

Elementos de gestión para un Servicio de Urgencia de un hospital universitario

Eduardo Tobar A.⁽¹⁾, Andrea Retamal R.⁽²⁾, Nicolás Garrido C.⁽³⁾

⁽¹⁾*Departamento de Medicina Interna, HCUCH.*

⁽²⁾*Servicio de Emergencia, HCUCH.*

⁽³⁾*Ingeniería Industrial, Universidad de Chile.*

SUMMARY

Emergency Departments (ED) are a key element of the health system, and for various reasons must face the phenomenon of overcrowding, which requires that the Director of Hospitals and Emergency teams to implement various improvements in clinical and administrative management of these units, all aimed at improving the quality of care with the patients and their families on the center of actions. All this in a service where the diagnostic accuracy is complex and service times play an important role. In this chapter we review some elements of management both in terms of people, as relevant critical processes in a shared vision for professionals in the field of health and management processes.

INTRODUCCIÓN

Los servicios de urgencia representan un elemento clave dentro de la gestión hospitalaria. Son unidades con demanda variable donde se otorgan prestaciones de salud las 24 horas del día a pacientes de disímil complejidad y requerimientos, representando una proporción significativa de las admisiones hospitalarias. Durante los últimos años, y debido a los cambios epidemiológicos en la población, al cambio de las necesidades y percepciones de la comunidad, así como a deficiencias en los sistemas de Atención Primaria, se ha experimentado un sostenido crecimiento en las atenciones en estas unidades, lo que ha llevado en el mundo al fenómeno del *overcrowding* (saturación o colapso) en estas unidades, con los consiguientes

riesgos para la salud de los pacientes, insatisfacción con la atención y merma en el prestigio y funcionamiento institucional.

En este artículo se mencionarán aspectos generales en la gestión de estos servicios, algunos indicadores que permiten objetivar su funcionamiento, y de qué manera, mediante la implementación de estrategias específicas, ellos se pueden orientar en la perspectiva de una mejor atención de los pacientes.

ESCENARIO GENERAL DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA

Los servicios de urgencia (SU) son unidades que surgieron destinadas a la atención de pacientes que demandan la solución de patología aguda o crónica

descompensada, de potencial riesgo vital. Reciben pacientes de diversa complejidad, edad, comorbilidad, condición social y previsional, entre otras características. Inicialmente estaban orientados a recibir patología aguda severa de origen médico o quirúrgico y han ido mundialmente derivando a la atención de un espectro amplio de patologías, incluyendo al menos un 30-50% de casos que pudieran eventualmente manejarse en niveles de complejidad menor^(1,2). Ello es explicado por diversas causas, destacando entre ellas la limitada capacidad resolutive de los sistemas de Atención Primaria y a los cambios en la cultura de los pacientes a ser clientes en salud. La decisión de acudir a un SU no descansa sólo en variables sanitarias. Participan en esta decisión la cercanía geográfica, la capacidad de pago, la percepción de riesgo de salud y la percepción de calidad del centro hospitalario^(3,4).

En la actualidad, y en concordancia con la Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes, la expectativa de los pacientes y familias no es sólo que su dolencia tenga un diagnóstico y terapia adecuados, sino que además la atención sea oportuna y de calidad en el trato. Estos últimos dos elementos son muy relevantes en el SU, donde con frecuencia hay situaciones de espera y tensión emocional de pacientes vulnerables.

La tiempo-dependencia del accionar en los SU es probablemente una de las características esenciales de estas unidades. En lo sanitario, el desenlace de muchas patologías relevantes como el infarto agudo al miocardio, el accidente cerebrovascular isquémico y la sepsis severa dependen del pronto reconocimiento e inicio de terapias específicas. La satisfacción usuaria también es tiempo-dependiente y largas esperas impactan el desempeño global de estas unidades.

La toma de decisión en relación al destino al momento del egreso (domicilio u hospitalización), es la decisión más relevante en estas unidades y

también debe ser oportuna. Los SU no están diseñados para estudiar a los pacientes. Para la mayor parte de síndromes clínicos existen recomendaciones para la toma de decisión y en los casos grises se recomienda admitir. Una vez tomada la decisión de hospitalizar, el requerimiento posterior es si el paciente requiere cama básica o crítica (Intermedio o UCI), lo cual muchas veces no es sencillo ante la falta de recomendaciones en diversas condiciones.

En conjunto con la variable tiempo-dependencia, otro aspecto que caracteriza el actuar del personal sanitario en estas unidades, es la realización de actividades en paralelo. Lo habitual es que una enfermera esté asignada a 3-5 box de atención y un médico, a 6-10 unidades. Esto debe hacer extremar las medidas de seguridad para evitar errores en la prescripción y administración de medicamentos.

A nivel internacional, la tasa de crecimiento de las consultas en los SU se encuentra alrededor del 5% anual. Un estudio en EEUU muestra un crecimiento del 37% en 10 años⁽⁵⁾. A nivel nacional, el crecimiento de consultas de urgencia en el sector público es del 5% anual⁽⁶⁾. Esto obliga a tomar medidas continuas para acoplar los recursos físicos, humanos y procesos a esta demanda creciente. Esta requiere de una mirada de los procesos asistenciales y administrativos que debe estar integrada con el resto de la institución, ya que para el adecuado funcionamiento del SU, los procesos relacionados a la realización de exámenes complementarios (laboratorio e imágenes), y la disponibilidad y oportunidad de camas básicas y críticas son esenciales. Este funcionamiento en red en la institución se da también con otros SU que se ubican en la misma zona geográfica.

En virtud de la creciente demanda, el limitado crecimiento de la capacidad física y humana instalada, es que hace ya más de una década se describió el fenómeno de sobreocupación (*overcrowding*) en estas unidades, las cuales deben implementar di-

Tabla 1. Causas y estrategias para mitigar el overcrowding.

Causa	Estrategia para mitigar
Tiempos elevados de hospitalización	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar una sala de pre hospitalización, donde esperen los pacientes hasta que se libere una cama. • Aumentar la capacidad de camas de hospitalización o reservar camas exclusivas para urgencia. • Mejorar la gestión de camas del hospital para aumentar su disponibilidad.
Exceso de exámenes y elevados tiempos de respuesta	<ul style="list-style-type: none"> • Creación de protocolos que definan claramente en qué situaciones se debe pedir un examen de apoyo diagnóstico. • Controlar y monitorear de manera colaborativa con las unidades de apoyo los tiempos de respuesta de los exámenes, definiendo metas y acciones de mejora.
Capacidad insuficiente de recursos: RRHH e infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> • Generar proyectos sustentables que busquen aumentar la capacidad del servicio. • Reasignar de mejor forma los recursos actuales, adaptándolos según la distribución de la demanda.
Problemas de comunicación y coordinación	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar un sistema de monitoreo en tiempo real que permita conocer el estado de las actividades oportunamente. • Diseñar los procesos de atención, definiendo claramente los responsable de cada actividad.
Mecanismos de control insuficientes	<ul style="list-style-type: none"> • Definir una serie de indicadores de diferentes perspectivas que permitan medir el desempeño del servicio (Ejemplo: balance scorecard). • Realizar un seguimiento a los indicadores y fijar metas factibles para ir mejorando.

ferentes estrategias para reducirlo (Tabla 1). Estas estrategias se concentran en los procesos, recurso humano e infraestructura de estas unidades⁽⁷⁻⁹⁾.

PROCESOS DE UN SERVICIO DE URGENCIA

Un aspecto fundamental que influye en la calidad de la atención brindada a los pacientes de un SU, es cuán diseñados y estructurados se encuentran sus procesos. Por proceso se entiende a un conjunto de actividades que se realizan en un orden definido y lógico con el propósito de lograr un resultado específico⁽¹⁰⁾. Los procesos dentro de estos servicios son múltiples y variados, y para comprenderlos mejor se pueden agrupar en tres tipos distintos, comunes en todas las industrias: son los procesos de gestión, de ejecución y de mantención de estado.

Gestión: conjunto de procesos que a partir de la recopilación de los requerimientos de los clientes

(en este caso los pacientes), dirigen la *ejecución* por medio de, por ejemplo, establecer objetivos, desarrollar planes, asignar recursos, programar actividades y hacer seguimiento. Todo lo anterior con el fin de satisfacer adecuadamente sus requerimientos y poder tener una relación apropiada con ellos.

Ejecución: conjunto de procesos y actividades que transforman los insumos y recursos en un servicio que tiene valor para los pacientes. Corresponde, en palabras simples, a los procesos de la atención de urgencia.

Mantención de estado: conjunto de procesos que se alimentan de flujos de información que determinan la situación de la ejecución y gestión, y que retroalimenta con información de estado actualizada a estos, generando un ciclo que permite a todas las actividades conocer la situación del mismo en todo momento.

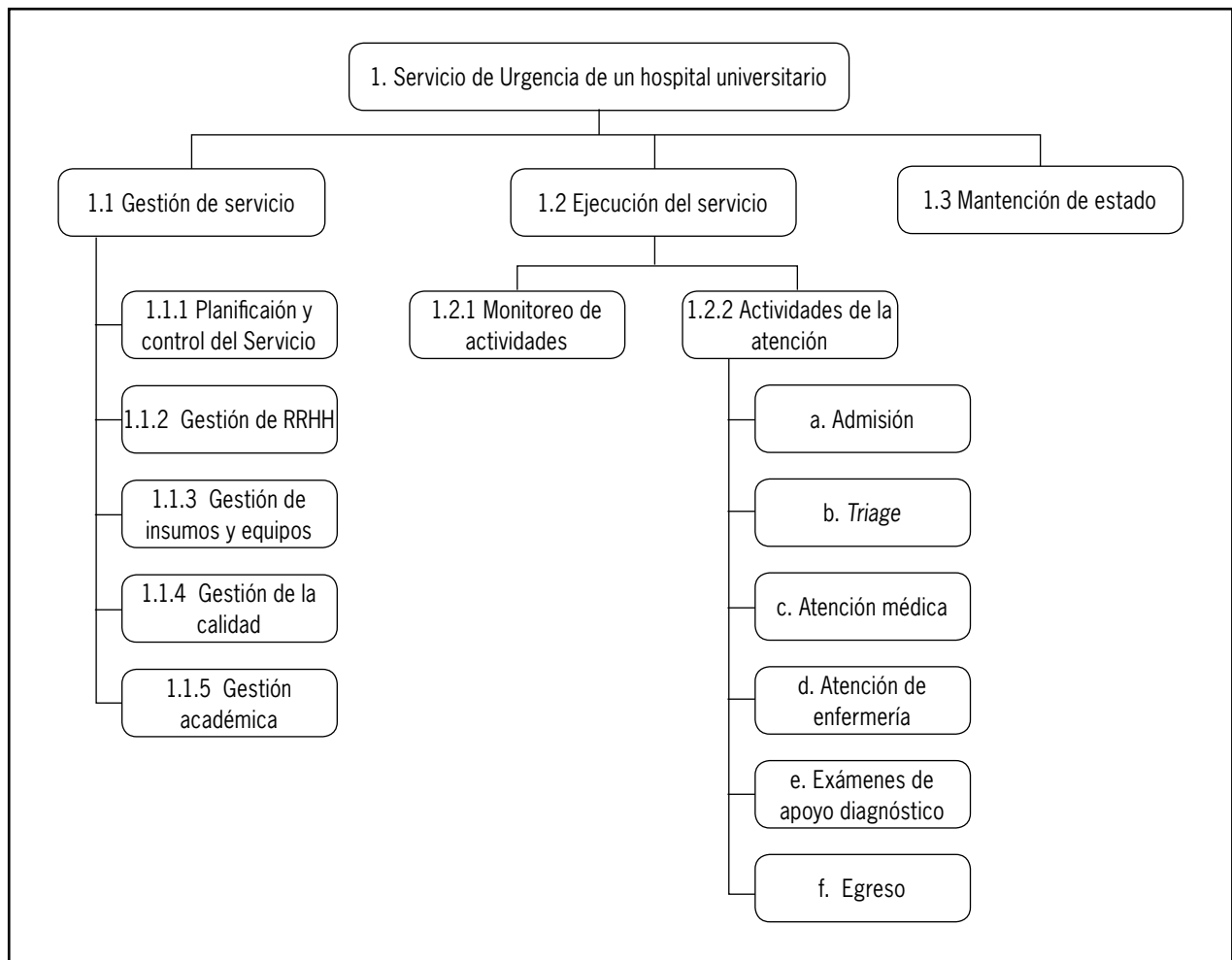


Figura 1. Árbol de procesos en un Servicio de Urgencia.

A continuación se muestra un árbol con los principales procesos de un Servicio de Urgencia según la categorización anterior (Figura 1).

El tratar de tener pacientes satisfechos se complica debido a que la capacidad es casi siempre menor que la demanda, por lo cual, se producen esperas y casos extremos; el fenómeno ya mencionado de *overcrowding*. Entonces genera un problema de administración de recursos escasos, que generalmente corresponden a los box de atención, el recurso médico y de enfermería. La solución a este problema, ampliamente probada en diferentes organizaciones públicas y privadas, es intentar conocer el comportamiento de la demanda y, de ser insuficiente la capacidad, asignarla de acuerdo a ciertos

criterios de prioridad, tratando de mejorar el uso de los recursos y el funcionamiento de los procesos y, a más largo plazo, ajustarla por medio de inversiones dirigidas a los *cuellos de botella*⁽¹¹⁾.

Estrategia para mejorar el uso de los recursos

Una forma de mejorar el uso de los recursos es reasignarlos de mejor manera, adaptándose a las características de la demanda y no manteniendo el mismo nivel en todo momento. En relación a la demanda de los servicios de urgencia, esta es predecible, ya que presenta ciertos patrones en su distribución diaria y en los días de la semana, con lo cual se puede programar el recurso humano necesario (Figura 2).

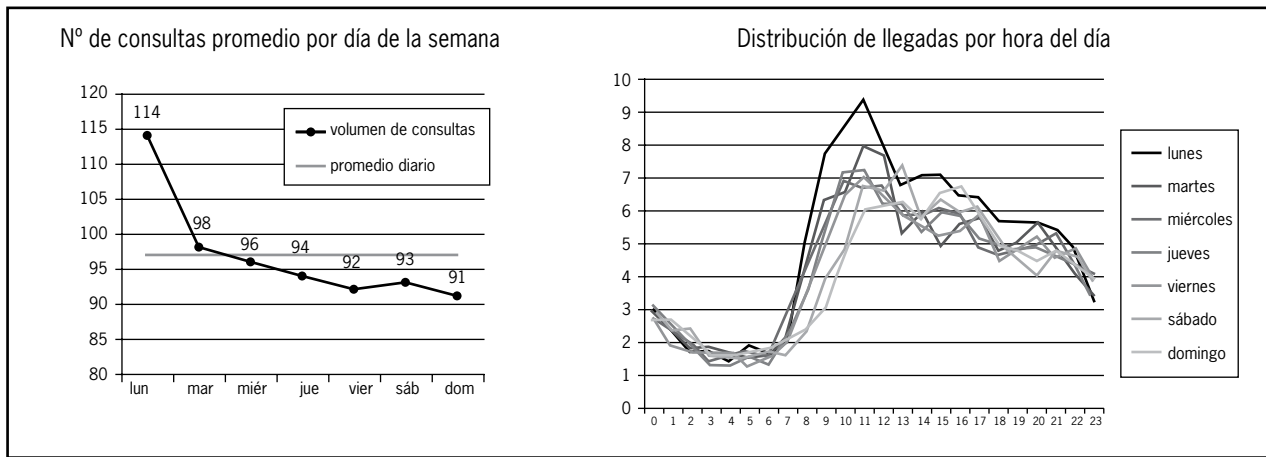


Figura 2. Variación de la demanda según día de la semana y hora del día en el Servicio de Urgencia Adulto del Hospital Clínico Universidad de Chile año 2013.

Estrategia para mejorar los procesos críticos

Los procesos críticos que afectan el problema del *overcrowding* son de gestión y de ejecución. Dentro de los procesos de gestión, los más críticos son el de planificación y control del servicio; mientras que en ejecución, son el monitoreo y algunas actividades de la atención, como el *triage*, los exámenes de apoyo diagnóstico y el subproceso de hospitalización, dentro del proceso de egreso.

Planificación y control del servicio: este proceso involucra desde el análisis de la demanda, pasando por la planificación de la capacidad y la programación de la atención, hasta los mecanismos que permiten medir el desempeño del servicio de manera agregada. Para mejorar en este sentido lo primero que hay que hacer es determinar si se tiene la cantidad suficiente de recursos para satisfacer la demanda con un cierto nivel de servicio. En caso negativo, hay que generar proyectos que busquen aumentar la capacidad en los recursos más críticos. En relación a las mejoras del proceso de control del servicio, estas requieren definir indicadores de desempeño y elaborar un plan para ir mejorando éstos, donde el seguimiento y la retroalimentación de las personas es clave para tener buenos resultados.

Triage: este proceso es crítico porque permite segmentar a los pacientes según el nivel de urgencia de su condición y de esta forma, priorizar la atención brindada y el uso de los recursos. Para mejorar la calidad de este proceso se debe mejorar tanto la efectividad, que consiste en asignar la categoría correcta al paciente según su condición, como la oportunidad: realizar el proceso en el momento justo. Para mejorar el primer aspecto, continuamente se debe capacitar al personal de enfermería para tener mejores herramientas para categorizar mejor, y para el segundo aspecto, aprovechar los sistemas de apoyo tecnológico para hacer un seguimiento de las llegadas de los pacientes, de manera de categorizarlos lo antes posible.

Exámenes de apoyo diagnóstico: este proceso es crítico en los SU, porque un porcentaje importante de los pacientes requiere de alguno de estos exámenes y el tiempo involucrado suele ser muy alto. Según datos en el Servicio de Urgencia del HCUCH, un 32% de los pacientes requiere algún examen de Imagenología y un 39%, de laboratorio, y la mediana de los tiempos es de 147 y 93 minutos, respectivamente. Para mejorar los tiempos se debe generar un trabajo colaborativo con las unidad de apoyo, analizando en detalle el problema, generando propuestas, fijando metas y realizando el seguimiento correspondiente.

Hospitalización: al igual que el proceso anterior, la hospitalización es un proceso crítico del servicio y que depende de unidades externas a la Urgencia, en este caso, de gestión de camas y servicios clínicos. Los tiempos de espera por cama suelen prolongarse por horas, lo que genera atochamiento en el servicio, situación que cada vez es más compleja a medida de que se presentan más pacientes en espera de hospitalización simultáneamente. Para mejorar este delicado proceso hay varias alternativas, y como la literatura muestra, una de las más eficaces es la de implementar una sala de prehospitalización de manera de liberar los box de atención.

Monitoreo de actividades: este proceso consiste en analizar en tiempo real las principales actividades y variables del servicio, mediante el seguimiento del estado de estas y a través de la generación de alertas cuando existan atrasos en su realización. Para realizar el monitoreo es necesario utilizar apoyo de tecnología que se integre con los sistema de registro clínico del hospital, de manera de obtener la información y poder mostrarla de manera clara y gráfica en diferentes monitores. Actualmente, se está implementando un sistema de estas características en nuestro SU, que busca mejorar la oportunidad de la atención a través de la entrega de información oportuna al personal clínico. A continuación se muestran algunas pantallas de este sistema con información real del servicio (Figuras 3a y 3b).

RECURSO HUMANO

Como en todo servicio clínico, el contar con un equipo humano capacitado, comprometido y orientado a entregar una atención de calidad y centrado en las necesidades del paciente, es una variable fundamental para el éxito en la gestión de la unidad.

Ello debe ser gestionado y es necesario un proceso de planificación que busque contar con un equipo de excelencia. Es una tarea compleja, dado los incentivos económicos y no financieros existentes,

y que determinan muchas veces una elevada rotación en el recurso humano.

Elementos fundamentales en este proceso son:

Selección. Debe buscar incorporar a personas con adecuadas capacidades técnicas, pero que a la vez tengan habilidades relacionales y de capacidad de trabajo en equipo, ambas características esenciales para el desempeño en un SU.

Inducción. Debe generarse un programa que dé cuenta de aspectos técnicos y administrativos frecuentes en el SU. En lo técnico ello involucra las prácticas en diagnóstico y terapia de las condiciones más habituales. En lo administrativo, se requiere capacitar en Ley de Urgencia, asignación de patología GES, notificaciones a la SEREMI de condiciones específicas, entre otras.

Retroalimentación efectiva. La presencia de estrategias formales de retroalimentación son necesarias tanto para la gestión, como para el equilibrio entre expectativas y desempeño de los diversos miembros del equipo. Debe considerarse tanto su realización planificada (1-2 veces al año), como ante la aparición de eventos que requieran retroalimentación positiva o de refuerzo.

Clima organizacional. Este depende de una multiplicidad de factores que exceden esta revisión. En nuestra opinión algunas variables que contribuyen a ello en los SU son el considerar la opinión y propuestas de los diversos miembros del equipo, invertir en el desarrollo de nuevos líderes, buscar soluciones innovadoras para los problemas existentes y generar un compromiso efectivo del equipo directivo del servicio.

Equipo médico

Un aspecto controversial a nivel nacional, pero hace largos años resuelto en el mundo, ha sido

Figuras 3a y 3b. Sistema de monitoreo de actividades en el Servicio de Urgencia, Hospital Clínico Universidad de Chile.

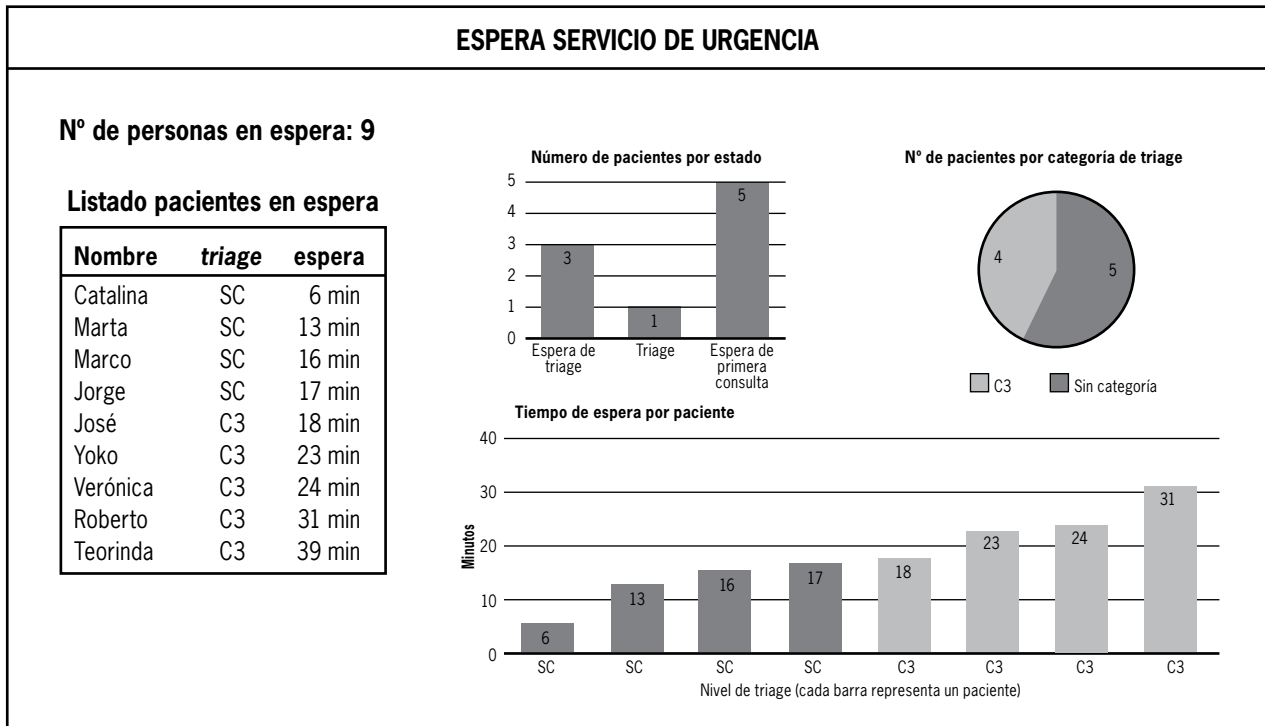


Figura 3a. Pantalla informativa de situación en sala de espera.

EXÁMENES DE IMAGENOLÓGÍA (1/1)

Box	Paciente	Examen	Estado
BAD-10	Dora	Rx tórax frontal y lateral	Solicitado hace 2 horas y 10 minutos
BAD-03	Rodrigo	Rx tórax frontal y lateral	Solicitado hace 22 minutos
BAD-04	Bárbara	Ecografía abdominal	Solicitado hace 53 minutos
BAD-08	Beltrán	Rx tórax portátil	Solicitado hace 17 minutos
BAD-11	Claudia	Tomografía de cerebro computada de cerebro sin contraste	Solicitado hace 34 minutos
BAD-14	Mariana	Tomografía computada abdomen y pelvis	Solicitado hace 1 hora y 34 minutos
BAD-07	Brígida	Ecografía abdominal	Solicitado hace 1 hora y 33 minutos
Bad-10	Dorausá	Rx tórax portátil	Solicitado hace 10 horas y 27 minutos

Figura 3b. Pantalla informativa de la situación de solicitudes de exámenes de imagenología.

que los profesionales médicos en el SU deben tener competencias y formación. En nuestro país el modelo tradicional es tener médicos especialistas en Cirugía y Medicina Interna. En la práctica, los cirujanos de mayor experiencia asumen rol de jefe de turno y de jefatura del servicio. Sin embargo, en hospitales generales el 85% o más de la consulta es por patología médica. Por otra parte, en

Chile y el mundo los especialistas en Medicina Interna poseen una escasa formación en Urgencia, y en caso de realizar turno, por diversos motivos prefieren realizarlos en unidades críticas o residencia de pacientes hospitalizados. Esta situación, sumado a la conceptualización de una acumulación de competencias propias de la Medicina de Urgencia (MDU), llevaron a su desarrollo

en Estados Unidos y luego en Europa. En Chile, el primer programa de formación de especialistas en MDU surge en nuestra Facultad y Hospital, existiendo actualmente más de 5 programas en diversas universidades. Un especialista en Medicina de Urgencia debe ser capaz de manejar la amplia gama de pacientes y motivos de consulta que acuden al SU, y tener una sólida formación en gestión y trabajo en equipo, ya que está llamado a ser quien coordine la atención en un punto de alta complejidad en la toma de decisiones, y de elevada interacción tanto con el entorno externo, como con los otros servicios clínicos de la institución. El proceso de cambio desde un modelo tradicional a uno en el que participen especialistas en MDU, se está llevando a cabo en diversos centros hospitalarios en Chile, estando más avanzado en los centros privados, donde actualmente el especialista recién egresado tiene una elevada empleabilidad.

Equipo de enfermería

Como en otros servicios clínicos hospitalarios, el rol de las enfermeras y los enfermeros es fundamental, ya que participan de todos los procesos críticos. El *triage* está bajo su responsabilidad y su buena realización es fundamental para un adecuado flujo. Como en otras unidades, la toma de exámenes y administración de medicamentos es una actividad relevante, siendo en el SU además fundamental el mínimo intervalo posible entre la indicación y la realización de ellos. En el modelo de atención de los servicios de urgencia, el usuario siente con frecuencia que el sistema no le responde adecuadamente cuando algún aspecto de su dimensión psicosocial e incluso, espiritual, no es tenido en cuenta. Por más calidad técnica que se ejecute en el diagnóstico y pruebas complementarias o en la valoración y aplicación de cuidados, si los profesionales no prestan la debida atención a estos aspectos que la persona considera importantes también en ese momento, difícilmente identificará a ese servicio como satisfactorio.

Cuando se habla de las funciones de la enfermera en urgencias, frecuentemente se piensa en la importancia de una actuación urgente, rápida y eficaz que salve la vida de la persona en una situación crítica. Esta labor es incuestionable, pero será infructuosa si las enfermeras clínicas que están en primera línea, no trabajan en pro de identificar su papel específico en cada una de las situaciones en las que intervienen, lo que únicamente es posible mediante la elaboración e implantación de planes de cuidados generados de una manera integral, incorporando las necesidades del paciente, su familia o acompañantes, su entorno, la unidad en sí misma, los servicios de apoyo, etc. Este enfoque se dirige tanto a la recuperación de la salud como a la prevención de riesgos (caídas, eventos adversos, errores en los procesos, etc.). En nuestro servicio implementamos el método organizativo de “enfermera responsable”, que propone que cada paciente esté a cargo de una única enfermera en lo que se refiere a la planificación de los cuidados y control de su flujo de atención. Esta enfermera es la que observa, detecta problemas del paciente y planifica las acciones encaminadas a alcanzar las soluciones. Los otros miembros de la enfermería no dejan por ello de atender a los pacientes asignados a otras enfermeras, pero sus acciones deben ser basadas en los cuidados planificados por las respectivas enfermeras de referencia para cada paciente. Lo anterior ha sido posible evaluarlo con indicadores de resultado que dan cuenta de disminución de caídas, baja en la cifras de reclamos hacia el estamento y disminución de eventos adversos relacionados con administración de fármacos.

Liderazgo y trabajo en equipo

En relación a esto es fundamental tener la claridad de que el liderazgo requiere comprender que es un fenómeno que se produce en 2 dimensiones: el lenguaje y en la acción. Llamamos líder a una persona que puede realizar cierto tipo de acciones a través del lenguaje dirigido a las personas que guía.

Es necesario para ser un líder tener capacidad emprendedora, hacer ofertas, pedidos y promesas que sean claros, crear una interpretación del momento, declarar la posibilidad de un futuro diferente y ser capaz de generar confianza en los otros⁽¹²⁾.

Un adecuado liderazgo debe ser participativo, debe generar una lectura realista del mundo que nos rodea, tener una misión clara. Debe hacerse cargo de las preocupaciones de las personas y comprometerse con el trabajo necesario para lograr su misión, consiguiendo de esta manera que todos los miembros del equipo de salud se involucren en la misión y visión, y se comprometan con lo que les corresponda para contribuir con este logro. Esta forma de trabajo basada en el trabajo en equipo y liderazgo efectivo, creemos puede contribuir en generar mejoras sustentables en un servicio clínico complejo como este caso.

PLANTA FÍSICA, ACREDITACIÓN E INDICADORES DE CALIDAD

En nuestro país los requerimientos mínimos de planta física y equipamiento se enmarcan en la Norma Técnica Básica de Autorización Sanitaria para establecimientos de salud de atención cerrada. Esta se divide en distintos ámbitos que son: recintos generales, boxes de atención clínica, sala de atención y procedimientos, estación de enfermería y áreas de trabajo limpio, trabajo sucio, aseo y equipamiento tanto general como de resucitación cardiopulmonar. Para cada uno de ellos, se enumeran las características mínimas necesarias en estas unidades para su autorización sanitaria. Además de estas áreas clínicas, los SU cuentan con áreas administrativas, áreas comunes y de tránsito.

Las necesidades de espacio en los SU han ido creciendo, en virtud de generar condiciones óptimas para una atención digna de pacientes, por ejem-

plo, que los pacientes estén acompañados por un familiar en los boxes de atención. Se recomienda un mínimo de 12 mt² para estas unidades, con un ideal de 16 mt². Mayores dimensiones deben tener los boxes de reanimación, los cuales deben estar cercanos a la entrada y contar con medicamentos, equipamientos y diversos dispositivos para el manejo de las emergencias vitales. Esas unidades deberían contar idealmente con 25-30 mt²⁽¹³⁾.

Para dimensionar la cantidad de boxes para un SU, se sugiere realizar una división entre volumen de consulta anual y 1.100. Como ejemplo, en un centro de 60.000 consultas anuales, se debiera contar con 54 boxes de atención⁽¹⁴⁾.

Tan relevante como contar con una planta física acorde a la complejidad de la demanda, es contar con una serie de indicadores de calidad relevantes para estas unidades. Existen varias recomendaciones internacionales en este ámbito donde destacan como diferentes elementos, entre otros, a los siguientes⁽¹⁵⁻¹⁶⁾:

- Volumen de consulta anual
- Tasa de pacientes en las diferentes categorías del *triage*
- Tiempo entre la inscripción y la primera evaluación médica (*door to doc*)
- Tiempo total de estadía en el SU
- Tasa de realización de exámenes complementarios
- Tiempo a reperusión en IAM con supradesnivel ST
- Tiempo a antibióticos en sepsis severa
- Tasa de reconsulta en 48 horas
- Tasa de pacientes que se retiran sin ser atendidos (*left without being seen - LWBS*)
- Tasa de hospitalización
- Tasa de reclamos

Finalmente dentro del proceso de acreditación nacional de las instituciones de salud en el ámbito hospitalario, el Servicio de Urgencia contribuye con el seguimiento de una serie de indicadores de proceso en diferentes ámbitos. De particular interés es el indicador relacionado con el *triage*, el cual es de carácter obligatorio.

DOCENCIA EN URGENCIA

En virtud de las características especiales que tienen los SU, es necesario que la docencia se adapte a esta realidad, de manera de cumplir con las actividades comprometidas y conseguir dotar a los estudiantes de pregrado y postgrado de las competencias determinadas.

En el ámbito de Pregrado, nuestra Facultad de Medicina se encuentra actualmente en un proceso de innovación curricular, el cual contempla la creación de la asignatura de Medicina de Urgencia para la carrera de Medicina (4 créditos, en el X semestre). En el caso de Enfermería, la asignatura se denomina Enfermería de Urgencia y Desastres (12 créditos, VIII semestre). En ambas carreras existe además la instancia del Internado con práctica profesional supervisada.

La educación en este ámbito debe ser capaz de transmitir los temas más frecuentes y relevantes de esta disciplina, pero a la vez debe avanzar a enseñar a través de la simulación clínica e incorporar elementos de trabajo en equipo precozmente en el pregrado. Sin lugar a dudas, desarrollar actividades en el Centro de Habilidades Clínicas de nuestra Facultad puede contribuir a ello.

Una vez en el Internado, las actividades teóricas grupales es conveniente realizarlas al inicio de la jornada, dado la cinética de consultas con un *peak* a partir de las 11:00 horas. Para el trabajo en box es ideal que un interno o becado se sume a un *staff*, de manera de evitar confusiones y desorden. Es muy

necesaria la realización de turnos nocturnos, dado que no solo el volumen, sino que las patologías varían a lo largo del día, concentrándose en las noches y fines de semana las consultas relacionadas al trauma, violencia y consumo de alcohol y drogas. Esto permite además que durante una práctica profesional supervisada se conozca la realidad de estos servicios en los cuales se desempeñarán una cantidad significativa de médicos y enfermeras una vez egresados.

En Postgrado, la formación de especialistas en Medicina de Urgencia y de rotaciones de otros programas, es una actividad que demanda una gran organización y compromiso tanto del equipo docente, como de los alumnos. El *staff* debe desarrollar la capacidad de supervisar la actividad clínica, siendo capaz de intervenir en lo académico, manteniendo el control en la toma de decisiones clínicas y el flujo del servicio en lo asistencial. A la vez, es necesario supervisar diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se ejecutan en estas unidades en los pacientes más complejos.

La realización de clases y seminarios programados deben efectuarse con gran rigurosidad y organización de modo de cumplir con el rol docente sin afectar la actividad clínica centrada en el paciente.

Finalmente consideramos que no existe mejor mensaje para los estudiantes de Pregrado y Postgrado que comprender que el foco siempre deben ser nuestros pacientes y que el 80-90% de su aprendizaje efectivo será al lado de la cama del paciente (en este caso, en el box de atención).

CONCLUSIONES

En suma, dada la complejidad y diversidad de acciones clínicas, administrativas y académicas que se desempeñan en el SU, es fundamental una adecuada gestión de ellas.

Debido a que la formación en elementos de gestión clínica y administrativa es escasa en los programas de Pregrado de los profesionales de la salud, existen dos opciones para avanzar hacia una gestión de excelencia: formación de los profesionales en roles directivos del SU y colaboración con equipos institucionales o externos con conocimiento en este ámbito.

En nuestro caso, estamos desarrollando ambos aspectos: formando a profesionales del equipo en

gestión y realizando una exitosa colaboración con el MBA de Ingeniería Industrial de la Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas de nuestra Universidad. Ello ha permitido generar información y colaborar en la gestión del cambio organizacional.

Esperamos que esta colaboración y la capacitación continua contribuyan a que la atención en nuestro SU sea de excelencia como requiere nuestra Universidad, el Hospital y nuestros pacientes.

REFERENCIAS

1. Northington W, Brice JH, Zou B. Use of an emergency department by nonurgent patients. *Am J Emerg Med* 2005;23:131-37.
2. Durand AC, Gentile S, Devictor B, Palazzolo S, Vignally P, Gerbeaux P *et al.* ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. *Am J of Emerg Med* 2011;29:333-45.
3. Durand AC, Palazzolo S, Tanti-Hardouin N, Gerbeaux P, Sambuc R, Gentile S. Nonurgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. *BMC Res Notes* 2012;5:525.
4. Haw EK, Howard J, Clark EC, Etz RS, Arya R, Tallia AF. Decision-making processes of patients who use the emergency department for primary care needs. *S J Health Care Poor Underserved* 2013 24:1288-305.
5. Tang N, Stein J, Hsia RY, Maselli JH, Gonzales R. Trends and characteristics of US emergency department visits, 1997-2007. *JAMA* 2010;304:664-70.
6. Estadísticas en Salud. Compendio Estadístico INE 2011. Consultado en www.ine.cl
7. Olshaker JS. Managing emergency department overcrowding. *Emerg Med Clin North Am* 2009;27:593-603.
8. Oredsson S, Jonsson H, Rognes J, Lind L, Göransson KE, Ehrenberg A *et al.* A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments. *Sand J Trauma Resusc Emerg Med* 2011;19:43.
9. Bernstein SL, Aronsky D, Duseja R, Epstein S, Handel D, Hwang U *et al.* The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. *Acad Emerg Med* 2009;16:1-10
10. Jody Crane MD, Chuck Noon PHD. *The Definitive Guide to Emergency Department Operational Improvement*. Boca Raton, FL: CRC Press, 2011.
11. Chan H, Lo S, Lee L, Lo W, Yu W, Wu Y *et al.* Lean techniques for the improvement of patients' flow in emergency department. *World J Emerg Med* 2014;5:24-8.
12. LaSalle G. Leadership and the emergency department. *Emerg Med Clin N Am* 2004;22:1-18.
13. *Emergency Department Design. A Practical Guide to Planning for the future*. Huddy John. American College of Emergency Physicians 2002. Consultado en <http://bookstore.acep.org/en/acep-products/emergency-department-design-a-practical-guide-to-planning-for-the-future-pdf-541001>

14. Guidelines on Emergency Department Design. Australasian College for Emergency Medicine 2007. Consultado en www.acem.org.au/Site-Search.aspx?search=Guidelines+on+Emergency+Department+Design
15. Welch S, Asplin BR, Stone-Griffith S, Davidson SJ, Augustine J, Schuur J *et al.* Emergency department operational metrics, measures and definitions: results of the second performance measures and benchmarking summit. *Ann Emerg Med* 2011;58:33-40.
16. Jones P, Harper A, Wells S, Curtis E, Carswell P, Reid P *et al.* Selection and validation of quality indicators for the Shorter Stays in Emergency Departments National Research Project. *Emerg Med Austras* 2012;24:303-12.

CORRESPONDENCIA



Dr. Eduardo Tobar Almonacid
Departamento de Medicina Interna
Hospital Clínico Universidad de Chile
Santos Dumont 999, Independencia, Santiago
Fono: 2978 6404
E-mail: eduardotobar@med.uchile.cl