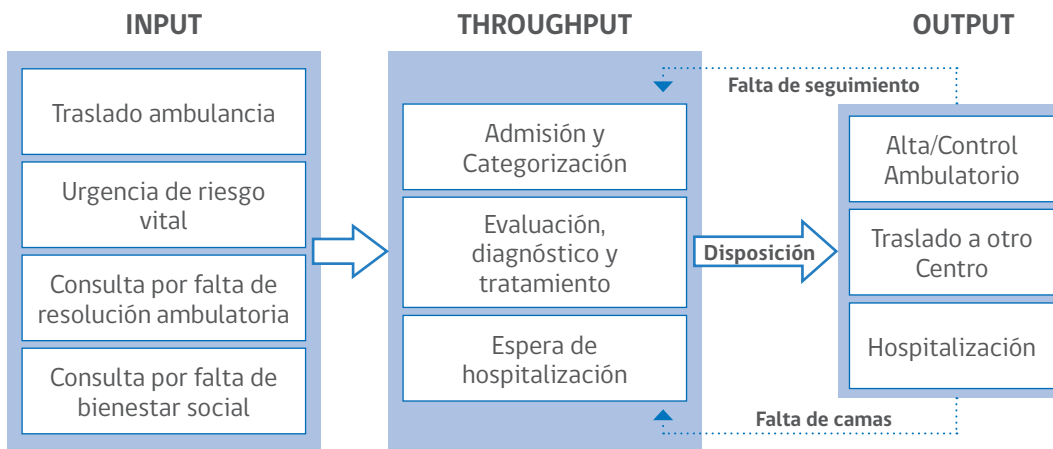
Dra. Gisela Alarcón Rojas
Subsecretaria de Redes Asistenciales
Ministerio de Salud

I. INTRODUCCIÓN

El presente documento sintetiza el trabajo realizado por la comisión de "Rediseño del Modelo de Urgencia Hospitalaria", dirigido desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales durante el segundo semestre de 2016 y primer semestre de 2017. Esta comisión multidisciplinaria, convocó a expertos a identificar problemas, debatir y generar propuestas para la mejora en la atención de pacientes que consultan las urgencias adultos del país.

Con el propósito de enmarcar el trabajo en un marco teórico conocido se utilizó como modelo el enfoque conceptual para análisis de saturación en urgencias de Bret Asplin¹ en el que se divide el proceso de atención de urgencia en tres; el proceso de ingreso (input), proceso durante la atención de urgencia (throughput) y proceso de salida (output).

FIGURA 1. MODELO DE ATENCIÓN DE URGENCIA



Fuente: Construido en base de "A conceptual model of emergency department crowding, Asplin Br, [Ann Emerg Med. 2003;42:173-180.]"

Objetivo:

Contribuir a mejorar la oportunidad y calidad de atención de los pacientes que acceden a la red de salud a través de los servicios de urgencia de adultos del país.

Específicamente, el documento revisa los componentes esenciales del modelo de atención de urgencia adultos, tales como procesos, estándares, equipos de salud, equipamiento y red de derivación.

¹ Bret Asplin et al [Ann Emerg Med. 2003;42:173-180.]

II. SITUACIÓN ACTUAL DE LA ATENCIÓN DE URGENCIA ADULTOS

Hoy, el sistema público de salud de Chile otorga la atención de urgencia bajo tres principios fundamentales:

1. La respuesta sanitaria se organiza según nivel de complejidad de la intervención.
2. El sistema da respuesta continua, 24 horas al día, los siete días de la semana
3. El sistema asegura el cumplimiento de las garantías establecidas en la reforma GES² en todo lo relacionado a la patología de urgencia.

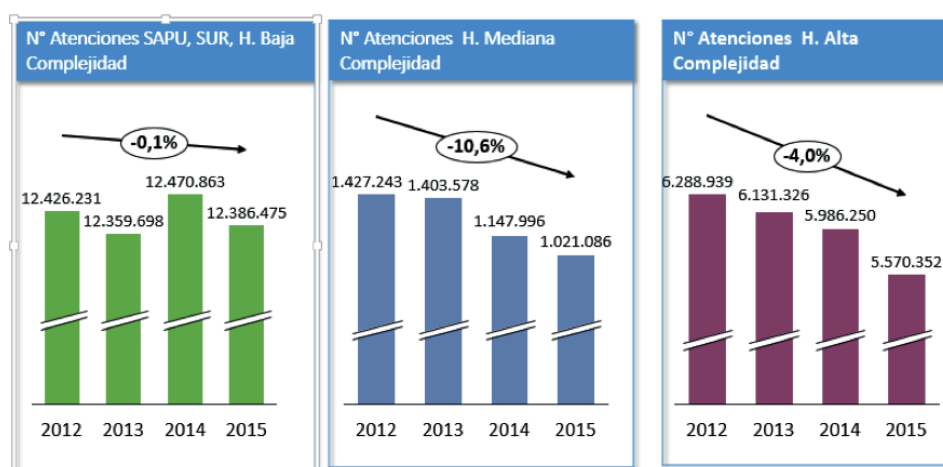
Estos principios se operacionalizan en el Modelo de Gestión de Red de Urgencia, que consta de dos componentes: los **dispositivos de urgencia** cualquiera sea su nivel de complejidad - atención primaria o nivel hospitalario hasta las Unidades de Paciente Crítico; y el **sistema de atención pre hospitalario**. (Anexo 1)

Estos dos componentes funcionan articuladamente y generan mecanismos de comunicación y derivación de manera de entregar un acceso expedito y oportuno a todos los usuarios. Complementariamente, la red está preparada para reaccionar ante emergencias y desastres coordinándose con las autoridades regionales, Oficina Nacional de Emergencia (ONEMI) y otros organismos pertinentes³.

En este marco, la Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH) es un dispositivo esencial, dado que corresponde al punto de resolución de los casos más complejos y la puerta de ingreso a la atención hospitalaria. A continuación se muestran las principales cifras que caracterizan el comportamiento de la UEH en el país.

La demanda de atención en las UEH ha tendido a la baja en los últimos cuatro años, especialmente en los Hospitales de alta complejidad (Fig. 1).

FIGURA 2. ATENCIONES DE URGENCIA SEGÚN TIPO DE HOSPITAL⁴



Fuente: Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), MINSAL

² Ley 19.966 del 03 de Septiembre de 2004

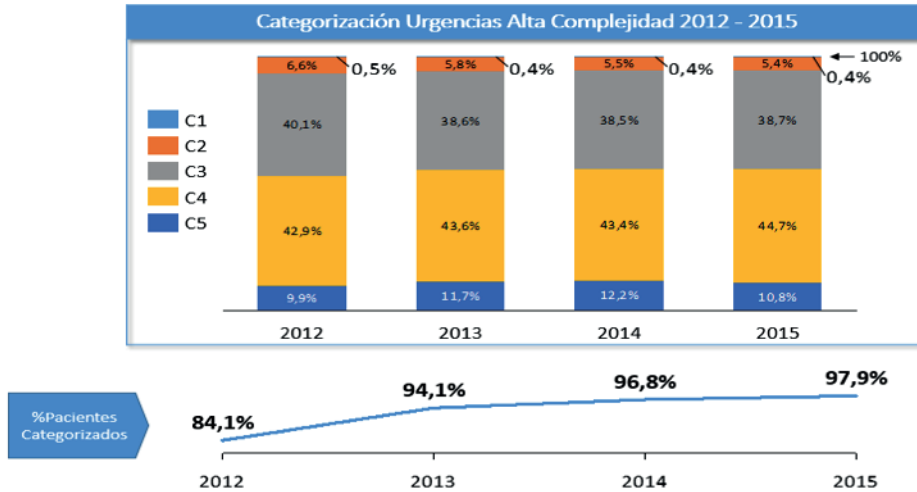
³ Modelo Urgencia 2009 Norma Técnica, Cuaderno N° 9

⁴ Variación porcentual corresponde a TCCA (Tasa de crecimiento compuesto anual) para el periodo.

El porcentaje de pacientes categorizados al inicio de la atención de urgencia ha aumentado hasta un 97.9% el año 2015. Cabe destacar que la instalación del proceso de categorización universal ha sido una estrategia sanitaria fuertemente promovida durante los últimos años.

Del universo de pacientes categorizados, el mayor número corresponde al grupo C3 y C4 (Fig. 3). Destaca el hecho que sobre el 50% de los pacientes (grupo C4 y C5) son de baja prioridad (aunque no necesariamente de menor complejidad) en el Sistema de Selector de Demanda discrecional que ha sido utilizado hasta la fecha de implementación del nuevo sistema de categorización estructurado.⁵

FIGURA 3. CATEGORIZACIÓN URGENCIAS DE ALTA COMPLEJIDAD

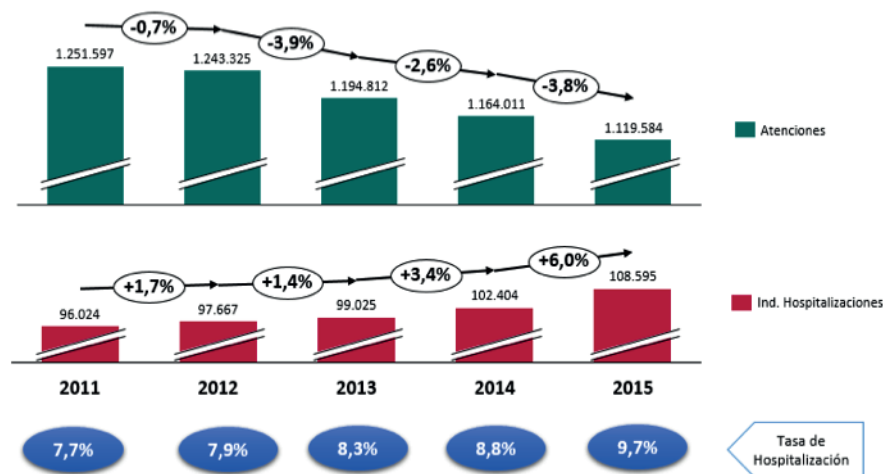


Fuente: Elaboración propia en base a datos DEIS

Se observa en el mismo período de 5 años que el porcentaje de hospitalización desde las unidades de urgencia hospitalaria ha aumentado desde un 7.7% a un 9,7%. (Figura 4). Este hecho podría indicar un aumento de la complejidad de los pacientes que consultan en las UEH, de manera que los médicos que otorgan la primera atención deciden usar los recursos hospitalarios para estudio y manejo, y no dar de alta a los pacientes inmediatamente. Al mismo tiempo, podría ser indicativo de una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y de una población más envejecida.

⁵ Ordinario N°313 del 26 de enero de 2018, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL

FIGURA 4. TASA DE HOSPITALIZACIÓN DESDE URGENCIA EN HOSPITALES DE ALTA COMPLEJIDAD



Fuente: Elaboración propia en base a datos DEIS

De acuerdo a estadísticas del DEIS, de los pacientes que ingresan al proceso de hospitalización, un 20% debe esperar más de 12 horas antes de ingresar a unidad de hospitalización definitiva. Esta cifra revela el grupo de pacientes en espera de camas, sin embargo, no refleja lo extenso de la espera, la que en muchas ocasiones puede prolongarse más tiempo. Este ha sido un tema ampliamente discutido a nivel de salud pública. La espera para hospitalización definitiva es hoy uno de los problemas más críticos que afectan a la población y al sistema de atención hospitalario en su totalidad.

Desde el punto de vista de los usuarios, la atención de urgencia, como ha sido señalado, sigue siendo un tema de máxima preocupación. A los problemas de espera ya mencionados, se suma el de acceso y manejo de información. La “Encuesta de Atención al Usuario/a en unidades de emergencia Hospitalaria” aplicada en 55 hospitales, con un universo de 2898 usuarios, reveló que el principal problema para los pacientes es la baja comprensión de las indicaciones de pacientes dados de alta desde la UEH.⁶

Complementariamente, el análisis realizado por la comisión se identificó diversos nodos críticos en el proceso de atención de urgencia, estos, en conjunto con el análisis estadístico, son la base para las propuestas de mejora que se presentan en el capítulo IV.

Los nodos críticos identificados por la comisión son:

- Los centros de atención primaria deben ampliar oferta de atención en horarios no hábiles. La extensión horaria, presente sólo en algunos centros de APS, no es suficiente para cubrir la demanda, sin contar que esta no se extiende a los fines de semana.
- Se requiere de un registro nacional electrónico de atención de urgencia (Dato de Atención de Urgencia).
- Se debe abordar brecha en la cobertura de médicos urgenciólogos(as) para la Red pública de Salud
- Se debe abordar brecha en la formación en gestión de las jefaturas de urgencia.
- Es necesaria una coordinación para seguimiento de pacientes dados de alta desde la urgencia.

⁶ Informe Encuesta Atención al Usuario/a en Unidad de Emergencia Hospitalaria, mayo 2017, elaborado por el Departamento de Participación Ciudadana y Trato al Usuario, MINSAL

- Es necesaria la existencia de sistemas de gestión de demanda en Red.
- Es necesario el acceso a información de valor en tiempo real a la comunidad, de manera que los pacientes puedan priorizar la consulta a centros de urgencia primaria ante consultas de menor complejidad.
- Se debe mejorar la coordinación de redes complejas y específicas intencionado en qué lugar y cómo se entregará atención oportuna y adecuada a la población con requerimientos más complejos, como asimismo la cartera de servicios correspondientes.

III. ANÁLISIS DEL MODELO DE ATENCIÓN DE URGENCIA HOSPITALARIA ADULTOS

El modelo de atención de urgencia hospitalaria adultos describe las etapas (o subprocesos) que incluye la atención de un paciente en una UEH, los roles de los profesionales involucrados, y los principios en que se basa la atención.

En primer lugar, se describen los procesos que ocurren previo al ingreso del paciente a una unidad de emergencia hospitalaria (UEH). Luego, se detallan los subprocesos que ocurren durante la atención de urgencia en el hospital y finalmente, las etapas posteriores a la atención de urgencia, dependiendo de la decisión clínica y estado del paciente.

Se definen como componentes de la red de urgencia a los establecimientos de atención y servicios constitutivos donde se brinda directamente la atención de salud, es decir, los establecimientos de Atención Primaria de Urgencia (SAPU, SAR, SUR), Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH), unidades de hospitalización de pacientes Críticos (UPC) y Atención Pre-hospitalaria (SAMU). A ellos se incorpora "Salud Responde" como actor fundamental de la atención Pre Hospitalaria y de seguimiento de pacientes.

1. Acceso a la Urgencia Hospitalaria "Input"

La Unidad de Emergencia Hospitalaria es un servicio clínico más del hospital, formando parte del conjunto de servicios hospitalarios, por tanto, la complejidad de las atenciones que en ella se realizan depende de la complejidad misma del hospital que las ampara.

Existen dos formas en que un paciente accede a una UEH; en forma espontánea (sin mediar intervención del sistema) o derivado desde otro dispositivo de la red de urgencia (nivel pre hospitalario, primario o secundario).

Decimos que un paciente accede en forma espontánea, cuando llega por sus propios medios, sin intervención del resto del sistema de salud. En estos casos, la UEH funciona como puerta de entrada a la red de salud. Cuando un paciente es derivado de otro componente del sistema de salud, la UEH funciona como un dispositivo receptor de una derivación. Para ambos casos el concepto de "red de salud" y sus componentes es esencial.

Tanto el traslado primario desde el lugar del evento como el traslado secundario desde un centro asistencial hacia uno de mayor complejidad requiere de conocer en detalle el estado de funcionamiento, la ocupación de los dispositivos, la presencia de contingencias y todos aquellos factores que puedan afectar la capacidad de respuesta de la red de urgencia.

1.1. Coordinación e Integración de la Red de Urgencia

Organización por Servicio de Salud

Cada Servicio de Salud cuenta con una **Red de Urgencia Local**, espacio de coordinación territorial compuesto por la Unidad de Emergencia Hospitalaria y su red de Atención Primaria en Salud; SAPU, Urgencia rural y Consultorios. Esta unidad es de vital importancia pues es aquí donde se evalúa la respuesta de red a sus usuarios.

Los Servicios de Salud, cuentan con la designación de un profesional que coordina la Red de Urgencia.⁷

⁷ Ordinario N° 1290 del 26 de abril 2012

Organización por Región

Cada Región cuenta con una **Red de Urgencia Regional** que representa un espacio de coordinación entre los Servicios de Salud que integran la región. Aquí se revisan las propuestas de cambio formuladas en las Red Urgencia Local, se establece el vínculo con SEREMI (autoridad Sanitaria) y se elabora presupuestos de expansión para cada año. Los SAMU regionales informan y se desarrollan desde este espacio.

Para el funcionamiento operativo de la Red de urgencia se requiere de un constante monitoreo, que permita consolidar la información del funcionamiento y la operatividad diaria de todos los dispositivos de la red.

Para que esta articulación se establezca de manera adecuada se requiere de:

1. Flujos de información definido: tener protocolos y un lenguaje común para la trazabilidad del paciente en red.
2. Indicadores comunes: conjunto mínimo básico de datos que oriente un lenguaje común de métricas e indicadores que permita obtener Datos o información que sirve para conocer o valorar las características y la intensidad de un hecho o para determinar su evolución futura.
3. Componente tecnológico que incluya elementos de capa de comunicaciones y de software mediante el uso de TICs. entre los componentes de la Red y los usuarios.

La demanda asistencial debe gestionarse con un enfoque de red. La coordinación debe permitir conocer cada uno de los procesos que intervienen en el paciente y reorientar hacia donde está la oferta, los recursos y principalmente atenciones de especialidades.

El modelo busca orientar las consultas de los pacientes según el grado de complejidad, promoviendo la asistencia a los Servicios de Atención Primaria de Urgencia ante causales de menor complejidad. Sin embargo, en caso de que una consulta de baja complejidad sea realizada en un centro de alta complejidad, el paciente debe ser atendido en ese centro asistencial.

Finalmente, la red de urgencia debe ser capaz de asegurar el cumplimiento del régimen general de garantías de salud; en cuanto a acceso, calidad, oportunidad y protección financiera de las personas en aquellos problemas de salud en los cuales tiene alcance la atención de urgencia y de acuerdo a lo señalado en el Libro de Redes Ges y No Ges. Para esto, se establecen coordinaciones macro-regionales (adicionales a las descritas) que permiten que pacientes accedan a atenciones de especialidad de baja cobertura, en regiones distintas a las que residen.

2. Atención de Urgencia Hospitalaria “Throughput”

2.1. Subprocesos en la atención de Urgencia

El proceso de atención de urgencia incluye las siguientes etapas: Admisión, Categorización, Evaluación Clínica y Gestión de Indicaciones Médicas.

Admisión

Actualmente los pacientes que consultan a una UEH, salvo que requieran asistencia inmediata, ingresan a registrarse en admisión para posteriormente ser llamados por el selector de demanda a ser categorizados. Esta es hoy día la primera actividad del proceso de urgencia y es realizada por un administrativo. Iniciar el proceso de atención por medio de la admisión administrativa, expone al paciente a revelar su motivo de consulta a un personal administrativo, sin entrenamiento en manejo

del secreto médico, lo que podría no cumplir con el derecho a la confidencialidad estipulada en la Ley de derechos y deberes de los pacientes.⁸

Se espera como una medida de gestión óptima, que la categorización sea la primera acción del proceso de urgencia. En el capítulo IV de este documento se exponen los fundamentos de esta propuesta y pasos de implementación.

Categorización

Corresponde a la *“priorización de los pacientes de manera de identificar aquellos que no pueden esperar a ser vistos”*⁹.

Esta priorización de la atención permite gestionar la demanda, identificando cuánto tiempo pueden esperar los pacientes su atención médica. No corresponde a una estratificación de gravedad y mucho menos a una limitación de la atención. Bajo ningún punto de vista identifica pacientes que podrían ser derivados a otros puntos de la red como la atención primaria, dado que la categorización no corresponde a una atención médica.

Dada la importancia de la Categorización, esta debe ser otorgada por un profesional clínico de Enfermería con capacitación certificada en un instrumento estandarizado a nivel país.

La implementación de una herramienta estandarizada¹⁰ como instrumento único de categorización a nivel país para ser aplicada a todas las urgencias este año 2018, permitirá ir implementando paulatinamente este modelo.

Evaluación clínica

Es la etapa central de la atención de urgencia y es realizada por el médico de urgencia. Como elementos centrales, este subproceso conlleva el cumplimiento de las siguientes definiciones:

1. El Proceso Atención de Urgencia se confirma como **“Modelo de Atención Ambulatoria”**, en que al término de este proceso el paciente pudiera requerir hospitalización, debiéndose otorgar de parte de la institución, los cuidados correspondientes con los estándares de hospitalización.
2. **Duración del proceso de atención de urgencia:** El proceso de Atención de urgencia contempla el tiempo entre la evaluación clínica, apoyo diagnóstico y decisión de disposición de paciente. Considerando la evidencia internacional, este proceso debe completarse en Tiempo menor o igual a 6 horas¹¹, después de lo cual se debiera definir el destino del paciente.

La observación de la evolución de un paciente corresponde a un proceso de hospitalización. Bajo esta definición, la urgencia no corresponde a un lugar de observación por ende se debe eliminar el subproceso de “Observación” de la urgencia ya que toda la atención del paciente corresponde a subprocesos de atención, evaluación y gestión de indicaciones. Si un paciente requiere una hospitalización breve y alta precoz, de igual manera debe tener acceso al proceso de hospitalización.

⁸ (D.F.L. no. 1, Ministerio de Justicia, 2000; Ley no. 20.584)

⁹ Gilboy N, Tanabe T, Travers D, Rosenau AM. Emergency Severity Index (ESI): A Triage Tool for Emergency Department Care, Version 4. Implementation Handbook 2012 Edition. AHRQ Publication No. 12-0014. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality. November 2011.

¹⁰ Ordinario N°313 del 26 de enero de 2018, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL

¹¹ Meta sanitaria de Nueva Zelanda: bajo iniciativa “Target”, “shorter stays in emergency departments”: meta: 95% de cumplimiento de estadías en urgencia menor a 6 horas.

3. Los pacientes que durante su proceso de atención de urgencia requieran evaluación por un interconsultor, siguen estando a cargo del médico tratante de la urgencia. Solo finalizado el proceso de urgencia y estando en proceso de hospitalización el médico de urgencia finaliza su tratancia.
Es rol del equipo de gestión del cuidado, realizar las acciones que permitan que estas interconsultas se lleven a cabo.
4. En el caso que la Interconsulta implique la salida del paciente del establecimiento por la derivación de red GES o no GES, corresponderá a un alta del proceso de urgencia.
5. El subproceso de recaudación de la atención, exámenes y procedimientos se debe realizar en el subproceso de alta del paciente, al finalizar su atención.
6. En la actualidad, existen camas o camillas en los servicios de urgencia ocupadas con pacientes de diversa complejidad y en número variable, que se encuentran en proceso de espera de hospitalización definitiva. Estos pacientes que esperan por una cama hospitalaria permanecen en el servicio de urgencia en diversos espacios físicos disponibles. Desde la mirada de procesos, la atención clínica de estos pacientes en la actualidad, no asegura el cumplimiento de estándar de atención de acuerdo a nivel de cuidado y afecta seriamente la dignidad del paciente, aumentando el riesgo de ocurrencia de eventos adversos asociados a la atención clínica.
7. Las unidades de apoyo como laboratorio y radiología son responsable de un porcentaje importante de los tiempos de atención de pacientes en las UEH. No existe hoy evidencia de una priorización de respuesta a las solicitudes del servicio de urgencia.

2.2. Responsables del Proceso¹²

Una población más añosa, con mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) ha llevado a la necesidad de reorientar el perfil de los especialistas en las urgencias, históricamente cirujanos y traumatólogos, hacia un profesional entrenado en la atención de las descompensaciones de estas ECNT así como también en el manejo inicial de la patología quirúrgica; el médico urgenciólogo. Actualmente en Chile la definición del perfil de especialista necesario en las UEH no está definida transversalmente. Por otro lado el número de urgenciólogos disponibles a nivel nacional, no es suficiente para la cobertura asistencial de todas las UEH.

El centro asistencial debe enfocarse en suplir las necesidades del paciente, aplicando todas las medidas posibles que tengan evidencia de disminución de su morbimortalidad.

Pese a la latencia en el ingreso a una unidad de hospitalización definitiva, es responsabilidad del centro asistencial satisfacer las necesidades del paciente debiéndose aplicar todas las medidas disponibles para disminuir su morbimortalidad. Todo recurso disponible en el centro asistencial debe estar al alcance del paciente en la UEH si fuese necesario, lo que no es una realidad en las UEH en la actualidad, limitándose algunos recursos solo por el hecho de no estar en una unidad de hospitalización definitiva.

A. Jefatura Médica de Urgencia

El perfil del jefe Médico(a) de Urgencia debe ser un especialista en Medicina de Urgencia con experiencia en gestión. Debe tener desarrollo de sus habilidades de liderazgo y relacionales, asociado a

¹² Anexo 2 presenta una descripción detallada de los responsables del proceso

un conocimiento técnico actualizado del trabajo en medicina de urgencia y con conocimiento de la red asistencial.

B. Jefaturas de Enfermería Urgencia:

Debe tener habilidades y competencia en las áreas de recurso humano, gestión y supervisión de servicios clínicos, manejo de conflictos, trabajo en equipo y satisfacción usuaria y con amplio conocimiento de la red asistencial.

El Proceso Clínico debe estar a cargo de:**C. Médico(a) Jefe de turno especialista en Urgencia:**

De acuerdo al perfil deseado para el cargo, el médico(a) jefe de turno debe corresponder a un médico(a) especialista en Medicina de Urgencia con capacidad de gestión. La comisión reconoce que la Especialidad de Medicina de urgencia es nueva en el país, por lo que la disponibilidad de profesionales certificados es hoy menor a la demanda actual.

D. Enfermera(o) Jefe de Turno:

Enfermera(o) universitaria con experiencia clínica en urgencia, habilidades de planificación y organización, conocedora del proceso de atención de urgencia y sub procesos.

E. Médico(a) clínico de urgencia:

Es el primero(a) que otorga la atención médica después del subproceso de categorización. Es el médico tratante, responsable de atender al paciente en su integridad independiente del requerimiento de evaluación de Interconsultores.

El médico(a) de urgencia puede corresponder a un médico(a) general y/o especialista que cumpla el perfil de médico(a) tratante generalista, capaz de resolver la diversidad de consultas médicas y quirúrgicas, para la atención de los flujos de distinta complejidad.

F. Enfermera(a) clínica:

Es la encargada(o) de realizar la gestión del cuidado de los pacientes a su cargo a través de la formulación, ejecución, y supervisión del plan de atención de enfermería procurando un adecuado uso de los recursos y otorgando una atención humanizada.

G. Kinesiólogo(a) clínico:

En las UEH es el encargado(a) del apoyo a la atención del paciente en manejo de vía aérea y terapia ventilatoria. Sus ámbitos de competencia son la terapia respiratoria y la kinesioterapia respiratoria.

H. Enfermera(o) clínica(o) de Selector de Demanda (Triaje):

Su función es otorgar la primera atención de enfermería al paciente que solicita atención de urgencia, valorar al paciente aplicando el instrumento de categorización de acuerdo a protocolo nacional.¹³

I. Interconsultores:

Participan en el proceso de Urgencia de acuerdo a los requerimientos de los pacientes en coordinación con el médico tratante de la urgencia según cartera de servicios del hospital. Los Interconsultores no tienen el rol de médico tratante.

¹³ Ordinario N°313 del 26 de enero de 2018, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL

J. Otros responsables:

Son otros responsables del proceso todos los funcionarios que trabaja en las UEH. Técnicos paramédicos, auxiliares de servicio, auxiliares de aseo y el personal de admisión, entre otros, cumplen labores indispensables en la gestión de pacientes.

Estándares y mecanismos de cálculo de RRHH¹⁴

El cálculo del recurso humano se realiza según el número y complejidad de pacientes atendidos en las UEH obtenidos según cifras históricas registradas.

En el documento de “Estándares y Recomendaciones al Proceso de Atención de Urgencia Hospitalaria”, se señala la metodología de cálculo del recurso humano necesario para los servicios de urgencias.

3. Atención post Urgencia (OUTPUT)

La etapa post atención de urgencia se inicia una vez que el médico tratante ha decidido hospitalizar al paciente (en cualquiera de las modalidades) o bien dar alta a domicilio. Los principios básicos de la atención del paciente en esta etapa son:

- Flujo unidireccional: El paciente que egresa de la UEH y es admitido en algún servicio clínico o ingresado a pabellón, no debe volver a la UEH.
- Accesibilidad: El Hospital debe garantizar adecuadamente los cuidados y necesidades de acuerdo al perfil clínico de cada paciente. Específicamente, se deben proveer el acceso a cuidados críticos, medios, básicos, domiciliarios u otro dentro de la red, desde el momento en que estos son indicados.
- Responsabilidad: La responsabilidad en el éxito del proceso terapéutico de todo paciente con indicación de hospitalización emanada desde UEH recae en el Subdirector Médico o Jefes de servicios, de acuerdo a los requerimientos de salidas del paciente y no solamente en la UEH.

3.1. Alternativas para el paciente con indicación de hospitalización desde UEH

A. Ingreso a Hospitalización: en esta etapa se definen 5 salidas desde UEH, las que pueden ser tradicionales como son el ingreso a camas de UPC, camas de cuidados Medios, camas de cuidados básicos o pabellón y las NO tradicionales, como el ingreso a la Unidad de Hospitalización Domiciliaria.

Se denomina Criterios de Priorización de flujo en la Asignación de Camas a las gestiones realizadas para dar respuesta a los requerimientos de camas de los pacientes con indicación de hospitalización de UEH. Si bien ningún requerimiento de salida (a los distintos tipos de cama) se superpone, la gestión de camas debiese desarrollar un flujo en cascada con el objetivo de generar cupos de camas de mayor a menor complejidad, en ese orden, basándose en el Modelo de Atención Progresiva¹⁵.

En el caso de no contar con la oferta de camas al interior del establecimiento, surgen otros tipos de salida que considera el resto de la red pública de salud y la compra de servicios de salud al sistema privado, a través de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas.

¹⁴ Ordinario N°551

¹⁵ Cuaderno 9, “Modelo de Gestión Hospitalaria”, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.

B. Domicilio: Se definen 2 tipos de salida a domicilio con seguimiento ambulatorio como CDT, CRS, CAE y APS y sin seguimiento.

- i. **Atención secundaria** (Centro de Diagnóstico Terapéutico, Centro de Atención de Especialidades y Centro Referencia de Salud): corresponde a todo egreso de UEH con indicación de continuidad de controles con especialidad por problema de salud consultado.
- ii. **Atención Primaria de Salud** (SAPU y CESFAM): corresponde a todo egreso de UEH con indicación de continuidad de controles en APS.
- iii. **Alta a domicilio:** corresponde a todo egreso de UEH como alta a domicilio sin requerimientos de continuidad de controles por problema de salud consultado.

C. Fallecimiento

3.2. Responsabilidades en el proceso de hospitalización desde Urgencia

A. Hospitalización desde UEH: Este gran proceso se inicia con la indicación de hospitalización emanada desde la UEH.

- i. El Sub Director(a) Médico es el responsable estratégico de velar por el desarrollo eficiente de los procesos que aseguren el ingreso oportuno de los pacientes con indicación de hospitalización proveniente de la UEH al proceso de hospitalización tradicional y no tradicional. La entrada a este proceso corresponde a la indicación de hospitalización y la salida a la cama o cupo asignado que dé respuesta a los requerimientos de usuario.

La Enfermera(o) de Gestión del Cuidado es responsable de organizar, supervisar, evaluar y promover el mejoramiento de la calidad de los cuidados de enfermería, a fin de otorgar una atención segura, oportuna, continua, con pertinencia cultural y en concordancia con las políticas y normas establecidas por el Ministerio de Salud.¹⁶

- ii. El responsable operativo de este proceso es el Gestor(a) de Camas quien debe asegurar el ingreso oportuno de los usuarios al proceso de hospitalización tradicional y no tradicional. La entrada a este proceso corresponde a la indicación de hospitalización y la salida a la cama o cupo asignado que dé respuesta a los requerimientos de los usuarios.

A.1. Necesidad de cama UPC:

- i. El jefe de UPC es el responsable estratégico de este flujo de manera de asegurar el ingreso oportuno del paciente con indicación de hospitalización a cama crítica proveniente desde UEH. El enfermero(a) jefe de UPC es responsable de organizar y coordinar las acciones de enfermería en su Unidad y con la UEH, que genere el ingreso oportuno del paciente desde la UEH.
- ii. El médico(a) residente de UPC en turno es el responsable operativo de asegurar el ingreso oportuno del paciente con indicación de hospitalización a cama crítica proveniente desde UEH. La entrada es la evaluación pertinente de ingreso a la unidad y la salida es el ingreso efectivo a cama UPC (ya sea intrahospitalaria o extra hospitalaria en el caso de no contar con disponibilidad de cupo).
El enfermero(a) clínico(a) de UPC es responsable de la atención directa y el cuidado del paciente al ingresar a su unidad.

¹⁶ NORMA GENERAL ADMINISTRATIVA N° 19, "GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN CERRADA" N°1127 SANTIAGO, 14.12.2007

A.2. Necesidad de cama Media:

- i. El jefe del servicio o de especialidades de cuidados medios, según corresponda (Médico, quirúrgico o Médico-quirúrgico), es el responsable estratégico de asegurar el ingreso oportuno del paciente con indicación de hospitalización a cama de cuidados medios proveniente desde UEH.

El enfermero(a) supervisor de Cuidados medios es responsable de organizar y coordinar las acciones de enfermería en su Unidad y con la UEH, que genere el ingreso oportuno del paciente desde la UEH.

- ii. El médico(a) residente o especialista en turno será el encargado de operativizar el proceso de ingreso al servicio desde la UEH. La entrada a este flujo está dada por la evaluación pertinente de ingreso a la unidad y la salida por el ingreso efectivo a la cama de cuidados medios, ya sea, intra o extrahospitalaria.

El enfermero(a) clínico es responsable de la atención directa y el cuidado del paciente al ingresar a su unidad.

A.3. Necesidad de cama Básica:

- i. El jefe del servicio o de especialidades de cuidados básicos, según corresponda, es el responsable estratégico de asegurar el ingreso oportuno del paciente con indicación de hospitalización a cama de cuidados básicos provenientes desde UEH.

El enfermero(a) supervisor(a) de Cuidados básicos es responsable de organizar y coordinar las acciones de enfermería en su Unidad y con la UEH, que genere el ingreso oportuno del paciente desde la UEH.

- ii. El médico(a) residente o especialista en turno será el encargado de operativizar el proceso de ingreso al servicio desde la UEH. La entrada a este flujo está dada por la evaluación pertinente de ingreso a la unidad y la salida por el ingreso efectivo a la cama de cuidados básicos, ya sea, intra o extrahospitalaria.

El enfermero(a) clínico es responsable de la atención directa y el cuidado del paciente al ingresar a su unidad.

A.4. Necesidad de Pabellón:

- i. El Sub Director(a) Médico es el responsable estratégico de velar por el desarrollo eficiente del proceso quirúrgico en aquellos pacientes con indicación de intervención quirúrgica de urgencia proveniente de la UEH. La entrada a este proceso corresponde a la indicación de intervención quirúrgica de urgencia y la salida es el ingreso a quirófano.

El enfermero(a) supervisor(a) de Pabellón es responsable de organizar y coordinar las acciones de enfermería en su Unidad y con la UEH, que genere el ingreso oportuno del paciente desde la UEH.

- ii. El responsable operativo de este proceso es el jefe de turno de Urgencia, quien debe asegurar el ingreso oportuno de los usuarios al proceso quirúrgico. La entrada a este proceso corresponde a la indicación de cirugía de urgencia y la salida es el ingreso al quirófano.

El enfermero(a) clínico es responsable de la atención directa y el cuidado del paciente al ingresar a su unidad.

A.5. Hospitalización Domiciliaria:

1. El jefe de la Unidad de hospitalización domiciliaria (UHD) es el responsable de asegurar el ingreso oportuno del paciente con indicación de hospitalización en domicilio desde UEH. La entrada a este flujo está dada por la evaluación pertinente de ingreso a UHD y la salida por el ingreso efectivo a cupo de UHD.

El enfermero(a) coordinador(a) de UHD es responsable de organizar y coordinar las acciones de enfermería en su Unidad y con la UEH, que genere el ingreso oportuno del paciente desde la UEH.

El enfermero(a) clínico es responsable de la atención directa y el cuidado del paciente al ingresar a su unidad.

3.3. Elementos de apoyo a la gestión del paciente post urgencia

Gestión de Camas

Este proceso es transversal a los otros procesos hospitalarios (Urgencia, Quirúrgico, Hospitalización), y que tiene por objetivo gestionar de manera eficiente el recurso cama a través de un gestor específico, quien tiene la visión global hospitalaria en cuanto a la oferta y a la demanda.

Es el proceso por medio del cual, se diagnostica la situación hospitalaria en relación a la demanda (Urgencia, Tabla quirúrgica, Servicios clínicos, área ambulatoria, solicitudes de rescate desde otros centros por derivaciones UGCC MINSAL, Ley de Urgencia¹⁷, Modalidad Libre Elección, otros), se reciben las solicitudes de camas desde los distintos servicios y unidades clínicas, priorizando los pacientes de urgencia, se evalúa la pertinencia de la cama solicitada de acuerdo a CUDYR¹⁸, se realiza un diagnóstico de la situación hospitalaria en cuanto a la oferta, se asignan las camas de acuerdo a la disponibilidad interna, se gestionan los traslados extra hospitalario por exceder la oferta interna (derivación a sistema público o privado), se realiza gestión de rescate y monitoreo de las gestiones realizadas y de flujos de pacientes hospitalizados.

En cuanto a la distribución de camas disponibles intrahospitalarias es necesario establecer un mínimo a otorgar a las UEH por sobre las otras entradas hospitalarias, con el objetivo de disminuir el número de pacientes que esperan camas en las UEH diariamente.

Uso de herramientas y Balance Score Card (BSC), indicadores relacionados:

En la actualidad en la red pública, existen herramientas que buscan mejorar la gestión clínica a través de información entregada por las herramientas Grupos Relacionados por Diagnósticos (GRD) y BSC, disponibles en las plataformas informáticas respectivas¹⁹.

Una de ellas, corresponde al **Balance Score Card (BSC) Hospitalario**, que a través del sistema informático llamado "SIS-Q", permite el monitoreo mensual de los indicadores validados para el año en curso, de manera de apoyar el control estratégico interno de cada Hospital, mediante la opción de visualizar de manera oportuna (mensual) el comportamiento de los procesos claves hospitalarios (Ámbito Financiero, Clínico, Calidad, Eficiencia Operacional). Desde la información que entrega el "SIS-Q", los establecimientos y Servicios de Salud deben realizar los análisis detallados en las áreas que presentan riesgo de incumplimiento, y desde la mirada clínica corresponde a los Subdirectores Médicos liderar esta tarea para implementar acciones correctivas oportunas.

¹⁷ Ley 19650

¹⁸ Ordinario 1630 (2008). "Instructivo para pauta de aplicación de categorización riesgo dependencia (CUDYR), Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.

¹⁹ Ordinario 4014 (2016). "Orientación técnica orientación técnica para mejorar la gestión clínica en la red asistencial A partir de información de Grupos relacionados por diagnósticos (GRD) y balanced score card (BSC)", Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.

Otra importante herramienta de gestión clínica son los **Grupos Relacionados por Diagnósticos (GRD)**, sistema de clasificación de pacientes, que permite la comparación entre establecimientos similares y/o tipos de pacientes de acuerdo a mismo consumo de recursos. La información disponible en el sistema GRD, incluye el detalle de la totalidad de los diagnósticos de cada uno de los casos (principal, secundarios, comorbilidad y complicaciones), todos los procedimientos significativos, traslados y días de estada en cada una de las unidades donde cada paciente ha hecho uso de cama.

Mecanismos de Referencia y Contrarreferencia

El Sistema de Referencia y Contrarreferencia²⁰, corresponde al conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia del usuario de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutive y la contrarreferencia de este a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud.

Referencia (sinónimo de derivación): Es la solicitud de evaluación diagnóstica y/o tratamiento de un paciente derivado de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad, a fin de asegurar la continuidad de la prestación de servicios.

Contrarreferencia: Es la respuesta del especialista, dirigida al profesional del establecimiento o Servicio Clínico de origen del paciente, respecto de la interconsulta solicitada. Es aquel procedimiento, mediante el cual se retorna al paciente al establecimiento de origen y/o al que pudiese asegurar la continuidad del caso, luego de haberse atendido satisfactoriamente la demanda. Este procedimiento debe incluir la respuesta del especialista respecto de la interconsulta solicitada.

La Contrarreferencia puede ejecutarse idealmente en dos momentos, siendo obligatoria la segunda.

- 1. Respuesta a la Interconsulta:** Cuando el paciente recibe su primera atención (consulta nueva) donde se informa al establecimiento de origen que el paciente fue atendido, se confirma o descarta la hipótesis o duda diagnóstica y el plan de tratamiento.
- 2. Contrarreferencia propiamente tal:** En el momento de alta del paciente del establecimiento de mayor complejidad, donde se informa al establecimiento referente que el paciente está dado de alta de la patología por la cual fue derivado o que fue estabilizado y requiere continuidad de la atención con un plan terapéutico definido.

Por lo tanto, en el caso de la salida desde la UEH, de alta al domicilio con seguimiento ambulatorio, resulta fundamental contar con la normativa que dé respaldo a los protocolos que definan los flujos de referencia y contrarreferencia, así como de la necesidad de contar con canales de comunicación efectivos para dar cumplimiento a los requerimientos de los usuarios en su tránsito por los diferentes niveles de atención.

Gestión de Unidades de apoyo clínico

Las unidades de apoyo clínico (laboratorio, unidad de medicina transfusional, imagenología y anatomía patológica) requieren definir dentro de su cartera de servicios, los flujos urgentes y diferenciados (al momento de decisión a la entrada de la solicitud de exámenes) para dar respuesta a los requerimientos e indicaciones de atención médica y diagnóstica de los pacientes en su tránsito por UEH.

Para ello, se ha iniciado un plan de trabajo que se enmarca dentro de los compromisos de gestión para el período 2015-2018.

²⁰ "Orientaciones para la planificación y programación en red año 2016", Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.

Junto con lo anterior, en la acreditación²¹ se solicita en los ítems de servicios de apoyo (laboratorio clínico) documentación que norme los tiempos de respuesta de exámenes urgentes o provenientes de unidades críticas y en relación al acceso, oportunidad y continuidad en la atención, se solicita definir situaciones o resultados críticos que requieren de notificación, procedimientos y responsables en su notificación.

²¹ Manual del estándar general de acreditación para prestadores institucionales, Atención Cerrada. Superintendencia de Salud.

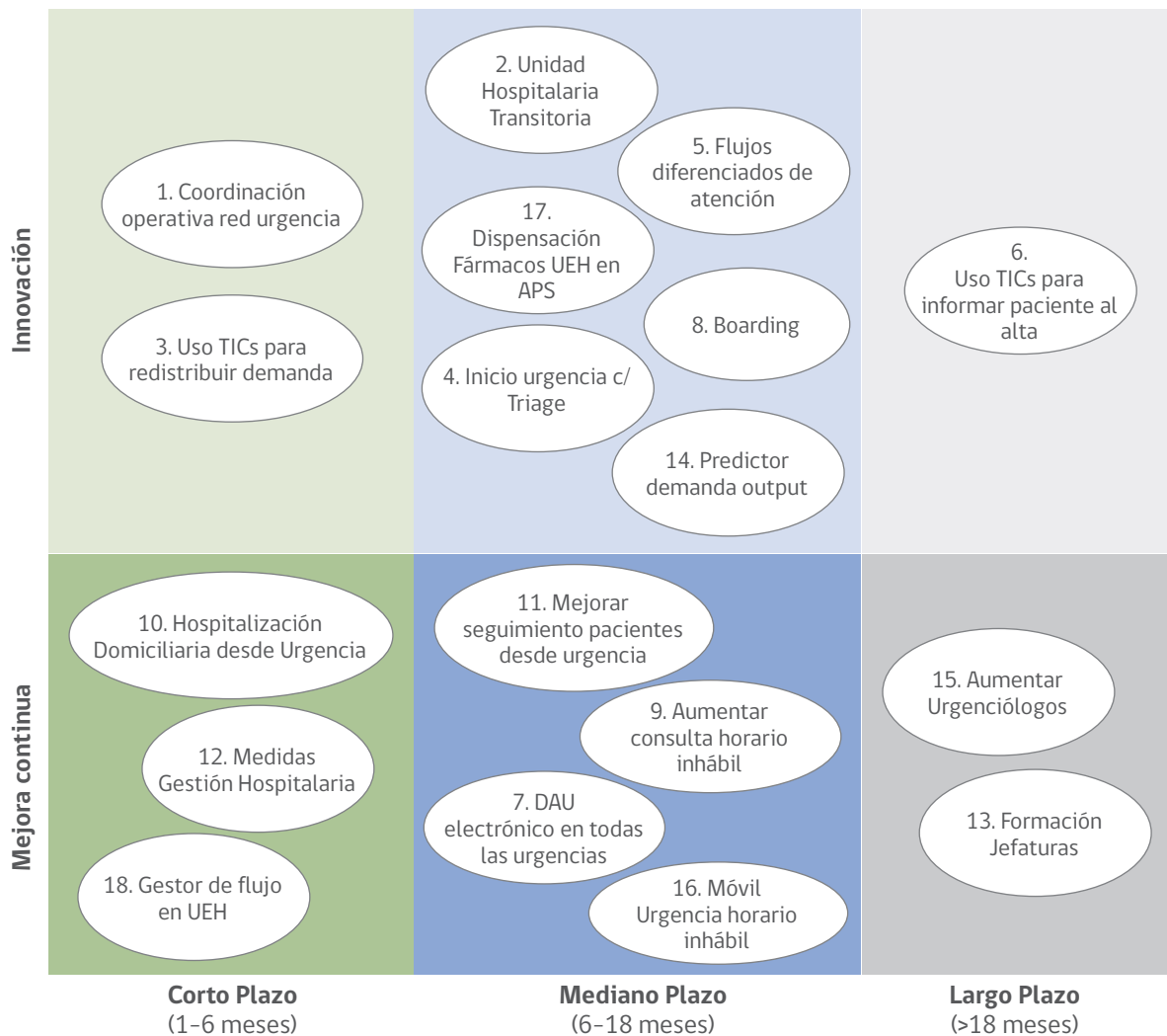
IV. PROPUESTAS PARA MEJORAR EL MODELO DE URGENCIA ADULTOS

La siguiente sección presenta las propuestas generadas por la comisión de rediseño del modelo de urgencia y las actividades para la implementación.

Cada medida fue clasificada como de corto, mediano o largo plazo, basado en el horizonte de tiempo en el cuál se podrían esperar efectos positivos al implementar la medida.

Complementariamente, están clasificada como innovación o mejora continua, basada en si la medida corresponde a una idea nueva no implementada actualmente en la red o bien si se trata de la expansión o fortalecimiento de una medida ya conocida.

FIGURA 5. PROPUESTAS PARA MEJORAR EL MODELO DE URGENCIA ADULTOS



1. Propuesta 1: Establecer un sistema de coordinación operativa regional de la red de urgencia, que cuente con:

- **Monitoreo permanente de saturación** (estado de ocupación y demanda) de la red de urgencia, particularmente las UEH, en línea y en tiempo real de:
 1. Tiempo de espera
 2. Pacientes en espera
 3. Cantidad de pacientes en espera de hospitalización definitiva
 4. Disponibilidad de RRHH crítico de urgencia
- **Sistema estructurado de redistribución preventiva traslados primarios y secundarios**, dentro de la Red hacia UEH menos saturadas, independiente de la territorialidad de los pacientes. Esta estrategia se basa en la definición que no existe territorialidad en la atención de la urgencia²²
- **Respuesta temprana y organizada ante contingencia.**
Ante la presencia de catástrofes, accidentes masivos, así como también eventos de aumento de la demanda clínica que genere que uno de los puntos de la red se encuentre trabajando a su capacidad máxima de atención, el sistema redistribuirá pacientes en la Red, redireccionando las derivaciones a centros menos saturados y trasladando pacientes desde el centro saturado (UEH y unidades de hospitalización definitiva) a otros con disponibilidad de atención.

Se deberá construir protocolos de derivación para cada patología, entendiendo que aquel tiempo dependiente y críticos serán trasladados prioritariamente.

Esta medida debe ser complementaria e independiente de la implementación del Programa Hospital Seguro.²³

Actividades clave para la implementación:

Actividades Principales	Plazo
0. Plan piloto en 1 UEH de alta complejidad (incluye gestionar financiamiento)	Mediano (6 -18 meses)
1. Definir encargado de la coordinación operativa regional (SAMU u otra estructura)	Corto (1 mes)
2. Generar plataforma web para carga de datos	Corto (3 meses), basado en módulo ya existente.
3. Definir protocolo operativo.	Corto (1 mes)
4. Definir referente para carga de datos en cada urgencia (por turno)	Corto (1 mes).
5. En urgencias informatizadas, se deberá generar conexión para que datos migren automáticamente	Corto (6 meses).
6. Crear protocolo de registro de data de las urgencias (Indicadores de saturación, consultas, pctes. espera de camas)	Corto (3 meses)
7. Crear protocolo de redistribución de flujo de pacientes	Corto (1 mes)
8. Crear o ajustar protocolo de respuesta temprana y organizada ante contingencia	Corto (1 mes)
9. Evaluación de resultados	Mediano (6 a 18 meses)

²² Ordinario 2348, Agosto 2016. Lineamientos sobre atención unidades de emergencia hospitalaria. Ministerio de Salud.

²³ Recomendaciones Hospital Seguro, OPS, disponible en http://www.disaster-info.net/safehospitals_refdocs/documents/indexspa.html

2. Propuesta 2: Implementar Unidad de Hospitalización Transitoria

Actualmente los pacientes que deciden ser hospitalizados luego de la atención de urgencia esperan un tiempo extendido en dependencias de las UEH hasta que son físicamente ubicados en alguna de las unidades establecidas de dicho centro. Reafirmando el concepto que la atención de urgencia es un proceso ambulatorio, se reconoce que aquellos pacientes hospitalizados han abandonado administrativamente el proceso de atención de urgencia.

Se identifica la necesidad de brindar el más alto estándar de atención de salud disponible para estos pacientes que se encuentran operativamente hospitalizados fuera de una unidad definitiva, en un estado de transición.

Se propone la generación de una **“Unidad de hospitalización transitoria”**. Esta Unidad está construida desde el enfoque de procesos y no corresponde necesariamente a un espacio físico, sino entendiendo que en la mayoría de los centros nacionales los pacientes permanecen en los Servicios de Urgencia, éstos requieren contar con los mismos recursos físicos y humanos que el resto de las dependencias hospitalarias del centro. Destaca dentro de sus características la diversidad de complejidad de los pacientes que contemplan, entendiendo que desde ahí los pacientes podrían ser derivados a unidades de cuidados intensivos, unidades de cuidados intermedios, unidades de cuidados medios, unidades de cuidados básicos, unidad de hospitalización domiciliaria y/o eventual alta según cada caso.

La Unidad de Hospitalización Transitoria debe tener dependencia de la Subdirección Médica, con personal clínico distinto al personal de turno de la urgencia, para así, dar cumplimiento a la continuidad de la atención del paciente con estándares de calidad y nivel de cuidado requeridos, en el momento que no se encuentren camas disponibles en las unidades definitivas.

Esta estrategia se insertaría en el Proceso de Hospitalización definido para los establecimientos, como un nuevo recurso que favorece la gestión clínica de los pacientes que tienen indicación de hospitalización desde la UEH. Es así como en este esquema se regularizaría y mejoraría la atención de estos pacientes al asignar un equipo clínico distinto al equipo de turno otorgando atención a pacientes indiferenciados con nivel de cuidados básicos y medios para hospitalización transitoria (máximo 48 horas).

Se definirá previamente el RRHH que requieren estos pacientes, entendiendo que implica asignar médico tratante y reasignar a otros profesionales. Complementariamente, para que esta unidad mantenga un flujo de pacientes óptimo, se propondrán incentivos a la gestión asociados a indicadores de cumplimiento.

Actividades clave para la implementación:

Actividades Principales	Plazo
1. Validación de propuesta con expertos nacionales a través cuestionario que defina aspectos críticos de la implementación (dependencia, personal, nivel de servicio etc.)	Corto (1 - 3 meses)
2. Definir mecanismo de funcionamiento de nueva unidad	Corto (1- 3 meses)
3. Plan piloto en 1 UEH de alta complejidad (incluye gestionar financiamiento)	Mediano (6 -18 meses)
4. Ampliar estrategia resto UEH	Largo (>18 meses)
5. Evaluación de resultados	Mediano (6 a 18 meses)

3. Propuesta 3: Reorientar demanda de pacientes menos complejos a urgencias menos saturadas apoyándose en el uso de Tecnologías de Información y Comunicación.

La estrategia busca mejorar el acceso de los usuarios a información del estado de las UEH, permitiéndole tomar una decisión informada. El paciente podrá llamar a un teléfono (eventualmente Salud Responde, asumiendo nuevas funciones) y se le indicará qué urgencia dentro de su región presenta menores tiempos de atención. De esta manera, el paciente tendrá la posibilidad de elegir la urgencia más expedita, no necesariamente la más cercana, y evitar seguir sobrecargando una urgencia con mayor demanda. Por otro lado, esta entidad podrá comunicarse con SAMU para derivar atención prehospitalaria a pacientes que lo soliciten, si corresponde, así como apoyar al personal paramédico de postas rurales para priorización de pacientes de urgencia en casos complejos.

Esta entidad necesitará contar con mayor información que la actual. Específicamente, deberá conocer los tiempos de atención, pacientes en espera de atención y pacientes en espera de hospitalización definitiva (similar información que se usará para propuesta n° 1)

Como objetivo central, se busca mejorar la información de la población para la toma de decisión, potenciando el mejor uso de la Red, disminuyendo las consultas de baja complejidad en las unidades de alta complejidad saturadas y optimizando el uso de los SAPU y SAR distribuyendo la demanda.

Actividades clave para la implementación:

Actividades Principales	Plazo
1. Reformular el rol de salud responde o nueva entidad	Corto (1 mes).
2. Definir necesidad RRHH, según nueva demanda y nueva función	Corto (1-6 meses)
3. Ajuste software para operación específica	Corto (1-6 meses)
4. Crear protocolos operativos	Corto (1-6 meses)
5. Implementar plan comunicacional	Corto (1-6 meses)
6. Estudio factibilidad de asignación de horas remotas en APS	Mediano (6-18 meses)
7. Evaluación de resultados	Mediano (6 a 18 meses)

4. Propuesta 4: Iniciar el proceso de atención en urgencia con la categorización (triage):

Actualmente el proceso de atención de urgencia comienza con el subproceso administrativo de “admisión” en el que un funcionario identifica al paciente y su motivo de consulta, registrándose en el sistema de atención. Posteriormente el paciente pasa al subproceso de categorización (triage).

La comisión propone que el subproceso de admisión sea realizado por un técnico en enfermería nivel superior, quién acompañe a la enfermera universitaria en el proceso de categorización (Triage) y realice la identificación del paciente en el sistema de manera simultánea. El cambio propuesto se basa en la necesidad de priorizar el inicio de la atención clínica de urgencia dada la existencia de patologías **tiempo dependiente** en que cada minuto de atraso en la atención tiene directo impacto en la sobrevida del paciente y en que un proceso administrativo puede implicar la pérdida de minutos relevantes. Esta propuesta va de la mano con la expansión de la implementación de enfermeras de dedicación exclusiva para la labor de categorización.

Otro argumento que sustenta esta propuesta es el cumplimiento al derecho a la confidencialidad, dado que el paciente no tendría que revelar su motivo de consulta a un personal administrativo no clínico.²⁴

²⁴ Ley de derechos y deberes de los pacientes (D.F.L. no. 1, Ministerio de Justicia, 2000; Ley no. 20.584).

Este cambio se sugiere sea revisado y ajustado a la realidad de cada uno de los establecimientos, considerando estructura y recurso humano con el que cuentan actualmente para esta labor, sin embargo, se debe priorizar que el proceso de atención sea siempre iniciado por la enfermera.

El proceso de categorización y admisión conjunta, se verá enfrentado a dos situaciones:

1. **Paciente con requerimiento de atención inmediata:** El proceso de priorización es simultáneo al inicio de la atención médica y tratamiento. Corresponde a la decisión fundamentada en la valoración breve realizada por el clínico (E.U.) a cargo.

El subproceso de admisión, de responsabilidad del personal de admisión, debe efectuarse en forma propositiva acercándose al paciente, familiar y/o acompañante para generación del DAU; el proceso no es dependiente de un espacio físico.

2. **Paciente sin requerimiento de atención inmediata:** debe ingresar al proceso de urgencia al selector de demanda y ser categorizado por la Enfermera a cargo, el subproceso de admisión debe hacerse simultáneo en el mismo lugar.

Actividades clave para la implementación:

Actividades Principales	Plazo
1. Creación de protocolo específico	Mediano (6-12 meses)
2. Análisis de necesidad de RRHH	Corto (1-3 meses)
3. Plan piloto en una UEH de alta complejidad	Mediano (6-12 meses)
4. Ampliar piloto a otras UEH	Largo (> 18 meses)
5. Evaluación de resultados	Mediano (6 a 18 meses)

5. Propuesta 5: Implementar flujos diferenciados de atención de pacientes según categorización

Reconociendo que el proceso de categorización ordena los pacientes según su prioridad de atención, los pacientes con categorización menor suelen tener mayores tiempos de espera. El sistema de categorización da prioridad de atención, define recursos necesarios para la atención. No es indicador de gravedad.

Esta estrategia propone **flujos de atención paralelos**, diferenciados según categorización, y opera bajo los siguientes principios:

- Equipo clínico es asignado según flujo de atención, lo que se traduce en una reorganización del RRHH de UEH,
- Existe capacidad del jefe de turno de reasignar personal a distintos flujos según demanda de atención.
- Los flujos de atención para menor categorización tendrá una dinámica de atención rápida, con limitación de exámenes de laboratorio, similar a un Servicio de Atención Primaria de Urgencia.
- Los pacientes pueden ser reasignados a flujos de mayor complejidad según su gravedad.
- El subproceso de atención se realizará de acuerdo a flujos paralelos determinados por la categorización, "Segmentación de la demanda por Flujos de atención", donde se asignan los siguientes flujos:

Flujo A: Corresponde a la atención de pacientes categorizados como C1-C2 (ESI 1 y ESI2) y aquellos que por otras complejidades queden establecidos en este flujo por la enfermera de Triage. Responsable de este flujo es el médico de urgencia con capacidad técnica de resolución inicial de paciente crítico.

Si el paciente que fue referido a este flujo por su categorización, después de la evaluación médica corresponde a paciente de baja gravedad, será responsabilidad del mismo médico completar el proceso de atención de urgencia.

Flujo B: Corresponde a la atención de pacientes categorizados como C3 (ESI 3) y aquellos que por otras complejidades queden establecidos en este flujo por la enfermera Triage. Estará a cargo del médico de urgencia. Si el paciente presentara agravamiento de su cuadro o luego de su evaluación corresponde a una gravedad mayor a la capacidad técnica de resolución, lo derivará con entrega personal al médico de Flujo A.

Flujo C: Corresponde a la atención de pacientes categorizados como C4-C5 (ESI 4 y ESI 5): Estará a cargo de un médico de urgencia especialista o con experiencia para poder otorgar atención rápida en el flujo de menores recursos. En caso de identificar pacientes con necesidad de atención con mayores recursos lo derivará al flujo correspondiente (A y B).

Flujos de Atención en la Urgencia



- Considerando que la demanda puede variar durante cada jornada, la asignación del recurso médico a los distintos flujos según la demanda será responsabilidad del médico jefe de turno.
- Dependiendo de la organización del espacio de cada UEH, pudiera ser necesario reorganizar la planta física de esta unidad, dicho esto lo relevante es reorganizar el proceso.

Actividades clave para la implementación:

Actividades Principales	Plazo
1. Ejecutar un proyecto piloto UEH alta complejidad	Corto (1-6 meses)
2. Ampliar implementación al resto UEHs	Largo (>18 meses)
3. Evaluación de resultados	Mediano (6 a 18 meses)

6. Propuesta 6: Satisfacción usuaria: Mejorar adherencia y comprensión de indicaciones médicas posterior a la atención ambulatoria de urgencia, mediante uso de tecnologías de información.

La “Encuesta de Atención al Usuario/a en unidades de emergencia Hospitalaria” aplicada en 55 hospitales ²⁵, con un universo de 2898 usuarios, reveló que el principal problema es la baja comprensión de las indicaciones de pacientes dados de alta desde la UEH. La extrapolable baja adherencia a dichas indicaciones es un riesgo. Para mitigar este riesgo se proponen tres estrategias:

- 1. Asesoría telefónica a pacientes dados de alta desde la urgencia a través de Salud Responde.**
- 2. Acceso indicaciones en línea** (live chat, portal web personalizado)
- 3. Refuerzo indicaciones vía mensajería de texto automática** (usando información “indicaciones” desde el dato Salud Responde)

Salud Responde podrá tener acceso en línea a los DAU emitidos al alta desde las UEH, previa autorización del paciente, para resolver dudas particulares de cada paciente. La información de contacto de Salud Responde esté disponible al usuario en cada DAU.

El marco legal del manejo de información sensible, la implementación informática, la generación de protocolos y las otras aristas involucradas en la propuesta deberán ser abordados y desarrollados en un pilotaje.

Actividades clave para la implementación:

Actividades Principales	Plazo
1. Diseñar proyecto revisar aspectos legales (confidencialidad de la información)	Mediano (6 - 18 meses)
2. Plan piloto en 1 UEH de alta complejidad	Mediano (6 - 18 meses)
3. Piloto 1 red de urgencia	Mediano (6 -18 meses)
4. Evaluación de resultados	Mediano (6 a 18 meses)

²⁵ Informe Encuesta Atención al Usuario/a en Unidad de Emergencia Hospitalaria, Mayo 2017, elaborado por el Departamento de Participación Ciudadana y Trato al Usuario, MINSAL

7. Propuesta 7: Asegurar cobertura nacional del registro electrónico de atención de urgencia (Dato de Atención de Urgencia) como un medio para mejorar la comprensión de las indicaciones médicas al alta de la urgencia.

La “Encuesta de Atención al Usuario/a en unidades de emergencia Hospitalaria” realizada el año 2016, identificó que el 20% de los pacientes dados de alta consideraban insuficiente la información relativa a indicaciones y tratamiento; el 47% no tenía claro dónde acudir a un próximo control y un 50% no tener claridad de qué síntomas vigilar en casa.

La propuesta de ampliar la cobertura del DAU electrónico pretende disminuir el sesgo de información de incompletitud y no comprensión de la escritura en registros de papel. Complementariamente, se pretende asegurar la capacidad de contar de manera fidedigna y legible con registro. Esta estrategia ha tenido una implementación irregular en la red de salud, por lo que la inclusión en este set de estrategias pretende reforzar su valor.

Actividades clave para la implementación:

Actividades Principales	Plazo
1. Levantamiento estado actual implementación DAU electrónico	Corto (1-3 meses)
2. Generación de proyectos específicos de normalización.	Largo (>18 meses)
3. Evaluación de resultados	Mediano (6 a 18 meses)

8. Propuesta 8: Implementación del programa de abordaje “boarding” de pacientes a Unidades de hospitalización definitiva:

Ante contingencia por saturación de las UEH se propone la aplicación de protocolo de hospitalización de pacientes supranumerarios en las salas de hospitalización definitiva, que cumplan con un **protocolo previamente establecido**.

La primera parte de implementación considera que se trasladarán los pacientes desde la urgencia a los pasillos de la unidad de destino, de acuerdo a **protocolos establecidos** en el establecimiento que especifiquen todas las condiciones que se requieran para asegurar que los involucrados entiendan bajo qué norma se trasladarán estos pacientes. Algunas de estas normas deben considerar: número de pacientes por servicio, tipo de pacientes que pueden ser trasladados, cuáles son excluidos, lugar de ubicación de estos pacientes, entre otros aspectos.

Esto quiere decir que el paciente estará transitoriamente en el pasillo hasta que la cama otorgada haya sido liberada y aseada según las normas del hospital.

Esta propuesta se basa en el acuerdo internacional del beneficio clínico demostrado en los pacientes sometidos a este protocolo en algunos centros de EE.UU.²⁶

²⁶ Emergency Department flow and the boarded patient: How to get admitted patients upstairs, Jan Greene, Annals of Emergency Medicine, Volume 49, No 1: January 2007 doi:10.1016/j.annemergmed.2006.11.020

Actividades clave para la implementación:

Actividades Principales	Plazo
Diseñar protocolo y plan específico para definir situaciones en las cuales son aplicables el boarding	Mediano (6 - 18 meses)
Plan piloto en 1 UEH de alta complejidad	Mediano (6 - 18 meses)
Evaluación de resultados	Mediano (6 a 18 meses)

Propuesta 9: Aumentar y adecuar oferta de consulta ambulatoria en centros de atención primaria en horarios no hábiles.

Esta estrategia, si bien no corresponde a una innovación, es reconocida en la comisión como de alto impacto. Más allá del rol de atención de urgencia que cumplen los SAPU y SAR, la medida de aumento de la capacidad de atención primaria ha sido reconocida como efectiva en la descongestión de las urgencias. Las líneas de trabajo a desarrollar son:

- Fortalecer la extensión horaria en horario vespertino y fines de semana.
- Aumentar el número de CESFAM que presten el servicio
- Aumentar la cantidad de cupos de atención disponible
- Extender el horario de atención más allá de las 20:00 hrs
- Esta extensión horaria debe considerar ingreso de pacientes, exámenes de salud, control de crónicos y morbilidad.

Actividades clave para la implementación:

Actividades Principales	Plazo
1. Estudio de factibilidad, incluyendo levantamiento actual de oferta, presupuesto para expansión y otras consideraciones operativas)	Mediano (6-12 meses)
2. Implementación	Largo (>18 meses)
3. Evaluación de resultados	Mediano (6 a 18 meses)

10. Propuesta 10: Fortalecer la estrategia de hospitalización domiciliaria desde la urgencia

La comisión reconoce un rol fundamental de la hospitalización domiciliaria en el aumento de disponibilidad de cupos de hospitalización para pacientes que ingresan desde urgencia. Específicamente, propone dos medidas:

1. Aumentar el número de cupos para aquellos pacientes que cumplan con el perfil.
2. Extender el horario de disponibilidad de derivación, incluyendo horario vespertino, nocturno y fines de semana.

Actividades clave para la implementación:

Actividades Principales	Plazo
1. Extender horario para ingreso a programa (disponibilidad 24/7). Evaluar modalidad	Corto (1 - 6 meses)
2. Revisar el proceso actual e identificar mejoras (hacer más expedita evaluación de ingreso)	Corto (1 - 6 meses)
3. Implementación en la Red	Largo (>18 meses)
4. Evaluación de resultados	Mediano (6 a 18 meses)

11. Propuesta 11: Fortalecer la continuidad de la atención de pacientes dados de alta desde el proceso de atención de urgencia

Actualmente los pacientes dados de alta desde las UEH con indicación de control a nivel primario o secundario, deben concurrir en horario hábil con la solicitud o interconsulta emanada desde la UEH al nivel correspondiente a solicitar hora de control para cuando exista disponibilidad. En el proceso de espera de control el paciente puede deteriorarse clínicamente y re-consultar en las UEH.

Se propone disminuir la tasa de reconsulta en las UEH a través del seguimiento programado precoz de pacientes que el médico que da de alta desde la UEH estime pertinente.

- Se elaborará un score de re-ingreso a urgencia con lo que se elegirán los pacientes con alto riesgo de reingreso a quienes se les deba asignar los cupos disponibles para control ambulatorio
- Se asignarán horas de control en APS y nivel secundario (CDT/Policlínico de especialidades) desde las UEH al momento del alta del paciente.
- La propuesta considera horario protegido para la asignación de hora de control en los centros de APS correspondientes a la red de derivación de esa UEH, por parte de una **enfermera de enlace gestora de casos**, a través de sistema en línea que permita otorgar las horas incluso en horario inhábil. Para fines de semana se considerará los controles en SAPU y SAR

Actividades clave para la implementación:

Actividades Principales	Plazo
1. Definir score pacientes alto riesgo de hospitalización y protocolos	Mediano (6 - 18 meses)
2. Definir rol de la Enfermera de enlace	Corto (1 meses)
3. Diseñar protocolo de referencia y contrarreferencia de derivaciones	Mediano (6 - 18 meses)
4. Ejecutar plan piloto en una red de urgencia con una UEH de alta complejidad, incluye implementar el rol de la Enfermera de enlace (incorpora gestionar financiamiento)	Mediano (6 - 18 meses)
5. Evaluación de resultados	Mediano (6 a 18 meses)

12. Propuesta 12: Ampliar medidas de gestión hospitalaria que favorezcan el flujo de pacientes hospitalizados desde la urgencia

Un paciente hospitalizado desde la UEH debe trasladarse al servicio de destino lo antes posible. La limitación principal a esto es la falta de camas disponibles. La comisión propone potenciar las siguientes medidas de gestión hospitalaria que han demostrado impactar sobre la disponibilidad de cupos de hospitalización:

1. **Ampliar la implementación de una unidad de pre-alta hospitalaria**, de manera que una vez decidido el alta clínica del paciente, sea trasladado y libere la cama, mientras espera la entrega de documentación, indicaciones y traslado a domicilio.
2. **Implementar/potenciar protocolo de alta programada** de manera agilizar el proceso de alta.
3. **Mantener flujo de altas durante los fines de semana.**
4. **Implementación de planes de contingencia** para la cobertura del recurso humano en cada unidad en caso de falta de personal, de manera que no existe bloqueo de camas por esa razón.

Actividades clave para la implementación:

Actividades Principales	Plazo
1. Análisis presupuestario y de factibilidad	Corto (1 - 6 meses)
2. Proyecto de diseño y ejecución piloto (4 medidas)	Mediano (6 a 18 meses)
3. Evaluación de resultados	Mediano (6 a 18 meses)

13. Propuesta 13: Mejorar habilidades de gestión de las jefaturas de urgencia a través de estrategia de capacitación formal

Los procesos de urgencia deben ser liderados por jefaturas expertas no sólo en el ámbito clínico, sino que también en gestión y liderazgo. Se propone que los jefes de urgencia médica y de enfermería cuenten con formación en gestión acreditada con un nivel mínimo de diplomado o superior realizada en alguna institución acreditada, enmarcado en los lineamientos de Escuela de Gobierno, y políticas de formación del recurso humano.

Para esto se propone el diseño de un plan y el destino de recursos para su formación. En el caso de la jefatura médica, la expertise clínica debe acreditarse con una especialización en área afín a la urgencia.

Actividades clave para la implementación:

Actividades Principales	Plazo
1. Diagnóstico de nivel de formación en gestión, jefes actuales	Corto (1 - 3 meses)
2. Redefinición de perfil del cargo	Corto (1- 3 meses)
3. Incorporación de nuevo perfil (incluyendo formación en gestión) en todos los concursos de jefaturas de UEH	Mediano (6 -18 meses)
4. Definir incentivos a la formación en gestión (financiar programas, liberar horas o asignación)	Mediano (6 -18 meses)
5. Evaluación de resultados	Mediano (6 -18 meses)

14. Propuesta 14. Generar un modelo predictor de demanda de cupos de hospitalización, según perfil de paciente que consulta en urgencia hospitalaria

La propuesta es diseñar un modelo estadístico construido con ayuda de expertos en el uso de esta herramienta, que permita saber cuántos cupos de camas UPC, Medias, básicas y hospitalización domiciliaria es necesario ofertar diariamente para dar respuesta a la demanda que genera la urgencia.

Tomando data histórica de pacientes que consultan en urgencia y son hospitalizados, fundamentalmente datos bio-demográficos y sanitarios, se obtendrán estimaciones del número de cupos requerido por unidad, basadas en un modelo estadístico.

Esto impactará a dos niveles:

1. Disponer de mejor información para la planificación hospitalaria (RRHH, camas, equipamiento).
2. Identificar variabilidad en conducta clínica de unidades de urgencia hospitalaria.

Actividades clave para la implementación:

Actividades Principales	Plazo
1. Recopilar información disponible	Corto (2 meses)
2. Diseñar y probar modelo estadístico (Trabajo teórico)	Mediano (1 - 6 meses)
3. Probar modelo en hospital piloto	Mediano (1 - 6 meses)
4. Evaluación de resultados	Mediano (6-18 meses)

15. Propuesta 15: Aumentar cobertura de médicos urgenciólogos en la Red pública de Salud

Desde el año 2013 se reconoce en Chile la especialidad médica en Medicina de Urgencia. La comisión considera que las Unidades de Emergencia Hospitalaria y los Servicios de Atención de Urgencia Primaria de Alta Resolución deben contar con estos especialistas del área.

A la fecha existen nueve centros formadores universitarios con una capacidad conjunta de formación que varía alrededor de 50 egresados por año. Una proporción importante de ellos realizan su formación con financiamiento estatal y compromiso de devolución laboral en la Red de Urgencia pública. Esto implica que la capacidad de cobertura por especialistas de los centros públicos se ve determinada por la capacidad de formación nacional. La comisión propone;

1. Expandir los cupos de financiamiento de especialidades en Medicina de Urgencia con devolución pública.
2. Construir un plan estratégico de distribución de estos profesionales en su Período Asistencial Obligatorio.

Actividades clave para la implementación:

Actividades Principales	Plazo
1. Levantamiento de lugar de devolución de urgenciólogos formados en PAO y reasignación a UEH	Corto (1 - 3 meses)
2. Generar trabajo conjunto (redes, capacitación, sociedades) para definir brecha, generar plan de largo plazo y generar incentivos retener especialistas en sector público más allá del PAO.	Mediano (6 - 18 meses)
3. Aumentar formación de Urgenciólogos	Largo (> 18 meses)

16. Propuesta 16: Ampliar implementación de móviles de traslado no medicalizado en urgencias seleccionadas.

1. Se propone disponer de móvil no clínico para pacientes que requieren traslado a su domicilio luego de un alta de atención ambulatoria de urgencia en horario inhábil, cuando no hay locomoción colectiva.
2. La necesidad radica en que hoy un grupo importante de pacientes debe quedarse en urgencia por horas esperando hasta poder trasladarse.
3. Valor: Satisfacción Usuaría

Actividades clave para la implementación:

Actividades Principales	Plazo
Levantamiento necesidad en hospitales de la red	Corto (1 mes)
Plan piloto en 1 UEH de alta complejidad	Mediano (1 - 6 meses)
Evaluación de resultados	Mediano (6-18 meses)

17. Propuesta 17: Dispensación en APS de medicamentos recetados en urgencia hospitalaria.

Todo paciente dado de alta a domicilio deberá tener la oportunidad de acceso a la farmacia de su centro de atención primaria correspondiente, sin que la entrega de medicamentos indicado desde la atención hospitalaria requiera de la reevaluación médica previa en ese centro APS.

Actividades clave para la implementación:

Actividades Principales	Plazo
Estimación presupuestaria de implementación de canasta de fármacos en APS	Mediano (6- 18)
Análisis de aspectos médico legales (validez receta de hospital en farmacia APS)	Mediano (6- 18)
Ejecución plan piloto en 1 Red de Salud incluyendo al menos 1 UEH de alta complejidad	Mediano (1 - 6 meses)
Evaluación de resultados	Mediano (6-18 meses)

18. Propuesta 18: Implementación de gestor de flujos en UEH.

Se requiere de un profesional clínico, con capacitación en manejo administrativo, encargado de la gestión de pacientes durante el proceso de urgencia.

Dentro de sus tareas debe estar coordinar y facilitar los flujos de atención de los pacientes, promoviendo la rápida atención y detectando nodos críticos que vayan apareciendo y signifiquen demoras en la atención. Junto a la jefatura de turno, es encargado de reasignación del personal de turno a los flujos según demanda.

Actividades clave para la implementación:

Actividades Principales	Plazo
Definir el perfil del cargo	Corto (1 mes)
Ejecución plan piloto en 1 Red de Salud incluyendo al menos 1 UEH de alta complejidad	Corto (3- 6)
Evaluación de resultados	Mediano (6-18 meses)

V. VALIDACIÓN DE PROPUESTAS PARA MEJORAR EL MODELO DE URGENCIA ADULTOS

A continuación, se detallan las respuestas de las 18 propuestas de Rediseño al Modelo de atención de urgencia, compartidas a la red de urgencia. La metodología aplicada correspondió a respuestas estructuradas sobre una escala de graduación porcentual cualitativa, al respecto de importancia o impacto, factibilidad y prioridad de cada propuesta.

Complementariamente se otorgó espacio para la justificación y comentarios para cada propuesta.

La encuesta se compartió a los coordinadores de la red de urgencia, Direcciones de Servicios de Salud, Direcciones y jefaturas de urgencia de los principales hospitales del país.

- **Universo de respuestas:**

Servicios de Salud: Arica, Atacama, Valparaíso- San Antonio, Aconcagua, Metropolitano Norte, Metropolitano Occidente, Metropolitano Suroriente, Metropolitano Oriente, O'Higgins, Maule, Ñuble, Concepción, Talcahuano, Biobío, Arauco, Araucanía Norte, Valdivia, Osorno, Aysén, Magallanes.

- **No respondieron:**

Servicios de Salud: Iquique, Antofagasta, Coquimbo, Viña del Mar-Quillota, Metropolitano Central, Metropolitano Sur, Araucanía Sur, Reloncaví, Chiloé.

1. EVALUACIÓN DE PROPUESTAS

Propuesta	Nombre de la Propuesta	IMPACTO	FACTIBILIDAD	PRIORIDAD
		(0 a 100), siendo 100 "gran impacto" y 0 "poco relevante"	(0 a 100) siendo 100 "muy factible" y 0 "no implementable"	(0 a 100), siendo 100 "muy urgente" y 0 "no prioritario"
1	Establecer un sistema de coordinación operativa regional de la red de urgencia, que cuente con: Monitoreo permanente de saturación de la red de urgencia, Sistema estructurado de redistribución preventiva de traslados, Respuesta temprana y organizada ante contingencia.	81%	62%	66%
2	Implementar Unidad de Hospitalización Transitoria	79%	56%	70%
3	Reorientar demanda de pacientes menos complejos a urgencias menos saturadas usando Tecnologías de Información y Comunicación	69%	51%	58%
4	Iniciar el proceso de atención en urgencia con la categorización (triage):	72%	63%	63%
5	Implementar flujos diferenciados de atención de pacientes según categorización	78%	74%	72%

6	Satisfacción usuaria: Mejorar adherencia y comprensión de indicaciones médicas posterior a la atención ambulatoria de urgencia, mediante uso de tecnologías de información.	73%	46%	47%
7	Asegurar cobertura nacional del registro electrónico de atención de urgencia (Dato de Atención de Urgencia) como un medio para mejorar la comprensión de las indicaciones médicas al alta de la urgencia	95%	80%	84%
8	Implementación del programa de abordaje "boarding" de pacientes a Unidades de hospitalización definitiva	59%	42%	55%
9	Aumentar y adecuar oferta de consulta ambulatoria en centros de atención primaria en horarios no hábiles.	86%	64%	76%
10	Fortalecer la estrategia de hospitalización domiciliaria desde la urgencia	89%	62%	82%
11	Fortalecer la continuidad de la atención de pacientes dados de alta desde el proceso de atención de urgencia	95%	63%	80%
12	Ampliar medidas de gestión hospitalaria que favorezcan el flujo de pacientes hospitalizados desde la urgencia	92%	75%	82%
13	Mejorar habilidades de gestión de las jefaturas de urgencia a través de estrategia de capacitación formal	94%	83%	88%
14	Generar un modelo predictor de demanda de cupos de hospitalización, según perfil de paciente que consulta en urgencia hospitalaria	76%	79%	67%
15	Aumentar cobertura de médicos urgenciólogos en la Red pública de Salud	93%	62%	82%
16	Ampliar implementación de móviles de traslado no medicalizado en urgencias seleccionadas	82%	63%	71%
17	Dispensación en APS de medicamentos recetados en urgencia hospitalaria.	85%	68%	79%
18	Implementación de gestor de flujos en UEH	84%	73%	79%

2. PROPUESTAS SELECCIONADAS

PROPUESTAS ELEGIDAS POR IMPACTO (ordenadas según % logrado)

Propuesta	Nombre de la Propuesta	%
7	Asegurar cobertura nacional del registro electrónico de atención de urgencia (Dato de Atención de Urgencia) como un medio para mejorar la comprensión de las indicaciones médicas al alta de la urgencia	95%
11	Fortalecer la continuidad de la atención de pacientes dados de alta desde el proceso de atención de urgencia	95%
13	Mejorar habilidades de gestión de las jefaturas de urgencia a través de estrategia de capacitación formal	94%
15	Aumentar cobertura de médicos urgenciólogos en la Red pública de Salud	93%
12	Ampliar medidas de gestión hospitalaria que favorezcan el flujo de pacientes hospitalizados desde la urgencia	92%

PROPUESTAS ELEGIDAS POR FACTIBILIDAD (ordenadas según % logrado)

Propuesta	Nombre de la Propuesta	%
13	Mejorar habilidades de gestión de las jefaturas de urgencia a través de estrategia de capacitación formal	83%
7	Asegurar cobertura nacional del registro electrónico de atención de urgencia (Dato de Atención de Urgencia) como un medio para mejorar la comprensión de las indicaciones médicas al alta de la urgencia	80%
14	Generar un modelo predictor de demanda de cupos de hospitalización, según perfil de paciente que consulta en urgencia hospitalaria	79%
12	Ampliar medidas de gestión hospitalaria que favorezcan el flujo de pacientes hospitalizados desde la urgencia	75%
5	Implementar flujos diferenciados de atención de pacientes según categorización	74%

PROPUESTAS ELEGIDAS POR PRIORIDAD (ordenadas según % logrado)

Propuesta	Nombre de la Propuesta	%
13	Mejorar habilidades de gestión de las jefaturas de urgencia a través de estrategia de capacitación formal	88%
7	Asegurar cobertura nacional del registro electrónico de atención de urgencia (Dato de Atención de Urgencia) como un medio para mejorar la comprensión de las indicaciones médicas al alta de la urgencia	84%
12	Ampliar medidas de gestión hospitalaria que favorezcan el flujo de pacientes hospitalizados desde la urgencia	82%
15	Aumentar cobertura de médicos urgenciólogos en la Red pública de Salud	82%
10	Fortalecer la estrategia de hospitalización domiciliaria desde la urgencia	82%

3. PROPUESTAS MENOS ELEGIDAS

POR IMPACTO:

Propuesta	Nombre de la Propuesta	%
8	Implementación del programa de abordaje "boarding" de pacientes a Unidades de hospitalización definitiva	59%
3	Reorientar demanda de pacientes menos complejos a urgencias menos saturadas usando Tecnologías de Información y Comunicación	69%
4	Iniciar el proceso de atención en urgencia con la categorización (triage):	72%

POR FACTIBILIDAD:

Propuesta	Nombre de la Propuesta	%
8	Implementación del programa de abordaje "boarding" de pacientes a Unidades de hospitalización definitiva	42%
6	Satisfacción usuaria: Mejorar adherencia y comprensión de indicaciones médicas posterior a la atención ambulatoria de urgencia, mediante uso de tecnologías de información.	46%
3	Reorientar demanda de pacientes menos complejos a urgencias menos saturadas usando Tecnologías de Información y Comunicación	51%

POR PRIORIDAD:

Propuesta	Nombre de la Propuesta	%
6	Satisfacción usuaria: Mejorar adherencia y comprensión de indicaciones médicas posterior a la atención ambulatoria de urgencia, mediante uso de tecnologías de información.	47%
8	Implementación del programa de abordaje "boarding" de pacientes a Unidades de hospitalización definitiva	55%
3	Reorientar demanda de pacientes menos complejos a urgencias menos saturadas usando Tecnologías de Información y Comunicación	58%

VI. CONCLUSIÓN

El trabajo de la Comisión de Rediseño al Modelo de Urgencia dio lugar a un informe diagnóstico de la situación actual y sus principales falencias en el modelo de atención. Con la información recopilada desde el equipo experto, se elaboraron propuestas de mejora continua e innovación para el rediseño del modelo, las que fueron compartidas con la red de urgencia en una videoconferencia realizada el día lunes 15 de mayo de 2017 y en una presentación en el Salón Alma Ata, el día martes 16 de mayo de 2017.

Estas 18 propuestas construidas desde el trabajo de la Comisión de Rediseño al Modelo de Urgencia y compartidas con la red de urgencia, fueron sometidas a una encuesta en la que se evaluó la importancia, factibilidad y prioridad que los Coordinadores de la Red de urgencia, Jefes de Servicios de Salud y Directores y jefes de urgencia de los principales hospitales del país opinaban.

El trabajo concluyó que las propuestas elegidas corresponden a:

Innovación:

<p>Propuesta 5</p> <p>Implementar flujos diferenciados de atención de pacientes según categorización</p>	<p>Propuesta 7</p> <p>Asegurar cobertura nacional del registro electrónico de atención de urgencia (Dato de Atención de Urgencia) como un medio para mejorar la comprensión de las indicaciones médicas al alta de la urgencia</p>	<p>Propuesta 14</p> <p>Generar un modelo predictor de demanda de cupos de hospitalización, según perfil de paciente que consulta en urgencia hospitalaria</p>
---	---	--

Mejora continua:

<p>Propuesta 10</p> <p>Fortalecer la estrategia de hospitalización domiciliaria desde la urgencia</p>	<p>Propuesta 11</p> <p>Fortalecer la continuidad de la atención de pacientes dados de alta desde el proceso de atención de urgencia</p>	<p>Propuesta 12</p> <p>Ampliar medidas de gestión hospitalaria que favorezcan el flujo de pacientes hospitalizados desde la urgencia</p>	<p>Propuesta 13</p> <p>Mejorar habilidades de gestión de las jefaturas de urgencia a través de estrategia de capacitación formal</p>	<p>Propuesta 15</p> <p>Aumentar cobertura de médicos urgenciólogos en la Red pública de Salud</p>
--	--	---	---	--

Estas propuestas seleccionadas, deberán ser probadas en un contexto clínico real, de manera de poder cuantificar la medida en que signifiquen una mejora al modelo.

Se procederá con la realización de proyectos piloto en Hospitales que cuenten con una Unidades de Emergencia Hospitalaria de Alta complejidad a nivel nacional.

El resultado de ese proyecto piloto entregará lineamientos que permitan establecer la implementación de estas propuestas a lo largo de la red de urgencia.

Se agradece encarecidamente la participación de todos quienes hicieron posible el desarrollo de este documento.

VII. ANEXOS

ANEXO 1: Dispositivos de atención de urgencia

Dispositivo	Función	Objetivos
SAPU "Servicio de Atención Primaria de Urgencia"	Otorga atención de urgencia de baja complejidad	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar la capacidad resolutive del nivel primario Aumentar la cobertura de atención del consultorio Mejorar la accesibilidad a la atención médica Disminuir las consultas de urgencia en los niveles superiores (hospitales) Disminuir tiempos de espera por consultas de urgencia Disminuir costos por traslados
SUR "Posta de Salud Rural"	Otorga atención de urgencia de baja complejidad	<ul style="list-style-type: none"> Establecimiento de menor complejidad que forma parte de la red asistencial en población de las localidades rurales o urbanas pequeñas (de menos de 25.000 habitantes.) Requiere la presencia de un médico, sin embargo en Postas de Salud Rural el RRHH habitual es un TENS
SUC "Servicio de Urgencia Comunal"	Otorga atención de urgencia continua, 24 horas diariamente. Constituyen centros de recepción de urgencias comunales	Mayor resolutive que un SAPU, similar a SAPU de Alta Resolutive SAR.
SAR "Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutive"	Otorga atención de urgencia y derivación de pacientes graves y aquellos que requieran hospitalización a las UEH	<ul style="list-style-type: none"> Mayor capacidad resolutive Incorpora telemedicina, unidades de apoyo diagnóstico (radiología simple, en algunos casos ultrasonido) y pruebas rápidas de laboratorio.
UEH "Unidad de Emergencia Hospitalaria"	Proveer prestaciones de salud de urgencia e ingreso a atención hospitalizada	
SAMU "Servicio de Ambulancia Médica de Urgencia"	Otorga atención de urgencia en el lugar del evento y durante traslado a un centro asistencial	
SALUD RESPONDE	Otorga orientación telefónica y apoyo remoto a la población general	

ANEXO 2: Perfiles de personal responsable de la atención de urgencia

Jefatura Médica de Urgencia

- Especialista en Medicina de Urgencia
- Experiencia en gestión
- Desarrollo de sus habilidades de liderazgo

Jefaturas de Enfermería Urgencia:

- Título de Enfermera Universitaria, validado por la Superintendencia de Salud en registro de prestadores individuales.
- Experiencia en cargos de supervisión y/o coordinación con mínimo de 3 años.
- Diploma en Gestión de Instituciones de Salud, Mención Gerenciamiento de la Gestión Clínica y Calidad Hospitalaria o equivalente
- Curso de IAAS de 80 horas
- Conocer la Red de derivación del SS al cual pertenece

Médico(a) Jefe de turno

- Contar con capacidad técnica clínica formal : Especialidad en medicina de Urgencia
- Tener capacitación en Gestión y supervisión de procesos, conocimiento y manejar los flujos de atención por gravedad.
- Capacidad de Coordinación con jefatura enfermería para trabajo en equipo y organización del trabajo diario
- Interactuar con especialista interconsultores, médicos residentes y/o médicos de llamada
- Capacidad de coordinación con servicios de apoyo
- Empatía y habilidad para atender a usuarios y familiares en relación a consultas y dudas no resueltas por el médico tratante y coordinarse con OIRS
- Capacidad de Coordinación con la red de urgencia y los encargados de los dispositivos de la red (SAMU, SAPU, SAR, UPC, u otras unidades de Emergencia) ; emergencias y desastres (Comité operativo de urgencia)
- Capacidad de coordinación con Gestión de Camas y Unidad de Gestión de Pacientes

Enfermera(o) Jefe de Turno:

- Enfermera universitaria con experiencia clínica en urgencia, con capacitación e ACLS y/o PALS, curso de IAAS. Debe poseer:
- Habilidades demostrables de planificación y organización de la atención de enfermería en urgencia, conocer el proceso de atención de urgencia y sub procesos.
- Capacidad de distribuir y administrar el recurso humano durante el turno
- Capacidad de trabajo en equipo con Jefatura de turno médico
- Capacidad Coordinación con Servicios de apoyo, servicios clínicos, red de urgencia
- Coordinación con Gestión de camas y con unidad de Gestión de pacientes.
- Competencias en supervisión de procesos de mejora continua de la atención de urgencia

- Capacidad técnica para realizar atención clínica especializada cuando se le requiere
- Empatía y habilidad para atención a usuarios y familiares

Médico(a) clínico de urgencia:

- Es el primero que otorga la atención médica después del subproceso de categorización. Es el médico tratante, responsable de atender al paciente en su integridad independiente del requerimiento de evaluación de interconsultores.
- El médico de urgencia puede corresponder a un médico general y/o especialista que cumpla el perfil de médico tratante generalista, para la atención de los flujos de distinta complejidad.

Enfermera(o) clínica:

- Experiencia deseable en urgencia de 1 año
- Cursos de ACLS, IAAS

Kinesiólogo(a) clínico:

- Encargado del apoyo a la atención del paciente en manejo de reanimación avanzada, manejo de vía aérea y terapia ventilatoria. Debe valorar, diagnosticar, planear, asistir o tratar si la situación del paciente lo requiere, siendo sus ámbitos de competencia la terapia respiratoria y la kinesioterapia respiratoria.

Enfermera(o) clínica de Selector de Demanda (Triage):

- Enfermera universitaria con experiencia clínica en urgencia, con capacitación en sistema de categorización Emergency Severity Index
- Capacidad de distribuir y administrar pacientes desde su ingreso
- Capacidad de trabajo en equipo con Jefatura de turno médico
- Capacidad técnica para realizar atención clínica especializada cuando se le requiere
- Empatía y habilidad para atención a usuarios y familiares

Coordinador de Actividades:

- Profesional con capacidad técnica para gestionar los puntos críticos existentes en la atención de Urgencia, y la priorización de los casos con el objetivo de agilizar la atención.
- Capacidad para gestionar los recursos y preocuparse de que se lleven a cabo las actividades que permitan la atención rápida y oportuna del paciente.