Salud

IETS
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud

Estrategia para la gestión y control de la sobreocupación en los servicios de urgencias a nivel nacional

Informe de resultados de la revisión de alcance.

Control de cambios

Entrega No.	Contenido
3	Informe de resultados de la revisión de alcance.

Versión No.	Fecha de entrega y ajustes
1	15/09/2025
2	07/10/2025

Salud

Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez
Ministro de Salud y Protección Social

Jaime Hernán Urrego Rodríguez
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Luis Alberto Martínez Saldarriaga
Viceministro de Protección Social

Rodolfo Enrique Salas Figueroa
Secretario General

John Edison Betancur Romero
Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

Claudia Marcela Vargas Peláez
Directora de Medicamentos y Tecnologías en Salud

Julio César Cubillos Álzate
Subdirector de Beneficios en Aseguramiento

Julio César Vergel Garnica
Líder del proyecto MSPS

IETS
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud
Evidencia que promueve confianza

Adriana María Robayo García
Directora Ejecutiva

Luz Mery Barragán González
Subdirectora General y de Operaciones

Kelly Patricia Estrada Orozco
Gerente Técnica

Javier Salamanca Rincón
Jefe de Gestión del Riesgo, Calidad y Proyectos

Adriana Ardila Sierra
Líder del proyecto

El Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) es una corporación sin ánimo de lucro, de participación mixta y de carácter privado, con patrimonio propio, creado según lo estipulado en la Ley 1438 de 2011 y adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social de conformidad con el artículo 160 de la Ley 2294 de 2023 "por medio de la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026".

Su misión es contribuir al desarrollo de mejores prácticas asistenciales en salud, mediante la producción de información basada en evidencia, a través de la evaluación de tecnologías en salud y guías de práctica clínica, producidas con rigor técnico, independencia y participación. Sus miembros son el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación (MINCIENCIAS, antes Colciencias), el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), el Instituto Nacional de Salud (INS), la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) y la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas (ACSC).

Autoras

Romero-Vanegas, Sara Julieta. Psicóloga. Magíster en Neuropsicología. Doctora en Salud Pública. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Ospina-Lizarazo, Nathalie. Nutricionista Dietista, Magíster en Epidemiología Clínica. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Ardila-Sierra, Adriana. Médica Cirujana, Esp. Dirección y Gestión de Proyectos, Magíster en Salud Pública, Doctora en Salud Pública. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Vallejo-Narváez, Ana Isabel. Fisioterapeuta. Magíster en Epidemiología, Esp. Epidemiología General. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Cadena Buitrago, Gina Paola. Médico, MSc Salud Pública. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Castro-Roa, Ana Milena. Bacterióloga, Esp. Epidemiología General, Esp. Gerencia en Servicios de Salud. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Zapata Matheus, Angélica María. Médica, Mgr. Salud Pública, PhD Estudios y Políticas de Género (estudiante). Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Rozo-Agudelo, Nicolás. Médico, Magíster en Epidemiología Clínica. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Revisores del Ministerio de Salud y Protección Social

Vergel Garnica, Julio César. Médico, Esp. Bioética, Esp. Auditoría en Salud, Esp. Docencia Universitaria, Esp. Calidad y Seguridad del Paciente, Mgr. Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Mgr. Efectividad Clínica y Sanitaria, Mgr. Psicología Clinica y Terapia de Familia. Dirección de prestación de servicios y Atención Primaria en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

Avellaneda Lozada, Paola Astrid. Economista, Esp. Economía y gestión en salud. Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud (DMTS). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

Conflictos de interés

Las autoras de este informe declaran que no existe ningún tipo de conflicto financiero, intelectual, de pertenencia o familiar que afecte las recomendaciones incluidas en el presente documento técnico-científico.

Citación

Ministerio de Salud y Protección Social e Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS. Estrategia para la gestión y control de la sobreocupación en los servicios de urgencias a nivel nacional. Informe de resultados de la revisión de alcance. 1 edición. Bogotá D.C. Colombia: 2025.

Derechos de autor

Los derechos patrimoniales de este documento, sin perjuicio de las citas y referencias bibliográficas referenciadas, son propiedad del Ministerio de Salud y

Protección Social y los derechos morales de autor son propiedad de los colaboradores del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Por tanto, está prohibida su copia, reproducción, fijación, transmisión, circulación o similares. En consecuencia, cualquier modificación, transmisión, divulgación, publicación, copia parcial o total, o el uso del contenido de este sin importar su propósito y sin que medie el consentimiento expreso y por escrito, constituirá violación a la normativa nacional, convenios y tratados internacionales ratificados por el Estado colombiano aplicables a los derechos de autor, y acarreará las sanciones civiles, comerciales y penales a que haya lugar.

Confidencialidad

El presente documento contiene información confidencial que sólo podrá ser utilizada con el propósito de realizar una debida ejecución de lo propuesto en este documento, quedando prohibido a quien la recibe compartirla con terceros. Cualquier trasgresión a la presente obligación de confidencialidad dará lugar a las acciones judiciales y la indemnización por perjuicios a que haya lugar.

Fuente de financiación

El presente documento fue financiado por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante el contrato MSPS-1490-2025, el cual fue suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el IETS.

Correspondencia

Ministerio de Salud y Protección Social
Bogotá, D.C., Colombia
Carrera 13 No. 32-76
Teléfono Conmutador: 601 330 5000
Línea gratuita fuera de Bogotá: 018000960020
http://www.minsalud.gov.co
correo@minsalud.gov.co
© Ministerio de Salud y Protección Social, 2025.

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS)
Bogotá, D.C., Colombia
Cra. 45 No. 108A-50 Oficina 401
Teléfono: (+57) 318 335 5525
http://www.iets.org.co
contacto@iets.org.co
© Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, 2025.

Salud

Contenido

1. Introducción 1

2. Objetivos y alcance 6

2.1 Objetivo general 6

2.1.1 Objetivos específicos 6

2.2 Alcance 7

3. Modelo conceptual de las tres fases 7

3.1 Fase de entrada (Input) 9

3.2 Fase de caudal o flujo (Throughput) 10

3.3 Fase de salida (Output) 12

3.4 Determinantes transversales 13

4. Metodología 14

4.1 Pregunta de investigación 14

4.1.1 Preguntas orientadoras 15

4.2 Criterios de elegibilidad de los estudios 16

4.2.1 Criterios de inclusión 16

4.2.2 Criterios de exclusión 16

4.3 Metodología de búsqueda 16

4.3.1 Estrategias de búsqueda 17

4.4 Metodología para la síntesis de la evidencia 23

4.5 Metodología para la evaluación de la calidad 24

5. Resultados 24

5.1 Descripción bibliográfica de los artículos seleccionados 25

5.2 Síntesis de la evidencia 33

5.2.1 ¿Cuáles son los principales factores o determinantes que contribuyen a la sobreocupación en los servicios de urgencias a nivel mundial y sus consecuencias? 33

5.2.1.1 Causas o determinantes de la sobreocupación 33

5.2.1.2 Consecuencias de la sobreocupación 38

5.2.2 ¿Qué métodos de medición y monitoreo de la sobreocupación en servicios de urgencias se evidencian en la literatura? 40

5.2.3 ¿Cómo se describen las intervenciones de gestión de la sobreocupación en términos de funcionamiento, momentos y contextos donde han sido aplicadas, en servicios de urgencias en diferentes países? y ¿Cuáles son resultados de las intervenciones de gestión de la sobreocupación que sintetiza la literatura revisada? 52

5.2.3.1 Descripción de las intervenciones de gestión de la sobreocupación por fase 52
5.2.3.2 Intervenciones asociadas a la fase de entrada 53
5.2.3.3 Intervenciones asociadas al flujo..... 61
5.2.3.4 Intervenciones asociadas a la fase de salida 124
5.2.3.5 Intervenciones mixtas o transversales 129
5.3 Valoración de la calidad o riesgo de sesgo de los estudios incluidos 143
6. Conclusiones.....146
7. Recomendaciones.....150
8. Referencias.....155

Listado de tablas

Tabla 1 . Estructura PICO de la pregunta de investigación..... 15
Tabla 2. Términos DeCS y MESH..... 18
Tabla 3. Estrategia de búsqueda número 1..... 19
Tabla 4.Estrategia de búsqueda número 2..... 20
Tabla 5. Estrategia de búsqueda número 3..... 21
Tabla 6. Estrategia de búsqueda literatura gris número 1 22
Tabla 7. Estrategia de búsqueda literatura gris número 2 22
Tabla 8. Descripción bibliográfica de los artículos seleccionados..... 27
Tabla 9. Descripción de palabras claves y diseño de los estudios seleccionados 31
Tabla 10. Descripción de las causas o determinantes de la sobreocupación... 36
Tabla 11. Descripción de las consecuencias de la sobreocupación..... 40
Tabla 12. Formas de medición y monitoreo de la sobreocupación en servicios de urgencias..... 45
Tabla 13. Intervenciones asociadas a la fase de entrada a urgencias 56
Tabla 14. Descripción de las intervenciones asociadas a la fasede flujo 71
Tabla 15. Descripción de las intervenciones asocadas a la fase de salida ... 126
Tabla 16. Descripción de las intervenciones mixtas o transversales 133
Tabla 17. Evaluación de riesgo de sesgo revisiones sistemáticas de la literatura con herramienta ROBIS..... 144

Listado de figuras

Figura 1. Modelo conceptual de la sobreocupación de Asplin y cols. 8
Figura 2. Modelo conceptual de la sobreocupación en urgencias en Colombia ..8
Figura 3. Diagrama PRISMA. 25

Lista de abreviaturas

APS	Atencion Primaria en Salud
ATS	Australian triage scale.
AUC	Area bajo la curva
BRISA	Base Regional de Informes de Evaluación de Tecnologías en Salud de las Américas
CADTH	Agencia Canadiense de Medicamentos
CIN	Clinical Initiative Nurses
CRUE	Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias
DeCS	Descriptores en Ciencias de la Salud
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
EAPB	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud
ECA	Ensayos Clínico Aleatorizado
EDLOS	emergency department length of stay
Emtree	Embase Subject Headings
EQ-5D	EuroQol-5 Dimension
ESI	Emergency Severity Index
ESI	Emergency Severity Index
IA	Inteligencia Artificial
IC	Intervalo de confianza
IETS	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud
IVR	Interactive Voice Response
JBI	Joanna Briggs Institute
LWBS	Left Without Being Seen
MAPU	Medical Assessment and Planning Unit
MAU	Medical Assessment Units
MeSH	Medical Subject Headings
MMTA	Mixed Methods Thematic Analysis
MOC	Modelos de atención de urgencias
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
NEAT	National Emergency Access Target- Australia
NHS	National Health Service
NP	Nurse Practitioners
OMS	Organización Mundial de la Salud
RCT	Randomized Controlled Trial
REACT	Rapid entry and accelerated care at triage
RIC	Rango Intercuartílico
RIITS	Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud
RN	Registered Nurse
ROC	Receiver Operating Characteristics
RSL	Revisión sistemática de literatura
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SSDC	Sistemas de soporte de decisión clínica
UCI	Unidad de cuidados intensivos
VPN	Valor Predictivo Negativo
VPP	Valor Predictivo Positivo

1. Introducción

La atención de urgencias de calidad salva vidas, reduce la carga global de enfermedad, contribuye al bienestar integral de las sociedades y aporta al cumplimiento de diversas metas asociadas a los objetivos de desarrollo sostenible, y su garantía sin discriminación ni barreras puede reducir las desigualdades en salud. Mientras que, su ausencia se relaciona con mayores probabilidades de morir, presentar discapacidad o secuelas, y ocasiona desigualdades en salud e importantes afectaciones en salud pública (Burkholder et al., 2019; Organización Mundial de la Salud, 2019); por eso, el abordaje de la atención en urgencias debe partir de una perspectiva de derechos humanos que tenga en cuenta componentes claves del derecho a la salud como la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los establecimientos, bienes y servicios de salud (Burkholder et al., 2019; Defensoría del Pueblo, 2020).

En el ámbito internacional, este tipo de atención, fundamental cuando se presentan condiciones de salud que amenazan la vida y en las que el tiempo es un factor decisivo, forma parte del derecho al tratamiento de enfermedades que, a su vez, está inmerso en el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud establecido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y, de una manera más amplia, abarca los sistemas de atención médica urgente (Comité de derechos económicos, sociales y culturales, 2000) que son transversales a todas las enfermedades y condiciones susceptibles de agudización (Burkholder et al., 2019).

En el contexto colombiano, el artículo 49 de la Constitución Política de 1991 estableció que la atención en salud es un servicio público a cargo del Estado y que los términos en que ésta será gratuita y obligatoria serán establecidos por ley. En consonancia, el decreto 412 de 1992 reglamentó parcialmente los servicios de urgencia y los definió como:

> "la unidad que en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos

> como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el ministerio de salud para esa unidad" (Decreto 412. Por el cual se reglamentan parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones, 1992).

Este decreto estableció la obligatoriedad de la atención inicial de urgencias, independientemente de la capacidad socioeconómica del paciente, y la responsabilidad de los prestadores por el paciente hasta su egreso del servicio o, en caso de remisión, hasta su ingreso a la entidad receptora.

La ley 100 de 1993 también estableció, en su artículo 168, que en Colombia la atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas a todas las personas independientemente de la capacidad de pago. En consonancia, la Ley 1122 de 2007, en el parágrafo de su artículo 20, definió que a todos los colombianos se les debe garantizar la atención inicial de urgencias en cualquier IPS del país, y la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, en su Capítulo II "Garantía y mecanismos de protección del derecho fundamental a la salud", artículos 10 y 14, dispuso el derecho a recibir atención de urgencias con oportunidad y sin necesidad de presentar documentación, pagos previos ni autorizaciones administrativas (Ley 1751. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la. salud y se dictan otras disposiciones., 2015).

En la misma línea, la Resolución de habilitación 3100 de 2019 y su anexo técnico ("Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud", capítulo 11. "Estándares y criterios de habilitación", sección 11.6 "Grupo de atención inmediata", numeral 11.6.1 "Servicio de urgencias"), definió el servicio de urgencias como:

> El "responsable de dar atención a las alteraciones de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la prestación inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras. El servicio de urgencias debe ser prestado las 24 horas del día" (Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud, 2019; Resolución 3100. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones

de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud., 2019).

Asimismo, la resolución 2718 de 2024, que dispone los servicios y tecnologías a financiar con los recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), define la atención de urgencias como el:

> "conjunto de procesos, procedimientos y actividades, a través de los cuales, se materializa la prestación de servicios de salud, frente a las alteraciones de la integridad física, funcional o psíquica por cualquier causa y con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de una persona y que requieren de atención inmediata, con el fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas, presentes o futuras" (Resolución 2718. Por la cual se establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), 2024).

Lo que incluye, según la misma resolución, los servicios, tecnologías y dispositivos necesarios para la atención del paciente, consultas con los profesionales requeridos, la observación y la remisión cuando no se cuente con el nivel de resolución necesario.

En este contexto, y en respuesta a las fallas estructurales en el sistema de salud, en el país se han dado acciones para la garantía del derecho a la salud entre las que es central la sentencia Constitucional T-760 de 2008.

Para el contexto de los servicios de urgencias, cobra relevancia la orden 16 de esta sentencia T-760-2008 la cual ordenó al Ministerio de la Protección Social adoptar, entre otras, las medidas necesarias para que los planes de beneficios sean oportuna y efectivamente suministrados por las empresas promotoras de salud (EPS), lo que incluye "(*i*) incentivar que las EPS y las entidades territoriales garanticen a las personas el acceso a los servicios de salud a los cuales tienen derecho; y (*ii*) desincentivar la denegación de los servicios de salud por parte de las EPS y de las entidades territoriales" (Sentencia T-760, 2008).

Dentro del seguimiento al cumplimiento de la orden 16, en el caso de la atención de urgencias, se destacan los Autos 584 de 2044, 999 de 2023 y 1174 de 2025.

En el Auto A-584-2022 que retomó el auto de seguimiento del 11 de julio de 2018, en relación con el cumplimiento de la orden 16 de la sentencia T-760, junto con las sentencias T-210 de 2018, T-025 de 2019, T-197 de 2019 y T-246 de 2020, la Corte Constitucional de Colombia ordenó, en su numeral segundo, literal (ii), regular e iniciar "un registro que permita recaudar información sobre el tiempo qué se tarda el paciente en: (a) ser clasificado en un nivel de triage. El reporte deberá hacerse respecto de cada uno de los cinco niveles establecidos en la Resolución 5596 de 2015; (b) ser atendido en urgencias. La medición deberá hacerse desde su ingreso y no solo a partir de su valoración en triage". Asimismo, en el ordinal (iii), literal (a), ordenó crear e implementar un instrumento para disminuir y cesar los problemas "en urgencias que han ocasionado sobrecupo en el servicio y dificultades en el traslado de pacientes por nivel de complejidad" (Auto 584, 2022).

Posteriormente, los tiempos de cumplimiento de estas órdenes fueron ajustados en el Auto 999-2023, y ambos autos, A-584-2022 y 999-2023 tuvieron continuidad y fueron ratificados en el Auto 1174 del 31 de julio 2025 que, en el numeral segundo, ordenó "regular, iniciar y poner en funcionamiento el registro que permita recaudar información sobre el tiempo que se tarda el paciente en: a) ser clasificado en un nivel de triage. El reporte deberá hacerse respecto de cada uno de los cinco niveles establecidos en la Resolución 5596 de 2015, b) ser atendido en urgencias. La medición deberá hacerse desde su ingreso y no solo a partir de su valoración en triage".

La Resolución 5596 de 2015 define el sistema triage de selección y clasificación de pacientes según sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles, para disminuir el riesgo de muerte, complicaciones o discapacidad (Resolución 5596. Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias «Triage», 2015). Esta priorización se basa en una valoración clínica breve que se debe realizar a la llegada del paciente al servicio de urgencias para determinar su categoría de triage (del I al V), en un proceso dinámico que cambiará si la condición clínica del paciente se modifica.

Para los triages I y II, la Resolución 5596 de 2015 precisa los tiempos de atención exigidos: atención inmediata en triage I y máximo 30 minutos si puede haber una rápida evolución hacia el deterioro o muerte. En los otros triages (III al V) no se establecen los tiempos pero se indica que el III se refiere a pacientes

estables que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, y que podrían empeorar si no se actúa en el servicio de urgencias; sobre el IV se alude a pacientes con condiciones médicas que no comprometen el estado general o la vida pero podrían presentarse complicaciones o secuelas en caso de no recibir la atención oportuna; y en el V se agrupan quienes tienen una condición aguda o crónica que no evidencia deterioro ni compromiso del estado general y no se presenta un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad. Además, cada servicio de urgencias debe publicar en un lugar visible sus tiempos promedio de atención de los triage III al V, (Resolución 5596. Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias «Triage», 2015).

El modelo conceptual más utilizado en el mundo para abordar la sobreocupación se ordena según las fases de entrada, flujo y salida del servicio de urgencias (Asplin et al., 2003). Es un modelo útil para evitar propuestas de solución a la sobreocupación que, por ejemplo, agilicen el flujo o la salida de las urgencias sin gestionar la entrada, pues el riego de este tipo de propuestas puede ser un empeoramiento de la sobreocupación con el tiempo, si estas gestiones incentivan, sin buscarlo, una creciente entrada de pacientes que busquen en las urgencias las soluciones que el sistema de salud debe garantizar de manera integral y según la misionalidad de cada área y servicio.

Las autoras de este informe y del proyecto que lo engloba ampliaron el alcance del modelo conceptual de la sobreocupación de Asplin y cols, de tres fases, agregando elementos del contexto nacional, que serán presentados en el marco conceptual.

En el marco del Contrato No. MSPS-1490-2025, que tiene por objeto definir una estrategia para la gestión y control de la sobreocupación en los servicios de urgencias a nivel nacional, se llevó a cabo un estudio de métodos mixtos que integró una revisión sistemática de literatura; un diseño de corte transversal descriptivo, tipo encuesta, orientado a caracterizar los aspectos relacionados con la sobreocupación e identificar los factores que los prestadores consideran más relevantes en la aparición del problema; un análisis de la capacidad instalada; y un abordaje cualitativo que se basó en un diseño fenomenológico, cuyo objetivo fue comprender la experiencia de la sobreocupación de urgencias entre los actores del sistema de salud.

El presente documento informa los resultados de la revisión de literatura. Está compuesto por 6 apartados, en el primero se presenta el objetivo del proyecto; el segundo sintetiza los antecedentes normativos; el tercero presenta la metodología empleada para la caracterización; en el cuarto capítulo se presentan los resultados y el análisis de la caracterización; y, finalmente, en los capítulos quinto y sexto, se resumen las conclusiones y se plantean algunas recomendaciones relacionadas con la evidencia y el sistema de salud. Finalmente, es importante aclarar que este documento se complementa con otros dos informes, uno referente a los resultados de la caracterización de la sobreocupación y el otro, sobre el abordaje cualitativo del contexto nacional.

2. Objetivos y alcance

2.1 Objetivo general

Analizar la evidencia científica relacionada con intervenciones (acciones, metodologías, planes, programas, sistemas o modelos) para la gestión de la sobreocupación en servicios de urgencias que mejoran la calidad de la atención en urgencias

2.1.1 Objetivos específicos

- Describir los principales factores o determinantes que contribuyen a la sobreocupación en los servicios de urgencias a nivel mundial.
- Identificar los métodos de medición y monitoreo de la sobreocupación en servicios de urgencias.
- Caracterizar las intervenciones de gestión de la sobreocupación (acciones, metodologías, planes, programas, sistemas y modelos) en términos de funcionamiento, momentos y contextos donde han sido aplicadas, en servicios de urgencias en diferentes países.
- Describir los resultados o impacto de las intervenciones (acciones, metodologías, planes, programas, sistemas y modelos) de gestión de la sobreocupación en servicios de urgencias.

2.2 Alcance

El alcance de este estudio es realizar una revisión de los diferentes modelos e intervenciones implementados para la gestión de la sobreocupación en urgencias en salud en Colombia y sus posibles semejantes en contextos internacionales, que proporcione insumos al grupo desarrollador para la comprensión del estado del arte en el tema y aporte herramientas basadas en evidencia para la construcción de una estrategia nacional, siendo de utilidad en la planificación e implementación de las políticas, planes o programas a nivel nacional, regional o local derivadas de la sobreocupación.

3. Modelo conceptual de las tres fases

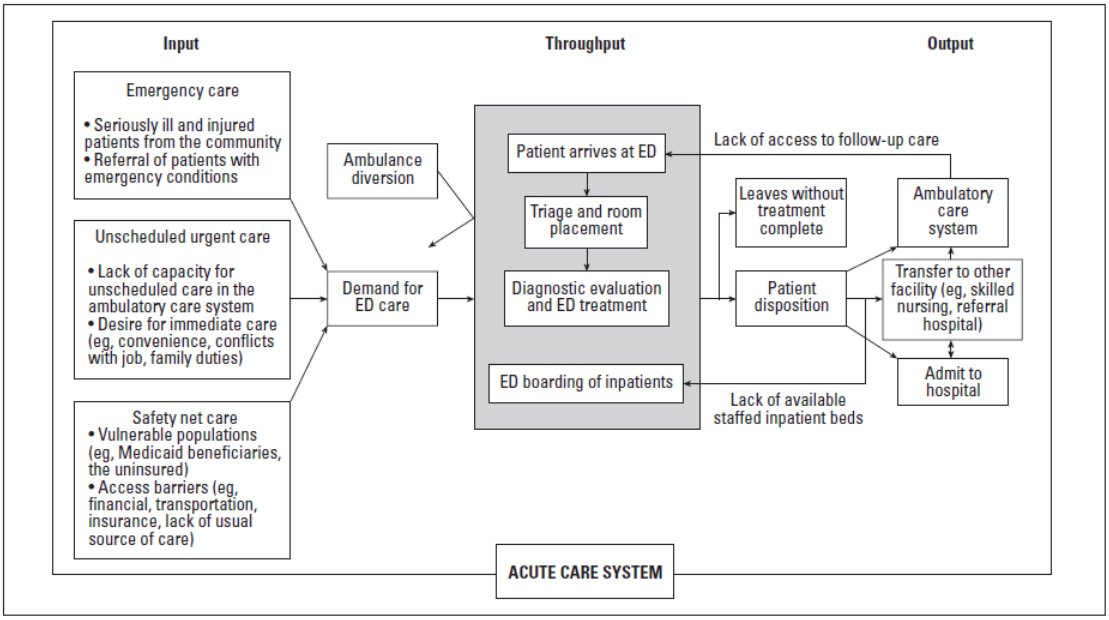
Dentro de los modelos conceptuales para abordar la sobreocupación, el más usado en las décadas recientes es el propuesto en 2003 por Asplin y colaboradores (12), que organiza las causas de sobreocupación según las tres grandes fases de la movilización de los pacientes antes, durante y después del servicio de urgencias: la fase de entrada (input), la fase de caudal o flujo por el servicio (throughput) y la fase de salida del mismo (output) (Figura 1) (Asplin et al., 2003; Estrada-Atehortúa & Zuluaga-Gómez, 2020; Ratti & Martínez, 2017).

Este modelo tiene alcance descriptivo, analítico y de gestión, ya que permite identificar las razones por las que se afecta la ocupación en cada fase, y orientar las alternativas de gestión.

A medida que se avanzó en la comprensión de los determinantes de sobreocupación en el contexto colombiano se hizo necesaria una adaptación de este modelo a la realidad nacional (Figura 2).

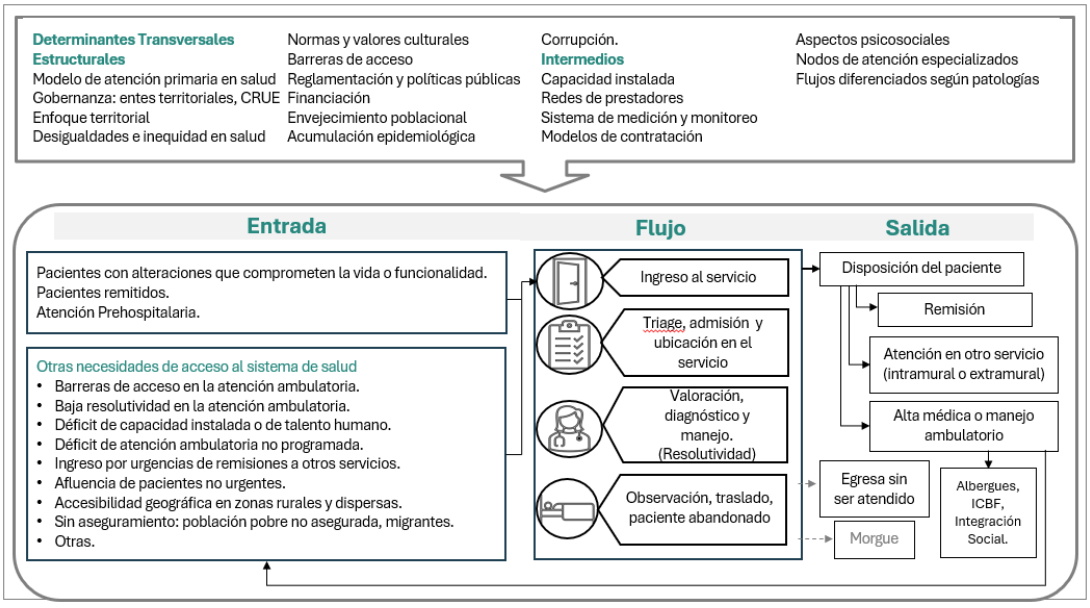
La principal diferencia con el modelo original está en que la propuesta se reconoce el servicio de urgencias como un ámbito independiente, pero a la vez interdependiente con los demás servicios y procesos del sistema de salud. Las autoras consideramos necesario hacer explícitos los determinantes transversales, de índole estructural (propios de la estructura social o del sistema de salud) e intermedios (relacionados con modelos de organización, operación y relacionamiento entre actores del sistema de salud), que modifican la ocupación de urgencias y las dinámicas de entrada, flujo y salida.

Figura 1. Modelo conceptual de la sobreocupación de Asplin y cols.



Fuente: tomado de Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, Solberg LI, Lurie N y Camargo CA, 2003.

Figura 2. Modelo conceptual de la sobreocupación en urgencias en Colombia



Fuente: elaboración propia a partir de traducción y adaptación de Asplin y cols. (11), y de los resultados de esta investigación.

3.1 Fase de entrada (Input)

Abarca cualquier evento, lesión, enfermedad o condición que conducen a la persona a buscar atención en el servicio de urgencias, e incluye la atención prehospitalaria, consultas directas o remisiones desde otros servicios o IPS.

Asplin y cols. señalan tres factores claves en la utilización de estos servicios: la necesidad de atención, factores predisponentes para buscarla y factores que facilitan el acceso (Figura 1).

Además, identifican tres tipos de atención: de emergencia, urgente no programada y como red de seguridad (Asplin et al., 2003).

- La atención de emergencia está dirigida a pacientes lesionados o gravemente enfermos. El servicio de urgencias además de atender directamente las situaciones críticas, recibe remisiones dirigidas a otras especialidades que vienen desde centros de salud, unidades de atención domiciliaria y hospitales, especialmente cuando se requiere estabilización y diagnóstico antes de una hospitalización (Asplin et al., 2003).

- La atención urgente no programada incluye casos en los que los pacientes presentan problemas agudos o exacerbaciones de enfermedades crónicas, pero no logran atención oportuna en otros servicios debido a la falta de disponibilidad. Muchos pacientes recurren a urgencias porque sus síntomas empeoran antes de obtener una cita o porque la posibilidad de recibir atención en el mismo día, aunque implique esperar, representa una opción más conveniente frente a las barreras de acceso (Asplin et al., 2003).

- La atención como red de seguridad responde a la función del servicio de urgencias de atender a personas que no tienen acceso oportuno a otros ámbitos de atención del sistema de salud. Este componente incluye la atención a pacientes que no cuentan con otras alternativas viables para resolver sus problemas de salud, ya sea por barreras económicas, administrativas o por falta de cobertura (Asplin et al., 2003).

Finalmente, el modelo conceptual de Asplin y cols incluye la desviación de ambulancias, práctica de países como Estados Unidos mediante la cual, en los

momentos de máxima ocupación de los servicios de urgencias se puede activar el redireccionamiento de las ambulancias para que éstas se dirijan a otros hospitales que estén menos concurridos, y la duración del estado de desviación (en inglés, diversion status) es un indicador de sobreocupación. Esta práctica reduce la entrada a unos servicios y la reorienta hacia otros (Asplin et al., 2003; GAO, 2003).

En el contexto colombiano, como resultado de la problemática de la sobreocupación en los servicios de urgencias del país, se identificaron las siguientes necesidades de atención urgente no programada o como red de seguridad:

- Barreras de acceso en la atención ambulatoria.
- Baja resolutividad en la atención ambulatoria.
- Déficit de capacidad instalada o de talento humano.
- Déficit de atención ambulatoria no programada.
- Ingreso por urgencias de remisiones a otros servicios.
- Afluencia de pacientes no urgentes.
- Accesibilidad geográfica en zonas rurales y dispersas.
- Sin aseguramiento: población pobre no asegurada, migrantes.

Estas se relacionan con el marco reglamentario y jurisprudencial nacionales, en los que es obligatoria la atención en urgencias de la totalidad de pacientes que allí consulten, como una de las directrices para la garantía del derecho fundamental a la salud.

Lo que significa que, si a nivel del sistema de salud no se gestionan adecuadamente estos determinantes, se convertirán en ingresos al servicio que presionarán las dinámicas del flujo del servicio.

3.2 Fase de caudal o flujo (Throughput)

Esta fase comprende todo lo que ocurre en el servicio de urgencias, desde el ingreso del paciente y a lo largo del ciclo de atención descrito en la sección anterior. En el modelo, esta fase se compone principalmente de dos etapas: una de rendimiento y otra de productividad. La fase de rendimiento abarca procesos de triage, asignación de habitaciones y la evaluación inicial realizada por el profesional de salud. Por su parte, la fase de productividad comprende las

pruebas diagnósticas y el tratamiento en el servicio de urgencias. La eficiencia de esta segunda etapa puede verse influenciada por diversos factores, entre ellos la distribución física del servicio de urgencias, la proporción adecuada de personal médico y de enfermería, la cohesión entre los equipos de atención, el uso eficiente de pruebas diagnósticas, la accesibilidad a la información clínica, la calidad de la documentación, la efectividad de los sistemas de comunicación y la disponibilidad oportuna de consultas especializadas.

Es fundamental analizar de manera interna los procesos de atención en el servicio, priorizando aquellos que tienen mayor impacto en el tiempo de permanencia de los pacientes y el uso de recursos, con la posibilidad de ajustarlos cuando sea necesario, optimizar su eficacia y eficiencia.

Cualquier demora en este paso o flujo de los pacientes crea cuellos de botella que intensifican la percepción y realidad de sobreocupación dentro del servicio (Asplin et al., 2003; Estrada-Atehortúa & Zuluaga-Gómez, 2020; Ratti & Martínez, 2017), y los aspectos que faciliten o dificulten la respuesta de los especialistas a las interconsultas de urgencias, así como la capacidad resolutiva del personal médico, también influirán (Castro Canoa, Jenny A. et al., 2010).

En Colombia, una vez el paciente cruza la puerta de ingreso al servicio de urgencias, se realiza la clasificación de triage según los cinco niveles establecidos en la Resolución 5596 de 2015 (Resolución 5596. Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias «Triage», 2015) y, a continuación, la totalidad de los pacientes deben tener la garantía de una atención inicial; en triage I esta atención debe ser inmediata, en triage II debe ser antes de 30 minutos. En triage III no se tiene delimitada una temporalidad, pero la atención debe ser en el servicio de urgencias. Esta resolución también obliga a los servicios de urgencias a publicar en un lugar visible sus tiempos promedio de atención (aplica para los triage III al V).

Los casos clasificados en triage V pueden tener una condición aguda o crónica que no evidencia deterioro ni compromiso del estado general, y sin un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad. Sin embargo, es necesario asegurar una atención oportuna para prevenir complicaciones o secuelas, lo que significa que el servicio de urgencias debe prever su atención *in situ* o contar con

procedimientos para que el paciente sea atendido oportunamente en otros servicios o ámbitos del sistema de salud.

Esta fase finaliza cuando se ordena la hospitalización, la remisión o el alta médica.

3.3 Fase de salida (Output)

Es el paso de los pacientes a otro proceso posterior al servicio de urgencias (Restrepo-Zea et al., 2018), incluye el egreso del paciente hacia hospitalización, la remisión a otras unidades asistenciales, la salida para manejo ambulatorio, la salida voluntaria antes de recibir atención y el redireccionamiento a hogares y albergues institucionales.

Este es el punto más crítico en la cadena y ha sido descrito como la causa más frecuente de sobreocupación (Castro Canoa, Jenny A. et al., 2010; GAO, 2003) ya que los retrasos por falta de disponibilidad de camas de hospitalización, la inadecuada proporción de enfermeras por paciente, indicación de aislamiento o retrasos en la limpieza de las habitaciones posterior al egreso, retrasos en el alta de pacientes hospitalizados a centros de cuidados postagudos, demoras en procesos administrativos o en autorizaciones, generan acumulación de pacientes que ya han sido atendidos, pero no pueden abandonar el servicio de urgencias. Esta obstrucción del flujo hacia afuera impacta directamente en la disponibilidad de espacio para nuevos ingresos, convirtiéndose en una de las principales causas de la sobreocupación (Asplin et al., 2003; Castro Canoa, Jenny A. et al., 2010; Estrada-Atehortúa & Zuluaga-Gómez, 2020; Ratti & Martínez, 2017). A su vez, el traslado de pacientes de urgencias hacia hospitalización puede competir con el traslado desde las áreas quirúrgicas hacia el mismo destino (GAO, 2003).

En el contexto nacional, los determinantes que pueden afectar la finalización de la atención en el servicio de urgencias y represar la disposición final del paciente, si no se operativiza con prontitud la orden posterior a la conducta médica se pueden sintetizar en:

- Remisión hacia otra IPS
- Atención en otro servicio (intramural: hospitalización, salas de cirugía, UCI o extramural: hospitalización o atención domiciliaria)
- Alta médica

- Atención ambulatoria (consulta externa, consulta prioritaria)
- El egreso hacia instituciones sociales como albergues, instituciones del ICBF y de Integración Social.
- Los trámites con destino a la morgue o a Medicina Legal, por el fallecimiento del paciente.

Otro evento no esperado es que el paciente egrese sin ser atendido.

En un monitoreo de la Defensoría del Pueblo, el 9,8% de los encuestados contaba con una remisión y estaban esperando su traslado; de estos, el 11,6% había esperado más de 10 días, el 16,2 % entre 3 y 10 días, y el 30,7 % entre 1 y 3 días, incluyendo casos de accidentes de tránsito, y con mayores esperas en las entidades públicas, en las de alta complejidad, y con diferencias según la EAPB (3). Entre las razones para no haber realizado el traslado se incluyeron la falta de autorización o su demora, no aceptación del paciente, pagos pendientes o agotamiento de coberturas, falta de disponibilidad de camas, servicios o especialidades, falta de red de prestadores o su desconocimiento por la central de referencia, dispersión geográfica y sobredemanda de servicios (3).

3.4 Determinantes transversales

Estos determinantes hacen parte del modelo conceptual de a sobreocupación propuesto por las autoras para el contexto colombiano. Hacen referencia a los determinantes que circunscriben el contexto político y socioeconómico en el que se distribuye de manera desigual los recursos en salud, generando impacto a nivel local y modificación en las dinámicas de atención en los servicios, específicamente en urgencias (las fases de entrada, el flujo y la salida) (Figura 2).

Los determinantes transversales incluyen los aspectos estructurales que abarcan las políticas públicas, cultura, valores sociales, las cualidades del sistema de salud y la gobernanza que limitan el acceso, disponibilidad y oportunidad de la atención en salud. Los elementos intermedios abordan los servicios y recursos de las EAPB, aspectos psicosociales y modelos de contratación (Organización Mundial de la Salud, 2019; Organización Panamericana de la Salud, 2025).

Para el caso colombiano, producto de la caracterización realizada se agregaron los siguientes elementos estructurales e intermedios, como determinantes transversales de la sobreocupación de los servicios de urgencias (Figura 2):

Determinantes estructurales:

- Modelo de atención primaria en salud
- Gobernanza: entes territoriales, CRUE
- Enfoque territorial
- Desigualdades e inequidad en salud
- Normas y valores culturales
- Barreras de acceso
- Reglamentación y políticas públicas
- Financiación
- Envejecimiento poblacional
- Acumulación epidemiológica
- Corrupción.

Determinantes intermedios:

- Capacidad instalada.
- Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS).
- Modelo de transporte asistencial en el contexto del sistema de emergencias médicas.
- Modelos de contratación entre pagadores y prestadores.
- Aspectos psicosociales.
- Existencia de nodos o grupos de prestadores especializados en patologías como accidente cerebrovascular.
- Disponibilidad de flujos diferenciados de atención según patologías.

4. Metodología

4.1 Pregunta de investigación

¿Cuál es la evidencia científica disponible acerca de las intervenciones (acciones, metodologías, planes, programas, sistemas o modelos) para la gestión de la sobreocupación en servicios de urgencias que mejoran la calidad de la atención en urgencias?. En la Tabla 1, se encuentra la estructura PICO de la pregunta.

Tabla 1 . Estructura PICO de la pregunta de investigación

Población	Servicios de urgencias hospitalarias con sobreocupación
Intervenciones	Acciones, estrategias, metodologías, planes, programas, sistemas o modelos para la gestión de la sobreocupación en urgencias
Comparador	Modelos de atención convencionales – Ninguna intervención
Desenlaces	Basados en calidad de la atención y el impacto en la sobreocupación: Desenlaces primarios: Calidad de la atención en urgencias: tiempos de espera, tiempo de permanencia en urgencias, índice de sobreocupación, eventos adversos o incidentes; reingresos, tasa de abandono del servicio antes de ser atendido, número de pacientes en espera prolongada o en pasillos, valoración de estándares de calidad en la atención en urgencias, indicadores de seguridad del paciente durante episodios de alta demanda, gestión de barreras de acceso. Desenlaces secundarios Satisfacción del paciente y del personal de salud, medición de carga de laboral, costos asociados a la implementación de la estrategia y sostenibilidad financiera, impacto en otros servicios hospitalarios (UCI, hospitalización, etc.).

Fuente: elaboración propia.

4.1.1 Preguntas orientadoras

- ¿Cuáles son los principales factores o determinantes que contribuyen a la sobreocupación en los servicios de urgencias a nivel mundial?
- ¿Qué métodos de medición y monitoreo de la sobreocupación en servicios de urgencias se evidencian en la literatura?
- ¿Cómo se describen las intervenciones de gestión de la sobreocupación (acciones, estrategias, metodologías, planes, programas, sistemas y modelos) en términos de funcionamiento, momentos y contextos donde han sido aplicadas, en servicios de urgencias en diferentes países?
- ¿Cuáles son los resultados o impacto de las intervenciones (acciones, estrategias, metodologías, planes, programas, sistemas y modelos) de gestión de la sobreocupación en servicios de urgencias que sintetiza la literatura revisada?

4.2 Criterios de elegibilidad de los estudios

La identificación de las publicaciones se desarrolla en torno a la pregunta de investigación y preguntas orientadoras, a fin de realizar una búsqueda sistemática de literatura en bases indexadas y literatura gris, dirigidas a encontrar evidencia científica, de acuerdo con los siguientes criterios

4.2.1 Criterios de inclusión

- Artículos o informes que incluyan como términos principales intervenciones (acciones, estrategias, metodologías, planes, programas, sistemas o modelos) destinados a la gestión de la sobreocupación en los servicios de urgencias.
- Artículos o informes que aborden intervenciones orientadas a mejorar la calidad de la atención durante situaciones de sobrecarga asistencial.
- Artículos o documentos que incluyan servicios de urgencias hospitalarios o prehospitalarios, tanto en contextos públicos como privados, urbanos o rurales, en cualquier país.
- Se priorizarán las revisiones sistemáticas, revisiones de alcance, revisiones narrativas en donde haya existido una búsqueda sistemática de la literatura. En caso de no encontrar este tipo de diseños, se avanzará a evidencia primaria como estudios experimentales u observacionales.
- Reportes técnicos, documentos de política pública, guías institucionales, protocolos, tesis y disertaciones (literatura gris).

4.2.2 Criterios de exclusión

- Estudios que no incluyan explícitamente el problema de sobreocupación en los servicios de urgencias
- Estudios que aborden intervenciones en otras áreas del hospital.
- Opiniones, cartas al editor o editoriales sin respaldo de evidencia.

4.3 Metodología de búsqueda

La búsqueda de información, se basó en las preguntas orientadoras, las cuales incluyen los términos principales para la construcción de las estrategias de búsqueda genérica, compuesta por vocabulario controlado explotado como términos MeSH, (Medical Subject Headings) y DeCS (Descriptores en Ciencias

de la Salud) así como términos libres, que describen la aplicación de estrategias para la gestión de la sobreocupación de urgencias.

Las estrategias de búsqueda formuladas se vaciaron en las siguientes bases de datos: PubMed/MEDLINE, (plataforma Ovid), EMBASE, Web of Science. Dentro de los repositorios de literatura gris se incluyeron plataformas como Google Scholar y Google, que incluyen información de repositorios de universidades, informes gubernamentales u hospitalarios, así como de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Es importante mencionar que el método de selección se realizó según el prisma de la evidencia, es decir, iniciar por revisiones sistemáticas de literatura (RSL) y, en caso de no cumplir con los términos, se desescaló en el tipo de estudio. Frente a los límites de la búsqueda, la estrategia utilizó restricciones relacionadas con tipo de estudio y contenido del artículo en texto completo, e idiomas inglés, español y portugués.

En relación con las restricciones de tiempo inicialmente, se propuso un período de 5 años, pero debido a la limitación en la literatura identificada, donde estos no aportaban información sustancial para dar respuesta a las preguntas de investigación, se decidió abrir la ventana de temporalidad a 10 años para la estrategia 3 y las de Google Scholar.

4.3.1 Estrategias de búsqueda

La construcción de las estrategias de búsqueda inició con la clasificación de las palabras clave en lenguaje natural a partir de la pregunta en formato PICO Posteriormente, se ajustaron por vocabulario controlado explotado como términos MeSH y DeCS, considerando sinónimos, abreviaturas, acrónimos, variaciones ortográficas y plurales (Tabla 2), tal como se muestra en las estrategias, que no se limitan a términos de idioma (Tabla 3, Tabla 4, Tabla 5).

Tabla 2. Términos DeCS y MESH

Término lenguaje natural	Términos MeSH	Términos asociados
Acceso y barreras	Health Services Accessibility[MeSH]	"Accesibilidad a los Servicios de Salud" "barreras administrativas" "esperas prolongadas" "atención inoportuna" "uso inapropiado de urgencias"
Alta y egreso hospitalario	Patient Discharge[MeSH]	"Alta del paciente" "procesos de egreso" "egreso voluntario" "gestión administrativa"
Capacidad hospitalaria / sobreocupación	Hospital Bed Capacity[MeSH]	"Capacidad de Carga Hospitalaria" "saturación hospitalaria" "sobrecarga asistencial" "colapso de servicios" "alta demanda"
Clasificación y triage / triage	Triage[MeSH]	"Triage", "Triage" "clasificación de urgencias" "prioridad clínica"
Cobertura y aseguramiento	Insurance, Health[MeSH]	"Cobertura de servicios de salud" "aseguramiento" "seguro médico"
Comunicación y sistemas de alerta	Health Communication[MeSH]	"Comunicación en salud" "sistemas de alerta temprana"
Coordinación de servicios	Delivery of Health Care, Integrated[MeSH]	"Servicios coordinados" "coordinación interinstitucional" "fragmentación de atención" "referencia y contrarreferencia"
Sistemas integrados	Delivery of Health Care, Integrated[MeSH]	"Coordinación de atención" "referencia y contrarreferencia" "fragmentación de atención"
Desigualdad geográfica y ruralidad	Rural Health Services[MeSH] OR Health Inequities[MeSH]	"Zonas rurales" "acceso geográfico" "desigualdad en salud" "acceso rural limitado" "desigualdad en salud" "zonas rurales"
Determinantes y factores de riesgo	Social Determinants of Health[MeSH]	"Determinantes sociales" "factores de riesgo" "condiciones del entorno" "contexto social"
Estrategias de gestión y respuesta	Health Plan Implementation[MeSH] OR Program Evaluation[MeSH]	"Estrategias de gestión" "intervenciones" "planes y programas" "modelos organizativos" "acciones correctivas"
Evaluación del impacto	Program Evaluation[MeSH] OR Outcome Assessment, Health Care[MeSH]	"Criterios de evaluación" "resultados esperados" "impacto en calidad" "evaluación de programas" "indicad es de impacto"
Flujos y tránsito de pacientes	Patient Flow[MeSH]	"Movimiento de pacientes" "flujos hospitalarios" "transición de pacientes" "tardanza en atención"

Término lenguaje natural	Términos MeSH	Términos asociados
Infraestructura hospitalaria	Hospital Facilities[MeSH]	"Infraestructura Hospitalaria" "infraestructura sanitaria" "déficit de infraestructura" "infraestructura deficiente"
Medicamentos e insumos	Drug Supply[MeSH]	"Suministro de medicamentos" "equipos médicos" "insumos hospitalarios" "desabastecimiento médico"
Métodos de medición y monitoreo	Quality Indicators, Health Care[MeSH]	"Métricas de urgencias" "monitoreo de sobreocupación" "indicadores de calidad" "modelos de predicción" "métodos de medición"
Recursos hospitalarios	Health Resources[MeSH]	"Recursos Hospitalarios" "insumos hospitalarios" "equipos médicos" "desabastecimiento médico"
Recursos humanos en salud	Health Workforce[MeSH]	"Personal de Salud" escasez de profesionales médicos" "déficit médico" "recursos humanos en salud"
Servicios de urgencias	Emergency Medical Services[MeSH]	"Servicios Médicos de Urgencia" "atención de urgencias" "emergencias hospitalarias"
Sistemas de información en salud	Medical Informatics[MeSH]	"Sistemas de información en salud" "interoperabilidad" "fragmentación digital"
Sobrecarga y saturación hospitalaria	Crowding[MeSH] OR Hospital Bed Capacity[MeSH]	"Sobrecarga asistencial" "saturación hospitalaria" "sobreocupación" "alta demanda" "colapso de urgencias" "congestión de servicios"
Tecnologías en salud Telemedicina y salud digital	Telemedicine[MeSH] OR Medical Informatics[MeSH]	"Telemedicina" "consulta virtual" "atención digital" "hospital virtual" "informática médica" "sistemas de información en salud" "telesalud" "hospital virtual"

Fuente: Elaboración propia

La estrategia se complementó con identificadores de campo, truncadores, operadores de proximidad y operadores booleanos según la fuente de información, y se establecieron las siguientes estrategias de búsqueda:

Tabla 3. Estrategia de búsqueda número 1

Característica	Reporte
Tipo de búsqueda	Nueva
Bases de datos	MEDLINE
Plataforma	PUBMED
Fecha de búsqueda	12/06/2025
Rango de fecha de búsqueda	2020-2025

Restricciones de lenguaje	Ninguna	
Otros límites	Full text, in the last 5 years	
Referencias identificadas	((("emergency service"[All Fields] OR "Health Services Accessibility"[MeSH Terms] OR "Patient Discharge"[MeSH Terms] OR "Hospital Bed Capacity"[MeSH Terms] OR "Crowding"[MeSH Terms] OR "overoccupation"[All Fields] OR "Health Resources"[MeSH Terms] OR "Health Workforce"[MeSH Terms]) AND "Health Inequities"[MeSH Terms] AND "Social Determinants of Health"[MeSH Terms]) NOT "disease"[MeSH Terms]) AND ((y_5[Filter]) AND (fft[Filter]))	241
	(("Emergency Medical Services"[MeSH Terms] OR "atencion de urgencias"[Title/Abstract] OR "Hospital Bed Capacity"[MeSH Terms] OR "Health Workforce"[MeSH Terms]) AND ("delivery of health care, integrated"[MeSH Terms] OR "Servicios coordinados"[Title/Abstract] OR "Rural Health Services"[MeSH Terms] OR "Health Inequities"[MeSH Terms] OR "Zonas rurales"[Title/Abstract]) AND ("Program Evaluation"[MeSH Terms] OR "indicadores de calidad"[Title/Abstract] OR "quality indicators, health care"[MeSH Terms])) AND (fft[Filter])	166

Fuente: elaboración propia

Tabla 4.Estrategia de búsqueda número 2

Característica	**Reporte**	
Tipo de búsqueda	Nueva	
Bases de datos	MEDLINE	
Plataforma	PUBMED	
Fecha de búsqueda	12/06/2025	
Rango de fecha de búsqueda	2020-2025	
Restricciones de lenguaje	Ninguna	
Otros límites	Full text, in the last 5 years	
Referencias identificadas	(("Health Services Accessibility"[MeSH Terms] OR "Accesibilidad a los Servicios de Salud"[Title/Abstract] OR "Health Services Accessibility"[MeSH Terms] OR "Waiting Lists"[MeSH Terms] OR "Time-to-Treatment"[MeSH Terms] OR "Patient Discharge"[MeSH Terms] OR "Patient Discharge"[MeSH Terms] OR "Hospital Bed Capacity"[MeSH Terms] OR "Crowding"[MeSH Terms]) AND ("Health Plan Implementation"[MeSH Terms] OR "delivery of health care, integrated"[MeSH Terms] OR "Telemedicine"[MeSH Terms] OR "Medical Informatics"[MeSH Terms] OR "Health Communication"[MeSH Terms] OR "Referral and Consultation"[MeSH Terms]) AND ("Program Evaluation"[MeSH	418

	Terms] OR "outcome assessment, health care"[MeSH Terms] OR "Health Impact Assessment"[MeSH Terms] OR "quality indicators, health care"[MeSH Terms] OR "Health Services Research"[MeSH Terms])) AND ((y_5[Filter]) AND (fft[Filter]))	

Fuente: elaboración propia

Tabla 5. Estrategia de búsqueda número 3

Característica	Reporte	
Tipo de búsqueda	Nueva	
Bases de datos	MEDLINE	
Plataforma	PUBMED	
Fecha de búsqueda	18/06/2025	
Rango de fecha de búsqueda	Últimos 10 años	
Restricciones de lenguaje	Ninguna	
Otros límites	Full text	
Referencias identificadas	1. "Emergency Medical Services"[MeSH] OR "Emergency Service, Hospital"[MeSH] OR "Hospital Emergency Services"[All Fields] OR "Emergency Department"[All Fields] OR "Emergency Room"[All Fields]	980
	2. "Hospital Bed Capacity"[MeSH] OR "Crowding"[MeSH] OR "Overcrowding"[All Fields] OR "Hospital Crowding"[All Fields] OR "Emergency Department Crowding"[All Fields] OR "ED Saturation"[All Fields] OR "ED Boarding"[All Fields] OR "High Demand"[All Fields]	137
	3. "Health Plan Implementation"[MeSH] OR "Program Evaluation"[MeSH] OR "Delivery of Health Care, Integrated"[MeSH] OR "Triage"[MeSH] OR "Patient Flow"[All Fields] OR "Care Coordination"[All Fields] OR "Hospital Discharge Process"[All Fields] OR "Flow Improvement"[All Fields] OR "Management Intervention"[All Fields] OR "Quality Improvement"[All Fields] OR "Process Redesign"[All Fields] OR "Demand Management"[All Fields] OR "Overcrowding Management"[All Fields] OR "Corrective Actions"[All Fields] OR "Plans and Programs"[All Fields] OR "Organizational Models"[All Fields] OR "Care Models"[All Fields] OR "Management Methodologies"[All Fields] OR "Integrated Care Systems"[All Fields] OR "Early Warning Systems"[All Fields] OR "Emergency Interventions"[All Fields] OR "Hospital Management"[All Fields]	1.611
	4. 1 AND 2 AND 3	540

Fuente: elaboración propia.

De manera complementaria se hicieron búsquedas en fuentes de literatura gris (Tabla 6, Tabla 7):

Tabla 6. Estrategia de búsqueda literatura gris número 1

Característica	Reporte	
Tipo de búsqueda	Nueva	
Bases de datos	Google Scholar	
Plataforma		
Fecha de búsqueda	12/06/2025	
Rango de fecha de búsqueda	Últimos 10 años	
Restricciones de lenguaje	Ninguna	
Otros límites	Full text	
Referencias identificadas	revisión sistemática factores sobrecarga urgencias saturación urgencias intervenciones telemedicina evaluación de programas impacto urgencias	103
	1 and programa estrategia	150
	2 and talento humano	45

Fuente: elaboración propia.

Tabla 7. Estrategia de búsqueda literatura gris número 2

Característica	Reporte	
Tipo de búsqueda	Nueva	
Bases de datos	Google Scholar	
Plataforma		
Fecha de búsqueda	12/06/2025	
Rango de fecha de búsqueda	Últimos 10 años	
Restricciones de lenguaje	Ninguna	
Otros límites	Full text	
	1 and estrategias sobreocupación urgencias colapso urgencias factores revisión sistemática	30
	1 and 2 and digital medición	16
	3 and estrategia plan evaluación programa indicadores	9

Fuente: elaboración propia

4.4 Metodología para la síntesis de la evidencia

Las referencias recuperadas se cargaron en el software Rayyan® y fueron tamizadas por dos revisores (NR – AV) de forma independiente, revisando inicialmente títulos y resúmenes, en este proceso se seleccionaron los estudios que cumplieron con los criterios de elegibilidad; como complemento a la revisión, se inició con la selección únicamente de artículos con diseño RSL, en caso que la cantidad de muestra no sea representativa o la información no presente calidad, pertinencia y completitud, se escalará a estudios primarios, tal como lo permite la revisión de alcance. La solución de conflictos en el proceso de selección fue realizada por un tercer revisor (JB).

Con base en el marco teórico, los objetivos y preguntas del proyecto, se diseñó una matriz de extracción en Excel® donde se incluyeron criterios generales como: numerador Rayyan, autor, título, año, causas, consecuencias, barreras, indicadores, estrategias o intervenciones, momentos, nivel de atención, conclusiones, entre otros.

Dicha matriz fue validada por el grupo desarrollador con el fin de verificar la alineación con el modelo teórico y que tuviera toda la información relevante para dar respuesta a los objetivos y preguntas de este proyecto. Posteriormente se realizó una prueba piloto con 4 artículos para evaluar el funcionamiento y la usabilidad de la matriz. De esta manera se redujeron los sesgos de información e incrementaron la calidad, reproducibilidad y fiabilidad de los datos recolectados.

Para la extracción de los datos, aquellos estudios en texto completo en los que se validó la elegibilidad se asignaron a 3 epidemiólogos para realizar una extracción independiente en la matriz validada.

Con la extracción del 100% de la información, entre los tres revisores se realizó consolidación y validación de pertinencia (revisión de la extracción de un 5% aleatorio del cuerpo de evidencia), para continuar con la síntesis de la evidencia de forma narrativa con los resultados más importantes de los desenlaces, bajo los siguientes ordenadores:

- Factores que contribuyen a la sobreocupación (causas o determinantes, consecuencias y barreras).

- Metodologías para medición y monitoreo de la sobreocupación.
- Descripción de las estrategias o intervenciones implementadas.
- Resultados de evaluación del impacto y la calidad.

4.5 Metodología para la evaluación de la calidad

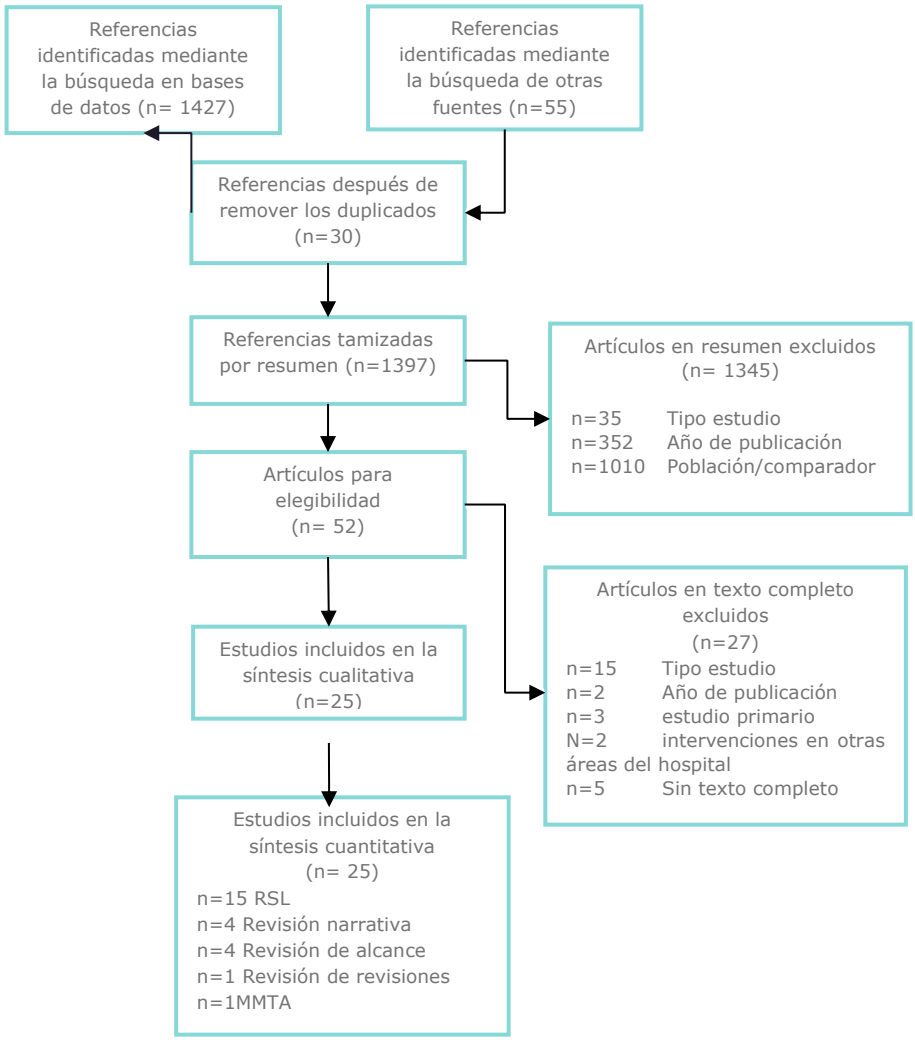
Los artículos que fueron llevados a extracción tuvieron una evaluación de la calidad mediante el juicio de riesgo de sesgo con la herramienta ROBIS. Para la síntesis narrativa de los resultados, se categorizó la evidencia según el nivel de riesgo de sesgo. Se aclara que se incluyeron revisiones narrativas como fuente de información, aunque no aplica la valoración en su calidad metodológica dada su naturaleza.

5. Resultados

El proceso de tamización presentó como resultado la construcción del diagrama PRISMA, partiendo de 1.482 referencias identificadas (1.427 en bases de datos y 55 en otras fuentes). Tras eliminar duplicados, se tamizaron 1.397 registros por título y resumen, de los cuales se excluyeron 1.345 principalmente por no cumplir con los criterios de población o comparador, año de publicación o tipo de estudio.

En la revisión de textos completos, se evaluaron 52 artículos, de los cuales 27 estudios se excluyeron por razones similares a las del proceso anterior, incluyendo la falta de acceso al texto completo e intervenciones en otras areas del hospital. Esto resultó en la inclusión final de 25 estudios en la síntesis cualitativa y cuantitativa (Ver Figura 3).

Figura 3. Diagrama PRISMA.



Fuente: elaboración propia.

5.1 Descripción bibliográfica de los artículos seleccionados

La distribución de los 25 artículos incluidos en la síntesis indica un patrón de publicación con mayor concentración en el año 2020 (20%), como en los años 2017, 2021, 2022 y 2025, aportando el 12% respectivamente; los años restantes tienen una representación menor, con 1 o 2 estudios por año. En cuanto al país de publicación, en total son 11 países incluyendo naciones de Europa, Asia, América del Norte y Oceanía, aunque la mayoría solo aporta un

estudio (3,33%); se observa concentración en dos países: Inglaterra (40%), Estados Unidos (20%) (ver Tabla 8).

Salud

Tabla 8. Descripción bibliográfica de los artículos seleccionados

Identificador	Autor	Año	Revista	Título del Articulo	País del articulo	idioma
rayyan-267852292	De Freitas L, et al	2018	Emergency medicine journal: EMJ	Interventions to improve patient flow in emergency departments: an umbrella review	Inglaterra	Inglés
rayyan-267852293	Morley C, et al	2018	PloS one	Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions	Estados Unidos	Inglés
rayyan-267852294	Lindner G and Woitok BK, 2021	2021	Wiener klinische Wochenschrift	Emergency department overcrowding: Analysis and strategies to manage an international phenomenon	Austria	Inglés
rayyan-267852296	Chan SS, et al	2015	Hong Kong medical journal = Xianggang yi xue za zhi	Strategies and solutions to alleviate access block and overcrowding in emergency departments	China	Inglés
rayyan-267852308	do Nascimento Rocha HM, et al	2021	Journal of nursing scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing	Adverse Events in Emergency Department Boarding: A Systematic Review	Estados Unidos	Inglés
rayyan-267852309	Grant, et al, 2020	2020	CJEM	Throughput interventions to reduce emergency department crowding: A systematic review	Inglaterra	Inglés

Identificador	Autor	Año	Revista	Título del Articulo	País del articulo	idioma
rayyan-267852315	Da'Costa A, et al	2025	International journal of medical informatics	AI-driven triage in emergency departments: A review of benefits, challenges, and future directions	Irlanda	Inglés
rayyan-267852316	Hesselink G, et al, 2019	2019	BMC emergency medicine	Effectiveness of interventions to alleviate emergency department crowding by older adults: a systematic review	Inglaterra	Inglés
rayyan-267852322	Benabbas R, et al	2020	The American journal of emergency medicine	Impact of triage liaison provider on emergency department throughput: A systematic review and meta-analysis	Estados Unidos	Inglés
rayyan-267852324	Beckerleg W, et al	2020	CJEM	Interventions to reduce emergency department consultation time: A systematic review of the literature	Inglaterra	Inglés
rayyan-267852328	Ortíz-Barrios, et al, 2020, 2020	2020	International journal of environmental research and public health	Methodological Approaches to Support Process Improvement in Emergency Departments: A Systematic Review	Suiza	Inglés
rayyan-267852330	Nummedal MA, et al, 2024	2024	BMC emergency medicine	Non-emergency department (ED) interventions to reduce ED utilization: a scoping review	Inglaterra	Inglés
rayyan-267852344	Jeyaraman MM, et al	2021	BMJ open	Interventions and strategies involving primary healthcare professionals to manage emergency department overcrowding: a scoping review	Inglaterra	Inglés
rayyan-267852359	Mason S, et al	2017	Emergency medicine journal : EMJ	Exit block in emergency departments: a rapid evidence review	Inglaterra	Inglés

Identificador	Autor	Año	Revista	Título del Articulo	País del articulo	idioma
rayyan-267852367	Ming, et al, 2016	2016	Advanced emergency nursing journal	Can Team Triage Improve Patient Flow in the Emergency Department? A Systematic Review and Meta-Analysis	Estados Unidos	Inglés
rayyan-267852385	Maninchedda M, et al	2023	Risk management and healthcare policy	Main Features and Control Strategies to Reduce Overcrowding in Emergency Departments: A Systematic Review of the Literature	Inglaterra	Inglés
rayyan-267852394	Mohiuddin S, et al	2017	BMJ open	Patient flow within UK emergency departments: a systematic review of the use of computer simulation modelling methods	Inglaterra	Inglés
rayyan-267852419	Lammila-Escalera E, et al, 2025	2025	Journal of medical Internet research	Safety and Efficacy of Digital Check-in and Triage Kiosks in Emergency Departments: Systematic Review	Canadá	Inglés
rayyan-267852452	Sharma S, et al, 2020	2020	International journal of nursing studies	The role and contribution of nurses to patient flow management in acute hospitals: A systematic review of mixed methods studies	Inglaterra	Inglés
rayyan-267852494	Hill J, et al, 2025	2025	AEM education and training	The effects of overcrowding, boarding, and physician-in-triage on resident education: A scoping review	Estados Unidos	Inglés
rayyan-267852504	Elder E, et al	2015	Emergency medicine Australasia : EMA	Review article: systematic review of three key strategies designed to improve patient flow through the emergency department	Australia	Inglés

Identificador	Autor	Año	Revista	Título del Articulo	País del articulo	idioma
rayyan-267852566	Michel J, et al	2024	International journal of medical informatics	Clinical decision support system in emergency telephone triage: A scoping review of technical design, implementation and evaluation	Irlanda	Inglés
rayyan-267852576	Almulihi QA, et al, 2024	2024	Medical archives (Sarajevo, Bosnia and Herzegovina)	Applications of Artificial Intelligence and Machine Learning in Emergency Medicine Triage - A Systematic Review	Bosnia y Herzegovina	Inglés
rayyan-267852796	Yarmohammadian MH, et al	2017	Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences	Overcrowding in emergency departments: A review of strategies to decrease future challenges	India	Inglés
rayyan-267852799	Agencia Canadiense de Medicamentos	2023	Canadian Journal of health Technology	Emergency Department Overcrowding in Canada: CADTH Health Technology Review Recommendation	Canadá, Ottawa (ON)	Inglés

Fuente: Elaboración propia.

En esta selección a texto completo, se identificaron términos comunes o palabras claves como "emergency department", "overcrowding", "patient flow", "triage", "boarding" y "systematic review", al igual se encontró conceptos como "throughput interventions", "discharge lounge", "AI-driven triage", "nurse-ordered testing" y "simulation modelling", relacionados con intervenciones para minimizar el flujo de pacientes, reducir tiempos de estancia y capacidad de respuesta, es pertinente resaltar el uso de terminología relacionada con herramientas tecnológicas (inteligencia artificial, quioscos digitales) que aportan a la construcción de algoritmos para predicción de alertas o clasificación automatizada de casos (Ver Tabla 9).

En lo referente a los diseños metodológicos utilizados, predomina la revisión sistemática de la literatura (58,6%), revisiones narrativas (17,2%) y revisiones de alcance (13,8%). Asimismo, umbrella review y una revisión sistemática con metaanálisis. Finalmente, un diseño mixto de tipo Mixed Methods Thematic Analysis (MMTA), que incorpora tanto análisis cualitativo como cuantitativo. (Ver Tabla 9).

Tabla 9. Descripción de palabras claves y diseño de los estudios seleccionados

Identificador	Autor	año	Diseño del estudio	Palabras clave
rayyan-267852292	De Freitas L, et al	2018	Umbrella review	Patient flow, Emergency department, Interventions, Umbrella review
rayyan-267852293	Morley C, et al	2018	Revisión sistemática	Emergency department, Crowding, Causes, Consequences, Solutions, Systematic review
rayyan-267852294	Lindner G and Woitok BK, 2021	2021	Revisión narrativa	Emergency department, Overcrowding, International, Strategies, Analysis
rayyan-267852296	Chan SS, et al	2015	Revisión sistemática	Emergency department, Overcrowding, Access block, Solutions
rayyan-267852308	do Nascimento Rocha HM, et al	2021	Revisión sistemática	Emergency department, Boarding, Adverse events, Systematic review
rayyan-267852309	Grant, et al, 2020	2020	Revisión sistemática	Throughput interventions, Emergency department, Crowding, Systematic review
rayyan-267852315	Da'Costa A, et al	2025	Revisión narrativa	AI, Triage, Emergency departments, Challenges, Future directions

Identificador	Autor	año	Diseño del estudio	Palabras clave
rayyan-267852316	Hesselink G, et al, 2019	2019	Revisión sistemática	Emergency department, Crowding, Older adults, Interventions, Systematic review
rayyan-267852322	Benabbas R, et al	2020	RSL y metaanálisis	Triage liaison provider, Emergency department, Throughput, Meta-analysis
rayyan-267852324	Beckerleg W, et al	2019	Revisión sistemática	Emergency department, Consultation time, Interventions, Systematic review
rayyan-267852328	Ortíz-Barrios, et al, 2020	2020	Revisión sistemática	Process improvement, Emergency departments, Methodological approaches, Systematic review
rayyan-267852330	Nummedal MA, et al, 2024	2024	Revisión de alcance	ED utilization, Non-ED interventions, Emergency department, Scoping review
rayyan-267852344	Jeyaraman MM, et al	2021	Revisión de alcance	Emergency department, Overcrowding, Primary care professionals, Strategies, Scoping review
rayyan-267852359	Mason S, et al	2017	Revisión narrativa	Exit block, Emergency departments, Evidence review
rayyan-267852367	Ming, et al,	2016	RSL y metaanálisis	Team triage, Patient flow, Emergency department, Meta-analysis, Systematic review
rayyan-267852385	Maninchedda M, et al	2023	Revisión sistemática	Overcrowding, Emergency departments, Control strategies, Systematic review
rayyan-267852394	Mohiuddin S, et al	2017	Revisión sistemática	Patient flow, UK, Emergency department, Computer simulation, Modelling methods
rayyan-267852419	Lammila-Escalera E, et al, 2025	2025	Revisión sistemática	Digital check-in, Triage kiosks, Emergency departments, Safety, Efficacy, Systematic review
rayyan-267852452	Sharma S, et al, 2020	2020	métodos mixtos	Patient flow, Nurses, Acute hospitals, Mixed methods, Systematic review
rayyan-267852494	Hill J, et al, 2025	2025	Revisión de alcance	Overcrowding, Boarding, Physician-in-triage, Resident education, Scoping review
rayyan-267852504	Elder E, et al	2015	Revisión sistemática	Patient flow, Emergency department, Strategies, Systematic review
rayyan-267852566	Michel J, et al	2024	Revisión de alcance	Clinical decision support, Emergency telephone triage, Technical design, Implementation

Identificador	Autor	año	Diseño del estudio	Palabras clave
rayyan-267852576	Almulihi QA, et al, 2024	2024	Revisión sistemática	Artificial intelligence, Machine learning, Emergency medicine, Triage, Systematic review
rayyan-267852796	Yarmohammadian MH, et al	2017	Revisión narrativa	Overcrowding, Emergency departments, Strategies, Future challenges
rayyan-267852799	Agencia Canadiense de Medicamentos	2023	Revisión sistemática	Emergency department, Overcrowding, Canada, Health technology, Recommendation

Fuente: Elaboración propia

5.2 Síntesis de la evidencia

Los resultados de la síntesis de evidencia serán presentados de acuerdo con las preguntas orientadoras.

5.2.1 ¿Cuáles son los principales factores o determinantes que contribuyen a la sobreocupación en los servicios de urgencias a nivel mundial y sus consecuencias?

Para dar respuesta a la pregunta orientadora, la síntesis de evidencia se enfocó en causas o determinantes, y consecuencias de la sobreocupación. Las cuales se desagregan a continuación.

5.2.1.1 Causas o determinantes de la sobreocupación

La extracción a texto completo de los artículos seleccionados permitió identificar las causas o determinantes de la sobreocupación en urgencias en seis revisiones sistemáticas que se describen a continuación y se integran en la Tabla 10.

La primera revisión realizada por Mason y colaboradores en 2017 abarcó 21 artículos completos y 9 resúmenes de conferencias. Los autores señalaron que entre las causas de la sobreocupación se encuentran el crecimiento de la población de adultos mayores, el aumento de la demanda de atención nocturna y el aumento de la demanda estacional (en países con estaciones). Además, se observó que los pacientes atendidos por medicina general presentaban tiempos de estancia más prolongados, aunado a la baja disponibilidad de camas

hospitalarias y renuencia a admitir a los pacientes a hospitalización (Mason et al., 2017).

Una segunda revisión realizada por la Agencia Canadiense de Medicamentos (CADTH, por sus siglas en inglés) y publicada en 2023 incluyó un total de 64 documentos. Se encontró que las causas de sobreocupación incluyeron la recurrencia de visitas no urgentes, el incremento en el volumen de pacientes, la complejidad de las necesidades no resueltas, el tipo de consulta, el retraso en las pruebas de laboratorio, las demoras en la toma de decisiones y consideraciones de los equipos de trabajo. Por otro lado, los autores identificaron que el acceso a los servicios de urgencias se realiza a través de diversos canales, incluyendo ambulancias, referencias de proveedores de salud y autorreferencias (CADTH, 2023).

Adicionalmente, se identificaron barreras operativas que obstaculizan la eficiencia del sistema, como el procesamiento de pacientes, la escasez de enfermeras de triage, la falta de infraestructura y la realización de tareas simultáneas. Asimismo, el bloqueo en la salida y el fenómeno de "boarding", de pacientes ("pendientes de embarque" o "pendientes de internación), el cual se refiere a la permanencia en urgencias de pacientes que tienen orden de hospitalización, y que se produce por la insuficiencia de camas. Otras de las causas son las demandas de otras áreas del hospital y los impedimentos en la salida de los servicios de urgencias, como las demoras en el transporte y la transferencia ineficiente del cuidado, y dificultades para emplear de forma eficiente los recursos disponibles (CADTH, 2023).

La tercera revisión, realizada por Morley y colaboradores en 2018, abarcó 102 revisiones donde se incluyó la identificación de las causas, consecuencias o soluciones al hacinamiento en los departamentos de urgencias. Estos autores encontraron que las causas de sobreocupación durante el input o la fase de entrada abarcan la alta demanda y la baja disponibilidad de servicios ambulatorios, lo que provoca la saturación en los procesos de admisión. En el flujo encontraron los procesos administrativos lentos, además de escasez de personal, lo cual agrava la situación. Finalmente, durante el output o la salida del paciente se identificaron causas asociadas a la falta de camas hospitalarias, generando pacientes ocupando espacios en la sala de urgencias, aumento del tiempo de atención y estancamiento (Morley et al., 2018).

Por otra parte, tenemos la revisión de Grant et al. publicada en 2020, que incluyó 99 artículos a los cuales se les realizó la síntesis cualitativa y 2 estudios a los cuales se les realizó el metaanálisis (Grant et al., 2020). Estos autores encontraron que entre las causas de la sobreocupación se encuentra la saturación por casos no urgentes, provocando retrasos desde el ingreso al departamento de urgencias, así como procesos fragmentados, elevados tiempos de espera en pruebas complementarias que aumenta la estancia y congestiona la unidad de urgencias, disponibilidad limitada de camas para pacientes que requieren hospitalización y lentitud en los procesos de alta (Grant et al., 2020).

Así mismo, en la revisión de Nummedal y colaboradores, publicada en 2024, que incluyó 210 estudios, que comprendían 183 estudios de intervención y 27 revisiones sistemáticas, evidenciaron como causas de sobreocupación durante la etapa de input el uso excesivo del servicio de urgencias para casos no críticos, provocando congestión hospitalaria desde el ingreso; durante el flujo identificaron como causa el enlentecimiento en procesos de clasificación y atención ineficaz lo cual ocasiona un estancamiento en el flujo clínico; y durante el output o la fase de salida, se describe como causa la escasez de camas disponibles lo cual resulta en la retención de pacientes en los servicios de urgencias. Adicionalmente, evidenciaron que la ausencia de copagos y el pago por uso de servicios aumentan la sobreocupación (Nummedal et al., 2024).

Maninchedda et al. (2023) hicieron una revisión que incluyó 19 estudios, donde evidenciaron que las causas de la sobreocupación están asociadas al incremento de la expectativa de vida, incremento en la carga de enfermedades crónicas, cierre de servicios de urgencias, mal manejo de la distribución de recursos, financiamiento insuficiente de atención sanitaria, que afectan las tres fases del modelo conceptual de la sobreocupación en urgencias (entrada, flujo y salida). Además, durante el flujo se genera un incremento en la demanda de servicios no programados, incremento en la demanda de atención especializada, medicina defensiva (solicitud de exámenes o procedimientos no necesariamente indicados, para evitar demandas) y en la excesiva solicitud de medios diagnósticos. Durante la salida, se evidencian cuellos de botella asociados a la ausencia de camas y dificultades en el traslado de pacientes (Maninchedda et al., 2023).

Finalmente, Ming y colaboradores publicaron en 2016 un estudio que incluyó cuatro artículos, de los cuales a dos les realizaron síntesis cualitativa y a los

otros dos metaanálisis. Los autores encontraron como causas de la sobreocupación en las unidades de urgencias que, durante la fase de entrada, los procesos de admisión presentan una lentitud y redundancia que provocan una congestión inicial, dificultando la incorporación eficiente de nuevos pacientes. Durante la etapa de flujo, encontraron causas asociadas a la ineficiencia en los flujos internos de trabajo, resultando en demoras significativas en la atención, lo que no solo afectaba la calidad del servicio brindado, sino que también provocaba una sobrecarga en el personal, que se ve obligado a gestionar un volumen de tareas mayor al que puede manejar. Finalmente, durante la fase de salida, identificaron que los procesos de alta carecen de organización adecuada, lo que conlleva una reducción innecesaria de camas disponibles, situación que genera extensión de la estancia hospitalaria, retrasos en la admisión de nuevos pacientes, afectando a los departamentos de urgencias (Ming et al., 2016).

Tabla 10. Descripción de las causas o determinantes de la sobreocupación

Autor	Causas o determinantes	Fase
CADTH, 2023; Grant et al., 2020; Nummedal et al., 2024	- Visitas al departamento de urgencias por patologías no urgentes.	Entrada
CADTH, 2023	- Visitas recurrentes al departamento de urgencias. - Aumento en la complejidad de las patologías de los pacientes.	Entrada
Mason et al., 2017	- Mayor demanda de visitas nocturnas comparado con la disponibilidad de recurso humano. - Aumento desmedido de las visitas a urgencias relacionadas con la estación.	Entrada
CADTH, 2023; Maninchedda et al., 2023; Morley et al., 2018	- Insuficiencia en la atención primaria y los servicios de salud comunitaria.	Entrada
CADTH, 2023; Maninchedda et al., 2023	- Acceso a urgencias por múltiples canales (Referencia desde atención primaria, ingreso por ambulancias, y autorreferencia).	Entrada
Maninchedda et al., 2023	- Acceso inadecuado a atención de urgencias. - Incremento en demanda de servicios no programados.	Entrada
CADTH, 2023; Nummedal et al., 2024	- Demoras en el triage, la escasez de enfermeras de triage.	Entrada
Morley et al., 2018	- Baja disponibilidad de servicios ambulatorios	Flujo

Autor	Causas o determinantes	Fase
CADTH, 2023; Grant et al., 2020	- Demoras en la toma de laboratorios.	Flujo
CADTH, 2023	- Demoras en la decisión medica durante la atención. - Personal de salud encargado de tareas simultaneas.	flujo
CADTH, 2023; Maninchedda et al., 2023	- Demoras en el procesamiento del paciente.	Flujo
Grant et al., 2020; Maninchedda et al., 2023; Ming et al., 2016; Morley et al., 2018	- Procesos internos lentos y fragmentados.	Flujo
Maninchedda et al., 2023	- Incremento en la demanda de atención especializada. - Excesiva solicitud de medios diagnósticos. - Medicina defensiva.	Flujo
Ming et al., 2016	- Proceso de hospitalización lento.	Salida
CADTH, 2023; Grant et al., 2020	- Impedimentos administrativos en la salida de los servicios de urgencias.	Salida
CADTH, 2023	- Demoras en el transporte y transferencia ineficiente del cuidado.	Salida
CADTH, 2023; Maninchedda et al., 2023; Ming et al., 2016	- Barreras administrativas para la salida de urgencias.	Salida
CADTH, 2023; Grant et al., 2020; Maninchedda et al., 2023; Morley et al., 2018; Nummedal et al., 2024	- Retención de pacientes en urgencias luego de ser referidos para admisión hospitalaria por la no disponibilidad de camas.	Salida
Maninchedda et al., 2023; Mason et al., 2017; Morley et al., 2018	- Déficit en la disponibilidad de camas de hospitalización.	Salida
Mason et al., 2017	- Renuencia para admitir a los pacientes a hospitalización. - Aumento en los tiempos de estancia en los pacientes que reciben atención en urgencias por medicina general.	Flujo Salida
CADTH, 2023	- Demandas de otras zonas hospitalarias que compiten por servicios con urgencias.	Flujo Salida
CADTH, 2023; Maninchedda et al., 2023	- Infraestructura insuficiente.	Entrada/Flujo Salida

Autor	Causas o determinantes	Fase
CADTH, 2023; Maninchedda et al., 2023; Morley et al., 2018	- Insuficiencia en el personal de salud disponible.	Entrada/Flujo Salida
Maninchedda et al., 2023	- Incremento de la expectativa de vida - Incremento en la carga de enfermedades crónicas - Cierre de servicios de urgencias - Mal manejo de la distribución de recursos - Financiamiento insuficiente de atención sanitaria	Entrada/Flujo Salida
Nummedal et al., 2024	- Pago por servicio que incentiva el uso de urgencias. - Ausencia de copagos.	Entrada/Flujo Salida

Fuente: Elaboración propia.

* Se recomienda consultar la Tabla 17, que contiene la evaluación del riesgo de sesgo de las RSL, elaborada con la herramienta ROBIS.

5.2.1.2 Consecuencias de la sobreocupación

Se encontraron seis estudios que describen las consecuencias de la sobreocupación. Los trabajos de CADTH (2023), Morley (2018), Grant (2020) y Nummedal (2024) coinciden en que la retención de pacientes en urgencias, tras ser referidos para admisión hospitalaria debido a la falta de camas, es una de las consecuencias de la sobreocupación (CADTH, 2023; Grant et al., 2020; Morley et al., 2018; Nummedal et al., 2024).

Nummedal (2024) y Ming (2016) manifiestan que la congestión en la atención de urgencias provoca un estancamiento en el flujo clínico. Adicionalmente, Ming (2016) evidenció que otra de las consecuencias de la sobreocupación es la sobrecarga del personal sanitario en los servicios de urgencias, problema crítico que afecta la calidad de la atención médica, y genera un estrés significativo en los profesionales de la salud (Ming et al., 2016; Nummedal et al., 2024). La falta de recursos y la insuficiencia de personal agravan la situación, dificultando la capacidad de respuesta ante emergencias y comprometiendo la seguridad del paciente.

Finalmente, Do Nascimento Rocha y sus colaboradores publicaron en 2021 un artículo de revisión sistemática sobre eventos adversos en las unidades de urgencias que evidenció que dentro de las consecuencias de la sobreocupación se encuentran:

a) La duración total de la estancia en el servicio de urgencias se correlaciona con un incremento en el riesgo de experimentar eventos adversos (EA) relacionados con medicamentos, así como con la aparición de múltiples EA. En particular, se observó que las personas mayores de 75 años que pasan más de 10 horas en atención de urgencias tienen más del doble de probabilidades de sufrir delirio (2.23; 95% CI = 1.13, 4.41) en un plazo de 72 horas (Do Nascimento Rocha et al., 2021).

b) Los pacientes que son atendidos en urgencias presentan una mayor probabilidad de que las órdenes médicas no se ejecuten o se retrasen, en comparación con aquellos que fueron hospitalizados (Do Nascimento Rocha et al., 2021).

c) Las personas mayores de 50 años que tienen puntuaciones de comorbilidad de Charlson superiores a cero, o que permanecen en urgencias por más de seis horas, muestran una mayor incidencia de eventos adversos en comparación con los pacientes más jóvenes, de entre 20 y 49 años, que tienen puntuaciones de comorbilidad de cero o que son dados de alta en menos de seis horas (Do Nascimento Rocha et al., 2021).

d) Los autores identificaron una correlación positiva entre el tiempo de estancia en urgencias y la mortalidad hospitalaria, sugiriendo que un mayor tiempo de estancia en las unidades de urgencias podría estar asociado con peores resultados clínicos (Do Nascimento Rocha et al., 2021).

e) Se encontró que la aparición de eventos adversos se relaciona con una mayor duración de la estancia en urgencias, el retraso en la administración de medicamentos (una hora o más de retraso después de la recopilación de datos para el registro) y el retraso en la entrega de medicamentos domiciliarios. No se evidenció una asociación entre el retraso en la administración de antibióticos y la aparición de eventos adversos, ni entre la duración de la estancia en urgencias y el retraso en la realización de pruebas de laboratorio (Do Nascimento Rocha et al., 2021).

En la Tabla 11 se sintetizan estas consecuencias según el autor.

Tabla 11. Descripción de las consecuencias de la sobreocupación

Autor	Consecuencias
CADTH, 2023; Grant et al., 2020; Morley et al., 2018; Nummedal et al., 2024	Retención de pacientes en urgencias luego de ser referidos para admisión hospitalaria por la no disponibilidad de camas (Boarding).
Grant et al., 2020; Ming et al., 2016; Morley et al., 2018	Prolongación del tiempo hospitalario.
Ming et al., 2016; Nummedal et al., 2024	Congestión en todo el proceso de atención de urgencias, con estancamiento del flujo clínico.
Ming et al., 2016	Sobrecarga del personal sanitario en urgencias
Do Nascimento Rocha et al., 2021	Mayor riesgo de eventos adversos.
Do Nascimento Rocha et al., 2021	Mayor riesgo que las ordenes medicas no se completen o se retrasen comparados con pacientes hospitalizados. Aumento de la mortalidad hospitalaria. Retraso en la administración de medicamentos previamente prescritos de manera ambulatoria y que el paciente tiene para uso crónico.

Fuente: Elaboración propia

* Se recomienda consultar la Tabla 17, que contiene la evaluación del riesgo de sesgo de las RSL, elaborada con la herramienta ROBIS.

5.2.2 ¿Qué métodos de medición y monitoreo de la sobreocupación en servicios de urgencias se evidencian en la literatura?

La literatura científica revisada reporta una amplia variedad de métodos de medición y monitoreo de la sobreocupación en los servicios de urgencias, que han sido abordados por diversos autores. Dichos autores, han identificado métricas asociadas a las fases de entrada, flujo, salida o mixtas, las cuales reflejan tanto aspectos operativos como clínicos y organizativos del sistema. Estos se presentan en la Tabla 12.

Los indicadores identificados en la fase de entrada, corresponden al 12,5% del total (64 indicadores), donde autores como Lammila-Escalera et al., (2025) y la CADTH (2023), evidencian la frecuencia de visitas a urgencias, como una de las formas de medición y monitoreo en la sobreocupación de urgencias. Otros autores evaluaron la frecuencia de visitas a urgencias, usando el número

absoluto (Lammila-Escalera et al., 2025), mientras que el informe de la CADTH (2023) se centró en la disminución de las consultas al servicio de urgencias, así como la proporción de pacientes que acudieron a urgencias y frecuencias mensuales (CADTH, 2023).

Otros autores como Michel et al. (2024) incorporaron la detección temprana de paros cardíacos en el ámbito prehospitalario, lo que refleja la necesidad de fortalecer los procesos críticos desde el ingreso (Michel et al., 2024). En esta misma fase, de entrada, Chan et al. (2015) midieron el número de reingresos en un intervalo de 30 días, evidenciando la importancia de la continuidad en la atención y la capacidad resolutiva inicial (Chan et al., 2015). Adicionalmente, se refieren a indicadores adicionales como número de readmisiones dentro de los 28 días siguientes (Mason et al., 2023), y el reingreso a urgencias (promedio de revisitas) (CADTH, 2023; Hesselink et al., 2019).

En la fase de flujo, se identifica la mayor proporción de indicadores (el 71,9% del total de indicadores) y su mayor variedad. Michel et al. (2024), subrayaron la efectividad diagnóstica en la detección de COVID-19 y sugirieron comparar la precisión diagnóstica proporcionada por la inteligencia artificial (IA) con la de los humanos (Michel et al., 2024). Otros estudios proponen indicadores relacionados con la densidad de pacientes y el uso del espacio físico, tales como el número de usuarios atendidos en pasillos o áreas no convencionales (Michel et al., 2024; Morley et al., 2018), la cantidad de pacientes por sala o unidad (Grant et al., 2020; Nummedal et al., 2024), y la identificación de cuellos de botella en la atención (Ming et al., 2016); estos permiten evidenciar la presión asistencial y la ocupación por encima de la capacidad instalada.

Asimismo, se evaluó la eficiencia y el desempeño del personal empleando indicadores cualitativos y cuantitativos (Michel et al., 2024), además de la concordancia entre los profesionales de triage (Michel et al., 2024), y se identificaron métricas que permiten valorar la capacidad de los servicios de urgencias para identificar y clasificar adecuadamente a los pacientes, garantizando una atención proporcional a su gravedad. Los autores proponen indicadores que evalúan el número de pacientes adecuadamente clasificados (Michel et al., 2024); adicionalmente, Yarmohammadian et al., (2017), evidenciaron que se pueden ofrecer múltiples opciones de Modelos de atención de urgencias (Models of emergency care o MOC) para evaluar y tratar a los pacientes y así reducir los tiempos de espera improductivos, o emplear la

precisión diagnóstica como predictor de reducción del tiempo de estancia en urgencias (Yarmohammadian et al., 2017).

Por otro lado, los tiempos de espera y estancia también constituyen indicadores de flujo. Diversos estudios evaluaron estas métricas bajo diferentes perspectivas: desde el tiempo de espera para la atención inicial, o hasta la decisión clínica (Beckerleg et al., 2020), el tiempo de admisión (De Freitas et al., 2018), tiempo de egreso y de hospitalización (CADTH, 2023), así como la duración total de la estancia en urgencias (CADTH, 2023; Chan et al., 2015; De Freitas et al., 2018; Grant et al., 2020; Ming et al., 2016; Morley et al., 2018; Nummedal et al., 2024; Ortíz-Barrios & Alfaro-Saíz, 2020; Yarmohammadian et al., 2017), el tiempo de admisión y valoración médica (De Freitas et al., 2018; Elder et al., 2015; Grant et al., 2020; Nummedal et al., 2024) y el tiempo hasta el egreso (Beckerleg et al., 2020; CADTH, 2023; Da'Costa et al., 2025; De Freitas et al., 2018; Elder et al., 2015; Mason et al., 2017; Ming et al., 2016; Mohiuddin et al., 2017; Morley et al., 2018; Ortíz-Barrios & Alfaro-Saíz, 2020; Sharma et al., 2020, 2020). Estos hallazgos muestran cómo la gestión de tiempos constituye un eje transversal para evaluar eficiencia, calidad y satisfacción del paciente.

Autores como (Chan et al., 2015; Ortíz-Barrios & Alfaro-Saíz, 2020), utilizaron escalas estandarizadas, que permiten evaluar la eficiencia, como la regla de las cuatro horas, implementada en el Reino Unido, establece que el 98% de los pacientes deben recibir atención en un plazo máximo de cuatro horas desde su llegada, ya sea admisión, traslado o dados de alta dentro de dicho intervalo tras el triage (Chan et al., 2015), lo que refleja un esfuerzo por mejorar la eficiencia en la atención (Chan et al., 2015; Elder et al., 2015; Nummedal et al., 2024; Sharma et al., 2020; Yarmohammadian et al., 2017).

En el estudio de (Ortíz-Barrios & Alfaro-Saíz, 2020), se identificó el uso de la escala NEDOCS (National Emergency Department Overcrowding Scale, por sus siglas en inglés) diseñada para estimar de forma cuantitativa el nivel de sobreocupación; esta integra el número total de pacientes en el servicio de urgencias, número de camas ocupadas en urgencias, tiempo de espera para cama en urgencias del paciente más reciente, tiempo de espera más largo para ingreso hospitalario, número de pacientes intubados en urgencias y porcentaje de camas hospitalarias ocupadas, y permite clasificar la ocupación en seis

niveles, desde "no ocupado" hasta "peligrosamente sobreocupado" (Ortíz-Barrios & Alfaro-Saíz, 2020).

Otros indicadores relevantes en el análisis del flujo incluyen el número de pacientes en espera (Da'Costa et al., 2025; De Freitas et al., 2018; Elder et al., 2015; Mason et al., 2017; Ming et al., 2016; Mohiuddin et al., 2017; Morley et al., 2018; Ortíz-Barrios & Alfaro-Saíz, 2020; Sharma et al., 2020); el tiempo que transcurre hasta que un clínico especialista atiende al paciente (CADTH, 2023; De Freitas et al., 2018; Elder et al., 2015; Grant et al., 2020; Nummedal et al., 2024), tiempo desde el triage a la salida (Ortíz-Barrios & Alfaro-Saíz, 2020), tiempos de admisión y de alta (Ming et al., 2016), duración total de la estancia (CADTH, 2023; Chan et al., 2015; De Freitas et al., 2018; Grant et al., 2020; Ming et al., 2016; Morley et al., 2018; Nummedal et al., 2024) y número de pacientes en espera de ser transferidos (Elder et al., 2015).

Adicionalmente, en lo referente al triage telefónico, se propusieron como indicadores la duración de la llamada y la decisión de triage (Michel et al., 2024).

Finalmente, es importante aclarar que algunos estudios hacen alusión al tiempo de espera, pero como un concepto amplio y sin una delimitación operacional precisa y clara (Da'Costa et al., 2025; Morley et al., 2018; Ortíz-Barrios & Alfaro-Saíz, 2020). Esta falta de claridad resalta la variabilidad tanto terminológica como metodológica en la medición de este fenómeno, lo que puede dificultar la comparación de resultados y la implementación de mejoras en los sistemas de atención en urgencias. Esta variabilidad en la definición y evaluación del tiempo de espera sugiere la necesidad de establecer criterios o indicadores más uniformes que permitan una mejor comprensión y gestión.

Los indicadores asociados a la fase de salida, equivalen al 7,8% del total de indicadores, donde múltiples autores coincidieron en estudiar la tasa de pacientes que se retiran sin ser atendidos. (Chan et al., 2015; Grant et al., 2020; Morley et al., 2018; Nummedal et al., 2024; Ortíz-Barrios & Alfaro-Saíz, 2020; Sharma et al., 2020). En esta fase, también se considera el número de pacientes que permanecen en espera de ser transferidos (Elder et al., 2015), y el tiempo de espera para la disponibilidad de una cama o la admisión hospitalaria (CADTH, 2023).

Finalmente, los indicadores mixtos corresponden al 7,8% del total de intervenciones. Como se explica en el modelo conceptual, la división en las fases de entrada, flujo y salida no siempre es exacta, y esto hace que la interpretación de algunos indicadores como de entrada, flujo o salida pueda tener diferencias según el observador; este es el caso de las readmisiones dentro de los 28 días posteriores (Mason et al., 2017), y el reingreso promedio a urgencias (CADTH, 2023; Hesselink et al., 2019). Asimismo, Michel et al. (2024) incluyeron indicadores asociados a la priorización, triage y derivación, contemplando la seguridad en pacientes de baja urgencia y el despacho apropiado de ambulancias, lo cual conecta la fase de flujo con los desenlaces de salida.

En síntesis, la revisión de la evidencia revela una diversidad de indicadores relacionados con la sobreocupación en los servicios de urgencias, que no se limita a un único parámetro, ya que incluyen la frecuencia y características de los ingresos, la eficiencia en el flujo de pacientes, los procesos clínicos y resultados críticos como la duración de las estancias, los abandonos y las readmisiones, entre otros. Estas formas de medición y monitoreo reportadas sugieren que la gestión de urgencias debe ser considerada desde múltiples perspectivas o mediante un enfoque multidimensional, que combine métricas de acceso, flujo, oportunidad, seguridad y eficiencia. Por último, se sugiere que, al desarrollar una estrategia nacional para abordar la sobreocupación, se establezca una estandarización en la definición, operacionalización y aplicación de estos indicadores, con el fin de asegurar una medición coherente y comparable.

Tabla 12. Formas de medición y monitoreo de la sobreocupación en servicios de urgencias

Objeto de la medición	Autor	Formas de medición y monitoreo	Fase
Frecuencia de visitas a urgencias	Lammila-Escalera et al., 2025	Frecuencia de visitas.	Entrada
	CADTH, 2023	Disminución en las visitas a urgencias.	Entrada
		Proporción de pacientes que acudieron a urgencias (sin diferencias globales).	Entrada
		Número de visitas mensuales.	Entrada
Sobreocupación/ eficiencia	Michel et al., 2024	Detección de parada cardiaca dentro de 60 y 90 segundos en ámbito prehospitalario.	Entrada
Reingresos a urgencias/ readmisiones	Chan et al., 2015	Número de readmisiones dentro los 30 días siguientes.	Entrada
	Mason et al., 2017	Número de readmisiones dentro los 28 días siguientes.	Entrada
	CADTH, 2023; Hesselink et al., 2019	Reingreso a urgencias (promedio de revisitas)	Entrada
Precisión diagnóstica	Michel et al., 2024	Precisión en la identificación de COVID.	Flujo
		Precisión vs operador humano.	Flujo
Atención en áreas no convencionales	Michel et al., 2024; Morley et al., 2018	Número de pacientes atendidos en pasillos.	Flujo
Densidad de pacientes	Ming et al., 2016	Número de cuellos de botella reportados.	Flujo
	Grant et al., 2020	Densidad de pacientes por sala.	Flujo
	Nummedal et al., 2024	Número de pacientes por unidad.	Flujo

Objeto de la medición	Autor	Formas de medición y monitoreo	Fase
Desempeño del personal/ sistema	Michel et al., 2024	Concordancia en triage entre medicina y enfermería.	Flujo
		Desempeño de las enfermeras (cualitativo).	Flujo
		Métricas de desempeño técnico y de personal.	Flujo
		Análisis cualitativo	Flujo
	Yarmohammadian et al., 2017	Ofrecer múltiples opciones de MOC (Modelos de atención de urgencias) para evaluar y tratar a los pacientes. Reducir los tiempos de espera improductivos.	Flujo
Precisión diagnóstica/ Eficiencia/Tiempo de estancia	Yarmohammadian et al., 2017	Precisión diagnóstica · Eficiencia ·	Flujo
		Manejo temprano de las condiciones médicas.	Flujo
		Tiempo de estancia en pacientes con condiciones médicas de agudeza baja.	Flujo
Pacientes en espera	Chan et al., 2015; De Freitas et al., 2018; Elder et al., 2015; Nummedal et al., 2024; Sharma et al., 2020; Yarmohammadian et al., 2017	Número de pacientes en espera durante determinada intervención.	Flujo
	Yarmohammadian et al., 2017	Número de pacientes que se quedan en urgencias.	Flujo
	Mason et al., 2017	Número de personas admitidas que esperan más de 8 horas en urgencias.	Flujo
Tiempo de espera	Da'Costa et al., 2025; De Freitas et al., 2018; Elder et al., 2015; Ming et al., 2016; Mohiuddin et al., 2017; Morley et al., 2018; Sharma et al., 2020	Tiempo de espera.	Flujo

Objeto de la medición	Autor	Formas de medición y monitoreo	Fase
	Ortíz-Barrios & Alfaro-Saíz, 2020	Porcentaje de reducción del tiempo de espera	Flujo
	De Freitas et al., 2018	Tiempo de espera, tasa de ingreso, pacientes pendientes de internación (boarding).	Flujo
Sobreocupación/Eficiencia. (Eficiencia, la cual está relacionada con la calidad y desempeño hospitalario en urgencias, con el objetivo de lograr un equilibrio entre rapidez, calidad clínica, uso racional de recursos y resultados hospitalarios. La eficiencia en urgencias no se limita a indicadores aislados, sino que constituye un fenómeno integral que abarca procesos asistenciales, gestión de recursos y rendimiento hospitalario, todas orientadas a garantizar simultáneamente la calidad) .	Ortíz-Barrios & Alfaro-Saíz, 2020	mNEDOCS (modified National ED Overcrowding Score).	Flujo

Objeto de la medición	Autor	Formas de medición y monitoreo	Fase
		NEDOCS (The National Emergency Department Overcrowding Scale o Escala Nacional de sobreocupación en los Servicios de Emergencia). 1. Escala NEDOCS para estimar la sobreocupación de los servicios de urgencias y su clasificación: Nivel 1 [1 – 20: No ocupado], Nivel 2 [21 – 60: Ocupado]. Nivel 3 [61 – 100: Extremadamente ocupado, pero sin sobreocupación]. Nivel 4 [101 – 140: Sobreocupación]. Nivel 5 [141 – 180: Severamente sobreocupado]. Nivel 6 [181 – 200: Peligrosamente sobreocupado].	Flujo
	Yarmohammadian et al., 2017	Número de pacientes que se quedan en urgencias	Flujo
	Beckerleg et al., 2020	Tiempo hasta la decisión.	Flujo
	Chan et al., 2015	Proporción de sobreocupación. Regla de las 4 horas: 98% de los pacientes vistos en urgencias deben ser admitidos, dados de alta o transferidos dentro de las 4 horas una vez hecho el triage.	Flujo
Tiempo a decisión clínica Tiempo de estancia	Beckerleg et al., 2020	Tiempo desde la consulta hasta la decisión y tiempo de estancia en urgencias.	Flujo
Tiempo a egreso	Ortíz-Barrios & Alfaro-Saíz, 2020	Tiempo al egreso – tiempo de flujo del paciente	Flujo
	Beckerleg et al., 2020	Tiempo de alta de urgencias.	Flujo
	Sharma et al., 2020	Tiempo de egreso de urgencias (intervalo entre la toma la decisión de dar de alta hasta la salida efectiva del departamento de urgencias).	Flujo

Objeto de la medición	Autor	Formas de medición y monitoreo	Fase
Tiempo de admisión · Tiempo de espera	De Freitas et al., 2018	Tiempo de admisión, tiempo de espera.	Flujo
Tiempo de espera · Tiempo a valoración médica	De Freitas et al., 2018	Tiempo de espera y tiempo a valoración inicial por médico	Flujo
		Tiempo de espera, tiempo de admisión.	Flujo
	Elder et al., 2015	Tiempos de estancia en urgencias	Flujo
	Grant et al., 2020; Nummedal et al., 2024	Tiempo de espera en triage.	Flujo
Tiempo de espera · Tiempo de estancia	CADTH, 2023; De Freitas et al., 2018; Hesselink et al., 2019; Sharma et al., 2020	Tiempo de espera o de estancia.	Flujo
	CADTH, 2023	Reducción de la estancia en urgencias en 36 min.	Flujo
	De Freitas et al., 2018	Tiempo de estancia, número de pacientes por hora.	Flujo
	Ortíz-Barrios & Alfaro-Saíz, 2020	Tiempo de flujo.	Flujo
		Tiempo desde el triage a la salida.	
	Ming et al., 2016	Tiempos de admisión y alta.	Flujo
	Chan et al., 2015; De Freitas et al., 2018	Duración de la estancia en el departamento de urgencias.	Flujo
	CADTH, 2023; Chan et al., 2015; De Freitas et al., 2018; Grant et al., 2020; Ming et al., 2016; Morley et al., 2018; Nummedal et al., 2024	Tiempo total de permanencia.	Flujo

Objeto de la medición	Autor	Formas de medición y monitoreo	Fase
	Yarmohammadian et al., 2017	Efecto positivo en la estancia de urgencias y tiempos de espera.	Flujo
	Elder et al., 2015	Número de pacientes en espera de ser transferidos.	Flujo
Tiempos del proceso de triage telefónico	Michel et al., 2024	Duración de la consulta médica telefónica y calidad de la decisión del triage durante esta (La calidad hace referencia a si la decisión fue adecuada, segura y clínicamente correcta para el nivel de urgencia del paciente).	Flujo
Tiempo de espera · Tiempo de estancia	CADTH, 2023	Tiempo de espera por una cama/admisión hospitalaria.	Salida
Pacientes que se retiran sin ser atendidos/no vistos	Grant et al., 2020; Morley et al., 2018; Nummedal et al., 2024	Tasa de pacientes que se retiran sin ser atendidos.	Salida
	Chan et al., 2015	Porcentaje de pacientes no vistos.	Salida
	Ortíz-Barrios & Alfaro-Saíz, 2020	Número de personas que se van sin ser atendidos.	Salida
	Sharma et al., 2020	Proporción de pacientes que se van sin ser evaluados.	Salida
Priorización, triage, derivación	Michel et al., 2024	Referencia o remisión apropiada a urgencias.	Flujo/salida
		Seguridad evaluando pacientes categoría C (La categoría C se refiere a llamadas de ambulancia leves o de baja urgencia: casos que el operador considera que no representan una amenaza inmediata para la vida (a menudo se gestionan mediante evaluación telefónica, asesoramiento o derivación no urgente, en lugar de una respuesta inmediata).	
		Despacho apropiado de ambulancias.	

Objeto de la medición	Autor	Formas de medición y monitoreo	Fase
		Detección de prioridad A+ (emergencias muy graves o potencialmente mortales - a veces corresponde a la prioridad Roja/Eco/potencialmente mortal en otras escalas de triage).	
Tiempo a egreso	CADTH, 2023	Tiempo desde la recepción de la llamada de emergencia hasta el alta de urgencias en 42 h.	Flujo/salida

Fuente: Elaboración propia

* Se recomienda consultar la Tabla 17, que contiene la evaluación del riesgo de sesgo de las RSL, elaborada con la herramienta ROBIS.

5.2.3 ¿Cómo se describen las intervenciones de gestión de la sobreocupación en términos de funcionamiento, momentos y contextos donde han sido aplicadas, en servicios de urgencias en diferentes países? y ¿Cuáles son resultados de las intervenciones de gestión de la sobreocupación que sintetiza la literatura revisada?

Las intervenciones documentadas se presentan bajo diversas denominaciones, entre ellas se resaltan soluciones, programas, sistemas, y modelos, donde se abordan soluciones relacionadas con el funcionamiento operativo o la gestión administrativa al interior del servicio de urgencias, por ejemplo: triage avanzado, optimización del flujo de pacientes, gestión de camas hospitalarias, integración de equipos interdisciplinarios, uso de herramientas de inteligencia artificial, sistemas de alerta temprana, equipos de respuesta rápida, planes de descongestión hospitalaria mediante mejor coordinación de camas, modelos de triage a cargo del médico (physician-in-triage, en inglés), programas de seguimiento post-alta y metodologías Lean para optimizar procesos internos, entre otros.

Estas intervenciones y sus resultados se describirán en los próximos apartados, según las fases de entrada, flujo y salida, y serán presentadas según aspectos involucrados en la gestión, como recursos humanos, infraestructura o sistemas de información, sin dejar atrás los contextos comunitarios como institucionales donde se aplicaron.

5.2.3.1 Descripción de las intervenciones de gestión de la sobreocupación por fase

En este apartado se presentarán las intervenciones o estrategias clasificadas según las fases de entrada, flujo y salida, tal como se evidencia en la revisión sistemática. Se observó que el 11,1% de las intervenciones corresponde a la fase de entrada, mientras que la fase de flujo concentra la mayor parte, con un 70,4%. Las intervenciones relacionadas con la fase de salida representan un 8%, y las intervenciones mixtas constituyen el 10,5% del total (total de intervenciones: 162).

Al final de este capítulo, se detallan los criterios utilizados para valorar la calidad de los estudios, según el riesgo de sesgo identificado en cada uno.

5.2.3.2 Intervenciones asociadas a la fase de entrada

La Tabla 13 presenta diversas intervenciones vinculadas a la fase de entrada en los servicios de urgencias. El propósito de estas intervenciones es mejorar la eficiencia en el acceso y la admisión a los servicios de urgencias, con el fin de reducir la sobreocupación.

Así pues, autores como Nummedal et al. (2024) realizaron una revisión de alcance en la que evaluaron las estrategias para disminuir el uso del servicio de urgencias con no urgencias. Los autores incluyeron un total de 210 fuentes primarias, y los autores destacan intervenciones como los centros de atención sin cita previa y los programas domiciliarios, que buscan asegurar la continuidad en el manejo de enfermedades crónicas y disminuir las reconsultas innecesarias (Nummedal et al., 2024). Adicionalmente, Morley et al. (2018), quienes incluyeron 102 estudios, plantean la estrategia de médicos de cabecera y centros de atención sin cita previa ubicados conjuntamente. Esta estrategia logró reducir en un 19 % el tiempo de espera para pacientes que contaban con un médico de cabecera coubicado, en comparación con urgencias sin médico de cabecera (Morley et al., 2018). Otra de las estrategias centradas en mejorar la accesibilidad a los servicios de salud y reducir la sobreocupación, y enfoca en el incremento de la cantidad de centros o médicos de atención primaria (Nummedal et al., 2024).

Otras de las estrategias, se centran en los modelos de activación prehospitalaria para trauma mayor (PAMT)**,** basados en algoritmos de aprendizaje automático, los cuales han mostrado un desempeño comparable e incluso superior al de los despachadores humanos en términos de sensibilidad y exactitud, consolidándose como una herramienta prometedora para la toma de decisiones en trauma grave

Por otro lado, Morley et al., (2018), también postulan que la ampliación de horarios de la atención primaria, mediante programas piloto de consultas disponibles los siete días de la semana es una estrategia eficiente, ya que permitió una reducción del 17,9 % al 26 % en las visitas a urgencias por causas menores; no obstante, también se observó un aumento inesperado en consultas de casos agudos (Morley et al., 2018).

Nummedal et al. (2024) describen diversas intervenciones destinadas a aumentar la capacidad en contextos no urgentes, como la creación de nuevas clínicas y la ampliación de horarios. Además, los autores destacan la importancia de las clínicas de seguimiento ambulatorio y las intervenciones domiciliarias o comunitarias, que incluyen clínicas comunitarias, enfermeras practicantes de urgencias en residencias y paramédicos o practicantes de urgencias en la comunidad. Estas estrategias se enfocan en garantizar la continuidad del cuidado, aunque no se presentan informes específicos sobre su impacto (Nummedal et al., 2024).

Otra de las intervenciones sugeridas en la revisión sistemática de Morley et al. (2018) son las intervenciones sociales, tales como campañas educativas y desincentivos financieros (mecanismos diseñados para desalentar prácticas que son perjudiciales o ineficientes, como la prestación innecesaria de servicios o la negligencia en el cuidado del paciente). Se le puede negar al profesional sanitario parte de sus ingresos o beneficios si no cumple con objetivos de calidad, eficiencia o resultados, que redujeron de manera significativa las consultas no urgentes (Morley et al., 2018).

Por otro lado, Nummedal reporta que los centros de desvío prehospitalario son instalaciones especializadas en la recepción de llamadas, donde se ofrece atención alternativa que puede incluir atención básica o de urgencias. Su función principal es "tratar y liberar", lo que permite orientar a los pacientes y proporcionarles una atención adecuada, así como determinar si es necesario trasladarlos a un servicio de urgencias. Sin embargo, los autores no refieren resultados sobre este tipo de intervención.

Otras estrategias implementadas están relacionadas con el servicio de paramédico practicante, que, gracias a su formación adicional en geriatría y cuidados paliativos, ha logrado reducir el tiempo desde la llamada de emergencia hasta el alta en urgencias en hasta 42 horas. Esta intervención no solo disminuyó la necesidad de traslados posteriores, sino que también mejoró la satisfacción de los pacientes (CADTH, 2023). Además, la toma de decisiones prehospitalarias respaldada por sistemas de decisión clínica ha contribuido a disminuir el número de traslados innecesarios a urgencias (CADTH, 2023).

En relación con los modelos de atención alternativos, Nummedal et al., (2024) destaca el triage telefónico y servicios de asesoramiento fuera de horario, y

Lammila et al. (2025) destacan los kioscos digitales como una herramienta eficaz para registrar rápidamente la información de los pacientes sobre sus síntomas antes de su llegada a urgencias. La información se vincula al sistema clínico para facilitar una evaluación más rápida al ingreso. Incluye módulos para priorizar exámenes diagnósticos; sin embargo, sus resultados son heterogéneos. Algunos estudios hallaron reducciones significativas en el tiempo de atención médica y el tiempo de triage; otros no reportaron mejoras significativas tras los ajustes. Como barrera, se reporta que los algoritmos de la plataforma tienden a sobrepriorizar los síntomas de los pacientes, aumentando el número de los que se estiman para ser atendidos en urgencias (Lammila-Escalera et al., 2025). Adicionalmente, se reportan estrategias complementarias, como la descarga y el desvío de ambulancias, que cuentan con menos evidencia cuantitativa; se consideran mecanismos útiles para agilizar los procesos de admisión y aliviar la presión sobre los servicios hospitalarios (CADTH, 2023).

Finalmente, la planificación anticipada del cuidado se ha identificado como una estrategia que registra las preferencias de los pacientes respecto a su atención futura. Esta estrategia resulta relevante en situaciones de enfermedades avanzadas o multimorbilidad, ya que contribuye a disminuir los tiempos de estancia en urgencias, aunque los autores no refieren resultados o impactos asociados a esta intervención (Nummedal et al., 2024).

Tabla 13. Intervenciones asociadas a la fase de entrada a urgencias

Intervención o estrategia	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
Centros de atención sin cita ("walk-in centres").	Son clínicas ambulatorias que atienden sin necesidad de cita previa en lugar de asistir a urgencias.	No reporta.	Nummedal et al., 2024
Médicos de cabecera y centros de atención sin cita previa ubicados conjuntamente (Co-located GPs and walk-in centres)	Es una estrategia en la que se instalan consultorios de médicos de atención primaria o centros de consulta rápida en el mismo lugar físico del servicio de urgencias hospitalarias. El objetivo es desviar a los pacientes con problemas menos graves hacia estos servicios alternativos, reduciendo la presión sobre el área de urgencias.	Se reporto un tiempo de espera un 19 % menor para pacientes de categoría 2 en urgencias con un médico de cabecera coubicado, en comparación con urgencias sin médico de cabecera. En Reino Unido, Este grupo utilizó modelos lineales para estimar el efecto del WIC (centro de atención sin cita previa) en las visitas diurnas de médicos de cabecera a otros servicios de atención urgente de la zona. Se informó de una reducción significativa del 8,3 % en las visitas de médicos de cabecera a urgencias de adultos.	Morley et al., 2018
Aumento del número de centros o médicos de atención primaria	Se enfoca en ampliar la disponibilidad de médicos o centros de atención primaria.	No reporta.	Nummedal et al., 2024
Modelo de activación prehospitalaria para trauma mayor (PAMT, por sus siglas en inglés)	El Modelo PAMT (prehospital-activated major trauma – activación prehospitalaria para trauma mayor), sistema de soporte de decisión clínica que transforma las llamadas en texto y utiliza algoritmos de machine learning (k-NN: k-Nearest Neighbours, árboles de decisión, SVM: Support Vector Machine, redes neuronales,	Modelo PAMT versus Despachadores: Modelo PAMT versus Despachadores: Exactitud: 76,6% vs. 76,8% Exactitud en casos inciertos: 73,57% vs. 66,34% Sensibilidad: 53% vs. 63,1% Especificidad: 86,7% vs 85%	(Michel et al., 2024)

Intervención o estrategia	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
	naïve Bayes) para apoyar la activación prehospitalaria en casos de trauma mayor	Valor predictivo positivo (VPP): 67% vs. 71,7% Valor predictivo negativo (VPN): 81,6% vs. 80,3%	
Atención primaria con horarios de atención extendidos	Amplía el acceso a consulta médica fuera del horario habitual para evitar el uso de urgencias por causas no urgentes. Los autores refieren que es una apertura de una clínica de atención primaria atendida por médicos generales. Es de pago por usuario y se realiza en un centro regional con un servicio de urgencias.	Un grupo del Reino Unido evaluó el impacto de un programa piloto de 7 días de duración para la apertura de consultas de medicina general en el centro de Londres. Los autores observaron una reducción significativa de 7,04 pacientes por día en los grupos clasificados como triage 4 y 5 acorde a la escala australiana de triage (ATS, Australian triage scale), lo que representa una disminución total del 8,2% en las presentaciones. Por otro lado, se ha registrado un incremento diario de 1,36 pacientes en los grupos catalogados como triage 1, 2 y 3, acorde a la escala australiana de triage, lo que equivale a un aumento total del 1,6% en las presentaciones.	Morley et al., 2018
Aumento de capacidad en entornos no-urgentes (p. ej., nuevas clínicas, horas ampliadas).	Pueden ser médicos generales organizados en red, disponibles en o cerca de urgencias y fuera de horario, pueden funcionar mediante diferentes modelos (contratos privados o cooperativas).	No reporta.	Nummedal et al., 2024
Intervenciones domiciliarias y/o comunitarias	Clínicas comunitarias: Brindan atención básica y preventiva y su objetivo es la atención de pacientes mayores con problemas médicos agudos.	No reporta.	Nummedal et al., 2024

Intervención o estrategia	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
	Enfermera practicante de urgencias en residencias: Brinda intervención directa en residencias para pacientes mayores frágiles.	No reporta.	Nummedal et al., 2024
	Paramédicos/practicantes de urgencias en la comunidad: Brinda atención prehospitalaria avanzada para pacientes mayores	No reporta.	Nummedal et al., 2024
Intervenciones sociales	Son intervenciones poblacionales y de política sanitaria que actúan sobre la demanda de urgencias para reducir el ingreso de pacientes no críticos y, con ello, aliviar la presión sobre los servicios de urgencias, incluyen campañas educativas, desincentivos financieros y redirección	La implementación de desincentivos financieros para las presentaciones no urgentes comenzó a reducir las presentaciones una vez que el costo excedió las tarifas cobradas por las clínicas de atención primaria. La redirección de las presentaciones no urgentes a centros alternativos tuvo éxito inicialmente, pero se interrumpió debido a incidentes adversos de relaciones públicas.	Morley et al., 2018
Centros de desvío prehospitalario	Son centros especializados en recibir llamadas donde ofrecen atención alternativa como atención básica o de urgencias, permitiendo orientar y brindar una atención alternativa o confirmar si se requiere resolver en urgencias.	No reporta.	Nummedal et al., 2024
Servicio de paramédico practicante	Los paramédicos practicantes reciben capacitación adicional (p. ej., cuidados paliativos, gerontología) para "evaluar y tratar" o para derivar a adultos mayores con una variedad de condiciones, como parte de la atención prehospitalaria.	Comparador: servicio de paramédico inactivo Favorable: reducción del tiempo desde la llamada de emergencia hasta el alta en urgencias en 42 horas (IC95% 59.5 a 25 horas). La intervención resultó en menos traslados posteriores a urgencias. Aumento en la satisfacción del paciente, medida con la encuesta EQ-5D	CADTH, 2023

Intervención o estrategia	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
Toma de decisiones prehospitalaria de los Servicios Médicos de Emergencia	Toma de decisiones prehospitalaria por parte de los primeros respondedores con formación y acceso a sistemas de decisión prehospitalaria y herramientas de apoyo a la decisión asociadas.	Comparador: transporte directo a urgencias Favorable: la intervención resultó en menos traslados posteriores a urgencias.	CADTH, 2023
Triage telefónico y servicios de asesoramiento fuera de horario	Brinda orientación médica por teléfono antes de acudir a urgencias	No reporta.	Nummedal et al., 2024
Quioscos digitales de registro	Es una plataforma digital que les permite a los pacientes ingresar información sobre sus síntomas antes de llegar al servicio de urgencias. La información se vincula al sistema clínico para facilitar una evaluación más rápida a la admisión ingreso. Incluye módulos para priorizar exámenes diagnósticos.	Resultados heterogéneos. Un estudio reportó una precisión de 27,2%, mientras que otros alcanzaron hasta el 88,5 %. El impacto en los tiempos de espera fue desigual. Si bien algunos estudios hallaron reducciones significativas en el tiempo de atención médica y el tiempo de triage, otros no reportaron mejoras significativas tras los ajustes. Los quioscos demostraron una alta usabilidad; un estudio reportó una tasa de utilización del 97 % entre los usuarios de urgencias.	(Lammila-Escalera et al., 2025)
Estrategias de desvío de ambulancias	Protocolos de desvío en urgencias para ambulancias que transportan pacientes con condiciones no urgentes que pueden ser adecuados para recibir atención en centros que ofrecen atención subaguda (es decir, centros que brindan atención primaria o atención multidisciplinaria para pacientes sin	No reporta	CADTH, 2023

Intervención o estrategia	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
	necesidades inmediatas o agudas) en lugar de servicios de urgencias.		
Estrategias de descarga (transferencia y recepción) de ambulancias	Personal y espacios dedicados para la descarga de ambulancias, incluida la descarga hacia sillas.	No reporta	(CADTH, 2023)
Planificación anticipada del cuidado	Es una estrategia que registra las preferencias del paciente respecto a su atención futura, especialmente en situaciones de enfermedades avanzadas o múltiples condiciones de salud.	No reporta.	Nummedal et al., 2024

Fuente: Elaboración propia

* Se recomienda consultar la Tabla 17, que contiene la evaluación del riesgo de sesgo de las RSL, elaborada con la herramienta ROBIS.

5.2.3.3 Intervenciones asociadas al flujo

En relación con las intervenciones estudiadas para abordar la sobreocupación en urgencias, clasificadas para la fase de flujo, se presentan a continuación. El detalle de la descripción y resultados reportados pueden ser consultados en la Tabla 14.

La implementación de vías rápidas (*fast track*) se orienta a reducir los tiempos de acceso a una atención resolutiva, favoreciendo la canalización oportuna de pacientes de baja complejidad. Esta medida contribuye a optimizar el recurso humano y a fortalecer la capacidad resolutiva, la seguridad y la satisfacción del paciente (Chan, DeFreitas y Yarmohammadian). En esta línea, la CADTH (2023) reconoce la instauración de zonas de evaluación rápida o *fast track* como una intervención con alto potencial, destinada a distinguir entre pacientes ambulatorios y aquellos que precisan hospitalización.

Lindner y Woitok (2021) refieren que los modelos de vía rápida para patologías de menor gravedad, disminuyen los tiempos de espera y reducen el abandono de pacientes sin atención, aunque los estudios no siempre reportan datos cuantitativos (Lindner & Woitok, 2021). Morley et al. (2018) documentan la efectividad de áreas de atención rápida y flexible (*fast track*), particularmente en pacientes de baja agudeza, con mejoras sustanciales en el cumplimiento de estándares nacionales de tiempos de espera (Morley et al., 2018).

Asimismo, Grant (2020) describe intervenciones específicas como la vía rápida pediátrica y la vía rápida basada en Lean, con reducciones promedio de 27 a 46 minutos en la estancia hospitalaria, además, mostraron que las zonas de vía rápida y las vías quirúrgicas de baja agudeza reducen la estancia total entre 12 y 60 minutos (Grant et al., 2020).

En relación con el triage y la priorización de pacientes, en una revisión sistemática que incluyó 12 estudios primarios, Benabbas et al. (2020) identificaron que la presencia de un médico de enlace en el triage se asoció con una reducción significativa del riesgo de pacientes que abandonan sin ser atendidos, aunque los efectos sobre la duración de la estancia fueron heterogéneos y no hay información suficiente para determinar si este médico puede ser un residente o debe ser el especialista tratante (Benabbas et al., 2020). De Freitas et al. (2018) evidencian que la incorporación de médicos en

el triage redujo el tiempo de estancia hospitalaria en un rango de 10 a 36 minutos (De Freitas et al., 2018).

Grant y colaboradores (2020) profundizan en múltiples modalidades de triage asistido —incluyendo médicos seniors, equipos interdisciplinarios y enfermería avanzada—, reportando reducciones variables de hasta 174 minutos, dependiendo de la intervención implementada (Grant et al., 2020).

Se identificaron modelos como "team triage" o equipo de triage y redistribución de roles entre enfermería y médicos o también denominados como actividades de reorganización de funciones clínicas y administrativas entre distintos miembros del equipo de salud dentro del servicio de urgencias, que puede incluir no solo médico y enfermera, sino también el apoyo clínico de otras profesiones previamente entrenadas (Morley et al., 2018); el equipo actúa en el momento inicial del contacto, realizan la clasificación temprana, determinan el tipo de urgencia y pueden iniciar pruebas o tratamientos básicos (De Freitas et al., 2018; Grant et al., 2020). Morley et al. (2018) muestran que la evaluación médica temprana por un médico experimentado redujo 14 minutos en el tiempo de tratamiento y un 2 % en las tasas de pacientes sin hospitalización (Morley et al., 2018).

Por su parte, en la revisión sistemática por Yarmohammadian et al. (2017), que incluyó 30 estudios, se describen modelos de triage interprofesional y organizativo que mejoran la precisión en la evaluación inicial y reducen la estancia de pacientes de baja complejidad, además de favorecer la coordinación entre equipos. Sin embargo, el equipo de triage no es implementable si no se logra atender a tiempo a los pacientes de acuerdo a su gravedad (Yarmohammadian et al., 2017). Lindner et al. (2021), sin embargo, advierten que el triage conjunto entre médicos y enfermeras no mostró impacto significativo en tiempos de espera o tratamiento (Lindner & Woitok, 2021).

El triage asistido por médicos (Physician-Assisted Triage, PAT) se reportaron por Elder (2015) y Hill (2025), quienes describen modelos donde médicos de urgencias se integran al proceso de triage junto con enfermeras, con el fin de lograr una estratificación más detallada y permitir intervenciones médicas inmediatas en el punto de entrada (Elder et al., 2015; Hill et al., 2025). Elder et al. reportaron que el 48.9% de los pacientes con lesiones menores fueron dados de alta inmediatamente tras la evaluación con PAT, frente a 33.4% que

requirieron evaluación adicional o derivación a atención primaria. La CADTH (2023) describe que los protocolos de triage avanzado (PTA), permiten al personal de triage iniciar acciones diagnósticas o terapéuticas antes de la valoración médica, comparado con protocolos tradicionales de triage como CTAS o MTS, se encontró una reducción de 36 minutos en el tiempo de estancia en urgencias (IC 95 % 55 a 17 minutos) (CADTH, 2023).

Por su parte, Da' Costa (2025) revisó los sistemas de triage asistidos por inteligencia artificial (IA) en urgencias, que incorporan diversas herramientas tecnológicas. Estos incluyen plataformas para recolección y procesamiento de datos clínicos, demográficos y de dispositivos portátiles; modelos algorítmicos basados en *machine learning* para identificar patrones complejos, analítica en tiempo real que ajusta dinámicamente la priorización de pacientes, y procesamiento de lenguaje natural que interpreta notas médicas y descripciones en texto libre. Los autores concluyeron que en el momento hay barreras debido a la variabilidad y calidad de los datos, aunado al sesgo de los algoritmos, la falta de validación externa de los mismos y los retos éticos y legales. Los autores encontraron una reducción hasta en un 30% los tiempos de espera y en un 20% el tiempo hasta la intervención, además de la disminución de la variabilidad derivada de juicios clínicos subjetivos (Da'Costa et al., 2025).

Por otro lado, el triage y telemedicina se abordaron en una revisión sistemática por Grant (2020) que incluyó 4 estudios, documenta estrategias como la teleadmisión y la tele-triage, que lograron reducciones modestas, entre 0,3 y 8 minutos en promedio, en la duración de la estancia (Grant et al., 2020).

De igual manera, la expansión de las funciones de enfermería constituye una de las estrategias más relevantes para optimizar la atención en urgencias, referida por distintos autores. Su propósito central es incrementar la autonomía clínica de estos profesionales en la evaluación, el diagnóstico y la toma de decisiones terapéuticas. En ese sentido, Elder et al. (2015) describen figuras como las enfermeras de iniciativa clínica, habilitadas para iniciar procedimientos como la solicitud de radiografías o la administración de analgésicos, y enfermero/a de práctica avanzada con formación que les permite diagnosticar, prescribir y derivar pacientes, con resultados según el tipo de intervención, por ejemplo, la incorporación de enfermero/a de práctica avanzada y enfermeras de iniciativa clínica permitió disminuir los tiempos hasta la primera consulta médica y, en algunos casos, el tiempo total de estancia en urgencias; mientras que, la

analgesia iniciada por enfermeras redujo los tiempos de administración, aunque el impacto en la duración total de la estancia fue limitado. (Elder et al., 2015).

Adicionalmente, Sharma et al. (2020) detallan tanto el rol estratégico (gestores de casos, enfermeros navegantes o guías asistenciales, coordinadores de flujo y de altas hospitalarias, entre otros) como el rol operacional de las enfermeras, que incluye la gestión de camas, asignación de recursos y negociación para facilitar traslados. Así mismo, se documenta un rol expandido en el que enfermeras de práctica avanzada asumen funciones clínicas tradicionalmente médicas, como evaluaciones físicas, solicitud de pruebas diagnósticas y otorgamiento de altas. La implementación de roles de enfermería en gestión y coordinación del flujo asistencial mejoró la eficiencia en urgencias, reduciendo tiempos de espera, estancia, además de disminuir quejas y aumentar la satisfacción del personal. Los resultados sobre readmisiones fueron mixtos (Sharma et al., 2020).

Con relación a lo anterior, Yarmohammadian et al. (2017), Grant et al. (2020) y la CADTH (2023) describieron la autorización para que enfermeras soliciten radiografías siguiendo protocolos estandarizados . Yarmohammadian et al. (2017) y Grant et al. (2020) documentaron reducción en los tiempos de espera y estancia hospitalaria en hasta 60 minutos, especialmente en lesiones de extremidades según las reglas clínicas de Ottawa, las cuales son medidas estandarizadas. De Freitas et al. (2018) encontraron reducciones medias de entre 10 y 37 minutos en la estancia con esta práctica (De Freitas et al., 2018). En contraste, la CADTH, en una revisión sistemática encontró que las radiografías solicitadas por enfermeras en adultos con lesiones en las extremidades distales no mostraron diferencias en el tiempo transcurrido desde el triage hasta la evaluación médica, en comparación con aquellas solicitadas por médicos en el departamento de emergencias (CADTH, 2023).

Morley et al. (2018) reportan que la incorporación de una enfermera coordinadora de flujo, como parte de la política NEAT en Australia. Este rol se centra en identificar retrasos en pacientes con más de tres horas de permanencia en urgencias, logrando un aumento en el cumplimiento del estándar de atención en menos de cuatro horas y reducciones significativas en los tiempos de estancia (Morley et al., 2018) De manera similar, Grant et al. (2020) evidenciaron que la figura del coordinador de urgencias logró disminuir en 87 minutos la estancia total (Grant et al., 2020).

Por su parte, Chan et al. (2015) describen la implementación de una estrategia con enfermeras practicantes (ENP) de urgencias y de vía rápida. Esta estrategia hace referencia a circuitos rápidos de baja complejidad gestionados por enfermeras practicantes, quienes realizan procedimientos menores y derivan de manera autónoma a servicios complementarios. Este modelo ha demostrado una reducción cercana al 50 % en los tiempos de espera, así como una mejora significativa en la satisfacción de los usuarios, sin comprometer la calidad asistencial. No obstante, existe un debate sobre la rentabilidad de designar una enfermera practicante (al menos con el grado de enfermera practicante avanzada) para realizar tareas que pueden ser realizadas por un médico residente junior (Chan et al., 2015).

Por otra parte, se menciona que las pruebas diagnósticas en el punto de atención permiten agilizar la toma de decisiones clínicas, por ejemplo, pruebas virales rápidas para influenza, COVID-19, virus sincitial respiratorio (VRS) y otros virus respiratorios, sin haberse encontrado diferencias al compararse con la atención habitual sobre el tiempo de estancia en urgencias en salas pediátricas (CADTH, 2023). Las pruebas diagnósticas en el punto de atención (POC) han emergido como una estrategia esencial para disminuir los tiempos de espera de resultados. Morley et al. (2018) reportaron reducciones promedio de 44 minutos en la duración de la estancia cuando se implementan laboratorios satélite en urgencias con disponibilidad 24/7 (Morley et al., 2018). Una de las intervenciones más efectivas fue la incorporación de la prueba de dímero D en el laboratorio satélite, la cual redujo en 80 minutos el tiempo total de estancia (Grant et al., 2020). De manera similar, De Freitas et al. (2018) encontraron reducciones promedio de 21 minutos con pruebas diagnósticas realizadas directamente en el servicio de urgencias (De Freitas et al., 2018).

En paralelo, el uso de pruebas y ecografía en el punto de atención (POCT/POC-US), analizado por Yarmohammadian et al. (2017), redujo tiempos de laboratorio, aunque en algunos casos incrementó la estancia total hasta en 80 minutos debido al aumento en el flujo de pruebas solicitadas. Los autores indican que la variedad de pruebas es una variable que también afecta el tiempo de espera y la duración de la estancia hospitalaria. Adicionalmente, esta es una estrategia que solo podría ser costo-efectiva si el paciente es dado de alta en esa misma atención por enfermería; de lo contrario, aumentaría los costos, por lo tanto, su impacto limitado si muchos pacientes necesitan laboratorios (Yarmohammadian et al., 2017).

Asimismo, Lindner y Woitok (2021) señalan que la introducción de equipos de diagnóstico en el punto de atención disminuyó en una hora el tiempo promedio de tratamiento, mejorando la rapidez en la definición de egresos (Lindner & Woitok, 2021).

Adicionalmente, Chan et al. (2015) describen la coubicación de la atención primaria dentro de los servicios de urgencias como una medida que, en ciertos contextos, disminuye las visitas innecesarias y los tiempos de espera, aunque la evidencia permanece heterogénea (Chan et al., 2015).

Otra modalidad de organización es el ordenamiento en urgencias mediante la asignación de proveedores de nivel medio en áreas de evaluación rápida durante picos de demanda. En esta experiencia, Grant et al. (2020) evidenciaron una reducción de 58 minutos en la estancia total, mostrando la utilidad de ajustar recursos humanos según el volumen de pacientes, y en cuanto a la participación de médicos de atención primaria en la atención de urgencias por lesiones menores y musculoesqueléticas se reportó una reducción de 81 minutos en la estancia total (Grant et al., 2020).

De forma complementaria, Beckerleg et al. estudiaron intervenciones como la modificación de patrones en la programación, distribución y uso de personal, así como la reestructuración del proceso de consulta mediante contacto directo con jefes de residentes, esta última redujo en 179 minutos el tiempo entre la consulta y la decisión, y en 290 minutos la estancia en urgencias, con resultados sostenidos a un año (Beckerleg et al., 2020).

De Freitas et al. (2018) añaden que cambios en la dotación de personal y la reorganización estructural se asociaron con menores tiempos de espera (De Freitas et al., 2018).

Por otro lado, los protocolos de capacidad llena o total son herramientas organizativas que permiten redistribuir pacientes en el hospital durante periodos de saturación. De Freitas et al. (2018) observaron una disminución significativa en la estancia hospitalaria en urgencias (De Freitas et al., 2018), mientras que Mason et al. (2017) señalan que estos protocolos reducen el hacinamiento y mejoran el flujo, aunque con posibles riesgos en seguridad y satisfacción. (Mason et al., 2017).

Las estrategias de flujo en todo el hospital, descritas por Mason et al. (2017), abarcan políticas de ingreso, alta y redistribución de recursos, con impacto positivo en la reducción de bloqueos (Mason et al., 2017).

En cuanto a gestión de calidad y educación, Beckerleg et al. (2020) señalan que la implementación de guías institucionales ha permitido reducir en 21 minutos el tiempo transcurrido entre la consulta y la toma de decisión clínica. Asimismo, programas de educación, auditoría y retroalimentación dirigidos a residentes permitieron una reducción de 92 minutos en el tiempo transcurrido entre la consulta y la toma de decisiones y una disminución de 40 minutos en las estancias en urgencias (Beckerleg et al., 2020). Grant et al. (2020) documentan que a través de mejoras en la gestión interna hubo una reducción en el tiempo de estancia total de 38 minutos (Grant et al., 2020).
Las estrategias de coordinación y transición de la atención buscan organizar de forma deliberada el trabajo entre varios actores del sistema de salud (incluido el paciente) para mejorar la continuidad y calidad del cuidado. Involucran gestión de casos, reasignación de roles y apoyo a la autogestión. En comparación con la atención habitual, se reportó reducción de visitas a urgencias (CADTH, 2023). Otra de las estrategias propuestas para reducir la sobreocupación en urgencias es la creación de centros de comando hospitalario que gestionan en tiempo real la asignación de camas y el flujo de pacientes descritas por la CADTH (2023).

Sobre la gestión de camas, Mason et al. (2017) mostraron que los sistemas electrónicos de gestión de camas mejoran la eficiencia global mostrando efectos positivos en la reducción de la estancia media y en la eficiencia del flujo (Mason et al., 2017).

En un enfoque alternativo, el uso de flujos de división vertical, que asignan camillas virtuales a pacientes de baja agudeza, permitió una reducción de 17 minutos en la estancia, mientras que la sustitución de camillas por sillas reportó disminuciones de hasta 114 minutos en el tiempo total de permanencia (Grant et al., 2020).

Con relación a la creación de unidades funcionales dirigidas a subpoblaciones específicas, estas han mostrado resultados positivos. De Freitas et al (2018), destacan la utilidad de unidades de corta estancia para reducir la estancia de pacientes (De Freitas et al., 2018). Elder (2015) describe las Unidades de

Evaluación Médica (MAU), áreas hospitalarias de corta estancia destinadas a pacientes con condiciones agudas y complejas, que permiten diagnóstico y decisión rápida sobre ingreso o alta, y dentro de los resultados se obtuvo la disminución de las admisiones en hasta 15% y la estancia total en aproximadamente 2 días por paciente (Elder et al., 2015).
Chan et al. (2015) concluyeron que las unidades de observación reducen las hospitalizaciones innecesarias y el desvío de ambulancias, mejorando el acceso, y disminuyendo la proporción de pacientes ingresados desde urgencias del 36 % al 26 % en un estudio estadounidense (Chan et al., 2015).

Finalmente, las estrategias asociadas a unidades funcionales hospitalarias, como las unidades de crisis de corta estancia para salud mental, han mostrado un impacto clínico favorable. Estas unidades lograron disminuir significativamente el tiempo de permanencia en urgencias, reduciéndolo en 164 minutos. También se observó una disminución en el número de pacientes que permanecieron en urgencias por más de 24 horas. Adicionalmente, se registró una reducción promedio de 189 minutos en la espera a una cama o transferencia y menores tasas de uso de medidas coercitivas, lo que contribuye a una mayor seguridad para los pacientes. (CADTH, 2023).

Dentro de las estrategias de streaming o canalización de pacientes los resultados son mixtos, la revisión sistemática por De Freitas et al. (2018) y el estudio de Grant (2020) reportan reducciones consistentes en la estancia hospitalaria (9,5 a 36 minutos) (De Freitas et al., 2018; Grant et al., 2020).
Yarmohammadian et al. (2017) documentaron la implementación de modelos de travesía ideal y evidenciaron la importancia de ofrecer rutas diferenciadas para pacientes según su nivel de complejidad, optimizando así la continuidad y fluidez de la atención, concluyendo que al canalizar pacientes hacia el recurso más adecuado se reduce la duplicación de procesos

Algunos estudios reportaron el uso de herramientas o sistemas de información como por ejemplo, tableros electrónicos de seguimiento e ingreso informatizado de órdenes médicas, este último con resultados heterogéneos (De Freitas et al., 2018). Morley et al. (2018) estudiaron el registro a pie de cama, que consiste en realizar el proceso administrativo junto al paciente. Esta práctica redujo los tiempos de asignación de sala tras el triage, aunque la mejora no se sostuvo a los 12 meses (Morley et al., 2018).

Acorde a las tecnologías basadas en inteligencia artificial (IA), Almulihi et al. (2024) reportan que un modelo de procesamiento de lenguaje clínico alcanzó una precisión del 83 %, con sensibilidad del 72 % y especificidad del 86 %, contribuyendo a acelerar diagnósticos y apoyar decisiones críticas (Almulihi et al., 2024). Por su parte, Beckerleg et al. (2020) describen la utilización de formularios estandarizados para la primera consulta psiquiátrica, lo que redujo el tiempo entre la consulta y la decisión en aproximadamente 79 minutos, aunque sin cambios en la estancia total (Beckerleg et al., 2020).

Dentro de los modelos basados en inteligencia artificial y aprendizaje automático, se agrupan estrategias que contemplan el uso de modelos de aprendizaje automático, los cuales constituyen una innovación reciente en la gestión de urgencias. El modelo de bosque aleatorio, que combina múltiples árboles de decisión para predecir desenlaces críticos, alcanzó un área bajo la curva (AUC) de 0,991 para resultados graves y de 0,943 para hospitalización, superando el desempeño del triage convencional (Almulihi et al., 2024).
Otros modelos híbridos como modelos de aprendizaje automático combinado potenciado por gradiente (KATE) que integran bosques aleatorios con redes neuronales han mostrado AUC cercanos a 0,80, con sensibilidades de 0,67 y especificidades de 0,78, lo que evidencia su utilidad para anticipar necesidades de hospitalización (Almulihi et al., 2024).

Los sistemas de soporte de decisión clínica (SSDC), tanto basados en conocimiento como en datos, buscan optimizar la toma de decisiones médicas mediante herramientas digitales que orientan, priorizan y evalúan la severidad de los casos. Michel et al. describieron que los SSDC basados en conocimiento utilizan algoritmos de decisión guiados por guías clínicas o experiencia profesional, dirigidos principalmente a personal de salud como enfermeras, paramédicos y médicos. Se aplican tanto a la población general como a grupos específicos (pediátricos, COVID-19, trauma) y algunos permiten anular decisiones automatizadas. En general, con su uso se reportaron mejoras en la precisión diagnóstica, reducción de despachos innecesarios de ambulancias, ahorro de costos y mayor seguridad en la atención telefónica de pacientes de baja urgencia. Por otro lado, los SSDC basados en datos emplean modelos de inteligencia artificial y aprendizaje automático, que generan predicciones a partir de información clínica, registros y audio de llamadas. Diseñados para situaciones críticas (como paro cardíaco o COVID-19), mostraron un desempeño con exactitudes de hasta 93% y sensibilidades entre 53% y 85%. El sistema Corti.ai,

evaluado en Dinamarca, mejoró la detección de paros cardíacos extrahospitalarios frente a los despachadores humanos (Michel et al., 2024). Finalmente, es importante destacar que la implementación de estos sistemas aún es limitada y las metodologías de evaluación variaron ampliamente (Michel et al., 2024).

Tabla 14. Descripción de las intervenciones asociadas a la fasede flujo

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
Enfermeras practicantes (ENP) de urgencias y de vía rápida.	Consiste en implementar un circuito rápido para pacientes de baja complejidad, manejado por personal específico incluyendo enfermeras especialistas de urgencias. Un principio clave del uso de sistemas de atención acelerada es contar con personal experimentado y competente designado para "ver y tratar" a los pacientes. la incorporación de profesionales de la salud en estos sistemas para la atención y el tratamiento de estrategias iniciales puede aumentar aún más la eficiencia en la reducción de la congestión. trabajan 5 días a la semana para atender y tratar a pacientes, con un total de hasta 20 pacientes por turno de 8 horas, con responsabilidades integrales que incluyen la realización de procedimientos menores, como suturas, junto con una amplia gama de servicios de atención de	Reducción del tiempo de espera en aproximadamente un 50% y reducción de la estancia total en urgencias, con mejora en la satisfacción del paciente. Los estudios incluidos en la revisión revelaron que los sistemas de atención acelerada redujeron los tiempos de espera de los pacientes y la duración total de la estancia en urgencias. También se redujo la tasa de pacientes que se marcharon sin ser atendidos. Además, la calidad de la atención no se vio comprometida, como lo demuestran los datos sobre la satisfacción del paciente, las reincidencias no programadas y las tasas de mortalidad.	Chan et al., 2015

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
	enfermería para los pacientes que han atendido. Las enfermeras practicantes también necesitan autonomía para derivar pacientes a radiografías y servicios de salud afines (por ejemplo, fisioterapia), lo cual constituye un obstáculo importante para el desarrollo eficaz de su servicio.		
Aceleramiento de la ruta del paciente	Son vías rápidas para el tratamiento de pacientes con síntomas o enfermedades menos graves ya está establecida en muchas salas de urgencias. A menudo bajo el nombre de "consultorio de urgencias". En algunos lugares, con la ayuda de médicos de familia, estos prestan su servicio obligatorio fuera del horario laboral para urgencias menores.	El establecimiento de una vía rápida en los servicios de urgencias demostró una reducción en los tiempos de espera y tratamiento de los pacientes. También se observó una reducción en el número de pacientes que abandonaron la sala de urgencias antes de ser atendidos por un médico, sin embargo, no se evidencian datos cuantitativos.	Lindner & Woitok, 2021
Zonas de evaluación rápida	Son áreas en la unidad de emergencias destinadas para pacientes ambulatorios sin necesidad de cama.	Reducción media de la duración de la estancia en urgencias de 21 min (−8 min–54 máx.).	De Freitas et al., 2018
Zonas de evaluación rápida (*Fast Track*)	Son áreas dentro del servicio de urgencias dedicadas a pacientes	Los sistemas de atención acelerada redujeron los tiempos de espera de los pacientes y la duración total de la estancia	Chan et al., 2015

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
	con problemas leves o de baja complejidad, permiten atender de forma rápida y eficiente a los pacientes para acelerar la atención de casos sencillos.	en urgencias. También se redujo la tasa de pacientes que se marcharon sin ser atendidos. Sin embargo, no especifican porcentajes o medidas cuantificables.	
Zonas de evaluación rápida (*Fast Track*)	Vía separada para pacientes con quejas menores. Son espacios específicos en los departamentos de urgencias donde pacientes con síntomas menores y sin necesidad de una cama pueden ser atendidos.	Se reporta disminución en los tiempos de espera, sin embargo, no se generan datos cuantitativos.	De Freitas et al., 2018
Zonas de evaluación rápida (Fast Track)	Pacientes no urgentes con enfermedades no complicadas a cargo de enfermeras y doctores. Coberturas del 10% al 30% de pacientes vistos en urgencias.	Se redujo el número total de pacientes ingresados en urgencias. mejoro la satisfacción y la seguridad de los pacientes. Los pacientes recibieron una atención de alta calidad. Se considero que un equipo de asistencia de triage suplementario, compuesto por médico y enfermera, es más rentable que el triage en equipo durante periodos con mayor volumen de pacientes.	Yarmohammadian et al., 2017
Zonas de evaluación rápida (*Fast Track*)	Los proveedores de nivel medio y los técnicos de urgencias atienden a pacientes de baja agudeza en un área dedicada.	Se reporta una reducción de la estancia de 74 minutos.	Grant et al., 2020
Área de atención rápida/flexible (*Fast-track / flexible care area*)	Es una estrategia que destina un espacio diferenciado para la atención de pacientes con condiciones de baja complejidad y bajo riesgo, que no requieren	Se informaron reducciones significativas en los tiempos de espera de los pacientes de categoría de triage 4 (baja agudeza) únicamente. Dado que la mayoría de los pacientes derivados a estas áreas fueron triados como categoría 4, no sorprende que la intervención tuviera el mayor efecto en	Morley et al., 2018

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
	recursos hospitalarios extensos ni atención inmediata de alta especialidad. Se maneja con protocolos estandarizados (guías basadas en evidencia para uniformar y acelerar la toma de decisiones médicas). y equipos multidisciplinarios que pueden incluir médicos generales, enfermeras especializadas o personal de triage avanzado. Es flexible porque, el área puede activarse o ampliarse según la demanda y el nivel de ocupación del servicio.	este grupo de pacientes. El grupo de vía rápida también informó mejoras significativas en el cumplimiento de los estándares nacionales de tiempos de espera para pacientes triados como categoría 4. De manera similar, un grupo estadounidense que separó geográficamente a los pacientes de categoría 3 de triage con baja variabilidad (es decir, con afecciones que probablemente seguirían un flujo de trabajo estandarizado), con el fin de agilizar el tránsito de estos pacientes por el departamento, reportó Disminuciones significativas en la duración de la estancia hospitalaria para todos los pacientes dados de alta de categorías 3 y 4. Adicionalmente, se reportó una reducción de la carga de trabajo del personal en esta área.	
Vía rápida basada en LEAN	Es una estrategia organizativa que aplica los principios de gestión Lean al proceso de atención en urgencias, específicamente para pacientes con condiciones de baja complejidad. Es atendido por dos enfermeras y un médico	Se reporta una disminución de 46 minutos en los tiempos de estancia.	Grant et al., 2020
Vía rápida pediátrica	Es un circuito asistencial diferenciado dentro de urgencias, orientado a agilizar la atención de niños con patologías agudas frecuentes y	Disminución de 27 minutos en los tiempos de estancia.	Grant et al., 2020

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
	generalmente autolimitadas, pero que requieren una evaluación médica oportuna (pacientes pediátricos agudos con fiebre, vómitos, diarrea o mala ingesta).		
Zonas de evaluación rápida o zonas de vía rápida, en servicios de urgencias medianos y grandes	La evaluación rápida y las zonas de vía rápida complementan o reemplazan los procesos típicos de triage para identificar pacientes que probablemente permanezcan ambulatorios frente a aquellos que requieren atención adicional en urgencias, hospital u otros servicios. Generalmente incluyen espacios dedicados en urgencias que pueden atender a pacientes en una silla (en lugar de una cama de urgencias) y requieren observación relativamente limitada.	No reporta	CADTH, 2023
Zonas de vía rápida	Los pacientes ambulatorios complejos son transferidos a zonas de alta agudeza o de vía rápida existentes.	Se reportó una disminución de 60 minutos en la duración total de la estancia en urgencias.	Grant et al., 2020
Vía rápida para pacientes de baja	Esa estrategia corresponde a una vía rápida quirúrgica para	Se reportó una disminución de 12 minutos en la duración total de la estancia en urgencias.	Grant et al., 2020

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
agudeza que requieren cirugía	pacientes de baja agudeza (condiciones no criticas), apoyada en personal de enfermería y asistentes médicos. Estos profesionales tienen autonomía protocolizada para realizar la valoración inicial, indicar estudios básicos, preparar al paciente y en algunos casos ejecutar procedimientos quirúrgicos menores o asistir directamente al cirujano.		
Triage avanzado	Permite al enfermero de triage ordenar pruebas diagnósticas. Se ordenan exámenes en el punto de atención (Los paraclínicos más frecuentes se procesan en urgencias).	Las pruebas en el punto de atención redujeron el tiempo de entrega de resultados de laboratorio, lo cual a su vez puede disminuir la duración de la estancia en urgencias y potencialmente reducir la sobreocupación.	De Freitas et al., 2018
Triage asistido por médicos (PAT, Physician-Assisted Triage)	Es un modelo de triage interdisciplinario en el cual, además de la enfermera de triage, participa un médico en el punto de entrada del servicio de urgencias. El objetivo es realizar una estratificación de riesgo más detallada y temprana y permitir la intervención médica inmediata cuando sea necesario.	Reducción de la congestión en tiempo de estancia en urgencias Mejora del flujo de pacientes y la satisfacción. Disminución del tiempo a laboratorio, diagnóstico por imágenes, consulta y disposición. Reducción en las tasas de reconsulta a 48 h y de pacientes que se van sin ser atendidos El 48.9% de los pacientes con lesiones menores fueron dados de alta inmediatamente tras la evaluación con PAT, frente a 33.4% que requirieron evaluación adicional o	Elder et al., 2015

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
	Estos equipos —como el "IMPACT team" en el Reino Unido o el modelo "Physician at Triage (PIT)" en Estados Unidos— suelen estar integrados por médicos de urgencias y personal de enfermería con experiencia senior.	derivación a atención primaria. Durante las evaluaciones en sala de espera, el número de pacientes en espera disminuyó de 18.3 a 5.5 en un periodo de 2 horas ($p < 0.001$).	
Médico de enlace de triage en urgencias (*Triage Liaison Provider*)	Médico en triage que enlaza al paciente desde el triage hacia la atención clínica inicial de urgencias. Su papel es acelerar el flujo, anticipar diagnósticos y reducir tiempos de espera.	El sistema de medico de enlace en triage, se asoció con una disminución del riesgo del número de pacientes que se fueron sin ser atendidos de 0,62 (IC del 95 %: 0,54, 0,71), es decir, el riesgo relativo en este caso fue de 0,62, lo que implico que la probabilidad de que un paciente se marchara sin ser visto se redujo a 62% del riesgo inicial (o dicho de otro modo, hubo una reducción relativa del 38%). Sin embargo, el cambio en la duración de la estancia hospitalaria (tras la implementación) fue demasiado heterogéneo para agrupar los datos, con una media que osciló entre -82 y +20 min. La estratificación de los estudios por destino (ingreso vs. alta) no disminuyó la heterogeneidad. La implementación de este modelo puede reducir la tasa de sobreocupación, sin embargo, sus resultados no son concluyentes debido a la alta heterogeneidad observada en la literatura.	Benabbas et al., 2020

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
Médicos de enlace en triage (Triage liaison physicians)	Los médicos y el personal de triage trabajan juntos para gestionar a los pacientes en el punto de triage.	La duración de la estancia hospitalaria disminuyó en algunos estudios: MD -36,8, IC del 95 % (-51,1 a -22,8), I^2 = 0 %, p < 0,00001. El tiempo de evaluación inicial del médico disminuyó en 30 min; en otros, la mediana de mejoría absoluta fue de -19 min (RIC: -26 a -11).	De Freitas et al., 2018
Sistema de triage y tratamiento de emergencias médicas	Es un protocolo del Sistema de Triage y Tratamiento de Emergencias Médicas en Suecia que determina el nivel de prioridad basándose en la combinación de parámetros vitales, síntomas y signos, estrechamente relacionados con la estancia hospitalaria.	Sin información.	Yarmohammadian et al., 2017
Triage con apoyo de otras especializades	Contar con un fisioterapeuta durante la primera evaluación y atención de lesiones musculoesqueléticas.	Un estudio evidencio una reducción de 108 minutos en el tiempo de estancia, otro estudio una reducción de 60 minutos.	Grant et al., 2020
Triage con apoyo de otras especializades	La presencia de un neurólogo que este dedicado en urgencias fuera del horario laboral en lugar de guardia domiciliaria.	Evidencia una reducción en la duración de estancia de 30 minutos.	Grant et al., 2020
Triage con apoyo de otras especializades	Atención por psiquiatría: Visitas entre semana a pacientes con problemas de salud mental por parte de psiquiatras asistentes.	Evidencia una reducción en la duración de estancia de 2 minutos.	Grant et al., 2020
Triage asistido por médico	En una intervención que requiere la presencia de médico en triage	Se reporta que, en relación al tiempo de evaluación inicial del médico, disminuyó la estancia 10 minutos	De Freitas et al., 2018

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
	para acelerar el proceso, clasificar pacientes de acuerdo a su urgencia y gravedad.		
Triage asistido por médico	Ubicación de un médico en el área de triage para iniciar evaluación clínica y pruebas diagnósticas tempranas.	Algunos estudios reportaron reducciones variables en la estancia total. En Estados Unidos: Un estudio reportó una reducción de 12 minutos en la estancia total (el médico realiza la evaluación clínica y ordena las pruebas iniciales); otro 11 minutos (médico inicia la evaluación diagnostica), otros 13 minutos (el médico evalúa la agudeza de los pacientes e inicia el estudio de diagnóstico), otros 82 minutos (el médico inicia estudios de diagnóstico y realiza intervenciones básicas); en Canadá se reportó una disminución de 36 minutos (el médico inicia la evaluación, investigación y tratamiento tempranos).	Grant et al., 2020
Triage con médico senior	Tener un médico con experiencia en triage para apoyar antes de pasar a la sala de urgencias principal.	Reducción media de 10 min (mín. 6–máx. 37).	De Freitas et al., 2018
Triage por equipo	El triage tiene al menos un médico y una enfermera con experiencia en triage.	Unos estudios reportan una disminución global de la duración de la estancia hospitalaria (DDE) en urgencias donde la mediana de mejora absoluta fue de −36 minutos, con un rango intercuartílico (RIC) de −46 a −21 minutos. Esto indica que, en la mayoría de los estudios, la reducción típica de tiempo osciló entre 21 y 46 minutos menos de estancia por paciente. En promedio, la reducción mediana de la duración de la estancia fue de 40,5 minutos, con variabilidad entre 0 y 55	De Freitas et al., 2018

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
		minutos según los autores. Es decir, algunos estudios no encontraron reducción, mientras que en otros la estancia se acortó casi una hora. de acuerdo a los resultados de ensayos clínicos controlados (ECA), el ECA 1: disminución media (DM) de −24 min, estadísticamente significativa (p = 0,005). el ECA 2: disminución media de −36 min, también significativa (p = 0,001). el ECA 3: disminución media de −21 min, no significativa (p = 0,168). el ECA 4: disminución media de −45 min, con tendencia a significancia, pero sin alcanzarla (p = 0,057). lo que significa una reducción global observada: alrededor de 20 a 40 minutos menos en la duración de la estancia hospitalaria en urgencias. Resultados de beneficio modesto, pero al parecer clínicamente relevantes al disminuir los tiempos de permanencia.	
Triage por equipo	Es un equipo de triage de médicos, enfermeras y residentes.	Cuando el equipo de triage es dirigido por un médico, con enfermeras y residentes, el tiempo de estancia se redujo 27 minutos. Cuando el equipo de triage es dirigido por un médico (médico, enfermero, asistente de enfermería), el tiempo de estancia se redujo 4 minutos.	Grant et al., 2020
Triage por equipo	Equipo de triage dirigido por médicos (médico sénior y junior, enfermera titulada, enfermera asistente)	El tiempo de estancia se redujo 29 minutos.	Grant et al., 2020

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
Triage por equipo	El asistente de nivel medio (enfermero/a practicante o asistente médico/a) colabora en el triage con el historial médico, examen físico y estudios complementarios).	El tiempo de estancia se redujo 52 minutos. Cuando el asistente de nivel medio en triage hace la historia y asigna una puntuación de agudeza el tiempo de estancia se reduce 34 minutos.	Grant et al., 2020
Triage por equipo	Triage tradicional dirigido por enfermeras vs. triage dirigido por médicos vs. triage interprofesional	El tiempo de estancia se redujo 106 minutos.	Grant et al., 2020
Triage por equipo	El triage de pacientes es realizado conjuntamente por personal médico y de enfermería.	No se encontró ningún efecto sobre el tiempo de espera o de tratamiento	Lindner & Woitok, 2021
Triage por equipo	Diseñado para implementar en situaciones complejas. Se compone por la administración de un médico con experiencia, enfermera que evalúa al paciente, y recepcionista o asistente de enfermería. Ocasionalmente requiere de un profesional de enlace.	Se reportó mayor precisión y eficiencia en el proceso inicial de evaluación del paciente, ya que todos los miembros del equipo recibieron la misma información simultáneamente, lo que les permitió trabajar de forma más coordinada. Los exámenes y las medidas diagnósticas del paciente se iniciaron con mayor antelación. Se redujo la duración de la estancia hospitalaria para pacientes de baja agudeza. Mejoro el trabajo en equipo en los hospitales.	Yarmohammadian et al., 2017
Triage	Se genera una sala o se crea una vía separada para pacientes con molestias menores.	Disminución en los tiempos de espera	De Freitas et al., 2018
Triage suplementado y tratamiento rápido (START)	Hace referencia a un equipo de triage (medico, enfermera) que inició las pruebas y aceleró la	Disminución de 21 minutos en los tiempos de estancia	Grant et al., 2020

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
	disposición de pacientes seleccionados.		
Acceso rápido y atención acelerada en el triage (REACT) y Zona SAFE-T (evaluación continua de pacientes mayores y evaluación adicional).	Se habilita un área o zona específica dentro de urgencias que es dedicada a la evaluación continua de pacientes mayores, que incluye una valoración geriátrica más completa y un monitoreo adicional. Está diseñada para quienes requieren intervenciones tempranas, pero no críticas.	Reducción de 30 minutos en la estancia total.	Grant et al., 2020
Protocolos de triage avanzado (PTA)	Enfoques estandarizados, aplicables a grupos específicos de pacientes, en los que un profesional de triage inicia acciones diagnósticas o terapéuticas antes de que los pacientes sean evaluados por un médico.	Los estudios se realizaron en pacientes adultos y pediátricos. Comparador: protocolos tradicionales de triage, Escala de triage y urgencia (o severidad) (CTAS:Canada Triage and Acuity Scale), Sistema de triage de Manchester (MTS: Manchester Triage System). Favorable: para tiempo de estancia en urgencias, se encontró una reducción de 36 minutos en el tiempo de estancia en urgencias (IC 95 % 55 a 17 minutos) Los PTA que usaron las Reglas de Ottawa para el Tobillo en los exámenes de imágenes fueron tan efectivos en reducir el tiempo de estancia en urgencias como aquellos PTA que no usaron dichas reglas, en comparación con otras intervenciones de triage. Aumento de la satisfacción del paciente, medida con diversos instrumentos	CADTH, 2023

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
Médico en triage (Physician in Triage (PIT))	Un médico de urgencias (generalmente adjunto) se ubica en el área de triage para valorar tempranamente a los pacientes. Estos modelos buscan mejorar el flujo de pacientes, reducir los que se van sin ser vistos y disminuir la estancia en urgencias.	Dos estudios retrospectivos midieron la productividad de residentes: uno no encontró cambios en pacientes vistos por hora, aunque estuvo limitado por un aumento simultáneo en el volumen de urgencias; otro halló una ligera disminución en pacientes vistos por hora (1.41–1.32, $p < 0.01$, 95% IC 0.05–0.13) y un aumento en la complejidad de los casos atendidos por residentes (el puntaje de Emergency Severity Index (ESI) promedio bajó de 3.0 a 2.68) Otros dos estudios, mediante encuestas, evaluaron la percepción del impacto educativo. Aunque no se percibieron cambios en la experiencia educativa global, sí se reportaron efectos negativos percibidos en áreas como el conocimiento médico, la toma de decisiones, la elaboración de diagnósticos diferenciales y la selección de estudios diagnósticos.	Hill et al., 2025
Sistemas de triage asistidos por IA en urgencias	Plataformas que apoyan o automatizan la priorización de pacientes en servicios de urgencias, sus componentes clave son: -Recolección y procesamiento de datos, pueden ser clínicos como signos vitales, síntomas reportados, historia clínica y factores demográficos. También pueden integrar información de	Reducción hasta en un 30% los tiempos de espera y en un 20% el tiempo hasta la intervención. Reducen la variabilidad derivada de juicios clínicos subjetivos. Ajustan dinámicamente la priorización según volumen de pacientes, gravedad y disponibilidad de recursos. Predicen la demanda y ajustan el uso de camas, personal y equipos diagnósticos en tiempo real. Ayudan a reducir el estrés del personal en contextos extremos.	Da'Costa et al., 2025

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
	dispositivos portátiles o vestibles (wearables) para monitoreo en tiempo real. -Modelos algorítmicos: se basan en machine learning (árboles de decisión, redes neuronales, modelos de regresión), identifican patrones complejos y no lineales en grandes volúmenes de datos, lo que permite predecir riesgos y priorizar casos con mayor precisión. -Analítica en tiempo real y retroalimentación de forma instantánea, ajustando la clasificación según la evolución del paciente o la disponibilidad de recursos en la sala de urgencias. -Procesamiento de lenguaje natural, este permite analizar notas médicas y descripciones de síntomas en texto libre, lo que puede mejorar la identificación		

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
	de factores de riesgo que no están codificados en bases estructuradas.		
Evaluación médica más temprana, incluyendo triage dirigido/apoyado por médicos	Es una intervención que implica que, tras el triage de enfermería, un médico experimentado inicie el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes en la sala de espera, los 7 días de la semana, entre las 13:00 y las 21:00 h.	Se observó una reducción significativa de 14 minutos en el tiempo total de estancia en urgencias para los pacientes que no requerían hospitalización. Además, se registró una disminución del 2% en la tasa de pacientes que abandonaron el servicio sin recibir atención. Esta estrategia también facilitó una reducción en las horas de envío de ambulancias, permitiendo que estas llegaran con mayor frecuencia directamente al hospital sin necesidad de ser desviadas.	Morley et al., 2018
Triage por telemedicina	Evaluación inicial mediante consulta virtual con un médico remoto en el área de triage.	Reducción de la estancia total de 8 minutos.	Grant et al., 2020
Triage por equipo	Triage de enfermería estándar +/− triage médico telemédico.	El tiempo de estancia se redujo 8 minutos.	Grant et al., 2020
Atención virtual en urgencias	Atención en urgencias brindada mediante software seguro de videoconferencia o telemedicina basada en video, idealmente integrada en la historia clínica electrónica del hospital.	No reporta	CADTH, 2023
Teleadmisión	Consiste en que proveedores de salud (médicos o personal entrenado) realizan de manera remota la valoración inicial de los pacientes que consultan a	Reducción de la estancia total de 0.3 minutos.	Grant et al., 2020

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
	urgencias (realizan un historial de triage y un examen físico), documentan los hallazgos e inician órdenes entre las 11:00 y las 19:00 horas, 6 días a la semana.		
Ampliación de roles de enfermería en urgencias	Se refiere a la expansión del alcance de práctica de las enfermeras en los servicios de urgencias, más allá de las funciones tradicionales, con el fin de mejorar el flujo de pacientes y responder a la alta demanda. Componentes: Enfermeras/os de iniciativa clínica (*Clinical Initiative Nurses, CIN*): apoyan el triage y pueden realizar actividades iniciadas por enfermería (*nurse-initiated activities*), como solicitar radiografías o administrar analgésicos antes de la valoración médica. Enfermero/a de práctica avanzada (*Nurse Practitioners-NP*): profesionales de enfermería	La incorporación de enfermero/a de práctica avanzada y enfermeras de iniciativa clínica permitió disminuir los tiempos hasta la primera consulta médica y, en algunos casos, el tiempo total de estancia en urgencias. El uso de radiografías iniciadas por enfermeras (*nurse-initiated X-rays*) mostró resultados heterogéneos: en algunos estudios no redujo el tiempo de estancia, pero en otros sí aceleró el diagnóstico y tratamiento (p. ej. reducción de 102,7 a 65,5 minutos en el tiempo hasta diagnóstico). La analgesia iniciada por enfermeras redujo los tiempos de administración, aunque el impacto en la duración total de la estancia fue limitado. Reducción de pacientes que se van sin ser atendidos La introducción de CIN redujo la proporción de pacientes que se van sin ser atendidos en aproximadamente 1% en un año. Factores como la capacitación del personal, la carga de trabajo y la organización interna del servicio influyeron en la magnitud del impacto.	Elder et al., 2015

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
	con formación avanzada que actúan como practicantes independientes: evalúan, diagnostican, tratan, prescriben y refieren a otros servicios.		
Ampliación de roles de enfermería en urgencias	Rol operacional de las enfermeras en la gestión del flujo Las funciones principales incluyeron: -Gestión de camas: elaboración de censos para equilibrar demanda y disponibilidad, uso de Unidades Médicas Agudas (*Acute Medical Units*) para agilizar atención y evitar sobreocupación, prevención de ingresos innecesarios y aceleración de altas. -"Match making" o asignación de camas: asignación de camas especializadas según necesidades clínicas, incluso ubicando pacientes como outliers cuando no había disponibilidad, para garantizar la correspondencia entre habilidades del personal y	No reporta	Sharma et al., 2020

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
	necesidades del paciente. -Gestión de riesgos: asegurar la integración adecuada de competencias del personal y la disponibilidad de equipos necesarios para garantizar seguridad y calidad del cuidado. -Habilidades de negociación y toma de decisiones: reubicar pacientes en camas no especializadas o en áreas no convencionales durante crisis, ejercer autoridad para superar resistencias de equipos clínicos y mantener buenas relaciones interpersonales para facilitar el flujo sin ser vistos como administradores externos.		
Ampliación de roles de enfermería en urgencias	Rol estratégico de las enfermeras en la gestión del flujo Dentro de las funciones están: Actuar en cargos como: gestor de casos (*case manager*), el enfermero navegante o guía asistencial (*nurse navigator*), el coordinador de flujo en urgencias (*ED flow coordinator*), el coordinador de enfermería en	_-La introducción de un enfermero navegante o guía asistencial redujo el tiempo de estancia en urgencias en 87.6 minutos (de 276.3 min a 186.7 min). -Con el rol de coordinador de flujo en urgencias, el tiempo desde la asignación de cama hasta la llegada del paciente a sala disminuyó de 104 a 84 minutos. -El coordinador del recorrido del paciente en urgencias se asoció con una reducción de 0.2 horas en el tiempo de estancia en urgencias (3.6 h a 3.4 h). -En contraste, el el enfermero de recepción y descarga de	Sharma et al., 2020

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
	urgencias (*ED nurse coordinator*), el enfermero de recepción y descarga de ambulancias (*ambulance offload nurse*) y el coordinador del recorrido del paciente en urgencias (*emergency journey coordinator*). Otros roles, fuera de los servicios de urgencias, incluyeron al coordinador de equipo médico (*medical team coordinator*), la enfermera de enlace para el alta hospitalaria (*discharge liaison nurse*) y el enfermero navegante para el alta en pacientes con ictus (*stroke discharge nurse navigator*). Las funciones principales de estos roles se centraron en mejorar la continuidad y coordinación del cuidado, facilitando altas tempranas o traslados rápidos a camas hospitalarias.	ambulancias mostró un aumento leve en la estancia de urgencias (236 min a 239 min). -En EE. UU., la introducción de gestor de casos redujo la estancia hospitalaria promedio de 8.7 días a 7.12 días. -La implementación del coordinador de equipo médico acortó la estancia promedio en 1.97 días. Reducciones de tiempo de espera en urgencias: se reportó reducción de 64.42 a 62.36 minutos en un estudio, de 99.47 a 43.38 minutos con el rol de coordinador de flujo en urgencias, y de reducción de 34 a 31 minutos con el enfermero de recepción y descarga de ambulancias. Se reportó disminución de pacientes que se van sin ser vistos y reducción del desvío de ambulancia de 13.8 h a 2.8 h o del 11%. Resultados mixtos se obtuvieron para readmisiones y reconsultas: reducción de readmisiones a 30 días de 9.39% a 3.24%, y de visitas hospitalarias de 16.36% a 12.08% y en contraste otro estudio no encontró cambios (6% antes y después) con enfermero navegante o guía asistencial Las quejas relacionadas con acceso y comunicación en urgencias se redujeron de 51 a 31 en un estudio. Se reportó mayor satisfacción laboral en encuestas de personal, aunque en un caso se registraron percepciones negativas por falta de claridad en el rol.	
Ampliación de roles de enfermería en urgencias	Rol expandido de las enfermeras en la gestión del flujo Se identificaron como principales	_-Reducción del tiempo de espera en urgencias de 75 a 25 minutos -Disminución del tiempo a diagnóstico y tratamiento de	Sharma et al., 2020

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
	roles el de enfermero/a especialista clínico (*clinical nurse specialist*), el de enfermero/a de práctica avanzada (*nurse practitioner*), así como el de enfermero/a de iniciativas clínicas (*clinical initiative nurse*). Dentro de las funciones está ejercer tareas clínicas que tradicionalmente correspondían a médicos, como evaluaciones físicas, solicitud de pruebas diagnósticas o incluso dar altas.	102.7 a 65.5 minutos ($p < 0.001$). -Mayor proporción de pacientes evaluados en la primera hora tras derivación a sala especializada (75% vs. 40%) con estos roles. -La introducción de nurse practitioners tuvo resultados heterogéneos: reducción en la estancia hospitalaria y el tiempo de espera, aunque no se encontraron diferencias en otros estudios. -Disminución de pacientes que se van sin ser vistos del 3.39% al 0.93%. Otro estudio reporta reducción del 1%.	
Radiografía solicitada por la enfermera	Enfermeras con la formación y la autoridad para solicitar rayos x.	Reduce el tiempo de espera	Yarmohammadian et al., 2017
Radiografía solicitada por la enfermera	Rol ampliado de la enfermera: pueden ordenar radiografías cuando se tiene sospecha de lesiones aisladas de miembros inferiores.	Reducción de 60 minutos en la duración de estancia	Grant et al., 2020
Radiografía solicitada por la enfermera	Radiografías solicitadas por enfermeras, en comparación con médicos, dentro del servicio de urgencias y utilizando protocolos estandarizados de toma de decisiones para solicitud de rayos X, como las Reglas de Ottawa para el Tobillo (*Ottawa Ankle*	Comparador: radiografías iniciadas por médicos Neutral: no tuvieron efecto en el tiempo transcurrido desde el triage hasta la evaluación médica.	CADTH, 2023

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
	Rules), cuando están disponibles.		
Coordinador de flujo de enfermeras de urgencias	Se refiere a la incorporación de una enfermera senior (coordinadora de viajes de emergencia), centrada en identificar y resolver los retrasos de los pacientes que han permanecido en urgencias durante 2-3 horas. Esta estrategia se implementó utilizando la política NEAT (National Emergency Access Target- Australia, en espnol, Meta Nacional de Acceso a Urgencias). Es una política nacional australiana de desempeño hospitalario que establece que el 90 % de los pacientes que acuden a urgencias deben ser admitidos, transferidos o dados de alta dentro de las 4 horas siguientes a su llegada. Si bien no es una escala clínica, es un objetivo de gestión del tiempo para mejorar el flujo global. Mide desde la	El rol de enfermera navegadora, probado como parte de un ensayo clínico no aleatorio, informó aumentos significativos en la proporción de pacientes que cumplían el tiempo de NEAT, así como reducciones en la media de tiempo de permanencia en urgencias durante los días en que el ensayo estuvo en funcionamiento.	Morley et al., 2018

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
	llegada (entrada), pero su cumplimiento depende de todo el proceso de atención y especialmente de la capacidad hospitalaria de admitir o dar de alta.		
Coordinador de flujo de enfermeras de urgencias	El nuevo coordinador de urgencias se centra en el movimiento de pacientes.	Se evidencio una reducción de 87 minutos en el tiempo total de estancia.	Grant et al., 2020
Enfermera especializada/Asistente médico en triage	Profesionales no médicos realizan historia clínica, examen físico y solicitan pruebas desde el triage.	Disminución de la estancia en 29 minutos.	Grant et al., 2020
Enfermero con iniciativa clínica	Una enfermera independiente calificada para evaluar, diagnosticar y tratar ciertas dolencias médicas.	Resultados heterogéneos. La duración de la estancia en urgencias disminuyó en algunos estudios; pero en otros no mostraron diferencias. El tiempo de espera disminuyó en cinco estudios; cuatro estudios no mostraron diferencias.	De Freitas et al., 2018
Intervenciones de enfermería avanzadas	Las enfermeras registradas pueden ordenar estudios de laboratorio o radiografías y medicación administrada en el triage para pacientes ESI-3 con dolor abdominal.	La estrategia donde las enfermeras que ordenar radiografías y administran medicamentos evidencio una Disminución de 41 minutos en los tiempos de estancia. Las enfermeras que ordenan pruebas de hematología, electrolitos troponina, evidenciaron una Disminución de 54 minutos en los tiempos de estancia, las que ordenan análisis urinarios evidenciaron una Disminución de 22 minutos. Las pruebas integrales en el punto de atención basadas en triage realizadas por enfermeras registradas evidenciaron una Disminución de 174 minutos	Grant et al., 2020

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
Intervenciones de enfermería avanzadas	Las enfermeras de cabecera realizan pruebas en el punto de atención en pacientes ingresados con dolor torácico.	Disminución de 114 minutos en los tiempos de estancia.	Grant et al., 2020
Enfermeras en triage	Las enfermeras iniciaron órdenes permanentes de triage para pacientes con dolor torácico, disnea, dolor abdominal o molestias genitourinarias si no había camas disponibles.	Disminución de 17 minutos en los tiempos de estancia.	Grant et al., 2020
Enfermera profesional novata	Los nuevos candidatos a enfermera especializada de urgencias se centran en pacientes de menor gravedad	Disminución de 76 minutos en los tiempos de estancia	Grant et al., 2020
Enfermeras especializadas durante sobrecarga en triage.	Durante las sobrecargas, el equipo de enfermería especializada inicia la atención de pacientes de alta gravedad y da de alta a pacientes de baja gravedad. Si no hay enfermeras especializadas disponibles, la enfermera registrada inicia las pruebas guiadas por protocolo.	Disminución de 2 minutos en los tiempos de estancia	Grant et al., 2020
Radiografías solicitadas por la enfermera	Radiografías de lesiones en las extremidades solicitadas por enfermeras.	Reducción media de 10 min (mín. 6–máx. 37)	De Freitas et al., 2018

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
Radiografías solicitadas por la enfermera	Enfermera que solicita radiografías según las reglas de tobillo de Ottawa	Se evidencia una disminución de 28 minutos en los tiempos de estancia.	Grant et al., 2020
Pruebas diagnósticas en sitio (Point-of-care testing) con plazos de entrega más cortos para las pruebas de laboratorio	Se refiere al uso de pruebas en el punto de atención o técnicos de laboratorio dedicados dentro del laboratorio central, disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana, para realizar todas las pruebas de laboratorio en el servicio de urgencias.	Los estudios informaron reducciones significativas de 44 minutos en el EDLOS (en español, duración de la estancia en urgencias) atribuidas a las intervenciones, aunque uno señaló que la reducción en el EDLOS solo fue significativa si los pacientes se habían realizado las tres pruebas disponibles.	Morley et al., 2018
Prueba de dímero D en el punto de atención de urgencias	La adición de la prueba de dímero D POC al laboratorio satélite de urgencias consiste en integrar un test rápido de laboratorio directamente en el entorno de urgencias, permitiendo obtener resultados inmediatos sin depender del laboratorio central del hospital. En este caso, se añadió la determinación de dímero D, marcador clave en la evaluación de trombosis venosa profunda y embolia pulmonar.	Se reporto una disminución de 80 minutos en la duración total de la estancia en urgencias.	Grant et al., 2020
Pruebas virales rápidas	Provisión de identificación el mismo día de influenza, virus parainfluenza, COVID-19, virus sincitial respiratorio (VRS) y	Comparador: atención habitual Efecto neutral: no se encontró efecto sobre el tiempo de estancia en urgencias en salas pediátricas.	CADTH, 2023

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
	adenovirus para informar la gestión del paciente y las decisiones de triage.		
Pruebas diagnósticas junto al paciente	Análisis de laboratorio realizados en el servicio de urgencias.	Reducción media de la duración de la estancia en urgencias de 21 min (−8 min–54 máx.)	De Freitas et al., 2018
Aceleración diagnóstica	Implementación de equipos de diagnóstico en el punto de atención de urgencias. Es la introducción de procedimientos en el punto de atención en urgencias, tiene varias ventajas sobre la determinación convencional de parámetros de laboratorio en un laboratorio central: se elimina el transporte de las muestras y la comunicación de los hallazgos por parte del laboratorio central al receptor	Un estudio mostró una reducción de 1 hora en el tiempo promedio de tratamiento con el uso de análisis de laboratorio en el punto de atención para el triage.	Lindner & Woitok, 2021
Organización de cronogramas	Consiste en la reestructuración de los tiempos y la logística de solicitud de flebotomía y análisis de troponina en el laboratorio central, con el fin de reducir el tiempo de respuesta analítica.	Disminución de 43 minutos en la estancia total.	Grant et al., 2020
Modelos operativos hospitalarios de 7 días	Acceso a los servicios hospitalarios fuera del servicio de urgencias (p. ej., pruebas	No reporta	CADTH, 2023

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
a la semana, o 16 horas al día	diagnósticas, imágenes médicas) más allá del horario laboral habitual, incluidos los 7 días de la semana o en horarios extendidos.		
POCT/POC-US (Point-of-care testing/ Point-of-care-ultrasonography) o pruebas o ecografía en el punto de atención	Se refiere a pruebas en el punto de atención/Ecografía en el punto de atención. Se emplea en pacientes de alto riesgo que pueden tener enfermedades altamente contagiosas, disnea en quienes los resultados de laboratorio/radiológica son ordenados en urgencias. A cargo de enfermeras entrenadas - POCT. Estas herramientas eliminan algunos de los pasos más problemáticos del proceso de prueba, como el transporte de muestras y la distribución de resultados. Para reducir el tiempo de espera para las pruebas de laboratorio, se han propuesto las siguientes intervenciones: solicitud temprana, paneles de pruebas	La introducción de la POCT en el servicio de urgencias ha reducido el tiempo de respuesta para los análisis de laboratorio, que implican el traslado de instrumentos analíticos al servicio de urgencias, sin embargo, el flujo de pruebas de laboratorio aumenta la duración de la estancia en urgencias en unos 80 minutos. La variedad de pruebas también afecta el tiempo de espera y la duración de la estancia hospitalaria.	Yarmohammadian et al., 2017

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
	predefinidos basados en síntomas, transporte más rápido al laboratorio, sistemas de informes más rápidos y pruebas en el punto de atención.		
Ordenamiento en urgencias	Proveedores de nivel medio asignados al área de evaluación médica rápida durante aumentos repentinos de volumen.	Reducción de 58 minutos en la estancia total	Grant et al., 2020
Reestructuración del proceso de consulta	El médico de urgencias contacta directamente a los jefes de residentes, médicos adjuntos junior o médicos adjuntos para una consulta. Después de la conversación telefónica, se toma una decisión de disposición del paciente y se solicita a un residente junior que facilite el proceso de admisión.	El tiempo transcurrido entre la consulta y la decisión se redujo en 179 minutos y la estancia en urgencias en 290 minutos para los pacientes ingresados en medicina interna general. Los resultados se mantuvieron durante 12 meses. La orden de ingreso a la hora de salida de urgencias se redujo en 119 minutos y la mortalidad hospitalaria se mantuvo sin cambios.	Beckerleg et al., 2020
Médicos de atención primaria en urgencias	Los médicos de atención primaria atienden a pacientes de urgencias con lesiones musculoesqueléticas, fracturas y heridas menores.	Reducción de la estancia total de 81 minutos.	Grant et al., 2020
Servicio de medicina de urgencias	Son centros con servicios personalizados. El enfoque se centra en pacientes que pueden ser atendidos en un plazo de 24	Sin información de resultados o impacto.	Yarmohammadian et al., 2017

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
	a 48 horas tras su admisión. Los servicios se prestan de forma interdepartamental mediante colaboración y consulta interdisciplinaria. Tras una evaluación rápida, los pacientes son derivados al siguiente nivel de atención, como el servicio de enfermería comunitaria o un equipo geriátrico. Los especialistas en urgencias realizan rondas por las salas y realizan de cuatro a seis rondas diarias.		
Coubicación de la atención primaria en el servicio de urgencias	Uso de médicos de atención primaria que trabajen dentro del servicio de urgencias para complementar la fuerza laboral y manejar los casos no urgentes.	La evidencia es variable, unos estudios demostraron que la expansión de la atención primaria y los servicios fuera del horario laboral puede llevar a una disminución de la asistencia a urgencias. además, se reporta que una proporción considerable de pacientes que acuden a urgencias podrían ser atendidos adecuadamente por médicos de cabecera o médicos de atención primaria. Sin embargo, otro estudio demostró que la prestación de servicios de atención primaria en urgencias aumentó el número de visitas, lo que resultó en un mayor tiempo de espera. Algunos hospitales han comenzado a contratar médicos de cabecera a tiempo parcial para brindar servicios regulares en urgencias. La síntesis de todos estos estudios sugiere que la ubicación conjunta de la atención primaria en	Chan et al., 2015

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
		urgencias es una solución viable en la mayoría de los casos, pero el alcance de los beneficios dependerá de la importancia relativa de la atención primaria como causa de congestión, que difiere de un país a otro y de un hospital a otro.	
Modificación de los patrones de dotación de personal	Es una estrategia donde se realizan cambios organizativos en cómo se programa, distribuye, y usa el personal para ajustarse mejor a la demanda y reducir sobrecarga	En esta revisión se reporta que se evaluó la eficacia de asignar un cirujano dedicado a la atención diurna de pacientes quirúrgicos no traumáticos para reducir la congestión en el servicio de urgencias. Los datos se obtuvieron mediante una revisión retrospectiva de historias clínicas, incluyendo pacientes quirúrgicos con colecistitis, apendicitis u obstrucción del intestino delgado. Se encontró que el tiempo transcurrido entre la consulta y la decisión se redujo en 54 minutos y la estancia en el servicio de urgencias en 55 minutos. Los resultados se mantuvieron durante 12 meses. Las medidas de proceso disminuyeron, incluyendo el tiempo transcurrido desde la solicitud de consulta hasta la respuesta del profesional sanitario, y el tiempo transcurrido desde la respuesta del profesional sanitario hasta la decisión de ingreso se mantuvo sin cambios. Otros investigadores, modificaron la cobertura de consultas en urgencias por parte de medicina interna general a lo largo de tres ciclos de planificación, ejecución, estudio y actuación. Se observó una mejora continua en el tiempo transcurrido entre la consulta y la decisión a lo largo de estos ciclos, lo que finalmente resultó en la ampliación de la cobertura en urgencias por parte de los servicios existentes y la incorporación de un médico y un enfermero	Beckerleg et al., 2020

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
		titulado de práctica avanzada. Estas intervenciones resultaron en una reducción de 23 minutos en el tiempo transcurrido entre la consulta y la decisión y una reducción del coste total, mantenida durante seis meses. Por otro lado, el aumento del coste de la contratación de profesionales adicionales se compensó con la reducción del coste por paciente dado de alta (180 USD).	
Enfoques de equipos multidisciplinarios	Evaluar, planificar e implementar la atención de pacientes complejos.	No reporta.	Nummedal et al., 2024
Responsabilidad consistente en el flujo de pacientes	Identificación e implementación de recursos humanos dedicados responsables del flujo de pacientes durante todas las horas de operación. Esto puede incluir la dirección de un CEO, un Director de Flujo de Pacientes u otras intervenciones.	No reporta	CADTH, 2023
Cambios en dotación de personal (Staffing changes)	Son intervenciones que se centraron en cambiar el número de personal o en reestructurar el departamento de urgencias.	El tiempo de espera disminuyó, así como la estancia hospitalaria.	De Freitas et al., 2018
Cambios en dotación de personal (Staffing changes)	Incorporación de enfermeros especialistas, incorporación de cinco médicos especialistas durante las horas pico, un programa simplificado para mejorar los tiempos de respuesta	El tiempo de estancia disminuyó 13 minutos.	Grant et al., 2020

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
	en radiología y la ampliación del horario de admisión de pacientes.		
Reorganización del personal/estructura de urgencias	Cambios en estructura o número de cubículos/salas en urgencias.	Algunos estudios reportan reducción de espera y estancia; evidencia limitada.	De Freitas et al., 2018
Reorganización del personal/estructura de urgencias	Se reasigna al personal existente a la unidad de evaluación médica rápida para pacientes de baja gravedad.	Reducción de 36 minutos en la estancia total	Grant et al., 2020
Gestión de casos	Enfoque coordinado y personalizado para pacientes con múltiples necesidades, incluyendo evaluación, planificación y seguimiento por parte de profesionales de salud o equipos multidisciplinarios.	No reporta.	Nummedal et al., 2024
Protocolos de capacidad llena	Son planes de acción organizativos, que tienen el objetivo de redistribuir pacientes dentro del hospital (*boarding* en salas generales), usar áreas no convencionales para atención temporal, acelerar derivación a otras unidades o niveles de atención y priorizar pacientes críticos, el objetivo es mantener	Disminución de la estancia hospitalaria en urgencias: 18,9 frente a 13,9 horas, $p<0,001$ (para todos los pacientes ingresados).	De Freitas et al., 2018

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
	el flujo cuando no hay suficientes recursos disponibles.		
Protocolo de capacidad total	Es una estrategia que permite ubicar pacientes en áreas alternativas del hospital (ej. pasillos, salas de hospitalización) cuando urgencias está saturada.	Reducción de hacinamiento en urgencias; mejora en flujo de pacientes; puede generar problemas en seguridad y satisfacción. Sin embargo, no se especifica el porcentaje de resultado	Mason et al., 2017
Implementación de directrices o guías	Se estableció una guía institucional, donde el objetivo era que el médico llegara en un plazo de 30 minutos tras la consulta y que la decisión sobre la disposición se tomara en un plazo adicional de 60 minutos. A esto, le siguieron informes semanales sobre el volumen de derivaciones e ingresos, así como el tiempo transcurrido entre la consulta y la decisión, que se enviaban a los administradores del hospital, jefes de departamento y líderes de proyecto.	El tiempo transcurrido desde la consulta hasta la toma de decisiones se redujo en 21 minutos, y esto se mantuvo durante más de 6 meses. El tiempo hasta el alta del servicio de urgencias tras la presentación de la orden de ingreso se redujo en 18 minutos, pero el tiempo de alta hospitalaria se retrasó en 50 minutos.	Beckerleg et al., 2020
Educación, auditoría y retroalimentación	Esta intervención consiste en la realización de sesiones educativas sobre consulta y triage efectivos. Se realizan cada dos meses para residentes de	El tiempo transcurrido entre la consulta y la decisión se redujo en 92 minutos y la estancia en urgencias en 40 minutos después de la intervención. Las medidas de proceso, incluyendo el tiempo hasta la evaluación médica del servicio de urgencias y el tiempo hasta la solicitud de	Beckerleg et al., 2020

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
	medicina con el fin de enfatizar el posible impacto adverso de los tiempos de espera prolongados en urgencias en la atención al paciente, y se presentan escenarios para revisar los principios del triage rápido. Se recopilan datos personales del tiempo transcurrido entre la consulta y la decisión de cada residente y se realiza una retroalimentación cada dos semanas. Se estableció una pauta de tiempo de consulta a decisión inferior a una hora.	consulta, no cambiaron, pero el tiempo hasta el alta del servicio de urgencias para los pacientes ingresados aumentó. No se observaron cambios en la mortalidad hospitalaria general de medicina interna ni en la duración de la estancia.	
Gestión interna	Acceso a sala de espera interna, eficiencias de registro, ratios de enfermería flexibles y programación de médicos según la demanda.	Disminución de 38 minutos en la estancia total.	Grant et al., 2020
Estrategias de flujo en todo el hospital	Se refiere a intervenciones integrales que incluyen políticas de ingreso, alta y redistribución de recursos.	Impacto positivo en reducción de bloqueos y saturación. Sin embargo, no se especifica porcentaje o dato número de su eficiencia.	Mason et al., 2017
Intervenciones multifacéticas	Es la combinación de estrategias: reorganización, coordinadores, cambios en personal, horarios.	Siete estudios mostraron una disminución de la duración de la estancia hospitalaria en urgencias; uno mostró un aumento. Disminución de los tiempos de espera en todos los estudios.	De Freitas et al., 2018

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
Estrategias de coordinación y transición de la atención	Coordinación deliberada de la atención entre 2 o más actores del sistema de salud, que puede incluir gestión de casos, reasignación de roles y apoyo para la autogestión y la toma de decisiones. La intervención (estrategia de coordinación de la atención) se definió como "la organización deliberada de las actividades de atención del paciente entre 2 o más participantes (incluido el propio paciente) involucrados en su cuidado, con el fin de facilitar la prestación adecuada de los servicios de salud"	Comparador: atención habitual Favorable: Visitas a urgencias	CADTH, 2023
Centros de comando de capacidad hospitalaria	Unidades físicas y multifuncionales con equipos interdisciplinarios que influyen en los patrones de flujo de pacientes, usan datos en tiempo real integrados de historias clínicas electrónicas y gestionan múltiples procesos de flujo de pacientes (p. ej., admisiones, gestión de camas, transferencias interhospitalarias, transporte de	No reporta	CADTH, 2023

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
	pacientes, servicios ambientales).		
Mejoras en la gestión de camas	Emplean sistemas electrónicos o equipos de gestión que optimizan el uso y asignación de camas. Además de aumentar el número de camas de urgencias y hospitalarias y rediseñar de servicios de urgencias con unidades de triage especializados.	Mejora la eficiencia del flujo; evidencia positiva. Sin embargo, no se especifica el porcentaje de resultado	Mason et al., 2017
Flujo de división vertical	Consiste en asignar a los pacientes de baja agudeza camas de urgencias virtuales en lugar de reales.	Reducción de 17 minutos en la estancia total.	Grant et al., 2020
Flujo de división vertical	La expansión de la capacidad de flujo reemplazó las camillas por múltiples sillas	Reducción de 114 minutos en la estancia total.	Grant et al., 2020
Unidades de estancia corta	Diseñadas para pacientes que requieren una observación corta antes de que se pueda tomar una decisión definitiva.	Reducción de estancia en pacientes de tratamiento y alta.	De Freitas et al., 2018
Unidades de evaluación médica (MAU, Medical Assessment Units)	Son unidades hospitalarias especializadas y de corta estancia, diseñadas para agilizar la atención de pacientes que llegan al servicio de urgencias con condiciones médicas agudas	Reducción de la estancia hospitalaria (5 días con medicina general vs 6 con subespecialistas) y ahorraron 4039 días de cama en 3 años. Disminución de las admisiones en hasta 15% y la estancia total en aproximadamente 2 días por paciente. El 91% del personal de enfermería, 93% del médico y 52%	Elder et al., 2015

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
	y complejas, que probablemente requerirán hospitalización. Funcionan como un área de "fast-track" hospitalario, transfiriendo a pacientes clínicamente estables desde urgencias para continuar su valoración y tratamiento. Se enfocan en la gestión a corto plazo (generalmente ≤48 h), con capacidad de iniciar diagnóstico, tratamiento y decidir alta o ingreso definitivo a sala hospitalaria.	de los pacientes prefirieron esta estrategia. No hubo incrementos en reconsultas ni readmisiones.	
Unidades de Espera	Unidades de decisión clínica o unidades de observación dentro del departamento de urgencias.	En EE. UU., las revisiones del Comité del Instituto de Medicina concluyeron que dichas unidades reducían la necesidad de abordaje o desvío de ambulancias, lo que significa que aliviaban el bloqueo de accesos y la congestión en los servicios de urgencias. También contribuyen a la reducción de las hospitalizaciones y a la mejora de la atención ambulatoria. La proporción de pacientes ingresados desde el servicio de urgencias disminuyó significativamente del 36 % al 26 % tras la apertura de la unidad de observación. Si la configuración se asemeja más a una sala de corta estancia o incluso a una sala de hospitalización, su efecto favorable en el acceso puede atribuirse simple y principalmente a un aumento en el número de camas, en contraposición a la racionalización de	Chan et al., 2015

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
		la gestión. En Canadá, concluyeron que los beneficios de las unidades de decisión clínica eran solo marginales y que el potencial de mejora de la eficiencia era limitado. En resumen, existe cierta evidencia que respalda el papel de las unidades de espera para aliviar el bloqueo de accesos y la sobrepoblación, pero esto debe incorporarse junto con protocolos de gestión clínica cuidadosamente planificados y personal de apoyo adecuado.	
Egreso de pacientes del SU o su transición a otras áreas	Unidades de observación: áreas para vigilancia de corto plazo sin necesidad de hospitalización formal. Protocolos de alta anticipada: liberación oportuna de camas para nuevos ingresos.	Se reportó una reducción en los retrasos en la decisión de ingreso y describieron la intervención como un proceso más eficiente para la gestión de camas y diagnóstico. Sin embargo, no hay información cuantitativa al respecto.	Morley et al., 2018
Unidades de retención	Son unidades de decisión clínica o unidades de observación dentro del servicio de urgencias.	Los estudios analizados incluyeron las revisiones del Comité del Instituto de Medicina de USA y concluyeron que dichas unidades reducían la necesidad de abordaje o desvío de ambulancias, lo que significa que aliviaban el bloqueo de accesos y la congestión en los servicios de urgencias. También contribuyen a la reducción de las hospitalizaciones y a la mejora de la atención ambulatoria. La proporción de pacientes ingresados desde el servicio de urgencias disminuyó significativamente del 36 % al 26 % tras la apertura de la unidad de observación. Si la configuración se asemeja más a una sala de corta estancia o incluso a una sala de hospitalización, su efecto favorable en el acceso puede atribuirse simple y principalmente a un aumento en	Chan et al., 2015

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
		el número de camas, en contraposición a la racionalización de la gestión. Así mismo, la unidad de observación de 20 camas se amplió a una Sala de Medicina de Urgencias de 40 camas, con la introducción de protocolos de atención formales y vías para el manejo de afecciones como la insuficiencia cardíaca congestiva, las enfermedades obstructivas crónicas de las vías respiratorias, la trombosis venosa profunda, la celulitis y la pielonefritis. en Canadá, Concluyeron que los beneficios de las unidades de decisión clínica eran solo marginales y que el potencial de mejora de la eficiencia era limitado. En resumen, existe cierta evidencia que respalda el papel de las unidades de espera para aliviar el bloqueo de accesos y la sobrepoblación, pero esto debe incorporarse junto con protocolos de gestión clínica cuidadosamente planificados y personal de apoyo adecuado.	
Unidades de crisis de corta estancia para salud mental (FLUJO)	Espacios terapéuticos para estabilización, evaluación y derivación adecuada, con el objetivo de reducir las consultas por salud mental en urgencias, los tiempos de espera o las hospitalizaciones psiquiátricas. Las unidades de crisis de salud mental de corta estancia son unidades hospitalarias que permiten a los pacientes permanecer durante la noche por	Comparador: atención habitual Favorable para tiempo de estancia en urgencias, se encontró una reducción en el tiempo de estancia en urgencias de 164 minutos (IC 95 % 261 a 67 minutos). menor tiempo de espera para ser visto por un clínico (de una mediana de 68 minutos en el grupo control a 40 minutos en el grupo intervención), menor tiempo de espera para una evaluación de salud mental (de 139 minutos a 117 minutos), y menos pacientes que esperaron en urgencias más de 24 horas (rendimiento) encontró que la internación psiquiátrica temporal ("boarding") es decir, el tiempo de espera en urgencias para	CADTH, 2023

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
	un período limitado de tiempo y ofrecen evaluación y derivación en un entorno que facilita la estabilización. Las unidades de crisis de corta estancia reportadas se denominaron: unidad de evaluación conductual o psiquiátrica de 24 horas; unidad de evaluación y planificación psiquiátrica de 48 horas; unidad de emergencia para evaluación, tratamiento y salud psiquiátrica (o EmPATH); servicio de evaluación, enlace y manejo de crisis de 48 horas (o CALM); y unidad de decisiones psiquiátricas a corto plazo.	una cama o transferencia) disminuyó en un promedio de 189 minutos (IC 95 % 228 a 50 minutos) Seguridad del paciente: las tasas de eventos de código gris (respuestas de seguridad en urgencias) y el uso de restricciones en pacientes (p. ej., restricciones físicas o mecánicas, sedación terapéutica) se redujeron. Neutral: Pacientes que se fueron prematuramente.	
Streaming (Canalización)	Permite la clasificación de pacientes en vías de atención diferenciadas según características o destino probable. Agrupándolos o canalizándolos de acuerdo a quejas similares para dirigirlos a rutas similares en el servicio.	En un estudio se reportó una reducción de la estancia hospitalaria en urgencias de 9,5 min (mín. 0–máx. 11). Otros estudios reportaron una reducción de la estancia hospitalaria en urgencias de 31 min (mín. 14–máx. 48).	De Freitas et al., 2018
Streaming (Canalización)	Permite clasificar y priorizar pacientes de alta agudeza por nivel de triage;	Reducción de 36 minutos en el tiempo de estancia.	Grant et al., 2020

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
	pacientes de baja agudeza por hora de llegada.		
Modelos de travesía ideal	El objetivo de los modelos es canalizar a los pacientes hacia el modelo de atención más adecuado lo antes posible, garantizando continuidad y fluidez en la atención En Nueva Gales del Sur, se identificaron tres niveles de procesos: Procesos intrahospitalarios de urgencias, que incluyen triage y registro, enfermería con iniciativas clínicas, reanimación (incluido trauma), cuidados intensivos, evaluación y flujo temprano de adultos mayores, zonas de tratamiento temprano, *fast track*, unidades subagudas, modelo 2:1:1 y unidades de corta estancia. Modelos fuera del servicio de urgencias, diseñados para mantener el flujo y dar acceso oportuno a cuidados intensivos u hospitalización. Estos comprenden la unidad de evaluación médica, la unidad de	No especifica resultado, pero evidencia que da remisión directa a otro proveedor. Ofrece múltiples opciones para evaluar y tratar a los pacientes. Permite que los centros de salud locales tengan acceso a los MOC (Models of emergency care, en español, Modelos de atención de urgencias) adecuados según su departamento de urgencias y garantiza que las tareas sean realizadas por el profesional que pueda realizarlas con mayor eficiencia. Elimina la duplicación de procesos y reduce los tiempos de espera improductivos.	Yarmohammadian et al., 2017

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
	evaluación quirúrgica, la hospitalización domiciliaria y los servicios de un centro de atención psiquiátrica de urgencias. Modelos comunitarios que garantizan acceso a atención ambulatoria no programada. Aquí se incluyen centros de atención de urgencias, línea de asesoramiento (Health Direct, Australia), consulta de medicina general fuera del horario regular, y un servicio comunitario de conexión entre pacientes y profesionales de salud, para orientar a los usuarios fuera del hospital hacia recursos de atención adecuados.		
Registro a pie de cama (*Bedside registration*)	En lugar de que los pacientes deban pasar primero por un mostrador central de admisión, el registro administrativo (datos personales, seguro, historia clínica básica) se realiza directamente en el lugar donde el paciente está siendo evaluado o	Se evidencio en un estudio de USA, que el registro en la cama inmediatamente después del triage, realizado simultáneamente con la evaluación médica, resultó en una disminución significativa del tiempo transcurrido desde el triage hasta la asignación a la sala de tratamiento para pacientes no urgentes. Sin embargo, tras una reducción inicial significativa en el tiempo desde la habitación hasta la disposición, esta mejora no se mantuvo hasta 12 meses	Morley et al., 2018

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
	tratado, es decir, junto a la cama o en el área clínica	después de la intervención. La ampliación del servicio de urgencias de 33 a 53 camas, sin cambios en la proporción de personal, resultó en un aumento significativo de 20 horas diarias en el alojamiento en urgencias. No obstante, en un estudio realizado en Nueva Zelanda, la provisión de camas adicionales en el departamento de urgencias en tres de los cuatro hospitales estudiados, así como la provisión de personal médico y de enfermería adicional en el departamento de urgencias, resultó en una disminución de la mediana de la duración del tiempo de estancia hospitalaria.	
Estandarización del proceso de admisión	Esta intervención consiste en entregar un formulario estandarizado a todos los pacientes de urgencias que requerían una primera consulta psiquiátrica para mejorar la eficiencia. El formulario estandarizado incluía preguntas sobre el diagnóstico del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV), historial de tratamiento, medicación pasada y presente, entre otras.	Un estudio que incluyó 37 pacientes antes de la intervención y 9 después de la misma, encontró que dado el pequeño tamaño de la muestra no se logró una evaluación de la mejora en los resultados mediante medidas estadísticas. La recopilación de datos fue inconsistente, ya que algunos puntos de tiempo se ingresaron manualmente y otros electrónicamente. Sin embargo, se reportó que el tiempo transcurrido desde la consulta hasta la toma de decisiones se redujo en 79 minutos en este estudio, pero la duración de la estancia en urgencias no varió. Adicionalmente, hubo escasa aceptación de la intervención y una recopilación inconsistente de datos. En Canadá, un estudio empleo un protocolo que incentivó a los residentes sénior a tomar una decisión sobre la disposición del paciente e ingresar las órdenes de admisión en un plazo de 2 horas tras recibir una solicitud de consulta, sin esperar a que un residente júnior completara primero la evaluación. Cada 6 semanas se envió	Beckerleg et al., 2020

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
		por correo electrónico un recordatorio sobre la utilización del protocolo estandarizado y un resumen de los datos sobre el tiempo transcurrido entre la consulta y la decisión. También se recopilaron encuestas sobre las barreras para la admisión. El tiempo transcurrido entre la consulta y la decisión se redujo en 78 minutos y el coste por admisión se redujo en 36 dólares canadienses. Los resultados se mantuvieron durante 6 meses. Los formularios de retroalimentación identificaron el alto volumen de consultas, la disposición incierta del paciente y la inestabilidad del paciente como barreras para la admisión. Como limitantes, se evidencio que la adopción de la intervención fue poco clara, hubo un pequeño tamaño de la muestra, además de la ausencia en la utilización de medidas estadísticas.	
Tablero electrónico de seguimiento	Sistema digital que provee información en tiempo real del estado de los pacientes.	Disminución de la estancia hospitalaria en urgencias.	De Freitas et al., 2018
Modelo de Representación de Codificador Bidireccional desarrollado por Google	Es una herramienta de inteligencia artificial empleada para procesar automáticamente el lenguaje clínico (notas de triage, reporte de historia clínica, alertas en tiempo real, procesamiento de resultados de laboratorio o radiología, soporte en triage y apoyo a la gestión de flujo), con el fin de mejorar el triage, acelerar diagnósticos,	El algoritmo tuvo una precisión del 83 %, con un AUC de 0,88, una sensibilidad del 72 % y una especificidad del 86 %.	Almulihi et al., 2024

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
	reducir retrasos y apoyar la toma de decisiones críticas.		
Modelo de escala de riesgo de hacinamiento (Overcrowding hazard scale model)	Es una herramienta desarrollada para medir y predecir el nivel de sobreocupación en los servicios de urgencias y considera aspectos como: el número de pacientes presentes en el servicio y en espera de atención, la disponibilidad de camas hospitalarias, el nivel de saturación de recursos humanos y tecnológicos, el tiempo de espera desde el triage hasta la atención médica y el número de pacientes en espera de ingreso hospitalario.	Sin información de resultados o impacto.	Yarmohammadian et al., 2017
Uso de mensajes de texto recordando a los médicos que tienen interconsultas	Consiste en él envió de un mensaje como recordatorio cuando existen retrasos en el proceso de consulta. Se envió un recordatorio por mensaje de texto al celular, para avisar sobre los retrasos en el proceso de consulta. Se emplea cuando los pacientes del servicio de urgencias requieren derivación a un especialista.	Un estudio indico que el tiempo transcurrido desde la consulta hasta la decisión se redujo en 101 minutos y la estancia en el servicio de urgencias en 106 minutos. Se realizó un seguimiento de los resultados durante los 40 días posteriores a la intervención. No se observaron cambios en el tiempo de alta del servicio de urgencias tras la decisión de disposición, y la proporción de ingresos hospitalarios no varió. Otro estudio, envió mensajes a las 2 y 4 horas a los médicos de cabecera del departamento de consultas, si no se había llegado a una decisión. Se envió otro mensaje a las 8 horas a los médicos de cabecera y al departamento de	Beckerleg et al., 2020

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
	Se envió un mensaje si un residente del servicio de consulta no llegaba al servicio de urgencias 20 minutos después de la solicitud inicial de consulta enviada electrónicamente. Se envió otro mensaje a las 3 horas a todos los residentes del servicio de consulta, y un mensaje final a las 6 horas a todos los residentes y médicos de cabecera del servicio de consulta si no se había tomado una decisión sobre la disposición.	admisiones si los pacientes ingresados seguían ingresados en urgencias. El tiempo transcurrido entre la consulta y la decisión se redujo en 16 minutos y la estancia en urgencias en 14 minutos para los pacientes consultados. El tiempo transcurrido desde la decisión de ingreso hasta la salida de los pacientes de urgencias también se redujo en 12 minutos. El período de seguimiento fue de 30 días después de la intervención. No obstante, hubo limitaciones asociadas al corto período de seguimiento, la falta de datos sobre el volumen de consultas previas a la intervención y la falta de evaluación de la experiencia del profesional sanitario.	
Ingreso informatizado de órdenes médicas	Es un sistema electrónico utilizado para ingresar datos del paciente.	Resultados heterogéneos. Algunos estudios mostraron una disminución de la duración de la estancia; otros estudios evidenciaron un aumento de la duración de la estancia. También se informó una reducción de los tiempos de acceso al médico, del médico a la decisión de disposición y de la decisión de disposición al alta.	De Freitas et al., 2018
Modelo de bosque aleatorio	Es un algoritmo de aprendizaje automático que apoya la toma de decisiones rápidas. Consiste en crear varios árboles de decisión entrenados sobre diferentes subconjuntos de datos y variables. Cada árbol hace una predicción (por ejemplo, "¿este	El modelo de bosque aleatorio para resultados críticos mostró un área bajo la curva (AUC) de 0,991 (intervalo de confianza del 95 % [IC]: 0,991-0,992) y de 0,943 (IC del 95 %: 0,943-0,944) para la hospitalización, un valor superior al del sistema de triage convencional. Es decir, El modelo de bosque aleatorio parece ser más preciso que el triage tradicional para detectar pacientes graves y decidir quién debe ser hospitalizado.	Almulihi et al., 2024

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
	paciente será admitido en el hospital?"). El modelo final combina los resultados de todos los árboles (por votación o promedio), lo que reduce el riesgo de error y mejora la precisión. Puede ayudar a decidir priorización de pacientes, puede anticipar si un paciente será admitido o puede ser dado de alta, que pacientes requieren exámenes complementarios, identifica desde triage a quienes probablemente requerirán cuidados intensivos, puede estimar riesgos de mortalidad temprana		
Modelos de aprendizaje automático combinado potenciado por gradiente (KATE)	Son estrategias que emplean regresión logística multinomial, potenciación de gradiente extrema, árbol de decisión potenciado por gradiente y bosque aleatorio para facilitar la toma de decisiones en enfermedades cardiovasculares y respiratorias. Emplean un procesamiento de	Varios estudios reportaron resultados diversos. Sin embargo, el modelo potenciado por gradiente fue ligeramente superior a otros modelos, incluyendo la regresión logística (AUC: 0,908), la potenciación extrema de gradiente (0,937), el árbol de decisión potenciado por gradiente (0,921) y el bosque aleatorio (0,919). En un estudio, se reportó el desarrollo de un algoritmo de aprendizaje automático utilizando texto tubular y libre para determinar la necesidad de ingreso en la UCI (unidad de cuidados intensivos) de neurociencia en urgencias. Un	Almulihi et al., 2024

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
	lenguaje natural como la plataforma KATE, la cual es una inteligencia artificial clínica en tiempo real, empleada para apoyar decisiones de triage en urgencias. y ESI, (*Emergency Severity Index*, en español, índice de gravedad de emergencias), para asignar nivel de triage (son 5 niveles. ESI-1: Situación crítica, requiere atención inmediata y recursos intensivos. ESI-2: Alto riesgo, muy urgente, puede desestabilizarse rápidamente. ESI-3: Estable, pero necesita múltiples recursos diagnósticos/terapéuticos. ESI-4: Estable, requiere un solo recurso. ESI-5: Estable, no requiere recursos adicionales).	modelo entrenado solo con datos de texto tuvo un AUC área bajo la curva) de 0,90 (intervalo de confianza [IC] del 95 %: 0,87-0,91) y de 0,92 (IC del 95 %: 0,91-0,94) en un modelo de solo datos estructurados. Los investigadores, informaron que el algoritmo puede predecir la necesidad de ingreso en la UCI poco después de la llegada a urgencias. Otro estudio, recluto pacientes adultos con nivel 3 en la escala de agudeza de triage de Taiwán. Utilizaron regresión logística, CatBoost, XGBoost, árboles de decisión y modelos de bosque aleatorio. Observaron que CatBoost era el método más superior en la validación interna, con un AUC de 0,755, y XGBoost en la validación externa, con un AUC de 0,76. Sin embargo, solo pueden predecir el triage en pacientes de baja gravedad. Adicionalmente, otro estudio, utilizo los datos de urgencias de la Encuesta Nacional de Atención Médica Hospitalaria y Ambulatoria 2007-2017 para identificar a adultos con asma y exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) . Utilizaron cuatro modelos de aprendizaje automático: bosque aleatorio, boosting, regresión lasso y red neuronal profunda, y evaluaron su capacidad de predicción con una puntuación ESI. Entre los 13,9 millones de visitas incluidas, el *boosting* fue el enfoque con mejor rendimiento para la predicción del resultado de cuidados críticos (estadística C: 0,80 frente a 0,68, mejora neta de la reclasificación: 53 %, p = 0,002 y sensibilidad: 0,79 frente a 0,53) con respecto al modelo de referencia. Se observó	

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
		que todos los modelos tenían una alta capacidad de discriminación (todas las estadísticas C ≥ 0,82). La mayor capacidad se reportó en el modelo de bosque aleatorio (estadístico C: 0,83) (17). Otros investigadores, evaluaron el papel de los árboles de decisión, el bosque aleatorio, el *boosting* y los métodos de regresión logística en la exacerbación del asma pediátrica en urgencias. De igual manera, encontraron que el modelo automático de *boosting* fue el más exitoso (regresión logística: 0,85 [IC del 95 %: 0,84-0,86]) para predecir la gravedad y la necesidad de hospitalización. El estudio demostró el papel significativo del método de aprendizaje automático en la predicción de la gravedad y la necesidad de hospitalización en las exacerbaciones agudas del asma. Finalmente, otro estudio, empleo cuatro modelos: regresión logística (AUC: 0,885), árbol de decisión (0,845), bosque aleatorio (0,878) y XGBoost (0,88). Los modelos fueron eficaces para determinar el triage del ECG. Por lo tanto, el modelo de IA puede ayudar a acelerar el diagnóstico y el tratamiento en urgencias.	
Algoritmos Boosting o algoritmos de potenciación secuencial	Con este método se busca mejorar el desempeño de modelos de predicción y son aplicados a datos de pacientes (signos vitales, antecedentes, modo de llegada).	Un estudio evidencio que El AUC fue de 0,867 (intervalo de confianza del 95 %, [0,864-0,871]). El algoritmo fue correcto al predecir el ESI. Otro estudio, determino la puntuación de riesgo basada en aprendizaje automático en entornos prehospitalarios. El modelo de IA se comparó con las puntuaciones nacionales	Almulihi et al., 2024

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
		de advertencia temprana, y el AUC osciló entre 0,51 y 0,66, y entre 0,66 y 0,85 para las puntuaciones nacionales de advertencia temprana. Por otro lado, otros investigadores, concluyeron que el algoritmo predicho reduce la duración de la estancia hospitalaria, pero aumenta el costo. Los estudios en general mostraron una disminución de la duración de la estancia en urgencias mediante el algoritmo de aprendizaje automático.	
Random forest y redes neuronales	Método que combina el modelo de bosque aleatorio con redes neuronales para predecir necesidad de hospitalización o ingreso.	Se reportó un AUC de 0.8004 (IC del 95%: 0.7963-0.8045), una sensibilidad de 0.6721 (IC del 95%: 0.6624-0.6818) y una especificidad de 0.7814 (IC del 95%: 0.7777-0.7851). Se obtuvieron resultados significativos a favor de la metodología de IA.	Almulihi et al., 2024
Sistemas de soporte de decisión clínica (SSDC) basados en algoritmos o basados en machine learning, deep learning o modelos estadísticos.	**SSDC basados en conocimiento** Estos implementaron un conjunto de reglas en forma de algoritmo de decisión, que se ejecuta de acuerdo con las respuestas a preguntas médicas. Las decisiones cumplen con guías de práctica clínica, protocolos o la experiencia clínica, y conducen a la orientación, evaluación de severidad y/o prioridad.	**SSDC basados en conocimiento** La comparación de los CDSS requiere precaución, debido a la gran variabilidad de metodologías utilizadas en su evaluación. Sin embargo, se observa que algunos sistemas parecieron mejorar la precisión diagnóstica (+200% en la detección de paro cardíaco); reducir despachos innecesarios de ambulancias (-16%); aumentar las consultas con médicos de atención primaria (+17%); incrementar la duración de la llamada (+0,7 s); generar ahorros de costos (hasta 70,3 € por paciente); e incluso mejorar el conocimiento médico de los operadores de llamadas. Solo el sistema *National Health service (NHS) Direct* fue evaluado mediante un ensayo pragmático, que midió el impacto en la tasa de despacho de ambulancias y la seguridad del SSDC para el cual se reportó:	Michel et al., 2024

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
	Estos sistemas están diseñados para toda la población (en su mayoría) o para poblaciones específicas (para pacientes pediátricos, pacientes con COVID, para pacientes con trauma). Están dirigidos principalmente a enfermeras, paramédicos o despachadores o médicos, con posibilidad de anular la decisión en algunos de ellos (n = 8). Diez SSDC fueron implementados en la práctica real, y solo 3 estuvieron conectados a la historia clínica electrónica (EHR). Estos sistemas se inspiraron en el pionero sistema inglés NHS Direct. Los sistemas identificados fueron: -NHS Direct (NHS Direct fue descontinuado en 2014 y reemplazado por NHS 111). -Advanced Medical Priority Dispatch System (AMPDS) en NHS Pathways (UK) -Medical Priority Dispatch System (MPDS, >50 países)	-La evaluación de pacientes de categoría C por teléfono permitió identificar a aquellos con menor probabilidad de requerir atención en el servicio de urgencias, lo que podría tener un impacto en las tasas de despacho de ambulancias. -Se encontró que el asesoramiento telefónico era un método potencialmente seguro para manejar a muchos de los pacientes que llamaban de la categoría C. **SSDC basados en datos** La comparación de los CDSS requiere precaución, debido a la gran variabilidad de metodologías utilizadas en la evaluación. Sin embargo, se observa que el desempeño fue evaluado con frecuencia en términos de: exactitud, que osciló entre 76,6% y 93,1%; sensibilidad, entre 53% y 85%; especificidad, entre 86,7% y 97,4%; valor predictivo positivo (VPP), entre 17,1% y 70,5%; y valor predictivo negativo (VPN), entre 81,6% y 99,9%. Solo un SSDC (sistema danés) fue evaluado mediante un ensayo clínico aleatorizado, que midió la capacidad del sistema para reconocer paro cardíaco en comparación con los despachadores, con análisis secundarios de falsos positivos y falsos negativos. Alerta con Corti.ai versus sin la alerta con Corti.ai para paro cardíaco extrahospitalario:	

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
	-Swedish Health Care Direct (Suecia) -Health Direct – Centramax adapted for Australia (Australia) -Expert RN (Mayo Clinic, EE.UU.) -CDSS: sistema informatizado de apoyo a la toma de decisiones (Canadá) -Sistema de asesoramiento telefónico (Países Bajos) -Sistema de triaje y asesoramiento pediátrico del programa de atención telefónica fuera del horario laboral (EE.UU.) -Algoritmo de Despacho de Trauma (Irán) -Acción de Consejería para Síntomas (Suecia) **SSDC basados en datos** Estos implementaron modelos de inteligencia artificial (aprendizaje profundo, machine learning o estadísticos), construidos a partir de datos de	-Reconocimiento de paro cardíaco extrahospitalario: 93,1% vs 90,5% (p = 0,15) -Sensibilidad: 85% vs. 77,5% (p < 0,001) -Especificidad: 97,4% vs. 99,6% (p < 0,001) -Valor predictivo positivo (VPP): 17,8% vs. 55,8% (p < 0,001)	

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
	pacientes provenientes de registros nacionales o locales. Las decisiones corresponden a predicciones basadas en variables de los pacientes, archivos de audio y/o guiones, y se expresan como variables binarias, orientación o probabilidad de riesgo. La mayoría de estos sistemas fueron diseñados para poblaciones específicas (para paro cardíaco extrahospitalario, para pacientes con trauma, para pacientes con COVID-19, para síndrome aórtico agudo). Solo uno fue implementado en la práctica real (Yokohama) y uno durante un ensayo clínico (Corti.ai en Dinamarca), y ninguno estuvo conectado a la historia clínica electrónica (EHR). Los sistemas identificados fueron: -Corti.ai (Dinamarca/Suecia) -Yokohama New Emergency		

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
	System (Japón) -DeepEMC2 (España) -SuperLearner para síndrome aórtico agudo (Francia) -ML Corti Aps (Suecia) -PAMT Model (Taiwán) -Respuesta de voz interactiva de los hospitales de la Universidad de El Cairo (Egipto) -COVID-19 DSS (Francia)		

Fuente: Elaboración propia

* Se recomienda consultar la Tabla 17, que contiene la evaluación del riesgo de sesgo de las RSL, elaborada con la herramienta ROBIS.

5.2.3.4 Intervenciones asociadas a la fase de salida

En la Tabla 15, se sintetizan las intervenciones evidenciadas en la revisión que están asociadas a la fase de salida.

Autores como Mason et al. (2017) postulan en su revisión sistemática que el triage de ingreso prioritario es una estrategia útil cuyo objetivo es agilizar el egreso de pacientes hacia hospitalización mediante la asignación preferente de camas, muestra como resultado una mayor disponibilidad de estas, aunque sin reporte cuantitativo de impacto (Mason et al., 2017). De forma complementaria, Chan et al. (2015) examinan la estrategia de alta temprana y flujo de pacientes, basada en el rediseño de procesos bajo enfoques Lean, la gestión en tiempo real de camas y modelos hospitalarios integrales, logrando reducciones de entre 10 % y 15 % en el tiempo de estancia en urgencias (Chan et al., 2015). No obstante, la CADTH, (2023), señala que, al evaluar la estrategia de transferencia rápida de pacientes desde urgencias a salas de hospitalización, ya sea a través de rondas multidisciplinarias o mediante la ubicación directa en las salas, los resultados obtenidos fueron neutros en relación con las reconsultas (CADTH, 2023).

En cuanto a infraestructura, Mason et al. (2017), describen las salas de alta, espacios destinados a pacientes con egreso definido que esperan transporte, y el traslado directo a planta en lugar de urgencias, que contribuye a liberar camas y reducir la saturación. El mismo grupo de autores reporta que la planificación anticipada del alta hospitalaria, mediante coordinación con servicios sociales y comunitarios, reduce estancias prolongadas y mejora la disponibilidad de camas; además, refiere que el alojamiento en planta en el área de urgencias es una estrategia que reduce la saturación en urgencias; sin embargo, requiere coordinación. (Mason et al., 2017).

Desde la CADTH (2023), se identifica la atención transicional, la cual consiste en servicios de corta duración que acompañan al paciente y sus cuidadores en la transición tras la hospitalización, pueden comprender educación en salud, la planificación del alta, el seguimiento estructurado y la coordinación entre equipos ya sea brindando atención en el hogar u en otros centros de atención. Igualmente, la CADTH describe las estrategias de coordinación y transición de la atención, las cuales incluyen gestión de casos y apoyo a la autogestión, con un impacto positivo en la disminución de visitas a urgencias. Finalmente, CADTH

detalla los modelos de atención hospitalaria en el hogar, diseñados para prevenir hospitalizaciones y facilitar altas tempranas, aunque sin reportes específicos de impacto (CADTH, 2023).

Otra de las estrategias referidas por Nummedal et al., (2024), es la atención transicional, que se refiere a la continuidad del cuidado que se brinda al paciente en el momento del alta hospitalaria. Este proceso incluye educación, monitoreo, apoyo social y farmacológico, así como visitas domiciliarias y llamadas de seguimiento. Además, implica la coordinación de la atención, la gestión e intervención en salud y la elaboración de planes de atención; sin embargo, los autores no refieren resultados o impactos de la intervención, ya que el propósito principal de ese estudio no era evaluar la efectividad, sino más bien mapear la evidencia existente (Nummedal et al., 2024). En el mismo sentido, estos autores también identifican las clínicas de seguimiento ambulatorio y las intervenciones domiciliarias y/o comunitarias como estrategias centradas en la continuidad del cuidado, aunque sin reportes específicos de impacto (Nummedal et al., 2024). Por su parte, en la revisión sistemática por Yarmohammadian et al. (2017), que incluyó 30 estudios, se propone que los centros de atención alternativos que desvían a pacientes con condiciones leves hacia espacios ambulatorios son estrategias que han demostrado, a través de simulaciones, beneficios en la optimización de condiciones operativas y en la reducción de tiempos de espera (Yarmohammadian et al., 2017).

De manera complementaria, Chan et al. (2015) presentan el triage inverso, inicialmente diseñado para situaciones de desastre, pero también aplicable en la práctica diaria, ya que permite identificar pacientes de bajo riesgo que pueden ser dados de alta de manera segura, optimizando la capacidad hospitalaria (Chan et al., 2015).

En conjunto, las intervenciones reportadas evidencian un marco integral de estrategias para optimizar la fase de salida en los servicios de urgencias, en el que se combinan enfoques de gestión hospitalaria, coordinación interinstitucional y fortalecimiento de la atención comunitaria, aunque persisten limitaciones en la cuantificación de resultados en varias de las intervenciones descritas.

Tabla 15. Descripción de las intervenciones asocadas a la fase de salida

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
Triage de ingreso prioritario (en inglés, (priority admission triage initiative)	Es una estrategia diseñada para agilizar el egreso de pacientes del servicio de urgencias hacia hospitalización, mediante la asignación prioritaria de camas. No actúa en la entrada, ni en el flujo interno de la atención dentro de urgencias, sino en el proceso de transferencia a unidades de hospitalización.	Evidencia mayor disponibilidad de camas. Sin embargo, no se especifica el porcentaje de resultado.	Mason et al., 2017
Alta temprana y flujo de pacientes	Son estrategias para acelerar el alta hospitalaria y optimizar el flujo de pacientes, incluyendo rediseño de procesos (Lean), gestión en tiempo real de camas y modelos integrales de hospital.	Reducción del tiempo de estancia en urgencias en 10–15%; reducción del "boarding" y del "access block" mediante mejor utilización de los recursos hospitalarios.	(Chan et al., 2015)
Transferencia rápida de pacientes admitidos en urgencias a salas de hospitalización	Estrategias para mejorar la capacidad y eficiencia en la rápida transferencia de pacientes admitidos en urgencias a salas hospitalarias, por ejemplo, rondas multidisciplinarias o ubicación de pacientes en salas en lugar de mantenerlos en urgencias.	Comparador: atención habitual Neutral: reconsultas en urgencias	CADTH, 2023
Sala de alta	Son espacios dedicados para pacientes en espera de traslado o transporte después del alta.	Libera camas más rápido; se muestra evidencia de impacto positivo pero limitado ya que no se especifica.	Mason et al., 2017
Alojamiento en planta en lugar de urgencias	Estrategia que traslada pacientes hospitalizados pendientes de cama directamente a salas en vez de mantenerlos en urgencias.	Reduce saturación en urgencias; requiere coordinación.	Mason et al., 2017
Planificación del alta temprana	Hace referencia a la planificación temprana del alta desde hospitalización, con coordinación de servicios sociales y comunitarios.	Evidencia de reducción en estancias prolongadas y mayor disponibilidad de camas. Sin embargo no se especifica el porcentaje de resultado.	Mason et al., 2017

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
Planificación del alta y coordinación de servicios	Asignar un profesional de la salud responsable de mejorar la atención transicional al hogar u otros centros de atención (p. ej., alta a domicilio o residencia de ancianos, ingreso hospitalario, centro de rehabilitación), desarrollando planes de alta individualizados que incluyan resúmenes de tratamiento, planes de medicación y derivación, planes de transporte, servicios comunitarios y derivaciones a atención primaria.	Comparador: atención habitual Favorable: reducción en el número de reconsultas en urgencias	CADTH, 2023
Atención transicional	Continuidad del cuidado al momento del alta hospitalaria, mediante educación, monitoreo, apoyo social/farmacológico, visitas domiciliarias, llamadas telefónicas de seguimiento, coordinación de la atención, gestión e intervención de la salud y planes de atención.	No se extrajeron resultados porque su objetivo no era examinar la efectividad, sino mapear la evidencia.	Nummedal et al., 2024
Modelos de atención hospitalaria en el hogar	Los pacientes reciben atención en sus propios hogares para abordar múltiples factores, como prevenir hospitalizaciones y proporcionar atención temprana para el alta.	No reporta	CADTH, 2023
Intervenciones domiciliarias y/o comunitarias	Realizadas en el hogar del paciente, incluyendo visitas de enfermería, programas de monitoreo remoto, y administración de tratamientos fuera del hospital. (Intervenciones domiciliarias y/o comunitarias)	No reporta.	Nummedal et al., 2024
Clínicas de seguimiento ambulatorio	Seguimiento estructurado después del alta, con enfoque en educación, manejo de enfermedades crónicas y ajuste temprano de tratamiento para	No reporta.	Nummedal et al., 2024

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultado/Impacto	Autor
	evitar readmisiones. Clínicas de seguimiento ambulatorio		
Centros de atención alternativos	Los pacientes sin complicaciones son derivados a centros de atención primaria fuera del hospital, como centros de atención ambulatoria, como un enfoque de contingencia que mejora la accesibilidad, reduce el tiempo de espera, disminuye los costos y mejora los resultados del paciente, la satisfacción del personal y la experiencia del cliente.	Fue una simulación del flujo de pacientes en urgencias que demostró ser útil para anticipar las condiciones operativas futuras con variables como el número de espera, el tiempo de espera, el nivel de ocupación, la duración de la estancia, el número de abordajes, el tiempo de abordaje y el desvío de ambulancias.	(Yarmohammadian et al., 2017)
Triage inverso (reverse triage)	Proceso empleado para seleccionar pacientes que pueden ser dados de alta de forma segura con poco riesgo de consecuencias graves, en caso de desastres que requieran un aumento de la capacidad hospitalaria.	En 2012, se publicó un informe anecdótico que describe cómo este sistema de triage inverso se aplicó eficazmente en un evento inesperado que resultó en una demanda repentina de camas. inicialmente se describió para su uso durante desastres, este sistema también se considera adecuado incluso para el uso hospitalario diario para garantizar la gestión segura de la capacidad hospitalaria o para reducir los bloqueos de acceso.	Chan et al., 2015

Fuente: Elaboración propia

* Se recomienda consultar la Tabla 17, que contiene la evaluación del riesgo de sesgo de las RSL, elaborada con la herramienta ROBIS

5.2.3.5 Intervenciones mixtas o transversales

En este apartado se describen las intervenciones que son transversales a la fase de entrada, flujo o salida. Estas estrategias están consignadas en la Tabla 16.

Inicialmente, dentro de las intervenciones asociadas a esta fase, encontrado la gestión activa de camas, donde autores como Morley et al. (2018), reportan la gestión activa de camas, mediante la incorporación de gestores especializados que supervisan la disponibilidad en tiempo real, lo que redujo en promedio 98 minutos la estancia en urgencias y disminuyó en un 52 % el tiempo medio de internamiento (Morley et al., 2018). De manera similar, la CADTH (2023) refiere intervenciones como la asignación de personal especializado encargado de la identificación, asignación y utilización oportuna de camas, así como de garantizar la comunicación fluida sobre disponibilidad y procesos de alta, adicionalmente, estos autores también indican que la realización de pruebas de simulación para planificar la capacidad de camas de cuidados agudos, para diseñar escenarios óptimos de gestión, considerando como ideal una ocupación hospitalaria situada entre el 70% y el 85% (CADTH, 2023). (CADTH, 2023).

Por otra parte, en relación con los escribas o personal administrativo de apoyo, De Freitas et al. (2018) reportaron resultados heterogéneos, donde algunos estudios señalaron una reducción de 1,6 minutos en la estancia en urgencias, otros identificaron un incremento de hasta 19 minutos, aunque en general se observó un aumento en la tasa de pacientes atendidos por hora (De Freitas et al., 2018). Por su parte, Grant et al. (2020) refieren que los escribas que apoyan en tareas administrativas lograron reducir la estancia en urgencias hasta en 16 minutos, mientras que aquellos que colaboraron directamente con médicos en la fase diagnóstica o clínica alcanzaron reducciones adicionales, aunque más modestas (Grant et al., 2020).

Adicionalmente, se reportan las intervenciones híbridas, las cuales fueron analizadas por Mason et al. (2017). Estas intervenciones, combinan medidas como cupos de pacientes para residentes, eliminación de autorizaciones exclusivas para imágenes y normas estrictas de ingreso hospitalario. Estas acciones lograron una reducción del 43 % en pacientes que permanecían más de ocho horas en urgencias, lo cual refleja un impacto sustancial en la disminución de tiempos prolongados de estancia (Mason et al., 2017).

Por otro lado, Hesselink et al. (2019) analizan intervenciones dirigidas a adultos mayores, incluyendo equipos geriátricos, planificación del alta y continuidad de cuidados, seguimiento post-alta, gestión de casos por equipos multidisciplinarios y creación de zonas específicas de fragilidad. Los resultados fueron heterogéneos: mientras la implementación de unidades geriátricas de trauma y zonas de fragilidad redujo significativamente la estancia en urgencias, otros modelos como la evaluación geriátrica integral prolongaron los tiempos entre una y 2,6 horas. Asimismo, los autores identificaron que los programas domiciliarios con seguimiento telefónico redujeron las revisitas, aunque algunas modalidades de gestión comunitaria aumentaron las reconsultas (Hesselink et al., 2019).

En relación con estrategias relacionadas con gestión por eficiencia y mejora continua, la CADTH (2023) describe las metas basadas en tiempos, como la regla de las 4 horas en Inglaterra y los objetivos nacionales en Australia y Nueva Zelanda, orientadas a reducir la estancia en urgencias y mejorar la disposición de pacientes. Los resultados muestran efectos favorables, con reducción del tiempo de estancia en pacientes admitidos y menor proporción de usuarios que abandonaron el servicio antes de ser atendidos, aunque la certeza de la evidencia fue variable y, en algunos contextos, los resultados fueron heterogéneos (CADTH, 2023).

En esa misma línea, otro estudio de revisión sistemática, refiere las intervenciones de gestión por eficiencia y acción política (Chan et al., 2015). Los autores resaltaron los programas de incentivos, modelos predictivos de demanda y redistribución de ingresos hospitalarios. En este contexto, la regla de las 4 horas implementada en el Reino Unido logró que el 98 % de los pacientes fueran atendidos, tratados y dados de alta en dicho periodo, en comparación con el 23 % de incumplimiento previo a su implementación (Chan et al., 2015). Adicionalmente, los autores enfatizan que la creación de políticas de priorización y manejo-acción, tiene efectos positivos en la reducción del bloqueo de acceso a hospitalización y en la capacidad operativa, siempre condicionados al respaldo político y financiero (Chan et al., 2015). De manera complementaria, Morley et al. (2018) analizan el NEAT o la meta nacional de acceso a urgencias en Australia, que incrementó el cumplimiento de los tiempos de disposición clínica así como un aumento en el número de pacientes dados de alta dentro del plazo de cuatro horas, aunque también se refirió un aumento en

los tiempos de estancia hospitalaria, derivaciones apresuradas y mayor número de traslados intrahospitalarios (Morley et al., 2018).

La CADTH (2023), también incluye estrategias de coordinación de historias clínicas electrónicas e información en salud entre distintos socios del sistema, con el fin de optimizar la comunicación clínica y reducir consultas innecesarias, aunque los autores no documentaron resultados específicos (CADTH, 2023). Adicionalmente, la atención transicional liderada por los hospitales también fue destacada por la CADTH (2023), y consiste en servicios de corta duración que acompañan al paciente y sus cuidadores en la transición tras la hospitalización, y pueden comprender educación en salud, la planificación del alta, el seguimiento estructurado y la coordinación entre equipos. Estas intervenciones son descritas como intervenciones de intensidad moderada a alta en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva, que lograron disminuir el número promedio de visitas a urgencias, en contraste con las de baja intensidad, cuyo impacto fue neutral (CADTH, 2023).

En cuanto a las intervenciones a nivel de todo el sistema, De Freitas et al. (2018) documentan mejoras en diferentes tiempos del proceso: la media de estancia en urgencias disminuyó de 27 a 22 minutos, el acceso a la sala de exploración pasó de 27 a 22 minutos y la consulta médica de 20 a 18 minutos, mientras que el tiempo de evaluación hasta el alta mostró una reducción mínima, evidenciando impactos parciales en la eficiencia global del servicio (De Freitas et al., 2018).

Adicionalmente, la (CADTH, 2023), señala que existen estrategias vinculadas a los marcos de rendición de cuentas, las cuales buscan repartir las responsabilidades en la gestión del hacinamiento entre los servicios de urgencias, los hospitales y las autoridades sanitarias. Estas estrategias proponen incentivos de desempeño y un enfoque de corresponsabilidad en los resultados, aunque no se ha reportado evidencia cuantitativa que respalde su efectividad.

Por otro lado, dentro de las estrategias que contemplan metodologías aplicadas a procesos, se encuentran las reportadas por Ortiz-Barrios y Alfaro-Saíz (2020), quienes revisaron las metodologías que incluyen la simulación de eventos discretos, Lean Healthcare, Six Sigma, teoría de colas y modelos de optimización, así como enfoques híbridos (p. ej. simulación + optimización). Estos últimos fueron utilizados con mayor frecuencia. Estas metodologías se

orientan a conceptos y herramientas dirigidas a la excelencia operacional, reducción de desperdicios, empoderamiento del equipo para identificar continuamente oportunidades de mejora significativas (Ortíz-Barrios & Alfaro-Saíz, 2020). Estas herramientas permitieron reducciones significativas en los tiempos de espera, la congestión de servicios y los abandonos de pacientes sin atención, además de mejoras en la eficiencia del flujo hospitalario (Ortíz-Barrios & Alfaro-Saíz, 2020).

Adicionalmente, Mohiuddin, et al. 2017, analizaron el uso de diferentes métodos de simulación computacional para modelar procesos complejos y evaluar escenarios de atención en los servicios de urgencias del NHS en el Reino Unido, Los autores, identificaron el uso de simulación de Eventos Discretos (SED), que modela el flujo de pacientes como una secuencia de eventos para evaluar tiempos de espera, uso de recursos y capacidad, el cual fue reportado con mayor frecuencia, y el uso de Dinámica de Sistemas (DS), útil para analizar interacciones globales entre demanda y recursos en el tiempo (Mohiuddin et al., 2017). Aunque no se reportaron resultados específicos de impacto, se subraya la flexibilidad del método para analizar flujos y acumulaciones en el sistema, además de que la simulación de procesos hospitalarios permite anticipar escenarios complejos y redistribuir recursos. Dentro de las limitaciones se reportaron supuestos excesivamente simplificados y limitaciones en la estructura del modelo, complejidad del sistema, baja calidad de datos, escaso compromiso de actores, falta de habilidades analíticas especializadas y tiempos cortos de desarrollo (Mohiuddin et al., 2017).

En conjunto, las intervenciones documentadas evidencian que la gestión estratégica del egreso y la continuidad del cuidado pueden ser útiles para reducir estancias innecesarias y mejorar la eficiencia global de los servicios de urgencias (CADTH, 2023; Chan et al., 2015; De Freitas et al., 2018; Grant et al., 2020; Hesselink et al., 2019; Mason et al., 2017; Mohiuddin et al., 2017; Morley et al., 2018, 2018; Ortíz-Barrios & Alfaro-Saíz, 2020), aunque los resultados dependen en gran medida de los recursos locales y del grado de implementación de las políticas institucionales.

Tabla 16. Descripción de las intervenciones mixtas o transversales

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultados o impacto	Autor
Gestión activa de camas	La estrategia de intervención se centró en la implementación de un gestor de camas que evaluaba en tiempo real la disponibilidad de estas y facilitaba la clasificación y admisión de pacientes en las unidades de hospitalización. Además, se designó un director de camas con la capacidad de movilizar recursos adicionales, como personal extra o la admisión de pacientes médicos en camas no médicas, con el objetivo de prevenir que el hospital alcanzara un estado de alerta. Asimismo, se llevó a cabo una intervención que incluyó la creación de un puesto específico para asegurar la identificación y asignación oportuna de los pacientes.	La iniciativa logró una reducción promedio de 98 minutos en la duración del servicio de urgencias (EDLOS) para los pacientes hospitalizados, así como una disminución en las horas de alerta del hospital, lo que limitó los tipos de pacientes que podían ser trasladados en ambulancia a urgencias. De manera análoga, una intervención que incluyó la creación de un puesto para asegurar la identificación y asignación oportuna de camas, junto con una mejora en la comunicación y capacitación del personal sobre una nueva estrategia de gestión de camas, resultó en una disminución media del 21 % en el tiempo de estancia en urgencias (EDLOS) de los pacientes ingresados y una reducción del 52 % en el tiempo medio de internamiento en un servicio de urgencias en Estados Unidos.	Morley et al., 2018
	Asignación de personal para garantizar la identificación y asignación oportuna de camas hospitalarias, incluyendo la comunicación sobre el alta y la disponibilidad de camas.	No reporta	CADTH, 2023
Alinear la capacidad de camas de cuidados agudos dentro de los hospitales	Para abordar la sobreocupación y los cuellos de botella en las salas, particularmente en la quirúrgica, se realizaron pruebas de simulación de escenarios para apoyar la gestión de la capacidad de camas. La solución óptima se consideró una ocupación de camas hospitalarias entre el 70 % y el 85%.	No reporta	CADTH, 2023

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultados o impacto	Autor
Escribas	Personal no médico que apoya en tareas administrativas como notas y resultados.	Los resultados son variados. Algunos estudios indican que la intervención logró reducir el tiempo de estancia en urgencias en 1,6 minutos, mientras que otros reportan un aumento promedio de casi 19 minutos en dicho tiempo. En cuanto a la tasa de pacientes atendidos, se ha observado un incremento en el rendimiento del servicio, con un flujo adicional de 0,17 pacientes más por hora.	(De Freitas et al., 2018)
	Personal no médico que apoya en tareas administrativas como notas y resultados.	Se evidencia que los escribanos que brindan apoyo médico individualizado disminuyeron 19 minutos la duración de la estancia en urgencias, mientas que los escribas que transcriben y realizan tareas administrativas redujeron la estancia en 16 minutos. Los Escribas que brindan apoyo médico individualizado, evidenciaron una reducción de 1 minuto. Los escribas que asisten en el inicio de la evaluación diagnóstica, tuvieron una reducción de 9 minutos. Los escribas que brindan apoyo médico individualizado redujeron el tiempo en 10 minutos y los escribas que brindan apoyo médico individualizado presentación una reducción en la estación total de 5 minutos.	(Grant et al., 2020)
Intervención híbridas	Las intervenciones incluyeron un cupo de pacientes para los médicos residentes de urgencias, la abolición de la autorización exclusiva del residente de radiología para solicitar tomografías computarizadas o ecografías, el ingreso quirúrgico obligatorio para estudios radiológicos, la derivación unidireccional para los equipos de hospitalización y la implementación de una norma de ingreso hospitalario de una hora.	Tras la implementación, los autores informaron una reducción del 43 % en el número de pacientes ingresados que pasan más de 8 horas en urgencias.	(Mason et al., 2017)

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultados o impacto	Autor
Intervenciones dirigidas a adultos mayores para reducir el hacinamiento (crowding) en urgencias	Ámbito: hospitalario o domiciliario Intervenciones con uno o más de los siguientes componentes: -Geriatras o farmacéuticos geriátricos en urgencias: incorporaron profesionales con experiencia geriátrica dentro del SU para mejorar la atención. -Gestión de casos por equipos multidisciplinarios: evaluaron necesidades individuales, ofrecieron estrategias de cuidado y vincularon a servicios. -Planificación de alta y continuidad de cuidados: liderado por personal habitual de SU o enfermeras enlace. -Seguimiento post-alta: incluyeron llamadas telefónicas de seguimiento y/o visitas domiciliarias para coordinar cuidados. -Valoración geriátrica en urgencias: aplicaron evaluaciones específicas, 5/8 de ellas mediante Comprehensive Geriatric Assessment (CGA). -Unidades o zonas específicas para adultos mayores: se crearon espacios dedicados, como las "zonas de fragilidad aguda" con acceso temprano a equipos multidisciplinarios y CGA. Sistema de Respuesta a Emergencias Personal (SREP) para pacientes que acudieron recientemente a urgencias tras una caídas (sin cumplir con los elementos centrales identificados previamente).	La mayoría de las intervenciones fueron multicomponente. Los resultados fueron heterogéneos: En cuanto a tiempo de permanencia en urgencias: la implementación de una unidad geriátrica de trauma mostró una reducción significativa de la estancia en urgencias. De manera similar, resultados positivos se identificaron en intervenciones que incluyeron zonas de fragilidad con geriatra en sitio, donde los pacientes fueron valorados el doble de rápido que con el modelo de geriatra "in-reach" (a demanda). Por el contrario, modelos de evaluación geriátrica integral (CGA-Comprehensive Geriatric Assessment) en urgencias o la valoración por un farmacéutico geriátrico, prolongaron la estancia en urgencias entre 1 y 2,6 horas. En relación con las revisitas: un ensayo clínico aleatorizado mostró que un programa de ejercicio en casa con seguimiento telefónico por 24 semanas redujo revisitas en adultos mayores en riesgo de reingreso hospitalario. En contraste, otro ensayo clínico encontró que la gestión de casos comunitaria por enfermeras aumentó el promedio de revisitas en 10 meses frente a la atención usual. Once estudios no encontraron diferencias entre los grupos comparados.	(Hesselink et al., 2019)
Metas basadas en tiempos	Implementación de objetivos basados en el tiempo, por ejemplo, la duración de la estancia en	Comparador: sin intervención Favorable para pacientes que se fueron	CADTH, 2023

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultados o impacto	Autor
	urgencias, la disposición de pacientes o el tiempo de espera para una cama de hospitalización. Objetivos nacionales y provinciales basados en el tiempo (en inglés, National and provincial time-based targets) in Australia and New Zealand o regla de las 4 horas. Son una política nacional de objetivos de tiempo en urgencias que combina metas, auditoría, financiamiento condicionado y cambios organizativos para mejorar la eficiencia hospitalaria.	prematuramente, se redujo el número de pacientes que no esperaron en urgencias para completar la evaluación o la atención. Dos estudios también reportaron menos pacientes que se fueron antes de ser atendidos o que no esperaron tras la introducción de objetivos basados en el tiempo, pero la evidencia fue incierta. Una intervención de reforma de políticas fue efectiva para reducir el tiempo de estancia en urgencias: Una revisión sistemática reportó evidencia con certeza moderada de que las metas basadas en el tiempo nacionales y provinciales en Australia y Nueva Zelanda (pero no en Inglaterra) redujeron el tiempo de estancia en urgencias en pacientes que fueron admitidos después de su introducción (magnitud no reportada). El tiempo de estancia en urgencias para todos los pacientes y para aquellos que fueron dados de alta también fue favorable, pero con baja o muy baja certeza, respectivamente. Otra revisión sistemática también informó resultados favorables pero evidencia no concluyente para todos los pacientes. Una tercera revisión sistemática reportó resultados mixtos de los objetivos basados en tiempo sobre el tiempo de estancia en SU, basados en datos que mostraron que la regla de las 4 horas en Inglaterra resultó en un aumento del tiempo de estancia en SU tras su implementación.	
Coordinación de las historias clínicas electrónicas y la información en salud entre	La comunicación y documentación clínica electrónica entre profesionales puede ayudar a reducir la necesidad de visitas presenciales a especialistas y mejorar el acceso a la atención de pacientes con diversas necesidades.	No reporta	CADTH, 2023

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultados o impacto	Autor
socios del sistema			
Atención transicional liderada por hospitales	Servicios de salud de duración limitada que pueden incluir educación al paciente o cuidador en autogestión, planificación del alta, seguimiento estructurado y coordinación entre profesionales de la salud involucrados en la transición entre urgencias, hospitales y atención primaria y comunitaria.	Reportada en Adultos mayores con insuficiencia cardíaca congestiva (ICC). Comparador: atención habitual Intensidad moderada a alta: Favorable para visitas a urgencias. Reducción en el número promedio de visitas a urgencias por mes en todos los pacientes con coordinación de la atención en comparación con la atención habitual. Intensidad baja: Neutral para visitas a urgencias	CADTH, 2023
Acción política: gestión y priorización de recursos.	Sus iniciativas políticas e institucionales se centran en la priorización de recursos y en la gestión hospitalaria para reducir la sobreocupación. Esto incluye la implementación de programas de incentivos y recompensas que buscan motivar al personal hospitalario a acelerar el proceso de altas. Además, se ha desarrollado un modelo matemático que utiliza el censo de urgencias para prever la aglomeración, el incremento diario de pacientes y la eficiencia operativa. Las estrategias también pueden enfocarse en gestionar la demanda de camas de hospitalización mediante la recopilación de datos predictivos sobre los picos y valles diarios o semanales, lo que permitiría una distribución más equilibrada de los ingresos a lo largo de las semanas. Esta estrategia también contempla un	La reducción sostenida del tiempo de espera en los hospitales y el aumento de su capacidad operativa dependen en gran medida del compromiso político y financiero. Se sugiere que los gobiernos pueden establecer metas y criterios de rendimiento para los centros de salud, siendo la regla de las 4 horas, implementada por el NHS del Reino Unido en 2004, uno de los ejemplos más destacados. Antes de su aplicación, hasta un 23 % de los pacientes en urgencias esperaban más de 4 hora, mientras que, en 2007, las estadísticas revelaron que el 97,7 % de los pacientes fueron evaluados, tratados y dados de alta en ese mismo lapso.	Chan et al., 2015

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultados o impacto	Autor
	plan para persuadir a los financiadores de las instituciones sanitarias sobre la relevancia de abordar la saturación de los servicios de urgencias y el bloqueo de accesos, considerándolos problemas críticos en comparación con otras áreas de atención sanitaria que también requieren una adecuada distribución de recursos.		
Implementación de los objetivos de disposición temporal de pacientes exigidos a nivel nacional	Es una intervención de política sanitaria y gestión hospitalaria, en la que los gobiernos o autoridades de salud establecen tiempos máximos estandarizados para que los pacientes que llegan a urgencias tengan una disposición clínica definida (es decir, alta, ingreso hospitalario, transferencia u otra resolución). Son unas metas obligatorias de desempeño de urgencias.	Se reportó que la educación hospitalaria enfocada en aumentar el conocimiento sobre NEAT (The National Emergency Access Target en español, objetivo de acceso de emergencia nacional) durante los seis meses previos a su implementación fue la única intervención que mostró un incremento significativo en el número de pacientes que abandonaron el servicio de urgencias dentro del plazo recomendado de cuatro horas. Este resultado se mantuvo en la segunda evaluación, un año después de la implementación de NEAT. Además, se observó un aumento notable en la duración de la estancia hospitalaria y en el número de traslados entre unidades en las 48 horas posteriores al ingreso, lo cual se atribuyó a la tendencia del personal de Urgencias a realizar derivaciones más rápidas para cumplir con los objetivos establecidos por NEAT.	Morley et al., 2018
Intervención a nivel de todo el sistema	Intervenciones que abordaron más de un momento del modelo de tres momentos de Asplin y cols.	La duración total de la estancia en urgencias: la media pasó de 27 minutos antes a 22 minutos después de la intervención, con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Esto indica que, en promedio, los pacientes permanecieron menos tiempo en el servicio. Tiempo desde la llegada hasta la sala de exploración: Se	(De Freitas et al., 2018)

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultados o impacto	Autor
		redujo de 27 a 22 minutos (p < 0,001), lo que refleja una mejora en la rapidez con la que los pacientes acceden a la fase inicial de atención. Tiempo desde la sala de exploración hasta la consulta médica: descendió ligeramente de 20 a 18 minutos (p < 0,001). Tiempo desde la evaluación médica hasta el alta: pasó de 100 a 99 minutos. La intervención no logró un impacto relevante en la fase de resolución y alta del paciente.	
Política de priorización y manejo-acción	Creación de políticas que prioricen recursos que respondan a aliviar la sobreocupación del servicio de urgencias.	Reducción sostenida del bloqueo de acceso (situación en la que los pacientes en urgencias no pueden acceder a camas de hospitalización dentro de las 8 horas posteriores a su llegada a urgencias) y mayor capacidad operativa del hospital, dependiendo del nivel de compromiso político y financiero.	(Chan et al., 2015)
Marcos de rendición de cuentas	Los marcos de rendición de cuentas garantizan que los resultados del hacinamiento en urgencias no recaigan únicamente en el servicio de urgencias. Estos marcos clarifican roles, responsabilidades y expectativas dentro de diferentes zonas o áreas (p. ej., cirugía, diagnóstico por imágenes) y comparten y distribuyen la responsabilidad entre los socios del sistema de salud, incluyendo urgencias y hospitales, así como las regiones o autoridades de salud en las que están situados. Un ejemplo de marco de rendición de cuentas es un incentivo de desempeño, como el pago por resultados, acompañado de recursos adecuados y responsabilidad compartida por los resultados entre todos los socios del sistema.	No reporta	CADTH, 2023

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultados o impacto	Autor
Metodologías aplicadas para mejorar procesos en los servicios de urgencias	La simulación computacional, especialmente la Simulación de Eventos Discretos (SED), fue la técnica más aplicada para modelar y mejorar el flujo de pacientes. Otras metodologías relevantes incluyeron Lean Healthcare, Six Sigma, teoría de colas y modelos de optimización (OR), así como modelos estadísticos y predictivos. Enfoques híbridos (ej. Simulación + Optimización; Lean Six Sigma), con mejores resultados que los métodos individuales.	_-Disminución de la estancia hospitalaria: La SED reportó la disminución del 30% en un estudio. Las intervenciones híbridas que combinaron mejora continua + vías clínicas redujeron la estancia hospitalaria en pacientes con ictus, pasando de 7,52 a 6,33 días. La combinación de simulación y teoría de colas acortó la mediana de LOS en un servicio de urgencias adulto de 192 a 112 minutos. -Reducción de tiempos de espera: En estudios basados en SEDDES + pensamiento sistémico. Tras reorganizar el flujo de pacientes y automatizar el control de camas, lograron una reducción del 19% en el tiempo de puerta a médico (door-to-doctor times); reducción de aprox. 48% en el tiempo promedio de espera en un SU, considerando limitaciones de capacidad y presupuesto. DES SED+ modelos de colas + algoritmo heurístico de personal: mejoraron el cumplimiento de la meta del gobierno británico (98% de pacientes atendidos en <4 h) sin aumentar horas de personal. Modelo predictivo: permitió identificar incrementos de congestión y actuar rápido, reduciendo tiempos de espera prolongados hasta en 15%, La aplicación de Lean Manufacturing en pacientes de nivel 3 de triage en un hospital terciario, logró una reducción del tiempo de espera de 71 a 48 min ($p < 0,001$), junto con mejoras en otros indicadores. -Disminución en congestión de servicios de urgencias: La simulación combinada con optimización y métodos OR cominados sin simulación han reportado reducción en la congestión.	(Ortíz-Barrios & Alfaro-Saíz, 2020)

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultados o impacto	Autor
		Lean Manufacturing: mostró reducciones el puntaje de sobrecupo (mNEDOCS) bajó de 18,6% a 3,5% en 9 meses; -Disminución del tiempo de flujo del paciente en los servicios de urgencias, los enfoques híbridos, predominantemente incluyendo simulación, reportaron reducción en tiempos de flujo (p.ej. mejora del proceso de flebotomía con reducción estimada de 7 minutos con Simulación + Lean + Six Sigma) Lean Manufacturing (LM): reducción del 17% en el tiempo desde registro hasta alta. DES: reducción del 1,5% en ocupación promedio de camas. -Calidad continua (CQI) en hospital pediátrico: reducción de 71 minutos en el tiempo de triage a alta y en otro estudio se reportó la reducción de 1,16 h en el tiempo total de estancia para pacientes admitidos. -Reducción del número de pacientes que abandonan urgencias sin ser atendidos: simulación basada en agentes + regresión OLS: reducción del 42,14% DES + ANOVA + regresión lineal y no lineal para implementación de una sala de espera interna adicional redujo entre 0,66% y 2%. Machine learning + simulación + optimización → reducción en >30%. LM: disminuyó en dos hospitales de 8% a 5% en uno tras 1 año, y −22% en 3 años en el otro. En salas de urgencias rurales, se redujo de 4,1% a 2,0% (p < 0,001)	

Nombre o denominación de la intervención	Detalles de la intervención	Resultados o impacto	Autor
Simulación	Simulación de eventos discretos (SED): es un método de modelación que puede replicar el comportamiento de sistemas de salud complejos a lo largo del tiempo. Un modelo SED es una red de colas y actividades (como realizarse un análisis de sangre, una radiografía y recibir tratamiento). Una de las principales ventajas de usar un modelo DES es su flexibilidad para modelar escenarios complejos a nivel individual. Sistemas dinámicos (SD): método de modelación que se emplea para comprender el comportamiento de sistemas de salud complejos a lo largo del tiempo capturando flujos agregados (en lugar de individuales) de pacientes. Un modelo de SD es, esencialmente, un conjunto de niveles (stocks) y flujos entre ellos. Los niveles son acumulaciones básicas de cantidades a lo largo del tiempo; por ejemplo, el número de pacientes con una enfermedad o en una parte específica de un servicio hospitalario. Los flujos definen el movimiento de objetos entre distintos niveles a lo largo del tiempo.	No reporta.	(Mohiuddin et al., 2017)

Fuente: Elaboración propia

* Se recomienda consultar la Tabla 17, que contiene la evaluación del riesgo de sesgo de las RSL, elaborada con la herramienta ROBIS.

5.3 Valoración de la calidad o riesgo de sesgo de los estudios incluidos

Se realizó la calificación del riesgo de sesgos usando el ROBIS. Se evaluaron un total de 25 revisiones sistemáticas de la literatura, de las cuales a 21 se les hizo la matriz de extracción ROBIS, donde 12 revisiones tuvieron bajo riesgo de sesgo, siete revisiones presentaron una calificación global de alto riesgo de sesgo, y dos revisiones tuvieron riesgo de sesgo no claro.

Como se mencionó previamente, hubo 12 revisiones que tuvieron una calidad metodológica adecuada con bajo riesgo de sesgo (Almulihi et al., 2024; Beckerleg et al., 2020; Benabbas et al., 2020; CADTH, 2023; Do Nascimento Rocha et al., 2021; Elder et al., 2015; Grant et al., 2020; Hesselink et al., 2019; Ming et al., 2016; Mohiuddin et al., 2017; Nummedal et al., 2024; Sharma et al., 2020). En dos de estos artículos, incluyendo Beckerleg (2019) y Hesselink (2019), se encontraron algunos temas de posible riesgo de sesgo, pero fueron manejados en la síntesis por sus autores (Beckerleg et al., 2020; Hesselink et al., 2019).

Por otra parte, en relación a las siete revisiones con alto riesgo de sesgo, se evidencia que en la revisión de Maninchedda (2025), la cual es un scoping review o revisión de alcance, los autores describieron aquello que encontraron, sin embargo no hay una evaluación del riesgo de sesgo de los estudios y se restringe a solo tres idiomas sin que haya claridad del motivo de la restricción (Maninchedda et al., 2023). En el caso de la RSL de Michel et al. (2024), los autores realizaron búsquedas restringidas a una única base de datos y no evaluaron el riesgo de sesgo de los estudios primarios, lo cual conduce a un riesgo alto de sesgo (Michel et al., 2024).

En el estudio de De Freitas y colaboradores (2018), el cual es un "umbrella review", no está claro por qué solo incluyeron estudios en idioma inglés, lo cual pudo excluir revisiones sistemáticas de América Latina y Asia. También, el tiempo de la búsqueda es menor a tres años, lo cual excluye revisiones sistemáticas de menos de cuatro años que potencialmente pueden no estar desactualizadas (De Freitas et al., 2018).

En el caso de la RSL de Chan (2015), se identificaron preocupaciones metodológicas importantes en todos los dominios evaluados, que no fueron abordadas por los autores (Chan et al., 2015). En el estudio de Jeyaraman et al. (2021), el cual fue una revisión de alcance, los autores realizaron una descripción narrativa de cada estudio, lo cual está de acuerdo con lo esperado según este tipo de abordaje. Si bien las conclusiones de los autores se soportan en la evidencia, no hay certeza del riesgo de sesgo de los estudios primarios incluidos, y por lo tanto no son aptos para determinar certeza a no ser que se evalúe el riesgo de sesgo de estos estudios (Jeyaraman et al., 2021). Respecto a la RSL de Ortíz-Barrios (2020), se consideró con alto riesgo de sesgo por la ausencia de la evaluación del riesgo de sesgo en los artículos incluidos (Ortíz-Barrios & Alfaro-Saíz, 2020).

De acuerdo a la revisión de alcance realizada por Hill et al, 2025, se evidencia que aunque la búsqueda y selección de la información es sólida, las restricciones de elegibilidad (idioma/país) introducen incertidumbre, sobre todo, la ausencia de evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos y la no integración en la síntesis (Hill et al., 2025), estos facotres ,hacen que se eleven los riesgos, lo que determina un riesgo global alto para la revisión según ROBIS.

Finalmente, en el presente trabajo se identificaron dos artículos con riesgo no claro de sesgo, que fueron los artículos de Morley (2018) y Lammila-Escalera y colaboradores (2025). En este caso, hay ausencia de reporte de los múltiples métodos empleados (Lammila-Escalera et al., 2025; Morley et al., 2018); por lo tanto, el riesgo de sesgo se considera indeterminado o no claro (Ver Tabla 17).

Tabla 17. Evaluación de riesgo de sesgo revisiones sistemáticas de la literatura con herramienta ROBIS

No	Autor - Año	Dominio 1	Dominio 2	Dominio 3	Dominio 4	Riesgo de sesgo global
1	Beckerleg et al., 2020	🔴	🔴	🟢	🟢	🟢
2	Hesselink et al., 2019	🟡	🟡	🟢	🟢	🟢

No	Autor - Año	Dominio 1	Dominio 2	Dominio 3	Dominio 4	Riesgo de sesgo global
3	Do Nascimento Rocha et al., 2021					
4	Benabbas et al., 2020					
5	Mohiuddin et al., 2017					
6	Elder et al., 2015					
7	CADTH, 2023					
8	Grant et al., 2020					
9	Ming et al., 2016					
10	Nummedal et al., 2024					
11	Sharma et al., 2020					
12	Almulihi et al., 2024					
13	Maninchedda et al., 2023					
14	Michel et al., 2024					
15	(De Freitas et al., 2018)					
16	Chan et al., 2015					

No	Autor - Año	Dominio 1	Dominio 2	Dominio 3	Dominio 4	Riesgo de sesgo global
17	Jeyaraman et al., 2021	🟢	🔴	🔴	🔴	🔴
18	Ortíz-Barrios & Alfaro-Saíz, 2020	🟢	🔴	🔴	🔴	🔴
19	Hill et al., 2025	🟡	🟢	🔴	🔴	🔴
20	Morley et al., 2018	🟡	🟢	🟡	🟡	🟡
21	Lammila-Escalera et al., 2025	🟢	🟢	🟡	🟡	🟡

Dominio 1: Criterios de elegibilidad de los estudios; Dominio 2: Identificación y selección de los estudios; Dominio 3: Recolección de datos y evaluación de los estudios; Dominio 4: Síntesis y resultados

6. Conclusiones

Esta revisión de literatura permitió identificar causas, consecuencias, métodos de medición e intervenciones, así como otros componentes implicados en la sobreocupación, que se presentaron ordenados según las tres fases del modelo conceptual de sobreocupación de servicios de urgencias (entrada, flujo y salida) de referencia.

Se evidenció que la sobreocupación hospitalaria conlleva múltiples consecuencias que afectan de manera directa la calidad y seguridad de la atención en urgencias. Entre ellas destacan la retención de pacientes por falta de camas disponibles, la prolongación del tiempo hospitalario y la congestión general del proceso asistencial, lo que ocasiona estancamiento del flujo clínico y sobrecarga del personal sanitario. De igual manera, se evidencia un mayor riesgo de eventos adversos, retrasos o incumplimiento de órdenes médicas, demora en la administración de tratamientos crónicos y un incremento en la mortalidad hospitalaria.

En relacion a las fases de la sobreocupacion en urgencias, en la fase de entrada, se evidenció el incremento de la demanda por deficiencias en la atención primaria y la consulta de pacientes con condiciones no urgentes, donde, a nivel general, las intervenciones de mitigación de sobreocupación se orientan a reducir la presión inicial sobre los servicios de urgencias mediante la ampliación de la atención básica (primary care), modalidades remotas.

Adicionalmente, la insuficiencia en la atención primaria y comunitaria se presenta como un factor determinante recurrente, lo que indica que es fundamental que los sistemas de salud enfoquen sus esfuerzos en fortalecer las redes de atención primaria, adoptar modalidades de atención remota y facilitar la derivación temprana a servicios alternativos antes del ingreso a urgencias (CADTH, 2023; Morley et al., 2018; Nummedal et al., 2024).

En la fase de flujo la evidencia sugiere que los retrasos en el triage y la falta de personal en esta etapa inicial contribuyen a prolongar los tiempos de espera y a provocar una saturación temprana del servicio (Grant et al., 2020; Ming et al., 2016), por lo que las intervenciones apuntan a realizar ajustes en las actividades, perfiles y roles del personal a cargo del triage, entre medicina y enfermería e incluso con la incorporación de perfiles especializados según los tipos de consulta más frecuentes

Así mismo, los sistemas de triage asistidos por inteligencia artificial en urgencias muestran un alto potencial, con evidencia de reducción en tiempos de espera, optimización del uso de recursos y apoyo al personal en contextos de alta demanda (Da'Costa et al., 2025).

En el flujo, también se encontró que la congestión en urgencias se relacionaba con procesos fragmentados, demoras en laboratorios y toma de decisiones clínicas, limitaciones estructurales como la falta de servicios ambulatorios o diagnósticos oportunos (Maninchedda et al., 2023; Morley et al., 2018) y limitaciones en la disponibilidad de recursos humanos. Estos aspectos no solo retrasan la atención sino que también generan una sobrecarga significativa para el personal, comprometiendo la calidad asistencial y aumentando el riesgo de eventos adversos (Do Nascimento Rocha et al., 2021; Ming et al., 2016).

Las estrategias empleadas frente a estos, se orientaron a fortalecer protocolos clínicos estandarizados, emplear herramientas para la gestión de casos y

planificación anticipada del cuidado. También emplearon la teoría de colas para predecir congestión y dimensionar recursos, así como algoritmos de inteligencia artificial como random forest, boosting y redes neuronales que permitieron priorizar pacientes y anticipar admisiones en tiempo real. De igual forma, se identificaron modelos organizativos de los equipos multidisciplinarios a cargo del triage o "team triage", perfiles de enfermeros navegantes que apoyan o orientan a los pacientes, y de travesía ideal, que facilitan la coordinación asistencial dentro y fuera de urgencias (De Freitas et al., 2018; Grant et al., 2020; Michel et al., 2024; Morley et al., 2018; Ortíz-Barrios & Alfaro-Saíz, 2020; Yarmohammadian et al., 2017)

Adicionalmnete, se identificaron determinantes de sobreocupación relacionados con la falta de camas hospitalarias, retrasos administrativos y tiempos prolongados de alta, con consecuencias sobre la seguridad del paciente y la eficiencia del sistema (CADTH, 2023; Morley et al., 2018; Nummedal et al., 2024). Las intervenciones en esta fasebuscan liberar recursos y asegurar la continuidad del cuidado, por ejemplo, a través de protocolos de alta anticipada que agilizan egresos y optimizan camas; otras intervenciones son las asociadas a programas de seguimiento telefónico, visitas domiciliarias y coordinación con la atención básica, que reducen readmisiones. Además, la gestión de camas y la coordinación entre los departamentos o servicios de las instituciones, que refuerzan el flujo hospitalario hacia otros servicios mejorando la disponibilidad en hospitalización y UCI (Chan et al., 2015; Hesselink et al., 2019; Morley et al., 2018; Nummedal et al., 2024).

En esta fase, también se documentaron intervenciones tipo *fast track*, para acortar el tiempo de acceso a atención resolutiva en casos de triage IV o V, priorización de recursos y expansión del rol de enfermería, que permiten canalizar a otros servicios los pacientes de baja complejidad de forma oportuna, optimizando el recurso humano y mejorando la capacidad resolutiva (Chan et al., 2015; De Freitas et al., 2018; Nummedal et al., 2024).

Adicionalmente, la evidencia muestra que en la fase de salida las estrategias propuestas se centran en mejorar el proceso de egreso hospitalario y asegurar la continuidad del cuidado, a través de intervenciones estructurales, organizativas y comunitarias. Además, las estrategias de atención transicional y los modelos de hospitalización en el hogar refuerzan la continuidad asistencial (CADTH, 2023; Mason et al., 2017; Nummedal et al., 2024). Por último, los

centros de atención alternativos representan una solución complementaria para desviar a pacientes con condiciones leves, lo que permite optimizar la capacidad operativa (CADTH, 2023; Nummedal et al., 2024; Yarmohammadian et al., 2017).

La fase mixta, que combina intervenciones que impactan de manera integral en la entrada, el flujo y la salida (CADTH, 2023; Chan et al., 2015; De Freitas et al., 2018; Grant et al., 2020; Hesselink et al., 2019; Mason et al., 2017; Morley et al., 2018; Ortíz-Barrios & Alfaro-Saíz, 2020). Las estrategias evidenciadas en la revisión sistemática buscan mejorar la eficiencia operativa, la gestión de recursos y la continuidad del cuidado a través de acciones que abarcan diferentes aspectos (clínicos, administrativos y estructurales) indicando que la disminución de la sobreocupación requiere un enfoque sistémico e integrado, basado en la gestión proactiva y la innovación organizacional (CADTH, 2023; Chan et al., 2015; Hesselink et al., 2019; Mohiuddin et al., 2017; Ortíz-Barrios & Alfaro-Saíz, 2020).

Así, la presente revisión permitió evidenciar que la sobreocupación de los servicios de urgencias constituye un problema complejo, multideterminado y de carácter estructural que, además, tiene implicaciones directas sobre la calidad de la atención, la seguridad de los pacientes y la salud del personal asistencial. De igual forma, mostró que los factores o determinantes de la sobreocupación en urgencias varían según el hospital, y que el enfoque óptimo depende de estos determinantes y de los recursos locales.

Por lo tanto, es probable que el éxito de los programas dependa en gran medida de las causas de saturación que se identifiquen en cada caso particular y de un abordaje integral y sostenido de estas. Pues, a nivel general, la evidencia también muestra que las intervenciones de gestión más efectivas son aquellas de carácter integral, que combinan acciones en las tres fases (entrada, flujo y salida), es decir, los hallazgos sugieren que las intervenciones aisladas, focalizadas en una única fase, son insuficientes para abordar de manera sostenible la sobreocupación. En ese sentido, la evidencia respalda la necesidad de enfoques integrales que combinen estrategias en la entrada, flujo y salida, con una visión sistémica que integre tanto la optimización de recursos internos como la articulación con niveles extrahospitalarios (Maninchedda et al., 2023; Yarmohammadian et al., 2017). Solo de esta manera será posible reducir los tiempos de espera, mejorar la calidad de la atención y garantizar la seguridad del paciente.

Adicionalmente, se observó que, aunque existen múltiples intervenciones documentadas en contextos internacionales, la heterogeneidad metodológica de los estudios, sumada a la escasez de investigaciones en países de ingresos medios como los de América Latina, limita la generalización de los hallazgos. Esto resalta la necesidad de producir evidencia contextualizada que permita adaptar y validar intervenciones, estrategias, modelos o programas de gestión de acuerdo con las particularidades del sistema de salud colombiano.

Finalmente, se concluye que la gestión de la sobreocupación en urgencias debe abordarse como una prioridad de política pública y de planificación en salud, mediante la articulación de medidas estructurales, organizacionales y tecnológicas que favorezcan la eficiencia del sistema, garanticen la equidad en el acceso y promuevan la seguridad de los pacientes.

7. Recomendaciones

La presente revisión de la evidencia permite establecer un conjunto de recomendaciones orientadas a la gestión de la sobreocupación en los servicios de urgencias del sistema de salud colombiano, las cuales se dividen en intervenciones generales y específicas adaptadas al contexto nacional.

1. **Políticas públicas y planeación en salud:** Si bien en Colombia se han hecho abordajes normativos que contemplan el acceso y atencion equitativa a los servicios de urgencias, como lo contemplando en la Ley 100, 1993; la Ley Estatutaria 1751 de 2015; el Decreto 412 de 1992; el Decreto 4747 de 2007; la Resolución 1220 de 2010; la Resolución 5596 de 2015; el Decreto 780 de 2016; la Resolución 256 de 2016; la Resolución 926 de 2017; la Resolución 1098 de 2018; la Resolución 3100 de 2019; la Resolución 1138 de 2022; la Resolución 544 de 2023; la Resolución 2335 de 2023; la Resolución 625 de 2024 y el actual Decreto 858 de 2025, el cual está pendiente de implementación y establece el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo, donde las entidades territoriales del orden departamental y distrital, a través de los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias - CRUE, deberán organizar y coordinar el Sistema de Emergencias Médicas del territorio que integra los servicios habilitados del grupo de atención inmediata: atención prehospitalaria, transporte asistencial básico y medicalizado, servicio de urgencia y atención del parto; y

garantizarán el proceso de comunicación permanente con las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS, en los casos en que se requiera. Pese a lo anterior, se considera prioritario que el Ministerio de Salud y Protección Social formule e implemente una estrategia nacional de gestión de la sobreocupación, sustentada en la evidencia científica, que se articule con los planes de salud pública y con el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS). Dicha estrategia debe considerar la planificación territorial, la regulación de redes de prestadores y la integración de acciones entre los niveles de atención.

2. **Fortalecimiento de la red asistencial y del SGSSS**: se propone consolidar la red de servicios ambulatorios y de telemedicina, articulada con las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS vigentes (Resolución 3280., 2018) y la reglamentación de las demás RIAS con el fin de orientar la derivación oportuna de los casos de baja complejidad y reducir la presión sobre los hospitales de mediana y alta complejidad.

Adicionalmente, se recomienda consolidar mecanismos de coordinación entre servicios de urgencias, hospitales de segundo y tercer nivel, y prestadores de atención primaria, con el fin de garantizar procesos de referencia y contrarreferencia efectivos, reducir el ingreso de casos no urgentes y mejorar la continuidad del cuidado. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) deben asegurar redes suficientes y funcionales, bajo la supervisión de las Direcciones Territoriales de Salud.

3. **Optimización de procesos internos hospitalarios**: Se sugiere que, para mejorar la eficiencia en la atención, se realice una capacitación continua del personal encargado del triage, con el fin de reducir los tiempos de evaluación inicial, garantizar el cumplimiento riguroso de los protocolos de clasificación y llevar a cabo auditorías de los casos que presenten desviaciones, lo que permitirá identificar y corregir fallas en la aplicación del sistema.

Se recomienda la formulación de procesos o protocolos estandarizados de triage avanzado, gestión de camas, egreso hospitalario y funcionamiento de unidades de corta estancia, con el objetivo de disminuir los cuellos de botella o el estancamiento en el flujo. Además, se podrían fomentar programas de hospitalización domiciliaria y de alta temprana con seguimiento, como medida

para liberar camas de hospitalización y reducir el fenómeno de "boarding" en urgencias (pacientes de urgencias en espera de ser hospitalizados).

Dentro de los modelos de aplicación de la valoración de triage que podrían implementarse, se pueden sugerir: el triage prehospitalario y telefónico, y el triage por equipos multidisciplinarios.

De esta forma, se podría disminuir la presión sobre los servicios de urgencias, optimizar el uso de los recursos disponibles y mejorar la seguridad y la oportunidad en la atención de los pacientes.

4. **Innovación tecnológica y sistemas de información**: Es necesario impulsar la adopción de tecnologías digitales que favorezcan la predicción de la demanda y el monitoreo en tiempo real de la ocupación hospitalaria. Herramientas como inteligencia artificial aplicada al triage, tableros de control de camas a nivel regional y sistemas interoperables permitirían anticipar picos de sobrecarga y redistribuir pacientes entre instituciones.

Así mismo, se sugiere implementar indicadores estandarizados de ocupación, calidad y seguridad del paciente en urgencias, así como mecanismos de monitoreo continuo, que permitan la evaluación del impacto de las intervenciones y la mejora progresiva de los servicios.

5. **Gestión del talento humano en salud:** En la revisión, se evidenció que la sobrecarga del talento humano en salud se ha convertido en un determinante crucial. La escasez de médicos especialistas en urgencias, el desgaste laboral y sobrecarga, afectan la calidad de la atención y favorecen errores clínicos, con consecuencias sobre la seguridad del paciente (Ming et al., 2016; Nummedal et al., 2024). Se recomienda la implementación de políticas que contemplen estrategias de planeación, contratación, formación y retención del recurso humano en salud, en especial de especialistas en medicina de emergencias y cuidados críticos.

Así mismo, podría ser de utilidad la implementación de incentivos económicos y académicos, así como programas de bienestar laboral, u oportunidades de formación, que permitan asegurar la disponibilidad de personal especializado y mitigar los efectos del síndrome de burnout asociado a la sobrecarga laboral en urgencias.

6. **Financiación sostenible**: Establecer un programa de incentivos financieros para las EPS e IPS que logren mantener bajos los tiempos de espera y la sobreocupación, y que tengan disminución de readmisiones evitables o la mejora en los indicadores de continuidad en la atención.

En síntesis, es fundamental garantizar el flujo oportuno de recursos hacia las instituciones prestadoras de servicios de salud, mediante mecanismos que reduzcan la deuda acumulada de las EAPB y aseguren la sostenibilidad financiera de las IPS, condición indispensable para ampliar la capacidad instalada y contratar personal adicional.

7. **Adaptación territorial de estrategias**: Sería de utilidad la reglamentación nacional que permita la activación, en cada departamento o distrito, de un "plan de alerta urgente" que se active cuando la ocupación de urgencias supere ciertos límites establecidos, por ejemplo, el 95%. Este plan debe contemplar diversas medidas de las documentadas en esta revisión de literatura, tales como el refuerzo del personal, la reubicación de pacientes, la utilización de espacios alternativos, el apoyo extraordinario de las EPS para facilitar las remisiones y la extensión de horarios, entre otras acciones.

Adicionalmente, las intervenciones deben ajustarse a las realidades regionales. En zonas urbanas, el foco podría estar en la gestión del alto volumen de pacientes y la complejidad de casos; en las zonas rurales, se podría fortalecer la telemedicina, los sistemas de transporte en salud y la disponibilidad de equipos básicos para reducir inequidades en el acceso.

8. **Educación y uso racional de los servicios de urgencias**: Se recomienda implementar campañas nacionales de educación comunitaria que promuevan el uso adecuado de los servicios de urgencias con el objetivo de disminuir la consulta de casos no urgentes en los hospitales, como complemento a otras intervenciones y asegurando el acceso a la atencion oportuna en los demás servicios de atencion en salud para asegurar que las consultas de casos no urgentes a los servicios de urgencias realmente obedecen a un desconocimiento de su uso adecuado y on a necesidades ocasionadas por las barreras de acceso del sistema.

9. **Investigación y evaluación permanente**: Es necesario fomentar la producción de proyectos, estudios o investigaciones locales y regionales que evalúen desde diversos ángulos la efectividad, sostenibilidad e impacto de las intervenciones (estrategias, planes o programas de gestión) de la sobreocupación en el contexto colombiano.

8. Referencias

Almulihi, Q., Alquraini, A., Almulihi, F., Alzahid, A., Qahtani, S., Almulhim, M., Alqhtani, S., Alnafea, F., Mushni, S., Alaqil, N., Assiri, M., & Maghraby, N. (2024). Applications of Artificial Intelligence and Machine Learning in Emergency Medicine Triage—A Systematic Review. *Medical Archives*, *78*(3), 198. https://doi.org/10.5455/msm.2024.236-239

Asplin, B. R., Magid, D. J., Rhodes, K. V., Solberg, L. I., Lurie, N., & Camargo, C. A. (2003). A conceptual model of emergency department crowding. *Annals of Emergency Medicine*, *42*(2), 173-180. https://doi.org/10.1067/mem.2003.302

Auto 584 (2022).

Beckerleg, W., Wooller, K., & Hasimjia, D. (2020). Interventions to reduce emergency department consultation time: A systematic review of the literature. *CJEM*, *22*(1), 56-64. https://doi.org/10.1017/cem.2019.435

Benabbas, R., Shah, R., Zonnoor, B., Mehta, N., & Sinert, R. (2020). Impact of triage liaison provider on emergency department throughput: A systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Emergency Medicine*, *38*(8), 1662-1670. https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.04.068

Burkholder, T. W., Hill, K., & Calvello Hynes, E. J. (2019). Developing emergency care systems: A human rights-based approach. *Bulletin of the World Health Organization*, *97*(9), 612-619. WHO IRIS. https://doi.org/10.2471/BLT.18.226605

CADTH. (2023). Emergency Department Overcrowding in Canada. *Canadian Journal of Health Technologies*, *3*(11). https://doi.org/10.51731/cjht.2023.791

Castro Canoa, Jenny A., Cohen Olivella, Eliecer, Lineros Montañez, Alberto, & Sánchez-Pedraza, Ricardo. (2010). *Escala NEDOCS para medir congestión en urgencias: Estudio de Validación en Colombia* [Universidad del rosario]. https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/e4b5cc9c-3ea7-46f8-9558-007ff40ef115/content

Chan, S. S., Cheung, N., Graham, C. A., & Rainer, T. H. (2015). Strategies and solutions to alleviate access block and overcrowding in emergency departments. *Hong Kong Medical Journal*, 345-352. https://doi.org/10.12809/hkmj144399

Comité de derechos económicos, sociales y culturales. (2000). *Observación general Nº 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*. Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas.

Da'Costa, A., Teke, J., Origbo, J. E., Osonuga, A., Egbon, E., & Olawade, D. B. (2025). AI-driven triage in emergency departments: A review of benefits, challenges, and future directions. *International Journal of Medical Informatics*, *197*, 105838. https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2025.105838

De Freitas, L., Goodacre, S., O'Hara, R., Thokala, P., & Hariharan, S. (2018). Interventions to improve patient flow in emergency departments: An umbrella review. *Emergency Medicine Journal*, *35*(10), 626-637. https://doi.org/10.1136/emermed-2017-207263

Decreto 412. Por el cual se reglamentan parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones (1992).

Defensoría del Pueblo. (2020). *Derecho a la Salud Monitoreo a los servicios de urgencias de IPS en Colombia* (p. 145) [Informe Defensorial].

Do Nascimento Rocha, H. M., Da Costa Farre, A. G. M., & De Santana Filho, V. J. (2021). Adverse Events in Emergency Department Boarding: A Systematic Review. *Journal of Nursing Scholarship*, *53*(4), 458-467. https://doi.org/10.1111/jnu.12653

Elder, E., Johnston, A. N., & Crilly, J. (2015). Review article: Systematic review of three key strategies designed to improve patient flow through the emergency department. *Emergency Medicine Australasia*, *27*(5), 394-404. https://doi.org/10.1111/1742-6723.12446

Estrada-Atehortúa, A. F., & Zuluaga-Gómez, M. (2020). Estrategias para la medición y el manejo de la sobreocupación de los servicios de urgencias de adultos en instituciones de alta complejidad con altos volúmenes de consulta. Revisión de la literatura. *Iatreia*, *33*(1), 68-77. https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.34

GAO. (2003). *Hospital Emergency Departments. Crowded Conditions Vary among Hospitals and Communities* (No. GAO-03-460). https://www.gao.gov/products/gao-03-460

Grant, K. L., Bayley, C. J., Premji, Z., Lang, E., & Innes, G. (2020). Throughput interventions to reduce emergency department crowding: A systematic review. *CJEM*, *22*(6), 864-874. https://doi.org/10.1017/cem.2020.426

Hesselink, G., Sir, Ö., & Schoon, Y. (2019). Effectiveness of interventions to alleviate emergency department crowding by older adults: A systematic review. *BMC Emergency Medicine*, *19*(1), 69. https://doi.org/10.1186/s12873-019-0288-4

Hill, J., Hickam, G., Shaw, J., Moll, J., Cyrus, J. W., Santen, S. A., & Gottlieb, M. (2025). The effects of overcrowding, boarding, and physician-in-triage on resident education: A scoping review. *AEM Education and Training*, *9*(3), e70040. https://doi.org/10.1002/aet2.70040

Jeyaraman, M. M., Copstein, L., Al-Yousif, N., Alder, R. N., Kirkland, S. W., Al-Yousif, Y., Suss, R., Zarychanski, R., Doupe, M. B., Berthelot, S., Mireault, J., Tardif, P., Askin, N., Buchel, T., Rabbani, R., Beaudry, T., Hartwell, M., Shimmin, C., Edwards, J., … Abou-Setta, A. M. (2021). Interventions and strategies involving primary healthcare professionals to manage emergency department overcrowding: A scoping review. *BMJ Open*, *11*(5), e048613. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-048613

Lammila-Escalera, E., Greenfield, G., Aldakhil, R., Mak, H. M., Neves, A. L., Harmon, M. J., Majeed, A., & Hayhoe, B. (2025). Safety and Efficacy of Digital Check-in and Triage Kiosks in Emergency Departments: Systematic Review. *J Med Internet Res*.

Ley 1751. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la. salud y se dictan otras disposiciones. (2015). http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley 1751 de 2015.pdf

Lindner, G., & Woitok, B. K. (2021). Emergency department overcrowding: Analysis and strategies to manage an international phenomenon. *Wiener Klinische Wochenschrift*, *133*(5-6), 229-233. https://doi.org/10.1007/s00508-019-01596-7

Maninchedda, M., Proia, A. S., Bianco, L., Aromatario, M., Orsi, G. B., & Napoli, C. (2023). Main Features and Control Strategies to Reduce Overcrowding in Emergency Departments: A Systematic Review of the Literature. *Risk Management and Healthcare Policy*, *Volume 16*, 255-266. https://doi.org/10.2147/RMHP.S399045

Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud, Pub. L. No. Resolución 3100. Anexo técnico. (2019).

Mason, S., Knowles, E., & Boyle, A. (2017). Exit block in emergency departments: A rapid evidence review. *Emergency Medicine Journal*, *34*(1), 46-51. https://doi.org/10.1136/emermed-2015-205201

Michel, J., Manns, A., Boudersa, S., Jaubert, C., Dupic, L., Vivien, B., Burgun, A., Campeotto, F., & Tsopra, R. (2024). Clinical decision support system in emergency telephone triage: A scoping review of technical design, implementation and evaluation. *International Journal of Medical Informatics*, *184*, 105347. https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2024.105347

Ming, T., Lai, A., & Lau, P. (2016). Can Team Triage Improve Patient Flow in the Emergency Department? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Advanced Emergency Nursing Journal*, *38*(3), 233-250. https://doi.org/10.1097/TME.0000000000000113

Mohiuddin, S., Busby, J., Savović, J., Richards, A., Northstone, K., Hollingworth, W., Donovan, J. L., & Vasilakis, C. (2017). Patient flow within UK emergency departments: A systematic review of the use of computer simulation modelling methods. *BMJ Open*, *7*(5), e015007. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015007

Morley, C., Unwin, M., Peterson, G. M., Stankovich, J., & Kinsman, L. (2018). Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PLOS ONE*, *13*(8), e0203316. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203316

Nummedal, M. A., King, S., Uleberg, O., Pedersen, S. A., & Bjørnsen, L. P. (2024). Non-emergency department (ED) interventions to reduce ED utilization: A scoping review. *BMC Emergency Medicine*, *24*(1), 117. https://doi.org/10.1186/s12873-024-01028-4

Organización Mundial de la Salud. (2019). *72a Asamblea Mundial de la Salud*.

Organización Panamericana de la Salud. (2025, septiembre 15). *Determinantes sociales de la salud*. https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud

Ortíz-Barrios, M. A., & Alfaro-Saíz, J.-J. (2020). Methodological Approaches to Support Process Improvement in Emergency Departments: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(8), 2664. https://doi.org/10.3390/ijerph17082664

Ratti, M. F. G., & Martínez, B. (2017). Fenómeno de crowding en central de emergencias: Una problemática mundial. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, *37*(4), Article 4.

Resolución 2718. Por la cual se establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) (2024).

Resolución 3100. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. (2019).

Resolución 3280. (2018). https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=/Resolucion/30039995

Resolución 5596. Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias «Triage» (2015).

Restrepo-Zea, J. H., Jaén-Posada, J. S., Espinal Piedrahita, J. J., Zapata Flórez, P. A., Restrepo-Zea, J. H., Jaén-Posada, J. S., Espinal Piedrahita, J. J., & Zapata Flórez, P. A. (2018). Saturación en los servicios de urgencias: Análisis de cuatro hospitales de Medellín y simulación de estrategias. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, *17*(34), 130-144. https://doi.org/10.11144/javeriana.rgps17-34.ssua

Sentencia T-760 (2008).

Sharma, S., Rafferty, A. M., & Boiko, O. (2020). The role and contribution of nurses to patient flow management in acute hospitals: A systematic review of mixed methods studies. *International Journal of Nursing Studies*, *110*, 103709. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103709

Yarmohammadian, M. H., Rezaei, F., Haghshenas, A., & Tavakoli, N. (2017). Overcrowding in emergency departments: A review of strategies to decrease future challenges. *Journal of Research in Medical Sciences*, *22*(1). https://doi.org/10.4103/1735-1995.200277

Salud

IETS
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud

Estrategia para la gestión y control de la sobreocupación en los servicios de urgencias a nivel nacional.

Informe de resultados de la caracterización de la sobreocupación.

Control de cambios

Entrega No.	Contenido
3	Informe de resultados de la caracterización de la sobreocupación

Versión No.	Fecha de entrega y ajustes
1	15/09/2025
2	07/10/2025

Salud

Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez
Ministro de Salud y Protección Social

Luis Alberto Martínez Saldarriaga
Viceministro de Protección Social

Jaime Hernán Urrego Rodríguez
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Rodolfo Enrique Salas Figueroa
Secretario General

John Edison Betancur Romero
Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

Claudia Marcela Vargas Peláez
Directora Medicamentos y Tecnologías en Salud

Julio César Cubillos Álzate
Subdirector de Beneficios en Aseguramiento

Julio César Vergel Garnica
Líder del proyecto MSPS

IETS
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud
Evidencia que promueve confianza

Adriana María Robayo García
Directora Ejecutiva

Luz Mery Barragán González
Subdirectora General y de Operaciones

Kelly Patricia Estrada Orozco
Gerente Técnica

Javier Salamanca Rincón
Jefe de Gestión del Riesgo, Calidad y Proyectos

Adriana Ardila Sierra
Líder del proyecto

El Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) es una corporación sin ánimo de lucro, de participación mixta y de carácter privado, con patrimonio propio, creado según lo estipulado en la Ley 1438 de 2011 y adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social de conformidad con el artículo 160 de la Ley 2294 de 2023 "por medio de la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026".

Su misión es contribuir al desarrollo de mejores prácticas asistenciales en salud, mediante la producción de información basada en evidencia, a través de la evaluación de tecnologías en salud y guías de práctica clínica, producidas con rigor técnico, independencia y participación. Sus miembros son el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación (MINCIENCIAS, antes Colciencias), el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), el Instituto Nacional de Salud (INS), la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) y la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas (ACSC).

Autoras

Ardila-Sierra, Adriana. Médica Cirujana, Esp. Dirección y Gestión de Proyectos, Mgr. Salud Pública, Doctora en Salud Pública. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Cadena Buitrago, Gina Paola. Médico, MSc Salud Pública. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Castro-Roa, Ana Milena. Bacterióloga, Esp. Epidemiología General, Esp. Gerencia en Servicios de Salud. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Zapata Matheus, Angélica María. Médica, Mgr. Salud Pública, PhD Estudios y Políticas de Género (estudiante). Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Lozano Murillo, Jessica. Enfermera, Mgr. Gestión de la Seguridad Clínica del Paciente y Calidad de la Atención Sanitaria. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS.

Romero-Vanegas, Sara Julieta. Psicóloga. Magíster en Neuropsicología. Doctora en Salud Pública. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Fuerza ampliada

Roncancio Guerrero, Carlos Andrés. Ingeniero de Sistemas. Magíster (c) en Gerencia de Sistemas de Información y Proyectos Tecnológicos. Coordinador de Gestión de Tecnologías y Comunicaciones del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Lara-Sánchez, Andrea Johanna. Politóloga. Esp. Estado, políticas públicas y desarrollo. Mgr. Gestión pública. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Torres García, Fanny Emelina. Administradora de Empresas, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS.

Rincón Torres, Andrey Duván. Pregrado en Ciencias Estadísticas. Mgr. Ciencias con profundización en Estadística. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS.

Diaz Martínez, Marianella de Jesús. Encuestadora. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS.

Hernández Piedrahita, Marcela Estefanía. Encuestadora. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS.

Quevedo Barbosa, Heidy Maryely. Encuestadora. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS.

Ramírez Martínez, Andrea Yolima Encuestadora. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS.

Agradecimientos

Rosas Romero, Fabián Andrés. Médico, Esp. Medicina de Emergencias, Esp. Gerencia Integral de Servicios de Salud. Médico Emergenciólogo del Hospital Universitario Mayor Méderi. Presidente de la Asociación Colombiana de Especialistas en Medicina de Urgencias y Emergencias – ACEM.

Revisores del Ministerio de Salud y Protección Social

Vergel Garnica, Julio César. Médico, Esp. Bioética, Auditoría en Salud, Esp. Docencia Universitaria, Esp. Calidad y Seguridad del Paciente, Mgr. Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Mgr. Efectividad Clínica y Sanitaria, Mgr. Psicología Clínica y Terapia de Familia. Dirección de prestación de servicios y Atención Primaria en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

Rincón Betancourt, Daniel. Médico, Esp. Gerencia Integral de Servicios de Salud. Dirección de prestación de servicios y Atención Primaria en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

Avellaneda Lozada, Paola Astrid. Economista, Esp. Economía y gestión en salud. Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud (DMTS). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

Conflictos de interés

Las autoras de este informe declaran que no existe ningún tipo de conflicto financiero, intelectual, de pertenencia o familiar que afecte las recomendaciones incluidas en el presente documento técnico-científico.

Citación

Ministerio de Salud y Protección Social e Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS. Estrategia para la gestión y control de la sobreocupación en los servicios de urgencias a nivel nacional. Informe de resultados de la caracterización de la sobreocupación. 1 edición. Bogotá. Colombia: 2025.

Derechos de autor

Los derechos patrimoniales de este documento, sin perjuicio de las citas y referencias bibliográficas referenciadas, son propiedad del Ministerio de Salud y Protección Social y los derechos morales de autor son propiedad de los colaboradores del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Por tanto, está prohibida su copia, reproducción, fijación, transmisión, circulación o similares. En consecuencia, cualquier modificación, transmisión, divulgación, publicación, copia parcial o total, o el uso del contenido de este sin importar su propósito y sin que medie el consentimiento expreso y por escrito, constituirá violación a la normativa nacional, convenios y tratados

internacionales ratificados por el Estado colombiano aplicables a los derechos de autor, y acarreará las sanciones civiles, comerciales y penales a que haya lugar.

Confidencialidad

El presente documento contiene información confidencial que sólo podrá ser utilizada con el propósito de realizar una debida ejecución de lo propuesto en este documento, quedando prohibido a quien la recibe compartirla con terceros. Cualquier trasgresión a la presente obligación de confidencialidad dará lugar a las acciones judiciales y la indemnización por perjuicios a que haya lugar.

Fuente de financiación

El presente documento fue financiado por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante el contrato MSPS-1490-2025, el cual fue suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el IETS.

Correspondencia

Ministerio de Salud y Protección Social
Bogotá, D.C., Colombia
Carrera 13 No. 32-76
Teléfono Conmutador: 601 330 5000
Línea gratuita fuera de Bogotá: 018000960020
http://www.minsalud.gov.co
correo@minsalud.gov.co
© Ministerio de Salud y Protección Social, 2025.

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS)
Bogotá, D.C., Colombia
Cra. 45 No. 108A-50 Oficina 401
Teléfono: (+57) 318 335 5525
http://www.iets.org.co
contacto@iets.org.co
© Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, 2025.

Contenido

1. Introducción 17

2. Objetivos 21

2.1 Objetivo general 21
2.2 Objetivos específicos 21

3. Antecedentes normativos 21

4. Marco conceptual 26

4.1 Ciclo de la atención en los servicios urgencias 28
4.2 Modelos conceptuales para abordar la sobreocupación 31
4.3 Modelo conceptual de las tres fases 32
4.3.1 Fase de entrada (Input) 33
4.3.2 Fase de caudal o flujo (Throughput) 34
4.3.3 Fase de salida (Output) 35
4.4 Barreras de acceso y sobreocupación 35
4.5 Consecuencias de la sobreocupación 37
4.6 Medición de la sobreocupación 38
4.7 Sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud y servicios de urgencias 41
4.7.1 Habilitación de los servicios de urgencias 42
4.7.1.1 Talento humano 43
4.7.1.2 Infraestructura 44
4.7.1.3 Dotación 45
4.7.1.4 Medicamentos, dispositivos médicos e insumos 46
4.7.1.5 Procesos Prioritarios 46
4.7.1.6 Historia clínica y registros 47
4.7.1.7 Interdependencia 48
4.7.2 Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud 48
4.7.3 Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad 52
4.7.4 Sistema único de acreditación 53
4.7.5 Sistema de información 55
4.8 Lecciones de la pandemia 56
4.9 Sistema de emergencias médicas 59
4.9.1 Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias – CRUE 61
4.9.2 Atención prehospitalaria 62
4.10 Sistema de referencia y contrarreferencia 62
4.11 Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud RIPSS 63

5. Metodología 65

5.1 Análisis de capacidad instalada 65
5.2 Encuesta a servicios de urgencias 66
5.2.1 Cálculo de la muestra 67

5.2.2 Selección de la muestra 68
5.2.3 Análisis de resultados 68

6. Resultados 69

6.1 Análisis de capacidad instalada 69
6.1.1 Servicios de urgencias habilitados 69
6.1.2 Consultorios de Urgencias 77
6.1.3 Camillas de observación de adultos 80
6.1.4 Camillas de observación pediátrica 83
6.1.5 Sillas en ambiente de transición 86
6.1.6 Servicios de telemedicina 89
6.1.7 Las mayores y las menores coberturas poblacionales potenciales 91
6.1.8 Novedades de apertura y cierre 92
6.2 Encuestas a servicios de urgencias 96
6.2.1 Ocupación actual 97
6.2.2 Infraestructura 106
6.2.3 Novedades en capacidad instalada 107
6.2.4 Disponibilidad de elementos críticos 111
6.2.5 Talento humano 112
6.2.6 Referencia y contrarreferencia 114
6.2.7 Medición y monitoreo de sobreocupación 119
6.2.8 Estrategias de gestión de la sobreocupación 132
6.2.9 Sistemas de información en los servicios de urgencias 133
6.2.10 Limitaciones de la encuesta 141
6.3 Modelo conceptual de la sobreocupación de urgencias en Colombia 142
6.3.1 Determinantes transversales 143
6.3.2 Fase de entrada 144
6.3.3 Fase de Flujo 146
6.3.4 Fase de salida 147

7. Conclusiones y recomendaciones 148

Referencias 156

Anexos 2

Anexo 1. Encuesta a servicios de urgencias 2
Anexo 2. Glosario de la encuesta 14
Anexo 3. Visor de capacidad instalada en urgencias 14

Listado de tablas

Tabla 1. Antecedentes normativos 21
Tabla 2 Componentes del ciclo de la atención en urgencias 29
Tabla 3. Escalas para la medición de sobreocupación en urgencias 40
Tabla 4. Talento humano requerido para el servicio de urgencias 43
Tabla 5. Novedades del REPS 49
Tabla 6. Agrupación departamental por regiones 50
Tabla 7. Las 8 Guías básicas de la ruta crítica PAMEC 53
Tabla 8. Indicadores del Sistema de Información para la Calidad de los servicios de urgencias, Colombia. 2024 y 2025. 56
Tabla 9 Estructura SEM 60
Tabla 10. Capacidad instalada en servicios de urgencias, según el grado de complejidad. Colombia. 2025. 74
Tabla 11. Servicios de urgencias habilitados por departamento. Colombia, 2025. 75
Tabla 12 Servicios de urgencias habilitados por 100.000 habitantes a nivel departamental. Colombia, 2025. 76
Tabla 13. Número de servicios de telemedicina habilitados, por regiones y grados de complejidad. Colombia, 2019. 90
Tabla 14 Aperturas y cierres de servicios de urgencias por departamento. Colombia, 2018-2025. 93
Tabla 15. Distribución del tamaño de la muestra calculada y obtenida según grado de complejidad de los servicios de urgencias. 96
Tabla 16. Porcentaje de ocupación más bajo y más alto en los servicios de urgencias encuestados, según el grado de complejidad 97
Tabla 17. Ocupación actual de los servicios de urgencias por área y grado de complejidad 99
Tabla 18. Número de pacientes que ingresan a los servicios de urgencias en 24 horas, según el grado de complejidad 100
Tabla 19. Tiempo promedio de espera antes del triage, por complejidad 100
Tabla 20. Distribución porcentual de pacientes atendidos en servicios de urgencias de alta complejidad según clasificación de Triage 101
Tabla 21. Distribución porcentual de pacientes atendidos en servicios de urgencias de mediana complejidad según clasificación de Triage 101
Tabla 22. Distribución porcentual de pacientes atendidos en servicios de urgencias de baja complejidad según clasificación de Triage 102
Tabla 23. Minutos de espera para la atención médica inicial en pacientes Triage I, por grado de complejidad 102
Tabla 24. Minutos de espera para la atención médica inicial en pacientes Triage II, por grado de complejidad 103
Tabla 25. Minutos de espera para la atención médica inicial en pacientes Triage III, por grado de complejidad 104
Tabla 26. Horas de espera para la atención médica inicial en pacientes Triage IV, por grado de complejidad 104
Tabla 27. Horas de espera para la atención médica inicial en pacientes triage V, por grado de complejidad 105

Tabla 28. Frecuencia con la que la sobreocupación ha dificultado la atención oportuna de los pacientes, según triage y grado de complejidad 106
Tabla 29. Distribución de áreas independientes para la atención de urgencias adulto, pediátricas y ginecológicas según grado de complejidad 107
Tabla 30. Novedades en la capacidad instalada de los servicios de urgencias según grado de complejidad: número de IPS, aperturas (A) y cierres (C). .. 108
Tabla 31. Número de camas, camillas o sillas disponibles por las IPS mediante la reconversión o expansión de servicios para la atención de urgencias, según grado de complejidad. 109
Tabla 32. Distribución de servicios de urgencias con Telemedicina y POCT según grado de complejidad 110
Tabla 33. Impacto de la sobreocupación en la disponibilidad de elementos críticos por grado de complejidad del servicio de urgencias 111
Tabla 34. Distribución del talento humano permanente (P) o disponible (D) en los servicios de urgencias según grado de complejidad. 112
Tabla 35. Distribución del talento humano especializado permanente (P) o disponible (D) en los servicios de urgencias según grado de complejidad ... 113
Tabla 36. Distribución de pacientes con solicitud de remisión hacia otras instituciones y traslado efectivo, según grado de complejidad..... 115
Tabla 37. Principales diagnósticos o motivos de remisión en servicios de urgencias de alta complejidad 116
Tabla 38. Principales diagnósticos de remisión en mediana complejidad 117
Tabla 39. Principales diagnósticos de remisión en baja complejidad 117
Tabla 40. Distribución de remisiones de pacientes desde otras IPS según grado de complejidad de los servicios de urgencias. 118
Tabla 41. Motivos de comunicación entre servicios de urgencias y CRUE. ... 119
Tabla 42. Distribución de herramientas o sistemas utilizados para medir la sobreocupación en los servicios de urgencias 120
Tabla 43. Principales causas principales causas o factores contribuyentes de la sobreocupación en los servicios de urgencias de alta complejidad. 121
Tabla 44. Principales causas o factores contribuyentes de la sobreocupación en los servicios de urgencias de mediana complejidad. 121
Tabla 45. Principales causas o factores contribuyentes de la sobreocupación en los servicios de urgencias de baja complejidad. 122
Tabla 46. Principales causas o factores contribuyentes de la sobreocupación. 123
Tabla 47. Barreras de acceso que contribuyen a la sobreocupación en servicios de urgencias de alta complejidad. 124
Tabla 48. Barreras de acceso que contribuyen a la sobreocupación en servicios de urgencias de mediana complejidad, según los encuestados 125
Tabla 49. Barreras de acceso que contribuyen a la sobreocupación en servicios de urgencias de baja complejidad. 126
Tabla 50. barreras de acceso que contribuyen a la sobreocupación en servicios de urgencias. 126
Tabla 51. Soluciones a la sobreocupación en la alta complejidad. 127
Tabla 52. Soluciones a la sobreocupación en la mediana complejidad. 128
Tabla 53. Soluciones a la sobreocupación en la baja complejidad. 129

Tabla 54. Soluciones a la problemática de la sobreocupación en servicios de urgencias..... 130
Tabla 55. Consecuencias de la sobreocupación en los servicios de urgencias 131
Tabla 56. Sobreocupación del servicio de urgencias y su relación con déficit de talento humano o capacidad instalada. 131
Tabla 57. Mecanismos de los servicios de urgencias encuestados para la gestión de pacientes triage IV y V..... 133
Tabla 58. Conexión de los servicios de urgencias con sistemas de información nacionales, según grado de complejidad 134
Tabla 59. Funcionalidades del sistema de información para el servicio de urgencias según grado de complejidad 135
Tabla 60. Monitoreo de indicadores en tiempo real en el servicio de urgencias según grado de complejidad 136
Tabla 61. Reportes generados por los sistemas de información en los servicios de urgencias, según grado de complejidad 137
Tabla 62. Limitaciones del sistema de información para la gestión de la sobreocupación en servicios de urgencias, según grado de complejidad 139
Tabla 63. Funcionalidades consideradas necesarias para optimizar la gestión de los servicios de urgencias según grado de complejidad..... 140
Tabla 64. Capacidades técnicas de integración de los sistemas de información en los servicios de urgencias según grado de complejidad..... 141

Listado de figuras

Figura 1 ciclo de atención en el servicio de urgencias 28
Figura 2. Modelo conceptual de la sobreocupación de Asplin y cols. 33
Figura 3 Servicios de urgencias habilitados en Colombia, 2016 y 2017. 50
Figura 4 Distribución de servicios de urgencias por región en Colombia, 2019. 51
Figura 5 Servicios de urgencias por millón de habitantes, según la región. Colombia, 2019. 51
Figura 6 Distribución de servicios de urgencias por región y naturaleza jurídica en Colombia, 2019. 52
Figura 7 Distribución de servicios de urgencias por región y grado de complejidad. Colombia, 2019. 52
Figura 8 componentes operativos del SEM..... 61
Figura 9. Cantidad de servicios de urgencias habilitados por departamento. Colombia, 2025. 70
Figura 10 Número de servicios de urgencias por región. 71
Figura 11 Servicios de urgencias por millón de habitantes según la región. Colombia, 2025. 71
Figura 12 Distribución de servicios de urgencias por región y naturaleza jurídica. Colombia, 2025. 72
Figura 13 Distribución de los servicios de urgencias por naturaleza jurídica y grado de complejidad Colombia, 2025. 72
Figura 14 Distribución de servicios de urgencias por región y grado de complejidad. Colombia, 2025. 73
Figura 15 Número de servicios de urgencias por complejidad a nivel departamental. Colombia, 2025..... 77
Figura 16 Número de consultorios de urgencias. Colombia, 2025. 78
Figura 17 Consultorios de urgencias por 100.000 habitantes. 78
Figura 18 Consultorios de urgencias por 100.000 habitantes alta complejidad. Colombia, 2025. 79
Figura 19 Consultorios de urgencias por 100.000 habitantes, mediana Complejidad, en Colombia, 2025. 79
Figura 20 Consultorios de urgencias por 100.000 habitantes, baja Complejidad, en Colombia, 2025. 80
Figura 21 Número de camillas de observación de adultos, según el sexo. Colombia, 2025. 81
Figura 22 Camillas de observación adultos por cada 100.000 habitantes mayores de 18 años en Colombia, 2025..... 81
Figura 23 Camillas de observación adultos por cada 100.000 habitantes mayores de 18 años, alta complejidad. Colombia, 2025..... 82
Figura 24 Camillas de observación adultos por cada 100.000 habitantes mayores de 18 años, mediana complejidad. Colombia, 2025. 82
Figura 25. Camillas de observación adultos por cada 100.000 habitantes mayores de 18 años, baja complejidad. Colombia, 2025..... 83
Figura 26 Número de camillas de observación pediátrica. Colombia, 2025. ... 84

Figura 27. Camillas de observación pediátrica por 100.000 habitantes de 0 a 18 años. Colombia, 2025. 84
Figura 28 Camillas de observación pediátrica por 100.000 habitantes de 0 a 18 años, alta complejidad. Colombia, 2025. 85
Figura 29 Camillas de observación pediátrica por 100.000 habitantes de 0 a 18 años mediana complejidad. Colombia, 2025. 85
Figura 30 Camillas de observación pediátrica por 100.000 habitantes de 0 a 18 años baja complejidad. Colombia, 2025. 86
Figura 31 Número de sillas en ambiente de transición. Colombia, 2025. 86
Figura 32. Sillas en ambiente de transición por 100.000 habitantes. Colombia, 2025. 87
Figura 33 Sillas en ambiente de transición por 100.000 habitantes, alta complejidad. Colombia, 2025. 87
Figura 34 Sillas en ambiente de transición por 100000 habitantes mediana complejidad. Colombia, 2025. 88
Figura 35 Sillas en ambiente de transición por 100000 habitantes baja complejidad. Colombia, 2025. 88
Figura 36. Número de servicios de urgencias con telemedicina habilitada. Colombia, 2025. 89
Figura 37. Número de servicios de urgencias con telemedicina habilitada, baja complejidad. Colombia, 2025. 90
Figura 38. Número de servicios de urgencias con telemedicina habilitada, mediana complejidad. Colombia, 2025..... 91
Figura 39 Aperturas y cierres de servicios de urgencias. Colombia, 2018 – 2025. 93
Figura 40 Aperturas y cierres definitivos de los servicios de urgencias por región. Colombia, 2018-2025. 95
Figura 41 Aperturas y cierres de la capacidad instalada del servicio de urgencias. Colombia, 2020 – 2025. 96
Figura 42. Modelo conceptual de la sobreocupación en urgencias en Colombia 143

Lista de anexos

Anexo 1. Encuesta a servicios de urgencias 2
Anexo 2. Glosario de la encuesta 14
Anexo 3. Visor de capacidad instalada en urgencias 14

Lista de abreviaturas

ACEMI	Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral
APS	Atención Primaria en Salud
CAPS	Centros de Atención Prioritaria en Salud
CRSS	Centro de Reservas del Sector Salud
CRUE	Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
CTSSS	Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud
DNP	Departamento Nacional de Planeación
EAPB	Empresa Administradora de Planes de Beneficios
EBS	Equipos Básicos en Salud
EOC	Entidades Obligadas a Compensar
ERA	Enfermedad Respiratoria Aguda
EPS	Entidades Promotoras de Salud
ESE	Empresas Sociales del Estado
FOME	Fondo de Mitigación de Emergencias
IETS	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PHVA	Planear-hacer-verificar-actuar
PAMEC	Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad
POCT	Point of Care Testing
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
REPS	Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud
RETHUS	Registro único Nacional de Talento Humano en Salud
RIPSS	Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud
RIITS	Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SNPAD	Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres
SOGCS	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud
UCI	Unidades de Cuidados Intensivos
UCIM	Unidades de Cuidados Intermedios

1. Introducción

La atención de urgencias de calidad salva vidas, reduce la carga global de enfermedad, contribuye al bienestar integral de las sociedades y aporta al cumplimiento de diversas metas asociadas a los objetivos de desarrollo sostenible, y su garantía sin discriminación ni barreras puede reducir las desigualdades en salud. Mientras que, su ausencia se relaciona con mayores probabilidades de morir, presentar discapacidad o secuelas, y ocasiona desigualdades en salud e importantes afectaciones en salud pública (1,2); por eso, el abordaje de la atención en urgencias debe partir de una perspectiva de derechos humanos que tenga en cuenta componentes claves del derecho a la salud como la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los establecimientos, bienes y servicios de salud (1,3).

En el ámbito internacional, este tipo de atención, fundamental cuando se presentan condiciones de salud que amenazan la vida y en las que el tiempo es un factor decisivo, forma parte del derecho al tratamiento de enfermedades que, a su vez, está inmerso en el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud establecido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y, de una manera más amplia, abarca los sistemas de atención médica urgente (4) que son transversales a todas las enfermedades y condiciones susceptibles de agudización (1).

En el contexto colombiano, el artículo 49 de la Constitución Política de 1991 estableció que la atención en salud es un servicio público a cargo del Estado y que los términos en que ésta será gratuita y obligatoria serán establecidos por ley (12). En consonancia, el decreto 412 de 1992 reglamentó parcialmente los servicios de urgencia y los definió como:

> "la unidad que en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el ministerio de salud para esa unidad" (5).

Este decreto estableció la obligatoriedad de la atención inicial de urgencias, independientemente de la capacidad socioeconómica del paciente, y la responsabilidad de los prestadores por el paciente hasta su egreso del servicio o, en caso de remisión, hasta su ingreso a la entidad receptora.

La ley 100 de 1993 también estableció, en su artículo 168, que en Colombia la atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas a todas las personas independientemente de la capacidad de pago. En consonancia, la Ley 1122 de 2007, en el parágrafo de su artículo 20, definió que a todos los colombianos se les debe garantizar la atención inicial de urgencias en cualquier Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) del país, y la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, en su Capítulo II "Garantía y mecanismos de protección del derecho fundamental a la salud", artículos 10 y 14, dispuso el derecho a recibir atención de urgencias con oportunidad y sin necesidad de presentar documentación, pagos previos ni autorizaciones administrativas (6).

En la misma línea, la Resolución de habilitación 3100 de 2019 y su anexo técnico ("Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud", capítulo 11. "Estándares y criterios de habilitación", sección 11.6 "Grupo de atención inmediata", numeral 11.6.1 "Servicio de urgencias"), definió el servicio de urgencias como:

> El "responsable de dar atención a las alteraciones de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la prestación inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras. El servicio de urgencias debe ser prestado las 24 horas del día" (7,8).

Asimismo, la resolución 2718 de 2024, que dispone los servicios y tecnologías a financiar con los recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), define la atención de urgencias como el:

> "conjunto de procesos, procedimientos y actividades, a través de los cuales, se materializa la prestación de servicios de salud, frente a las alteraciones de la integridad física, funcional o psíquica por cualquier causa y con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de una persona y que requieren de atención inmediata, con el fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas, presentes o futuras" (9).

Lo que incluye, según la misma resolución, los servicios, tecnologías y dispositivos necesarios para la atención del paciente, consultas con los profesionales requeridos, la observación y la remisión cuando no se cuente con el nivel de resolución necesario (9).

En este contexto, y en respuesta a las fallas estructurales en el sistema de salud, en el país se han dado acciones para la garantía del derecho a la salud entre las que es central la sentencia Constitucional T-760 de 2008.

Para el contexto de los servicios de urgencias, cobra relevancia la orden 16 de esta sentencia T-760-2008 la cual ordenó al Ministerio de la Protección Social adoptar, entre otras, las medidas necesarias para que los planes de beneficios sean oportuna y efectivamente suministrados por las empresas promotoras de salud (EPS), lo que incluye "(i) incentivar que las EPS y las entidades territoriales garanticen a las personas el acceso a los servicios de salud a los cuales tienen derecho; y (ii) desincentivar la denegación de los servicios de salud por parte de las EPS y de las entidades territoriales" (13).

Dentro del seguimiento al cumplimiento de la orden 16, en el caso de la atención de urgencias, se destacan los Autos 584 de 2044, 999 de 2023 y 1174 de 2025. En el Auto A-584-2022 que retomó el auto de seguimiento del 11 de julio de 2018, en relación con el cumplimiento de la orden 16 de la sentencia T-760, junto con las sentencias T-210 de 2018, T-025 de 2019, T-197 de 2019 y T-246 de 2020, la Corte Constitucional de Colombia ordenó, en su numeral segundo, literal (ii), regular e iniciar "un registro que permita recaudar información sobre el tiempo qué se tarda el paciente en: (a) ser clasificado en un nivel de triage. El reporte deberá hacerse respecto de cada uno de los cinco niveles establecidos en la Resolución 5596 de 2015; (b) ser atendido en urgencias. La medición deberá hacerse desde su ingreso y no solo a partir de su valoración en triage". Asimismo, en el ordinal (iii), literal (a), ordenó crear e implementar un instrumento para disminuir y cesar los problemas "en urgencias que han ocasionado sobrecupo en el servicio y dificultades en el traslado de pacientes por nivel de complejidad" (10).

Posteriormente, los tiempos de cumplimiento de estas órdenes fueron ajustados en el Auto 999-2023, y ambos autos, A-584-2022 y 999-2023 tuvieron continuidad y fueron ratificados en el Auto 1174 del 31 de julio 2025 que, en el numeral segundo, ordenó "regular, iniciar y poner en funcionamiento el registro que permita recaudar información sobre el tiempo que se tarda el paciente en: a) ser clasificado en un nivel de triage. El reporte deberá hacerse respecto de cada uno de los cinco niveles establecidos en la Resolución 5596 de 2015, b) ser atendido en urgencias. La medición deberá hacerse desde su ingreso y no solo a partir de su valoración en triage" .

La Resolución 5596 de 2015 define el sistema triage de selección y clasificación de pacientes según sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles, para

disminuir el riesgo de muerte, complicaciones o discapacidad (11). Esta priorización se basa en una valoración clínica breve que se debe realizar a la llegada del paciente al servicio de urgencias para determinar su categoría de triage (del I al V), en un proceso dinámico que cambiará si la condición clínica del paciente se modifica.

Para los triages I y II, la Resolución 5596 de 2015 precisa los tiempos de atención exigidos: atención inmediata en triage I y máximo 30 minutos si puede haber una rápida evolución hacia el deterioro o muerte. En los otros triages (III al V) no se establecen los tiempos pero se indica que el III se refiere a pacientes estables que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, y que podrían empeorar si no se actúa en el servicio de urgencias; sobre el IV se alude a pacientes con condiciones médicas que no comprometen el estado general o la vida pero podrían presentarse complicaciones o secuelas en caso de no recibir la atención oportuna; y en el V se agrupan quienes tienen una condición aguda o crónica que no evidencia deterioro ni compromiso del estado general y no se presenta un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad. Además, cada servicio de urgencias debe publicar en un lugar visible sus tiempos promedio de atención de los triage III al V (11).

Como se verá en las próximas secciones, el modelo conceptual más utilizado en el mundo para abordar la sobreocupación se ordena según los momentos de entrada, flujo y salida del servicio de urgencias (12). Es un modelo útil para evitar propuestas de solución a la sobreocupación que, por ejemplo, agilicen el flujo o la salida de las urgencias sin gestionar la entrada, pues el riego de este tipo de propuestas puede ser un empeoramiento de la sobreocupación con el tiempo, si estas gestiones incentivan, sin buscarlo, una creciente entrada de pacientes que busquen en las urgencias las soluciones que el sistema de salud debe garantizar de manera integral y según la misionalidad de cada área y servicio. Las autoras de este informe ampliarán el alcance del modelo conceptual de la sobreocupación, agregando elementos del contexto nacional.

En el presente documento se da cuenta de la caracterización de la sobreocupación en urgencias, en el marco de la definición y piloto de una estrategia para la gestión y control de la sobreocupación en los servicios de urgencias a nivel nacional, de acuerdo con lo estipulado en el Contrato No. MSPS-1490-2025 con la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social.

El documento contiene seis capítulos, en el primero se presentan los objetivos del proyecto; el segundo sintetiza los antecedentes normativos; el tercero desarrolla el marco conceptual de la sobreocupación incluyendo elementos del

sistema de salud colombiano relacionados con la calidad de los servicios y con el sistema de emergencias médicas; en el cuarto se presenta la metodología empleada para la caracterización; el quinto capítulo contiene los resultados y el análisis de la caracterización; y, finalmente, en el capítulo seis se resumen las conclusiones. Este documento se complementa con otros dos informes, uno de la revisión sistemática de literatura internacional y el otro del abordaje cualitativo del contexto nacional.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Definir una estrategia para la gestión y control de la sobreocupación en los servicios de urgencias a nivel nacional.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar la sobreocupación en los servicios de urgencias del país mediante la aplicación de una encuesta nacional y el análisis de la capacidad instalada.

- Identificar el marco normativo vigente relacionado con los servicios de urgencias de Colombia.

- Establecer un marco conceptual de la sobreocupación que oriente el diseño de una estrategia para su gestión y control.

3. Antecedentes normativos

En la Tabla 1 se presentan algunos referentes normativos de importancia en el campo de los servicios de urgencias, los mismos serán retomados a lo largo de los próximos capítulos.

Tabla 1. Antecedentes normativos

Año	Norma
1993	CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 100. (23, diciembre, 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Se garantiza a

Año	Norma
	los afiliados al SGSSS la atención de urgencias en todo el territorio nacional, debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas, no requiere contrato ni orden previa.
2007	CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1122. (09, enero, 2007). Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Las aseguradoras deberán garantizar la integralidad y continuidad en la prestación de los servicios.
2011	CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1438. (19, enero, 2011). Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Fortalece el Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud en el marco de la estrategia APS, propone el desarrollo del Sistema de Emergencias Médicas y las Redes Integradas de Servicios de Salud.
2015	CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley Estatutaria 1751. (16, febrero, 2015). Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Se establece el derecho a la atención de urgencias con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno u autorización administrativa. El sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas.
2019	CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1966. (11, julio, 2019). Por medio del cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Establece la reorganización y racionalización de las redes prestadoras de servicios de salud, control de la oferta en los territorios, privilegiando la red pública.
2023	CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 2294. (19, mayo, 2023). Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022- 2026 "Colombia potencia mundial de la vida**".** Establece la formulación del Plan Maestro de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud, como herramienta necesaria para el fortalecimiento del componente primario del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo, permitiendo la reorganización territorial de los servicios.
1990	MINISTERIO DE SALUD. Decreto 1760. (02, agosto, 1990). Por el cual se establecen y definen los niveles de atención, tipo de servicio de complejidad. Las entidades que presten servicios de salud se organizarán de acuerdo con su complejidad en "Servicios, Departamentos, Unidades, Secciones y Grupos" los cuales comprenden el conjunto de recursos humanos, tecnológicos y materiales para solucionar problemas de salud.
1991	MINISTERIO DE SALUD. Decreto 2759. (11, diciembre, 1991). Por el cual se organiza y establece el régimen de referencia y contrarreferencia. Introduce conceptos básicos de redes, nivel de atención y grado de complejidad que permitan la operatividad del Régimen de Referencia y Contrarreferencia**,** buscando eficiencia y continuidad en la atención.

Año	Norma
1992	MINISTERIO DE SALUD. Decreto 412. (06, marzo, 1992). Por el cual se reglamentan parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones. Establece las bases del Sistema de Urgencias en el país, definiendo cómo deben responder las instituciones, la coordinación entre niveles de atención y la articulación con otros servicios de emergencia.
2007	MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 4747. (07, diciembre, 2007). Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. Regula la atención de urgencias, autorización de servicios, así como el proceso de referencia y contrareferencia. Las entidades responsables de pago deben organizar y garantizar redes integrales que permitan a los usuarios acceder a todos los niveles de atención.
2014	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 903 de 2014. (13, mayo, 2014). Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud.
2016	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 780. (06, mayo, 2016). Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Establece la organización de red de prestación de servicios, la atención de urgencias y el sistema de referencia y contrarreferencia.
2020	PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Decreto 417. (17, marzo, 2020). Por el cual se declara un Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio Nacional. El sistema de salud colombiano no se encuentra físicamente preparado para atender una emergencia de salud causada por el coronavirus COVID-19, requiriendo ser fortalecido de manera inmediata para atender un evento sorpresivo de las magnitudes que la pandemia ha alcanzado.
2020	PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Decreto 538. (12, abril, 2020). Por el cual se adoptan medidas en el sector salud, para contener y mitigar la pandemia de COVID-19 y garantizar la prestación de los servicios de salud, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica. Autorización transitoria para la prestación de servicios de salud, adecuación o reconversión de los servicios de salud, las entidades territoriales asumen la gestión centralizada de las UCI por medio de los CRUE y asumen el control de la oferta y disponibilidad de camas de las UCI y de UCIM. El proceso de referencia y contrareferencia no requiere de autorización por parte de las entidades responsables de pago.
2025	PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Decreto 858. (30, julio, 2025). Por el cual se sustituye la parte 11, del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, relativo al Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo. Establece el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo el cual tiene como propósito garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. Define la conformación, organización y gobernanza de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud – RIITS e incorporación del Sistema de Emergencias Médicas al Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y

Año	Norma
	Resolutivo. Las entidades territoriales del orden departamental y distrital, a través de los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias - CRUE, organizarán y coordinarán el Sistema de Emergencias Médicas del territorio que integra los servicios habilitados del grupo de atención inmediata: atención prehospitalaria, transporte asistencial básico y medicalizado, servicio de urgencia y atención del parto; y garantizarán el proceso de comunicación permanente con las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS, en los casos en que se requiera.
2010	MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1220. (08, abril, 2010). Por la cual se establecen las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres, CRUE. Busca que en las Entidades Territoriales exista una adecuada y oportuna regulación de pacientes urgentes, coordinación para la atención de emergencias o desastres, estandarización de procesos de referencia y contra referencia.
2015	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 5596. (24, diciembre,2015). Por la cual se definen los criterios técnicos para el sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencias "Triage". El Triage asegura una valoración rápida y ordenada de todos los pacientes que llegan a los servicios de urgencias, identificando a aquellos que requieren atención inmediata mediante categorización de acuerdo con la condición clínica del paciente.
2016	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1441. (21, abril, 2016). Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS) y se dictan otras disposiciones. Define los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las RIPSS, para la garantía de prestación de los servicios, en condiciones de accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y resolutividad.
2016	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 256. (05, febrero, 2016). Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. Define indicadores de calidad en el servicio de urgencias: tasa de caídas de pacientes, proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos y proporción de reingreso en menos de 72 horas. Mediante el registro tipo 6, las entidades reportan el detalle de la información de urgencias (triage II) ocurridas durante el período de reporte.
2017	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 926. (30, marzo, 2017). Por la cual se reglamenta el desarrollo y operación del Sistema de Emergencias Médicas (SEM). El SEM es un modelo general integrado, comprende, entre otros, los mecanismos para notificar las emergencias médicas (línea 123 Número Único de Seguridad y Emergencias - NUSE), la actuación del primer respondiente, la prestación de servicios prehospitalarios y de urgencias, las modalidades de transporte básico y medicalizado, la atención hospitalaria, y el trabajo de los centros reguladores de urgencias y emergencias. Establece que el direccionamiento del SEM estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo del Comité Nacional de Urgencias.

Año	Norma
2018	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1098 (27, marzo, 2017). Por la cual se modifica la Resolución 926 de 2017 en lo relativo al plazo para la implementación del Sistema de Emergencias Médicas (SEM). Amplió hasta el 31 de enero de 2019 el plazo de implementación del SEM en los Distritos, municipios de categoría especial y primera categoría y el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.
2019	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 3100. (25, noviembre, 2019). Definió los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud al REPS, y las condiciones de habilitación de los servicios. Contiene las condiciones, estándares y criterios mínimos requeridos para ofertar y prestar servicios de salud en Colombia en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluido el servicio de urgencias, el trasporte asistencial y atención prehospitalaria.
2021	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1328. (30, agosto. 2021). Adopta los "Estándares de acreditación para instituciones prestadoras de servicios de salud de baja complejidad".
2022	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1138. (30, junio, 2022). Por la cual se modifican los artículos 17, 21 y 26 de la Resolución 3100 de 2019, en relación con el plan de visitas de verificación, la responsabilidad en validación de la información y las reglas de transitoriedad ante la finalización de la emergencia sanitaria causada por el coronavirus COVID 19. Los prestadores de servicios de salud reportarán diariamente la capacidad instalada correspondiente a los servicios del grupo de internación y del servicio de urgencias. Las IPS deben diligenciar la solicitud de cierre de la autorización transitoria durante la emergencia sanitaria de los servicios de salud y de la capacidad instalada en ampliación, reconversión o expansión de servicios habilitados, que no vaya a continuar prestando.
2023	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 544. (03, abril, 2023). Por la cual se modifica la Resolución 3100 de 2019, en el sentido de adecuar algunos aspectos relacionados con la inscripción de prestadores y la habilitación de servicios de salud. Ajustó los requisitos de habilitación de servicios de urgencias según la antigüedad de la edificación. Incluyó aspectos relacionados con el reporte de novedades de apertura o cierre de servicios y de capacidad instalada. Dispuso que el cierre de servicios de urgencias se debe informar por escrito a la secretaría de salud territorial o a la entidad competente "y a las entidades responsables de pago con las cuales tengan contrato, mínimo veinte (20) días calendario antes de reportar el registro de la novedad de cierre en el formato de novedades, con el fin de que dichas entidades adopten las medidas necesarias para garantizar la prestación de servicios de salud a los usuarios".
2023	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 2335. (29, diciembre, 2023). Por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones. Define el envío del informe de atención de urgencia, gestión de la IPS para autorización de servicios posteriores a la atención de urgencias sin egreso

Año	Norma
	hospitalario, servicios en atención electiva o programable ambulatorio u hospitalario, vigencia de autorizaciones y formulas médicas posteriores a la atención de urgencia, así como la gestión en el proceso de referencia y contrarreferencia.
2024	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 625. (12, abril, 2024). Por la cual se adopta para Colombia la iniciativa internacional "Hospitales Resilientes frente a Emergencias de Salud y Desastres". Esta iniciativa busca fortalecer la preparación y capacidad de respuesta de las instituciones prestadoras de salud ante situaciones de emergencias y desastres.
2024	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 100. (17, enero, 2024). Por la cual se dictan disposiciones sobre la Planeación Integral para la Salud y se deroga la Resolución 1536 de 2015. Establece lineamientos para la territorialización de la Atención Primaria en Salud (APS), la gestión del riesgo en salud, la integración de redes y el fortalecimiento de la gobernanza territorial.

Fuente: elaboración propia a partir de referencias de normatividad.

4. Marco conceptual

En el contexto de las urgencias, el concepto de sobreocupación (en inglés, overcrowding) hace referencia a la congestión o presencia de un alto volumen de pacientes en estas áreas, que exige maniobrar superando la capacidad del servicio (13), con un desbalance entre la demanda asistencial y la capacidad del servicio para brindar atención oportuna y segura.

Se trata de un fenómeno complejo y multideterminado, ampliamente estudiado a nivel mundial, que se asocia con importantes consecuencias clínicas, organizativas y económicas, las cuales se describen más adelante (13–16). En el mundo se ha descrito un aumento de este fenómeno después de la pandemia por COVID-19, atribuido a un posible rezago y discontinuidad en la atención de pacientes con condiciones crónicas durante la atención de la emergencia; otro signo referido en los análisis internacionales para ubicar el problema como una tendencia mundial actual son los reportes de sobreocupación en países como Estados Unidos, que antes de la pandemia no referían tales magnitudes (17).

En 2019, en Colombia, la Defensoría del Pueblo documentó una sobreocupación del 146,6 % en los servicios de urgencias privados del país, y del 136,2% en los públicos, con mayores valores en la baja complejidad (169%), seguida por la media (140%) y la alta complejidad (139%) (3). En Bogotá, en el primer trimestre de 2025, el porcentaje de ocupación del área de observación de

urgencias en la red de pública presentó un promedio de ocupación del 101,2%. Para el año 2024 el promedio anual de ocupación fue del 103,2 %, para 2023 fue del 108,7 % (18), y para 2022 del 91,6%, con picos en los meses de mayo, junio y julio que sobrepasaron el 100% (19).

Por su parte, en Medellín, en noviembre de 2021 se reportó un promedio de ocupación en el servicio de urgencias del 108%, el 123.8% de ocupación en IPS de alta complejidad y el 86,2% en las de mediana (20). Estas cifras hacen evidente un fenómeno de sobreocupación en el país, que parece aumentar y llama a una pronta intervención.

Los principales determinantes de sobreocupación varían según la institución, comunidad y territorio (18); por ejemplo, en una gran encuesta a servicios de urgencias de Estados Unidos se identificó mayor ocupación en los estados más extensos, con más habitantes, y con más población no asegurada, así como en los hospitales con la mayor ocupación de camas de hospitalización (18). Esta última ha sido descrita repetidamente como la principal causa de sobreocupación (12,14,21).

En Colombia, una vez realizado el diagnóstico médico de urgencias se debe derivar a la intervención; y, según lo definido en el Artículo 5, del Título I "Generalidades" de la precitada Resolución 2718 de 2024 (sobre UPC), cuando se requiere una permanencia superior a 24 horas continuas en la infraestructura donde se realiza la atención, aplica el concepto de atención con internación (9).

Así, cuando la estancia en observación en urgencias supera este tiempo existe el riesgo de no recibir el pago por el servicio prestado, incluso si el paciente permanece en urgencias por no disponibilidad de camas en hospitalización. Esto representa riesgos financieros y operativos para los servicios de urgencias cuya mitigación depende de la suficiencia de los servicios hospitalarios, así como de eficientes procesos de coordinación con las áreas de apoyo diagnóstico y terapéutico, intrahospitalarias y ambulatorias.

En el monitoreo a servicios de urgencias realizado por la Defensoría del Pueblo se documentaron estancias superiores a las 24 horas en el 45 % de los pacientes ubicados en camillas de observación, en el 26,2 % de los que estaban en silla, y en el 48 % de los ubicados en el piso (en el suelo o en cartones) (3).

Por lo anterior, se hacen necesarios estudios locales que caractericen los determinantes de la sobreocupación e identifiquen si son estos u otros aspectos los que predominan. Ahora bien, estas caracterizaciones deben partir de modelos conceptuales validados en el mundo, para facilitar el aprovechamiento

de las soluciones que cuenten con evidencia sobre su posible impacto favorable para la problemática de la sobreocupación.

4.1 Ciclo de la atención en los servicios urgencias

Es fundamental comprender el ciclo de atención en el servicio de urgencias, que comprende procesos como el acceso, triage, registro e ingreso, valoración de necesidades, planeación y ejecución del tratamiento, evaluación de la atención, egreso y seguimiento, así como los procesos de referencia y contrarreferencia (Figura 1).

Figura 1 ciclo de atención en el servicio de urgencias



Fuente: elaboración propia con base en la Resolución 5095-2018 (22).

Estos procesos incluyen subprocesos que involucran la participación de distintos perfiles de salud y el cumplimiento de tiempos específicos (Tabla 2). Esta comprensión contribuye al estudio de causas y cuellos de botella que, posteriormente, permitan la formulación de acciones para optimizar el ciclo de atención y reducir la sobreocupación.

Tabla 2 Componentes del ciclo de la atención en urgencias

Proceso	Subproceso	Perfil	Tiempo de atención
Acceso a Triage	• Selección y clasificación de pacientes por prioridad (triage) • Ubicación para la atención inicial • Redirección a consulta ambulatoria (prioritaria) • Informar al paciente y/o acompañante el resultado de la clasificación realizada	• Profesional del triage: • Médico • Enfermera jefe, • Auxiliares de enfermería o tecnólogos en atención prehospitalaria con la supervisión médica correspondiente.	Triage I: inmediato Triage II: ≤ 30 minutos Triage III, IV y V no establecido Entre la llegada al servicio y el triage

	• Tamizaje inicial mediante Quiosco (Con el objetivo de direccionar adecuadamente y notificar al grupo médico y de enfermería para su atención priorizada). El tamizaje inicial epidemiológico se lleva a cabo así:
	  • Síntomas respiratorios
	  • Patología tropical
	  • Patología de interés internacional (Ébola, SARS COV 2)
	  • Pacientes de población pediátrica (Redireccionar a urgencias pediátricas)
	  • Pacientes gestantes (Redireccionar urgencias gineco-obstétricas)
		• Médico
		• Enfermera Auxiliar de Enfermería
		• Personal de atención al usuario
			Entre el triage y la atención inicial

Registro e ingreso	• Entrevistar al paciente y/o acompañante. • Pre- registro en el sistema de información de la IPS • Recepción de documentación	• Auxiliar administrativo	Entre el triage y la admisión
	• Registro de admisión (debe contener la información mínima de	• Auxiliar administrativo o	Entre ingreso y la atención inicial

Proceso	Subproceso	Perfil	Tiempo de atención
	identificación del paciente, fecha, hora de ingreso y de realización del "Triage", así como la clasificación del paciente). • Apertura de historia clínica, la cual debe ser simultánea con la atención • Verificación de afiliación y derechos (paralelo a la atención médica).	Auxiliar de admisiones	
Evaluación de necesidades	• Identificación del paciente y condiciones especiales • Aplicación de escalas de riesgo y generación de alerta en la historia clínica. • Valoración médica • Ayudas diagnósticas • Solicitud de interconsulta • Toma decisión de servicios requeridos (Observación en urgencias, hospitalización)	• Médico de Urgencias • Enfermera • Médico especialidad tratante	En el Triage I Atención médica inmediata El paciente clasificado Triage II será informado y evaluado por el médico de urgencias en consulta de manera prioritaria dentro de los primeros 30 minutos desde su clasificación.
Planeación de la Atención	• Definición de plan de manejo y ejecución de actividades • Registro del plan de manejo en la historia clínica • Administración de medicamentos • Traslado a otro servicio (cirugía, hospitalización, UCI) o morgue) • Revaloración médica • Toma decisión de servicios adicionales requeridos	• Enfermera • Auxiliar de enfermería, • Médico	Entre toma de laboratorios o de imagen diagnóstica e interconsulta o traslado a otro servicio o revaloración médica o egreso
Ejecución del tratamiento	• Ejecución y coordinación del plan de manejo de acuerdo con las Guías de Práctica Clínica o Protocolos de atención • Implementación de escalas de riesgos • Registro en la Historia Clínica	• Enfermera • Auxiliar de Enfermería	Entre la definición del plan de atención, su ejecución y registro en la historia clínica.

Proceso	Subproceso	Perfil	Tiempo de atención
Evaluación de la Atención	• Revaloración del paciente • Interpretación de Resultados	• Médico	Entre la entrega de resultados de paraclínicos y la revaloración médica
Salida y Seguimiento	• Alta médica • Traslado a otro servicio (cirugía, hospitalización) • Internación en piso • Hospitalización domiciliaria • Paciente fallecido	• Enfermera profesional, • auxiliar de enfermería, • auxiliar administrativo	Entre la orden de alta médica y la salida de la IPS
Referencia y Contrarreferencia	• Direccionamiento del paciente a la EPS • Remisión a un grado de complejidad menor o mayor.	• Médico	Entre la orden médica y la remisión efectiva

Fuente: elaboración propia con base en las Resoluciones 5596 de 2015 y 5095 de 2018, Decreto 903 de 2014, Restrepo y cols, y Hernández y Duarte (11,22–25).

4.2 Modelos conceptuales para abordar la sobreocupación

Dentro de los modelos conceptuales para abordar la sobreocupación se cuentan algunos que han entrado en desuso y otros cada vez más empleados; estos se resumirán a continuación, enfatizando en el modelo predominante en la evidencia internacional de las última dos décadas.

1. Los modelos conceptuales más antiguos de la sobreocupación estuvieron basados en el modelo tridimensional de la calidad en salud, de Avedis Donabedian, en el que la calidad depende de aspectos relacionados con la estructura, los procesos y los resultados; propone que las mejoras en la estructura son el punto de partida para mejorar los procesos y, por ende, los resultados (26–28). Este modelo no es específico para urgencias ni para sobreocupación, pero es útil porque destaca la necesidad de asegurar primero las condiciones óptimas de estructura del sistema y de los servicios de urgencias, con suficiencia de equipos humanos cualificados; infraestructura, insumos y equipos; financiación suficiente; sistemas de información robustos; y normas, reglamentos o procedimientos claros y adecuados. El modelo también permite pensar en los diferentes procedimientos al interior de los servicios, y en la articulación entre estos y con los demás componentes y actores del sistema. Además, es afín al enfoque del sistema obligatorio de garantía de la calidad del Colombia. Sin embargo, el modelo cuenta con críticas por su compartimentalización.

2. Los modelos que se enfocan en el desequilibrio entre la oferta y la demanda, por una demanda simultánea de la atención en salud que supera la capacidad del sistema (29), su alcance es primordialmente descriptivo pues da cuenta de lo que ocurre pero no de por qué ocurre.

3. El modelo de Andersen se estructura en tres tipos de factores relacionados con el uso de los servicios médicos: factores que predisponen el uso de los servicios, factores que facilitan la capacidad para obtener los servicios y factores relacionados con el nivel de enfermedad o la necesidad de usar los servicios (30), este modelo no especifico de los servicios de urgencias y, al enfocarse en los factores de uso de los servicios, solo da cuenta de aspectos de la demanda, dejando por fuera otros necesarios para una aproximación amplia y explicativa de la sobreocupación.

4. La adaptación del modelo de Andersen, de Padgett y Brodsky, se orienta a los tres momentos de decisión desde que se reconoce un problema de salud, se decide buscar atención y se procede a buscarla de manera urgente o inmediata (30), este modelo tiene limitaciones similares a las identificadas en el modelo de Andersen y, además, conecta con una noción de uso adecuado o inadecuado de los servicios que no es pertinente para el caso colombiano, puesto que este concibe la salud como derecho fundamental y, así, toda persona que consulte a los servicios de urgencias debe ser atendida sin estas u otas distinciones (31,32).

5. El modelo más ampliamente usado en las décadas recientes, es el propuesto en 2003 por Asplin y colaboradores (12); que organiza las causas de sobreocupación según las tres grandes fases de la movilización de los pacientes: la entrada, el flujo por el servicio y la salida del mismo (Figura 2) (12,29,33). En el siguiente apartado se amplía la descripción de sus fases.

4.3 Modelo conceptual de las tres fases

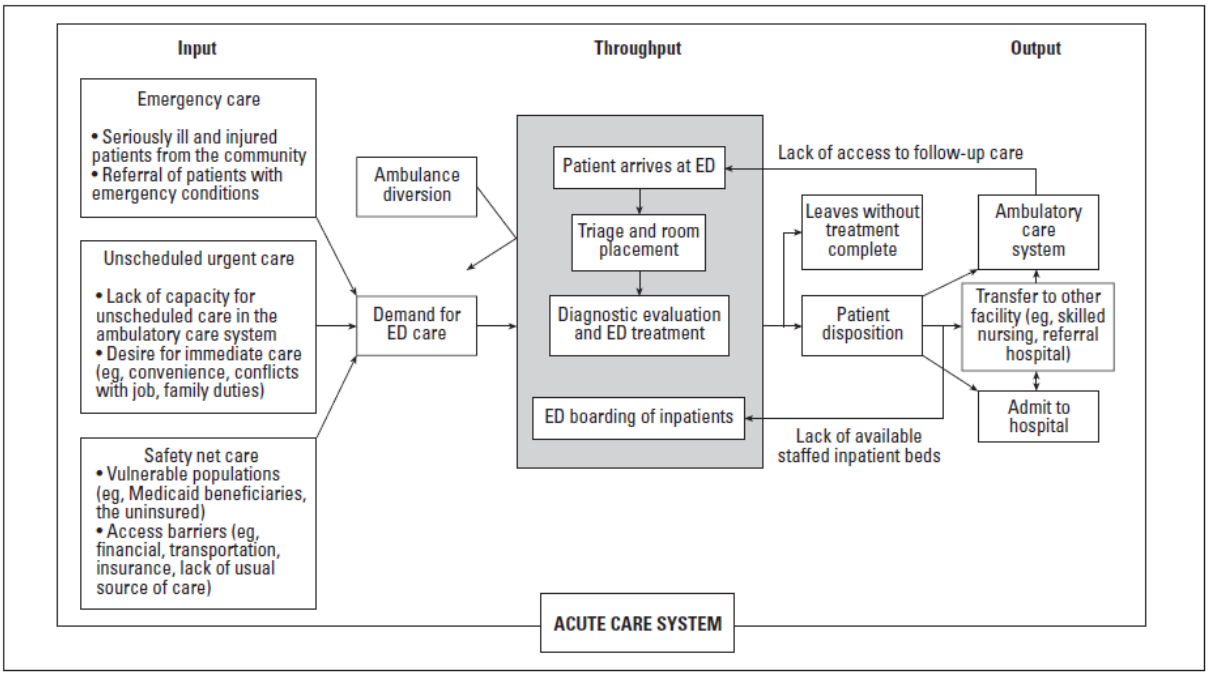
Este modelo tiene alcance descriptivo, analítico y de gestión, ya que permite identificar las razones por las que se afecta la ocupación en cada fase, y orientar las alternativas de gestión. Organiza las causas de sobreocupación según las tres grandes fases de la movilización de los pacientes antes, durante y después del servicio de urgencias: la fase de entrada (input), la fase de caudal o flujo por el servicio (throughput) y la fase de salida del mismo (output) (Figura 2) (12,29,33).

4.3.1 Fase de entrada (Input)

Abarca cualquier evento, lesión, enfermedad o condición que conducen a la persona a buscar atención en el servicio de urgencias, e incluye la atención prehospitalaria, consultas directas o remisiones desde otros servicios o IPS.

Asplin y cols. señalan tres factores claves en la utilización de estos servicios: la necesidad de atención, factores predisponentes para buscarla y factores que facilitan el acceso (Figura 2).

Figura 2. Modelo conceptual de la sobreocupación de Asplin y cols.



Fuente: tomado de Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, Solberg LI, Lurie N y Camargo CA, 2003 (12). La traducción y adaptación al contexto colombiano se encuentra en Figura 42.

Además, identifican tres tipos de atención: de emergencia, urgente no programada y como red de seguridad (12).

- La atención de emergencia está dirigida a pacientes lesionados o gravemente enfermos. El servicio de urgencias además de atender directamente las situaciones críticas, recibe remisiones dirigidas a otras especialidades que vienen desde centros de salud, unidades de atención domiciliaria y hospitales, especialmente cuando se requiere estabilización y diagnóstico antes de una hospitalización (12).

- La atención urgente no programada incluye casos en los que los pacientes presentan problemas agudos o exacerbaciones de enfermedades crónicas, pero no logran atención oportuna en otros servicios debido a la falta de disponibilidad. Muchos pacientes recurren a urgencias porque sus síntomas empeoran antes de obtener una cita o porque la posibilidad de recibir atención en el mismo día, aunque implique esperar, representa una opción más conveniente frente a las barreras de acceso (12).

- La atención como red de seguridad responde a la función del servicio de urgencias de atender a personas que no tienen acceso oportuno a otros ámbitos de atención del sistema de salud. Este componente incluye la atención a pacientes que no cuentan con otras alternativas viables para resolver sus problemas de salud, ya sea por barreras económicas, administrativas o por falta de cobertura (12).

Finalmente, el modelo conceptual de Asplin y cols incluye la desviación de ambulancias, práctica de países como Estados Unidos mediante la cual, en los momentos de máxima ocupación de los servicios de urgencias se puede activar el redireccionamiento de las ambulancias para que éstas se dirijan a otros hospitales que estén menos concurridos, y la duración del estado de desviación (en inglés, diversion status) es un indicador de sobreocupación. Esta práctica reduce la entrada a unos servicios y la reorienta hacia otros (12,14).

4.3.2 Fase de caudal o flujo (Throughput)

Esta fase comprende todo lo que ocurre en el servicio de urgencias, desde el ingreso del paciente y a lo largo del ciclo de atención descrito en la sección anterior. En el modelo, esta fase se compone principalmente de dos etapas: una de rendimiento y otra de productividad. La fase de rendimiento abarca procesos de triage, asignación de habitaciones y la evaluación inicial realizada por el profesional de salud. Por su parte, la fase de productividad comprende las pruebas diagnósticas y el tratamiento en el servicio de urgencias. La eficiencia de esta segunda etapa puede verse influenciada por diversos factores, entre ellos la distribución física del servicio de urgencias, la proporción adecuada de personal médico y de enfermería, la cohesión entre los equipos de atención, el uso eficiente de pruebas diagnósticas, la accesibilidad a la información clínica, la calidad de la documentación, la efectividad de los sistemas de comunicación y la disponibilidad oportuna de consultas especializadas.

Es fundamental analizar de manera interna los procesos de atención en el servicio, priorizando aquellos que tienen mayor impacto en el tiempo de

permanencia de los pacientes y el uso de recursos, con la posibilidad de ajustarlos cuando sea necesario, optimizar su eficacia y eficiencia.

Cualquier demora en este paso o flujo de los pacientes crea cuellos de botella que intensifican la percepción y realidad de sobreocupación dentro del servicio (12,29,33), y los aspectos que faciliten o dificulten la respuesta de los especialistas a las interconsultas de urgencias, así como la capacidad resolutiva del personal médico, también influirán (13).

4.3.3 Fase de salida (Output)

Es el paso de los pacientes a otro proceso posterior al servicio de urgencias (23), incluye el egreso del paciente hacia hospitalización, la remisión a otras unidades asistenciales, la salida para manejo ambulatorio, la salida voluntaria antes de recibir atención y el redireccionamiento a hogares y albergues institucionales.

Este es el punto más crítico en la cadena y ha sido descrito como la causa más frecuente de sobreocupación (13,14) ya que los retrasos por falta de disponibilidad de camas de hospitalización, la inadecuada proporción de enfermeras por paciente, indicación de aislamiento o retrasos en la limpieza de las habitaciones posterior al egreso, retrasos en el alta de pacientes hospitalizados a centros de cuidados postagudos, demoras en procesos administrativos o en autorizaciones, generan acumulación de pacientes que ya han sido atendidos, pero no pueden abandonar el servicio de urgencias. Esta obstrucción del flujo hacia afuera impacta directamente en la disponibilidad de espacio para nuevos ingresos, convirtiéndose en una de las principales causas de la sobreocupación (12,13,29,33). A su vez, el traslado de pacientes de urgencias hacia hospitalización puede competir con el traslado desde las áreas quirúrgicas hacia el mismo destino (14).

En la Figura 42 se presenta una versión de este modelo conceptual traducido de manera libre y adaptado al sistema de salud de Colombia que incluye los resultados obtenidos en la caracterización, referentes e informes nacionales.

4.4 Barreras de acceso y sobreocupación

El acceso oportuno a urgencias es el proceso mediante el cual se logra atención médica inmediata y oportuna, según las necesidades identificadas por la persona o por el personal de salud (34). Sin embargo, un informe de la Defensoría del Pueblo sobre un monitoreo realizado en 2019 en los servicios de urgencias de Colombia indicó que el 42 % de las IPS participantes tuvieron alguna barrera de

acceso física, por discriminación, económica o de información (3). Asimismo, en el país, se han descrito barreras de acceso en urgencias de tipo financieras, administrativas, organizacionales, geográficas, de infraestructura y recursos, que se describen a continuación.

Entre las barreras financieras se encuentran las condiciones contractuales entre el prestador y el pagador del servicio, desequilibrios entre la oferta y la demanda, insuficiencia de la red de prestadores de los aseguradores, falta de recursos físicos (áreas, espacios, equipamiento) y humanos (médicos especialistas), falta de pago y deudas de las EPS a las IPS, que ponen en riesgo la oportunidad, continuidad y calidad de los servicios de salud, por la negación o aumento en los tiempos de espera para recibir atención en el servicio de urgencias (34–37).

Las barreras administrativas y organizacionales incluyen la falta de implementación o incumplimiento de las normas relacionadas con la atención en salud, desarticulación entre prestadores y entes territoriales, fallas en el sistema de referencia y contrarreferencia, demora en las autorizaciones y trámites por parte de la aseguradora o Empresa Administradora de Planes de Beneficios (EAPB), y procesos de comprobación de derechos (inconsistencias en el estado de afiliación) (34,36–40).

El incumplimiento de la normativa en la atención de urgencias en Colombia se evidencia en prácticas institucionales tales como la negación del servicio (por ser clasificado con un triage no urgente) , condicionamiento a la comprobación de derechos, o la exigencia de trámites y autorizaciones previas a la atención. Se ha descrito que, estas barreras, originadas por intereses económicos y la necesidad de identificar un pagador antes de prestar el servicio, afectan la toma de decisiones clínicas e incrementan la vulnerabilidad de los pacientes. Por otra parte, no se garantiza la continuidad de la atención una vez estabilizado el paciente (3).

Entre las barreras geográficas se encuentran la ubicación de la IPS, la distancia o dificultad de transporte hacia la institución donde debe consultar o es remitido (36), y fallas en el sistema de referencia y contrarreferencia como las reportadas en un estudio realizado en Medellín en el que el 10,7 % de los pacientes atendidos en las IPS participantes habían tenido una remisión previa y quienes fueron atendidos en servicios de baja complejidad tenían solicitadas hasta 3 remisiones previas (37).

En cuanto a las barreras de infraestructura y recursos, aunque las IPS que prestan servicios de urgencias en Colombia deben cumplir con la reglamentación

de habilitación establecida a partir de la Resolución 3100 de 2019 y subsiguientes (Ver Tabla 1) que incluye estándares de infraestructura, la literatura documenta falta de recursos físicos (áreas, espacios, equipamiento) y humanos (médicos especialistas), que puede estar influenciada por desequilibrios entre la oferta y la demanda, comprometiendo calidad y eficiencia en la prestación del servicio (36,41). El informe de la Defensoría del Pueblo detalló que entre las barreras documentadas el 45% fueron de tipo físico destacando la ausencia de vías de acceso para el ingreso de vehículos de emergencia, ramplas y edificaciones en inadecuadas condiciones (3).

A la vez, las urgencias terminan recibiendo la sobrecarga resultante de las barreras de acceso en las demás instancias de atención ya que, en la práctica, se convierten en el único punto disponible y accesible para recibir atención médica, especialmente cuando no hay disponibilidad de servicios ambulatorios, convirtiendo a las urgencias en el recurso para cubrir los vacíos o dificultades del sistema de salud (2,39), con efectos incrementales en el nivel de demanda y ocupación de estos servicios (37).

En la literatura también se ha descrito que la sobreocupación puede terminar siendo en sí misma una barrera de acceso a la atención oportuna en urgencias (12,38) dada la imposibilidad de recibir o atender oportunamente casos urgentes cuando la capacidad instalada en urgencias se encuentra ocupada por pacientes esperando exámenes especializados o pendientes de salir a remisión u hospitalización (21). Esto puede explicar la gran brecha en los tiempos máximos y mínimos para la valoración en triage documentada por la Defensoría del Pueblo en 2019, que esta entidad describió como el posible resultado de la diferencia entre la disponibilidad de los recursos y la magnitud de la demanda (3).

4.5 Consecuencias de la sobreocupación

La OMS explica que "si existen servicios de atención de urgencia y los pacientes llegan a ellos a tiempo se pueden evitar millones de defunciones y discapacidades a largo plazo debidas a traumatismos, infecciones, enfermedades mentales y otros trastornos de salud mental, exacerbaciones agudas de enfermedades no transmisibles, complicaciones agudas del embarazo y otros trastornos de urgencia" (2).

Los efectos de la sobreocupación de los servicios de urgencias involucran a diferentes actores; primero, a los pacientes con el incremento en el aumento de la mortalidad intrahospitalaria (42,43), retrasos en tratamientos críticos (44), aumento de eventos adversos, mayor tasa de abandono sin atención (45), gasto de bolsillo, aumento del riesgo vital para los casos más críticos, insatisfacción

con la atención que se refleja en los volúmenes de peticiones, quejas, reclamos o inicios de procesos judiciales (3) y empeoramiento de la condición clínica (13,30). Segundo, el personal de salud se ha visto afectado con incremento de la carga laboral y en los casos del síndrome de burnout, reducción del personal clínico disponible, frustración y reducción del compromiso, incremento de errores y omisiones durante los procesos de atención, así como percepción de acoso laboral, agresiones y constreñimiento hacia este personal, por parte de los pacientes o del mismo personal de salud (3,13,17,30,38,43). Tercero, los prestadores de salud se enfrentan a mayores costos en los servicios y en la oportunidad, por prolongación de los tiempos de espera y de los costos evitables (38). Cuarto, el impacto al sistema de salud se refleja en la saturación o el colapso en las redes de atención (red de atención de urgencias y red hospitalaria), desabastecimiento de medicamentos e insumos, aumento de los tiempos de espera de los servicios ambulatorios, los cierres temporales de las áreas de urgencias (46), aumento en los costos por contratación y gestión del riesgo ante la declaración de emergencia sanitaria (47,48).

Otras consecuencias que han sido reportadas y que afectan al sistema de salud en su conjunto son la demora y sobrecarga de los servicios, discontinuidad en la atención en los servicios ambulatorios, incremento en la tasa de morbilidad y mortalidad, demora en el inicio de los tratamientos (con esperas para el inicio de medicamentos de hasta un día y medio según un estudio de la Defensoría del Pueblo (3)), retaso en la toma, lectura y reporte de paraclínicos e imágenes diagnosticas represando los pacientes en el servicio sin poder tomar conductas, aumento de los eventos adversos, y extensión del tiempo de estancia hospitalaria asociado al aumento en el tiempo de espera (14,17,30,49,50).

4.6 Medición de la sobreocupación

La Asamblea Mundial de Salud ha recomendado "poner en marcha mecanismos para la recopilación normalizada de datos con el fin de caracterizar la carga local de enfermedades agudas e identificar mecanismos de alto rendimiento para mejorar la coordinación, la seguridad y la calidad de la atención de urgencia" (2). La literatura propone algunos indicadores para la medición de la ocupación en el servicio de urgencias tales como:

- Ocupación: porcentaje de ocupación de los servicios de urgencias, tasa de ocupación de camas de urgencias, tasa de rotación de camas, duración de la estancia, demanda de servicios hospitalarios, total de pacientes en el servicio de urgencias (camillas, sillas, pasillos y salas de espera), porcentaje de tiempo o día en que el servicio de urgencias tiene más pacientes que la capacidad instalada, tiempo desde la solicitud de cama

hasta la asignación de cama, número de camas activas dotadas de personal y disponibles en un hospital (14,51,52).

- Tiempo de atención: tiempo de espera para la atención inicial (triage), tiempo de espera para la consulta de urgencias, tiempo de resolución de casos, y tiempo de traslado (14,51,52).

- Calidad en la atención: tasa de mortalidad, tasa de satisfacción del usuario, número de quejas y reclamos, proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (14,51,52).

- Oportunidad: oportunidad al especialista, oportunidad para las ayudas diagnósticas, pacientes que egresan de urgencias sin revisión médica (14,51,52).

- Otros: horas de duración del estado de desviación de ambulancias (en inglés: "diversion status", definido arriba) (14).

En Colombia, el precitado Auto A-584-2022 ordenó la medición de los tiempos de espera desde el ingreso a urgencias hasta la valoración en triage, y desde esta clasificación hasta la atención médica, para todos los triages (10).

En cuanto al tiempo de espera de los pacientes clasificados como triage II – de medición obligatoria según la Resolución 256-2016 (53) -, entre el primer semestre de 2019 y el tercer trimestre de 2021 la Sala identificó un tiempo de espera inferior a 30 minutos desde la valoración por triage hasta la atención; sin embargo, dado que la estimación no tuvo en cuenta el tiempo desde el ingreso a urgencias hasta la valoración en triage - que según el informe defensorial de 2020 (3) era superior a una hora, y que según la evaluación de los servicios de las EPS por parte de los usuarios el tiempo de espera en el servicio de urgencias por encima de una hora llegó al 97,8% en 2020 - la Corte no consideró posible determinar el cumplimiento del máximo de 30 minutos reglamentado para el triage II (10).

La Corte añadió la dificultad de que en 2021 las mediciones no se hicieron en minutos y horas sino en días; concluyendo con todo lo anterior la inexistencia de un mecanismo que permitiera medir adecuadamente la oportunidad en la atención en urgencias y la persistencia de vulneraciones por sobreocupación en estos servicios: "en las IPS mixtas estaba en el 244,4%, en los privados 146,6% y en los públicos del 136,2 %; conforme al nivel de complejidad advirtió que la baja tenía el 169%, la media de 140,4% y la alta 138,6%", ausencia de valoración de triage después de las 5 de la tarde, negación de la atención en casos no clasificados como urgencia vital, y demoras en la autorización y traslado de los pacientes con remisión (10).

Para medir la sobreocupación también existen escalas como las descritas en la Tabla 3. Se ha recomendado que su uso en nuevas latitudes sea previamente validado (13).

Tabla 3. Escalas para la medición de sobreocupación en urgencias

Nombre de la escala	Características de la escala	Preguntas de la escala
Escala nacional de hacinamiento en departamentos de emergencias (En inglés, NEDOCS por National Emergency Department Overcrowding Study Score)	Indicador compuesto en el que se obtiene un puntaje total entre 0 y 200, con la siguiente interpretación (13): 1 - 20 puntos: no ocupado 21 - 60 puntos: ocupado 61 - 100 puntos: extremadamente ocupado, pero no sobreocupado 101 –140 puntos: sobreocupado 141 –180 puntos: severamente sobreocupado 181 – 200 puntos: peligrosamente sobreocupado	1. Número de camas en el servicio de urgencias. 2. Número de camas intrahospitalarias. 3. Número total de pacientes en el servicio de urgencias. 4. Número de pacientes conectados a ventilación mecánica en el servicio de urgencias. 5. Pacientes con mayor tiempo de espera en el servicio de urgencias (en horas). 6. Número de pacientes admitidos en el servicio de urgencias. 7. Pacientes con mayor tiempo de espera en sala de espera (en horas) (33)
Índice de trabajo del departamento de emergencias (En inglés, EDWIN por Emergency Department Work Index)	El uso de esta escala se basa en identificar momentos de ocupación en aumento, antes que los servicios estén sobreocupados o colapsen, permitiendo tomar decisiones y medidas preventivas tempranamente. Los resultados se clasifican en tres categorías: 1. Situación manejable. 2. Situación de ocupación alta. 3. Servicio sobreocupado (13).	Determinar en tiempo real: 1. Número de pacientes en cada nivel de triage Triage 1: Triage 2: Triage 3: Triage 4: Triage 5: 2. Número de médicos en el turno. 3. Camas del servicio de urgencias. 4. Número de pacientes admitidos a urgencias en camas (33).
Escala de congestión del departamento de emergencias (En inglés, EDCS por Emergency Department Crowding Scale)	La escala busca medir congestión en el servicio de urgencias teniendo en cuenta varios factores. Esta escala correlacionó adecuadamente los tiempos de tratamiento, el direccionamiento de ambulancias hacia otras instituciones y la demanda no atendida (13).	1. Número de pacientes críticos 2. Número de médicos de urgencias 3. Número total de camas en urgencias y en el hospital 4. Número total de pacientes 5. Tasa de ocupación (13).

Análisis de emergencia en tiempo real de los indicadores de demanda (En inglés, READI por Real-time Emergency Analysis of Demand Indicators)	Esta escala considera 3 indicadores entre los que se encuentran: la relación de camas, la proporción de agudización de su condición (implica saber las patologías por las cuales están consultando los pacientes a urgencias) y la relación correspondiente a la demanda del servicio (incluye el número actual de los pacientes en urgencias, el histórico la rotación de pacientes a través de urgencias por parte de los médicos y el histórico del número de consultas a urgencias) (13)	1. Clasificación del triage 2. Número de pacientes en triage I 3. Nivel de gravedad invertido 4. Número total de camas de tratamiento en urgencias 5. Llegadas previstas para cada hora del día 6. Salidas previstas para cada hora del día 7. Número de pacientes en camas de urgencias 8. Número de llegadas por hora 9. Número de pacientes atendidos por hora por el médico, según datos históricos de urgencias (54)

Fuente: elaboración propia con base en (13,33,54).

Para Colombia, se identificaron estudios orientados a identificar si la escala NEDOCS es válida para medir el grado de congestión en urgencias en instituciones de alta complejidad en atención de urgencias de Cundinamarca (Fundaciones Abood Shaio y Santafé de Bogotá, y clínica Universitaria de la Sábana) (13) y Bucaramanga (Fundación Cardiovascular de Colombia) (55).

En este proyecto se adelantó una revisión sistemática de literatura internacional y una encuesta a los servicios de urgencias del país, con el fin de ampliar el reconocimiento de las alternativas de medición y monitoreo; en la revisión se evidenciará que las revisiones sistemáticas incluidas únicamente dieron cuenta del uso de la escala NEDOCS en el ámbito internacional.

4.7 Sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud y servicios de urgencias

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS) establecido en 1996, mediante el Decreto 2174, 10 años más tarde actualizado por el decreto 1011 de 2006, actualmente compilado en el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud 780 de 2016, define los componentes, indicadores y estándares de calidad para los prestadores de servicios de salud en el país. A continuación, haremos una breve descripción de los cuatro componentes del SOGCS:

- Sistema Único de Habilitación: reglamentado por la Resolución 3100 de 2019, establece los requisitos mínimos para la atención en salud

con el objeto de proteger a los usuarios de los riesgos mínimos de la atención en salud

- Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad: promueve el mejoramiento continuo a través de la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada.

- Sistema de Información para la Calidad: reglamentado mediante la Resolución 256 de 2016, promueve la toma de decisiones informadas mediante la consolidación y análisis de datos.

- Sistema Único de Acreditación: regulado mediante el Decreto 903 de 2014, identifica los estándares y modelo evaluativo para alcanzar una calidad superior en la atención en salud.

Estos componentes y estándares cuyo alcance es el mejoramiento, tienen un impacto directo en la calidad de los servicios de urgencias en Colombia. A continuación, se profundiza en cada uno de ellos y su relación con la sobreocupación de los servicios de urgencias

4.7.1 Habilitación de los servicios de urgencias

Los prestadores en salud que ofrezcan y presten servicios deben cumplir y mantener las condiciones dispuestas por el sistema único de habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS), con el propósito de prevenir riesgos en el marco de la seguridad del paciente. Los servicios de salud (unidades básicas) habilitados tienen una forma de prestar los servicios (modalidad), una complejidad y están organizados por procesos, procedimientos, actividades, recursos físicos, tecnológicos, de información y humanos; en el caso de los servicios de urgencias los describe como "Servicio responsable de dar atención a las alteraciones de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la prestación inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras. El servicio debe ser prestado las 24 horas del día. Los servicios de urgencias de acuerdo con la resolución pueden brindarse en los grados de complejidad baja, mediana y alta; bajo las modalidades de prestación intramural y por telemedicina, esta última en las categorías de telexperticia sincrónica o asincrónica, y entre dos profesionales (7,8), de la siguiente manera:

- Complejidad baja: Se permiten las modalidades de atención intramural, telemedicina y prestador remisor.
- Complejidad mediana: Se permiten las modalidades de atención intramural, telemedicina - prestador remisor.
- Complejidad alta: Se permiten las modalidades de atención intramural, telemedicina - prestador remisor.

Los prestadores de servicios en salud también deben cumplir con unas condiciones de capacidad técnico-administrativa, de suficiencia patrimonial y financiera, y de capacidad tecnológica y científica. Estas últimas definen siete estándares mínimos de habilitación para todos los servicios habilitados según grado de complejidad: 1. Talento humano. 2. Infraestructura. 3. Dotación. 4. Medicamentos, dispositivos médicos e insumos. 5. Procesos Prioritarios. 6. Historia Clínica y Registros. 7. Interdependencia. De igual manera, cada servicio debe cumplir con unos estándares y requisitos específicos y adicionales (7,8). Para efectos de este apartado nos centraremos en los criterios inherentes al servicio de urgencias.

4.7.1.1 Talento humano

Los servicios de urgencias deben tener presentes los criterios aplicables a todos los servicios, estos consisten en los requisitos legales que aplican al talento humano en salud y otros profesionales que se relacionan con la atención o resultados en salud, según aplique, títulos de educación superior o certificados de aptitud ocupacional, expedidos por la entidad educativa competente, y autorización del ejercicio o inscripción en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud - RETHUS.

Adicionalmente, en los servicios de urgencias, el talento humano requerido para las modalidades intramural y de telemedicina está determinado según el grado de complejidad, como se describe en la Tabla 4 (7).

Tabla 4. Talento humano requerido para el servicio de urgencias según el grado de complejidad y modalidad

Grado de complejidad	Cuenta con	Disponibilidad
Baja	• Profesional de la medicina con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en soporte vital avanzado • Auxiliar de enfermería que cuenta con constancia de asistencia a las acciones de	• Profesional de la medicina que cuenta con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en soporte vital avanzado. • Auxiliar de enfermería que cuenta con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en soporte vital básico

	formación continua en soporte vital básico	
Media	• Profesional de la medicina o profesional de la medicina especialista en medicina de urgencias o medicina familiar. • Profesional de la enfermería. • Auxiliar de enfermería, que cuenta con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en soporte vital básico.	• Profesionales de la medicina especialistas necesarios para la atención de las diversas patologías. • Profesional de terapia respiratoria o fisioterapeuta. • Los profesionales de la salud cuentan con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en soporte vital avanzado, con excepción del profesional de la medicina especialista en medicina de urgencias.
Alta	• Profesional de la medicina o profesional de la medicina especialista en medicina de urgencias o medicina familiar. • Profesionales de la medicina especialistas necesarios para la atención de las diversas patologías. • Profesional de la enfermería. • Auxiliar de enfermería que cuenta con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en soporte vital básico	• Profesional de terapia respiratoria o fisioterapeuta. • Los profesionales de la salud cuentan con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en soporte vital avanzado, con excepción del profesional de la medicina especialista en medicina de urgencias

Fuente: elaboración propia a partir de Resolución 3100 de 2019 (7).

4.7.1.2 Infraestructura

Las edificaciones donde se presten servicios de urgencias deben contar con tanque de almacenamiento de agua para el consumo humano que garantice como mínimo una reserva de 24 horas de servicio continuo, calculado con base en el consumo de 600 lt por cama/camilla día.

En términos del estándar de infraestructura el servicio de urgencias en los tres grados de complejidad, cuando funcionen en edificaciones construidas con anterioridad al 2010, debe haber realizado el estudio de vulnerabilidad estructural y adicionalmente un plan de cumplimiento para el reforzamiento estructural de la edificación. Si dichas edificaciones fueron construidas con posterioridad a 2010, el prestador sólo deberá aportar la licencia de construcción en donde se evidencie la destinación para la prestación de servicios de salud de acuerdo con la Resolución 465 de 2025, por la cual se modificó la resolución 3100 de 2019, además contar con acceso directo desde el exterior de la edificación, localizado en el mismo piso o nivel donde funciona el servicio. Ambientes, áreas definidas y sala de reanimación (ubicadas en el mismo nivel). Adecuada circulación permitiendo el desplazamiento de pacientes y personal de

salud. Cuando la sala de observación o el ambiente de transición del servicio de urgencias estén ubicados en otro nivel, la movilización de los pacientes que se encuentran en camilla se hace a través del ascensor (obligatorio después del tercer nivel) o rampa de uso exclusivo (aplica hasta el tercer nivel).

En términos del estándar de infraestructura, el servicio de urgencias en los tres grados de complejidad debe contar con acceso directo desde el exterior de la edificación, localizado en el mismo piso o nivel donde funciona el servicio. Ambientes, áreas definidas y sala de reanimación (ubicadas en el mismo nivel). Adecuada circulación permitiendo el desplazamiento de pacientes y personal de salud. Cuando la sala de observación o el ambiente de transición del servicio de urgencias estén ubicados en otro nivel, la movilización de los pacientes que se encuentran en camilla se hace a través del ascensor (obligatorio después del tercer nivel) o rampa de uso exclusivo (aplica hasta el tercer nivel).

Los servicios de urgencias deben contar con consultorios (con lavamanos), unidades sanitarias discriminadas por sexo; salas de espera, de procedimientos, de reanimación, de observación de adultos, y de observación pediátrica; estación de enfermería; ambientes para descontaminación de pacientes, triage, para atención de la enfermedad respiratoria aguda (ERA), inmovilización, para rehidratación oral, para estacionamiento de camillas y sillas de ruedas, para realización de pruebas POCT (Point of Care Testing), para aislamiento y del ambiente de transición que es el área para la atención de pacientes que por su condición clínica deben permanecer en el servicio de urgencias sin requerir traslado a otras áreas como internación o cirugía, ni a otras instituciones (7); área señalizada y exclusiva para el acceso y parqueo de ambulancias.

4.7.1.3 Dotación

Para cumplir con el estándar de dotación, los servicios de urgencias deben contar con equipos de atención de parto, toracostomía, equipo de órganos de los sentidos, carro de paro para paciente adulto y pediátrico, monitor de signos vitales, bomba de infusión, electrocardiógrafo de 12 derivaciones, nebulizador, y marcapasos externo no invasivo con batería. Puede estar incluido en el desfibrilador (sala de reanimación), oxígeno medicinal y succión; adicionalmente, equipo de punción lumbar en los grados de complejidad alta y mediana. El consultorio de urgencias debe contar con camilla con estribos; las salas de observación, de procedimientos y de reanimación deben tener camilla con barandas, ruedas y freno; y el ambiente de transición debe contar con silla reclinable escualizable (en todos los grados de complejidad) (7).

4.7.1.4 Medicamentos, dispositivos médicos e insumos

El servicio de urgencias en los tres grados de complejidad debe contar con Kit para recolección de evidencia forense, kit de profilaxis post exposición para VIH, ITS y anticoncepción de emergencia en víctimas de violencia sexual y oxígeno medicinal.

4.7.1.5 Procesos Prioritarios

Por su parte, el estándar de procesos prioritarios define al prestador en relación con el servicio a prestar; para el caso de la atención de urgencias, es fundamental contemplar una atención oportuna, segura y centrada en el usuario, que incluya el triage, la seguridad del paciente y la identificación del riesgo que se minimiza con la aplicación de las guías de prácticas clínica, procesos y procedimientos definidas para el servicio. Así, este estándar asegura la funcionalidad del servicio y condiciona la eficacia de los demás componentes del sistema de habilitación, para una atención con enfoque en la calidad.

Los procesos prioritarios de urgencias referidos para las complejidades baja, mediana y alta, en las modalidades intramural y telemedicina - prestador remisor, deben contar con información documentada acerca de:

> "Ronda médica de evolución diaria de pacientes, solicitud de interconsultas, entrega de turno por parte de enfermería y de medicina, control de líquidos, plan de cuidados de enfermería, administración de medicamentos, sujeción de pacientes, toma de muestras de laboratorio clínico, cateterismo vesical, preparación para la toma de imágenes diagnósticas, información a familiares o responsables sobre el estado de salud del paciente, atención médica inicial y definición de conducta, de las principales patologías que el servicio atiende, selección y clasificación de pacientes triage, planeación para la prestación del servicio cuando aumente la demanda, que incluya la definición de estrategias para la descongestión y la mejora en los tiempos de respuesta al usuario, criterios clínicos para la ubicación y atención de pacientes en el ambiente de transición, criterios clínicos para referir y recibir a un usuario a servicios de consulta externa, hospitalización u otros servicios de cualquier complejidad, identificación de pacientes que por su condición clínica pueden ser tratados en su domicilio, identificación de pacientes que por su condición clínica pueden ser derivados a servicios de consulta externa que cuenten con la estrategia de consulta prioritaria, plan hospitalario para emergencias, información al paciente sobre recomendaciones al

egreso, criterios de reingreso, controles y posibles complicaciones, declaración de muerte encefálica, acorde con la complejidad del servicio, atención en salud a víctimas de violencia sexual según normatividad vigente, aislamiento de pacientes que por su condición clínica lo requieran, documento que orienta la atención en salud de pacientes con problemas y trastornos en salud mental o consumo de sustancias psicoactivas" (7).

Para el manejo de urgencias, también se debe que incluir información documentada de: intoxicación aguda y síndrome de abstinencia a sustancias psicoactivas, según oferta, agitación psicomotora, conducta suicida y agresión a terceros, agudización de síntomas psiquiátricos e intervención en crisis.

Si se ofrece la estrategia de sala de rehidratación oral o la estrategia de sala ERA, cuenta con información documentada sobre el manejo de pacientes que requieran rehidratación oral y/o pacientes con enfermedad respiratoria alta y baja, que incluye: Criterios documentados sobre las condiciones de los pacientes que pueden ser manejados en el servicio, seguimiento del estado clínico, criterios de tiempos máximos de manejo de pacientes con rehidratación oral y de pacientes con enfermedad respiratoria alta y baja, así como de su remisión al servicio de hospitalización, información al paciente sobre recomendaciones al egreso, criterios que impliquen reingreso al servicio, controles y posibles complicaciones.

Finalmente, cuando la sala de observación o el ambiente de transición del servicio de urgencias se preste en más de un piso o nivel en la misma edificación, cuenta con documento que indique el traslado de pacientes entre los diferentes pisos o niveles.

4.7.1.6 Historia clínica y registros

El servicio de urgencias en todos los grados de complejidad, en las modalidades intramural y telemedicina (prestador remisor - prestador referencia), deben cumplir con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios para los registros y la historia clínica, algunos a destacar son:

Los medios electrónicos para la gestión de la historia clínica garantizan confidencialidad y seguridad, así como el carácter permanente de registrar en esta y en otros registros asistenciales, sin que se puedan modificar los datos una vez se guarden los registros, el diligenciamiento en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas y los registros de atención de la historia clínica se deben realizar

simultánea o inmediatamente después de la atención en salud y contar con un procedimiento de consentimiento informado.

4.7.1.7 Interdependencia

En el caso del estándar de interdependencia, el servicio de baja complejidad dispone de: servicio de imágenes diagnósticas (a excepción de las zonas de dispersión geográfica), laboratorio clínico, hospitalización, servicio farmacéutico, servicio de transporte asistencial y servicios de apoyo (alimentación, lavandería, vigilancia).

El servicio de mediana complejidad cumple y cuenta con: servicio de imágenes diagnósticas, laboratorio clínico, hospitalización, servicio farmacéutico y servicio de cirugía. Con disponibilidad de servicio de transporte asistencial y servicios de apoyo (alimentación, lavandería, vigilancia).

El servicio de alta complejidad cumple y cuenta con: servicio de hospitalización, servicio de cirugía, UCI adultos o pediátrico o neonatal según la oferta, servicio de imágenes diagnósticas, laboratorio clínico, servicio farmacéutico y servicio de gestión pre transfusional. Con disponibilidad de servicio de transporte asistencial y servicios de apoyo (alimentación, lavandería, vigilancia).

4.7.2 Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

El Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) es la fuente oficial de la oferta nacional de prestadores habilitados, sean profesionales independientes, IPS, o entidades con objeto social diferente, así como los servicios que estos ofrecen.

El REPS es público y en éste se realizan los procesos de inscripción, novedades (Tabla 5) y autoevaluación de servicios. Los incrementos y disminuciones en el número de camillas de observación del servicio de urgencias, salas, sillas, y consultorios deben ser registrados en el REPS, estos se denominan respectivamente aperturas y cierres (56).

La Resolución 3100 de 2019, en el numeral 10.5 del anexo técnico, permite habilitar los servicios de salud en la complejidad más alta que determine el prestador.

Una vez habilitado el servicio, las modificaciones que se realicen en la oferta de servicios se hacen aplicando una novedad teniendo en cuenta que para cambiar

la complejidad de mediana a alta se requiere la solicitud de visita previa por parte de la Secretaría de Salud departamental o distrital, y para cambiar de baja a medina se podrá aplicar el trámite en línea (7,8).

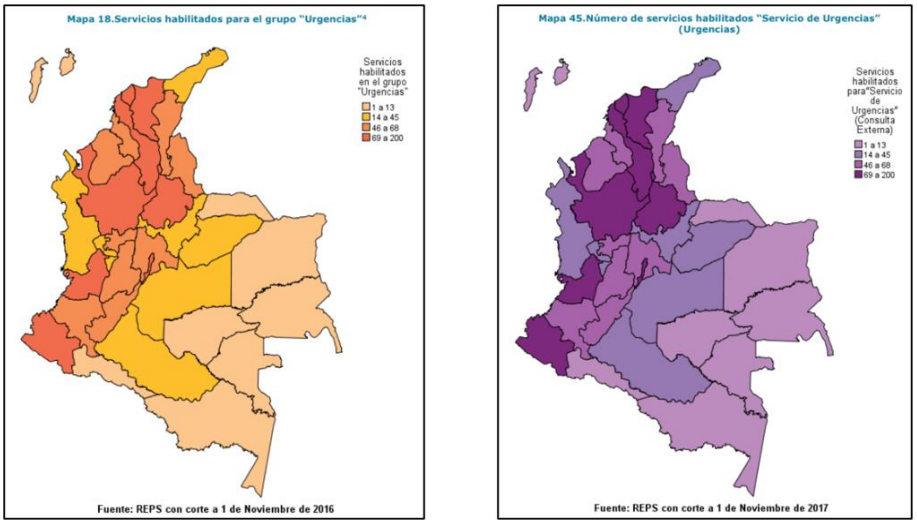
Tabla 5. Novedades del REPS

Novedades	**Descripción**
Prestador de servicios de salud	a. Cierre del prestador de servicios de salud. b. Disolución y liquidación de la entidad. c. Cambio de domicilio. d. Cambio de nomenclatura. e. Cambio de representante legal. f. Cambio de razón social o nombre que no implique cambio de NIT, ni de documento de identidad. g. Cambio de datos de contacto (teléfono y correo electrónico).
La sede	a. Apertura de sede. b. Cierre de sede. c. Cambio de domicilio. d. Cambio de nomenclatura. e. Cambio de sede principal. f. Cambio de datos de contacto (teléfono y correo electrónico). g. Cambio de director, gerente, administrador o responsable. h. Cambio de nombre de la sede, que no implique cambio de razón social.
Servicios	a. Apertura de servicio. b. Cierre temporal de servicio. c. Reactivación de servicio. d. Cierre definitivo de servicio. e. Apertura de modalidad. f. Cierre de modalidad. g. Cambio de complejidad. h. Cambio de horario de prestación de servicio. i. Traslado de servicio. j. Cambio de prestador de referencia. k. Cambio de especificidad del servicio
Capacidad Instalada	a. Apertura de camas. b. Cierre de camas. c. Apertura de camillas de observación. d. Cierre de camillas de observación. e. Apertura de salas. f. Cierre de salas. g. Apertura de ambulancias. h. Cierre de ambulancias. i. Apertura de sillas. j. Cierre de sillas. k. Apertura de unidad móvil. l. Cierre de unidad móvil. m. Apertura de consultorios. n. Cierre de consultorios.

Fuente: elaboración propia a partir de artículo 12 resolución 3100 de 2019 (7), artículo 5 resolución 544 de 2023 (57), Resolución 465 de 2025 (58) y Manual de usuario REPS novedades (59).

Para los años 2016 y 2017, el Ministerio de Salud y Protección Social realizó una caracterización basada en datos del REPS de los servicios de urgencias habilitados a nivel nacional (60). Se encontraron habilitados 1632 servicios de urgencias en todas las complejidades, con las mayores concentraciones en Magdalena, Bolívar, Nariño, Atlántico, Valle del Cauca, Bogotá, Santander y Antioquia, y las menores en San Andrés, Guainía, Vaupés, Vichada, Guaviare, Amazonas, Putumayo y Arauca (60). En suma, el comportamiento por departamento según la cantidad de servicios habilitados fue similar en los dos años (Figura 3).

Figura 3 Servicios de urgencias habilitados en Colombia, 2016 y 2017.



Fuente: Tomado de Ministerio de Salud y Protección Social. Caracterización Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)- IPS (60).

Adicionalmente, en 2020 la Defensoría del Pueblo publicó los resultados de un monitoreo realizado en 2019 el cual incluye una descripción de la disponibilidad de servicios de urgencias habilitados en el país, por regiones (Tabla 6), por millón de habitantes, según la naturaleza jurídica y el grado de complejidad (3).

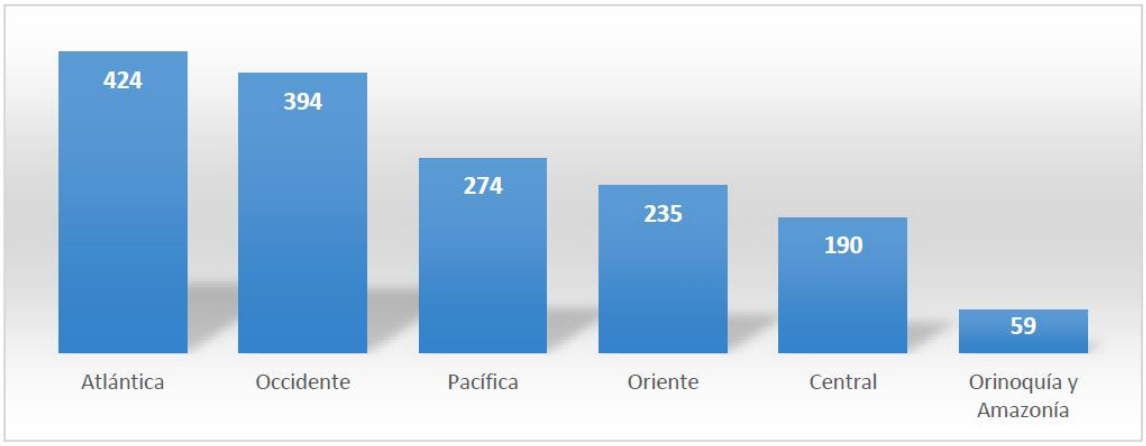
Tabla 6. Agrupación departamental por regiones

Región	Departamentos
Atlántica	Atlántico, Bolívar, Córdoba, Magdalena, Cesar, Sucre, La Guajira, San Andrés.
Central	Bogotá, Cundinamarca, Meta.
Occidente	Antioquia, Caldas, Risaralda, Quindío, Tolima, Huila.
Oriente	Santander, Norte de Santander, Boyacá, Casanare, Arauca.
Orinoquía y Amazonía	Amazonas, Caquetá, Putumayo, Guaviare, Guainía, Vaupés, Vichada.
Pacífica	Valle del Cauca, Cauca, Nariño, Chocó.

Fuente: Defensoría del Pueblo, 2020 (3).

Las regiones con mayor número de servicios habilitados en todos los grados de complejidad fueron la Atlántica (424 servicios) y Occidente (394 servicios), mientras que, la región con el menor número de servicios habilitados fue Orinoquía y Amazonía (59) (Figura 4).

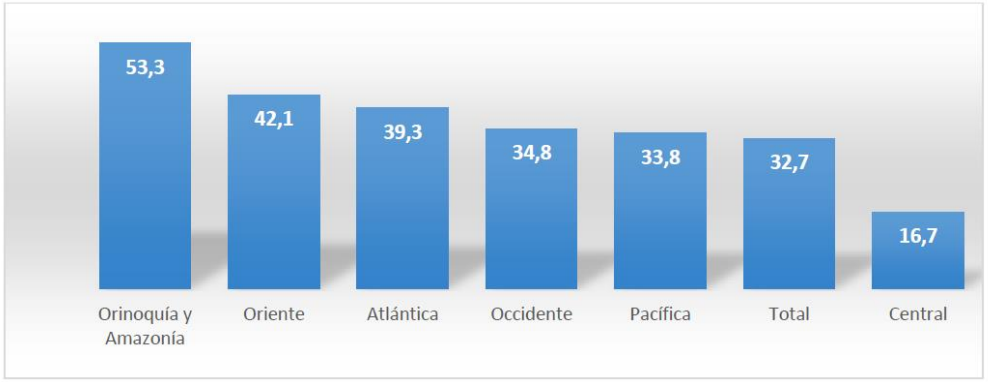
Figura 4 Distribución de servicios de urgencias por región en Colombia, 2019.



Fuente: Defensoría del Pueblo, 2020 (3).

En contraste, la distribución de los servicios de urgencias por millón de habitantes (hb), expuso mayor concentración en la región Orinoquía y Amazonía (53,3) y menor concentración en la región central (16,7) (Figura 5).

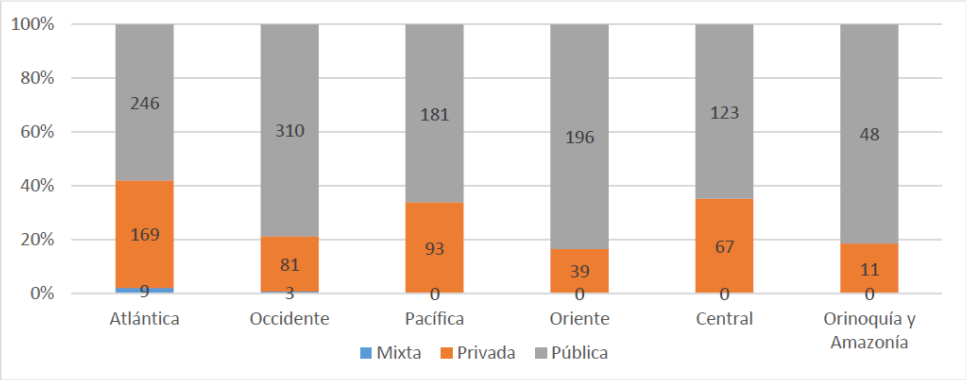
Figura 5 Servicios de urgencias por millón de habitantes, según la región. Colombia, 2019.



Fuente: Defensoría del Pueblo, 2020 (3).

Para el año 2019, la distribución por región y naturaleza jurídica muestra que la prestación de los servicios de urgencias a nivel regional está representada en su mayoría por prestadores con naturaleza jurídica pública, seguidos de las privadas. Mientras, las regiones Atlántica y Occidente cuenta con la prestación de servicios por prestadores con naturaleza mixta (Figura 6).

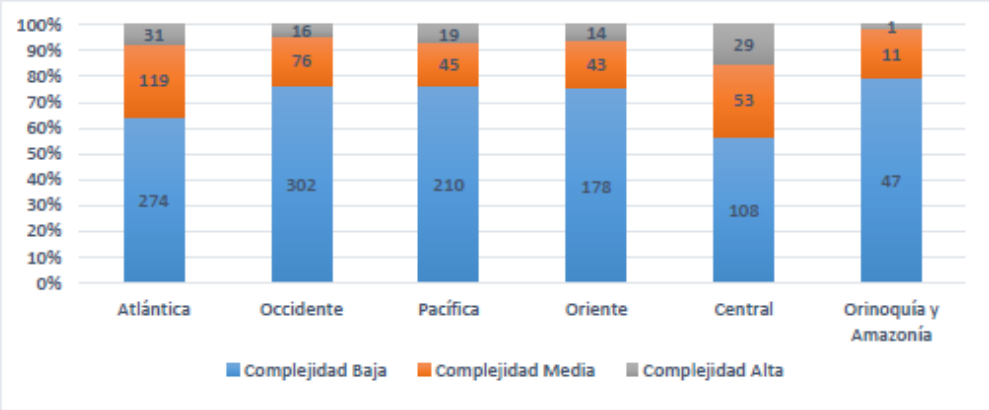
Figura 6 Distribución de servicios de urgencias por región y naturaleza jurídica en Colombia, 2019.



Fuente: Defensoría del Pueblo, 2020 (3).

Los servicios de urgencias observados por región y grados de complejidad en el año 2019 mostraban un predominio de la baja complejidad, seguida de la mediana complejidad en todas las regiones. Mientras, la alta complejidad contó con menor representación (Figura 7).

Figura 7 Distribución de servicios de urgencias por región y grado de complejidad. Colombia, 2019.



Fuente: Defensoría del Pueblo, 2020 (3).

4.7.3 Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, componente del SOGC que se implementa a través del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC), es un componente clave para mejorar la calidad de la atención en urgencias en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que se desarrolla a través de las pautas de Auditoría; estas

orientan al análisis y contribuyen al mejoramiento de los procesos internos de atención en urgencias, mediante la implementación de la ruta crítica descrita en la Tabla 7, que permite observar integralmente los procesos clínicos, medir su desempeño, intervenir en las fallas, institucionalizar buenas prácticas y promover el aprendizaje organizacional continuo de forma transversal con el ciclo planear-hacer-verificar-actuar (PHVA).

Todo ello dentro de un enfoque de calidad centrado en el usuario y articulado con los principios del pensamiento sistémico, que permite entender las interrelaciones entre procesos, personas y resultados (56,57).

La implementación efectiva del PAMEC, puede tener un impacto significativo en la reducción de la sobreocupación de los servicios de urgencias y en la mejora de la gestión de los servicios. A través de la implementación de ciclos de mejora continua, el PAMEC permite evaluar y mejorar la calidad de la atención en urgencias considerando atributos clave como Continuidad: Atención sin interrupciones conforme al ciclo de atención, Oportunidad: Atención que anticipa y mitiga riesgos, Pertinencia: Atención relevante en cuanto resultados clínicos, Accesibilidad: Acceso equitativo y sin barreras para todos los pacientes y Seguridad: Protección de la vida y atención sin daño para los pacientes.

Tabla 7. Las 8 Guías básicas de la ruta crítica PAMEC

Guía	Nombre	Propósito
Guía 1	Autoevaluación	Identificar procesos críticos y capacidades institucionales actuales.
Guía 2	Definir prioridades	Seleccionar y priorizar los procesos a abordar primero (según impacto y riesgo).
Guía 3	Calidad esperada	Definir estándares e indicadores que se desean alcanzar.
Guía 4	Medición del desempeño	Evaluar cómo está el proceso frente a lo esperado y lo observado.
Guía 5	Plan de mejora	Formular e implementar acciones correctivas o de innovación.
Guía 6	Aprendizaje organizacional	Socializar y estandarizar el conocimiento generado (entendimiento compartido).
Guía 7	Seguimiento con comités	Asegurar continuidad y evaluación periódica de las mejoras.
Guía 8	Auditoría externa	Complementar el proceso con evaluación objetiva y externa.

Fuente: elaboración propia a partir las guías básicas para la implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud PAMEC (2007) (61).

4.7.4 Sistema único de acreditación

El Sistema único de Acreditación, componente voluntario del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en salud, excepto para los Hospitales Universitarios donde es obligatorio. Este sistema promueve la atención en salud de alta calidad

en las IPS públicas, privadas y mixtas, ofreciendo una promesa de valor diferenciada a los usuarios, familiares y colaboradores.

Las 61 organizaciones de salud acreditadas en Colombia han promovido que las IPS que tienen servicios de urgencias aborden estrategias orientadas por los 7 ejes de acreditación, evidenciadas en comportamientos de los colaboradores, el reconocimiento de las necesidades y expectativas de los usuarios y la traducción en requisitos para los procesos. Cada uno de los ejes aportan en la consecución de las siguientes metas:

- **Atención centrada en el usuario y su familia**: identificar, satisfacer y exceder sus expectativas.
- **Transformación cultural:** lograr compromiso de atención con calidad por parte de las instituciones y el personal.
- **Responsabilidad social**: corresponsabilidad entre institución, sociedad, individuos y medio ambiente.
- **Gestión de la tecnología:** lograr la planeación de la tecnología mediante un proceso racional de adquisición y utilización.
- **Humanización de la atención:** garantizar el respeto y la dignidad del ser humano.
- **Gestión del riesgo:** encontrar el balance entre riesgos y costos.
- **Gestión clínica excelente y segura:** minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud.

A la fecha no se ha consolidado información reciente de los resultados de la acreditación en las IPS, ni en particular para los servicios de urgencias de instituciones acreditadas. No obstante, un estudio del Banco Mundial señala que las barreras de acceso a los servicios de salud relacionadas con la distancia y el costo percibidos por la población colombiana han disminuido constantemente desde 2010. Las barreras correspondientes a la calidad de los servicios percibida se han mantenido relativamente constantes. El porcentaje de personas que reportan no haber usado servicios de salud cuando los necesitaron en los 30 días antes de la encuesta ha disminuido de un 27% a 6,7%, por razones relacionadas al costo de los servicios, y de 11,4% a 2,3%, por motivos asociados a la distancia de los servicios entre los años 2010 y 2017.

Igualmente, un informe del año 2019 señala la necesidad de fortalecer el ecosistema de calidad en el sector salud, orientando su recomendación a que el gobierno considere actualizar y extender el alcance del sistema obligatorio de garantía de calidad para fortalecer la capacidad del sistema para mejorar la calidad y mejorar la cultura de calidad en el sector. Esto incluye reformar el proceso de acreditación para implementarlo a escala utilizando un enfoque más

gradual de la acreditación, pero también ampliar el sistema regulatorio actual con iniciativas para involucrar y capacitar a pacientes y ciudadanos para que participen en la planificación, diseño y responsabilidad de los servicios de atención en salud y exigir atención de mejor calidad en la salud.

El Sistema único de Acreditación está regulado por el Decreto 903 de 2014, y la Resolución 5095 de 2018, por la cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario en Colombia versión 3.1, y a través del grupo de estándares asistenciales destaca la necesidad de tener en cuenta para la remisión de pacientes en urgencias, que previo al traslado, se garantice que la organización a donde se remite cuenta con la disponibilidad del servicio, en el proceso de traslado se tenga una información mínima que incluye: quién transporta, cómo se transporta, por qué se transporta, dónde se transporta y quién recibe en la organización a donde se remite y el que se evalúe la pertinencia de las remisiones y se tomen correctivos de las desviaciones encontradas.

Además que al paciente que requiere ser referido se le garanticen las condiciones para la continuidad de la atención en el lugar de referencia y si es necesario, el regreso a la institución, para tal efecto, la organización debe desarrollar procesos generales para definir y aplicar criterios de referencia y condiciones de traslado del paciente, para brindar la información clínica y administrativa al paciente y para que el profesional remitente conozca los resultados y lo registre en la historia clínica.

Adicionalmente, la Resolución 1328 de 2021, que adopta los "Estándares de acreditación para instituciones prestadoras de servicios de salud de baja complejidad" define, para el acceso a los servicios, criterios específicos y medibles para evaluar la oportunidad en la atención en los servicios de urgencias, contribuyendo así a mejorar la calidad de la atención en salud.

4.7.5 Sistema de información

El Sistema de Información para la Calidad está reglamentado por la Resolución 256 de 2016 y en ella están definidos los indicadores a reportar trimestralmente por las IPS a través del SISPRO (Sistema Integrado de Información de la Protección Social) se tienen definidos 4 indicadores propios del servicio de urgencias, los cuales de acuerdo con la bodega de datos de SISPRO (SGD) el total de casos reportados que se detallan en la Tabla 8:

Tabla 8. Indicadores del Sistema de Información para la Calidad de los servicios de urgencias, Colombia. 2024 y 2025.

Dominio	Indicador	2024	2025	Tendencia
Seguridad	Tasa de caídas de pacientes en el servicio de Urgencias	2,87	1,73	
Seguridad	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	7,94	0,17	
Seguridad	Proporción de reingresos de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	0,94	0,98	
Experiencia de la Atención	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II en el servicio de urgencias	23,95	22,19	

Fuente: elaboración propia a partir de los indicadores de Calidad Res.256 de 2016, y Observatorio Nacional de Calidad (2024 - 2025).

Los indicadores muestran una tendencia hacia el mejoramiento, sin embargo, llama la atención el indicador de proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos presenta una notable disminución entre el año 2024 y 2025 que valdría la pena analizar si la misma está relacionada con la confiabilidad del dato, una mayor adherencia al reporte por las IPS o un aumento de eventos adversos que vale la pena analizar al interior de cada departamento o de las organizaciones.

4.8 Lecciones de la pandemia

En la búsqueda de experiencias exitosas para gestionar servicios de salud bajo alta presión, es relevante recordar algunas medidas de contención tomadas en Colombia durante el estado de emergencia económica, social y ecológica declarado mediante el Decreto 417 del 17 de marzo de 2020, "con el fin de conjurar la grave calamidad pública que afecta al país por causa del Coronavirus COVID-19" (62), cuando se consideró que el sistema de salud colombiano no estaba "físicamente preparado para atender una emergencia de salud, [y] requiere ser fortalecido de manera inmediata para atender un evento sorpresivo de las magnitudes que la pandemia ha alcanzado (…)" (62). Estas medidas incluyeron:

- Apoyo fiscal.

- Acciones para restringir el contacto de los habitantes, evitar el contagio de la enfermedad y la propagación.
- Acciones para garantizar las condiciones necesarias de atención en salud.

Dentro de las terceras, se incluyeron:

- Creación del Fondo de Mitigación de Emergencias FOME con las subcuentas necesarias para atender las necesidades de atención en salud.
- Modificación de las disposiciones normativas del Sistema General de Regalías
- Expedición de normas para habilitar actuaciones administrativas, como:
    - Contratación directa para prestar atención en salud o adquirir bienes relacionados.
    - Transferencias directas de recursos del Ministerio y entidades territoriales a las Empresas Sociales del Estado (ESE) y administradores de infraestructura pública de las entidades territoriales, para la prestación de servicios de salud, financiación de la operación o inversión en dotación de equipamiento biomédico.
- Autorización transitoria para la prestación de servicios de salud:
    - Adecuar temporalmente un lugar no destinado a la prestación de servicios de salud, dentro o fuera de sus instalaciones.
    - Reconvertir o adecuar un servicio de salud temporalmente para la prestación de otro servicio no habilitado.
    - Ampliar la capacidad instalada de un servicio de salud habilitado.

- Medidas para organizar la prestación de los servicios de salud y contar con suficientes camas de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y de Unidades de Cuidados Intermedios (UCIM).
    - Gestión centralizada de UCI y UCIM: se facultaron las entidades territoriales para asumir el control, por medio de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres (CRUE), de la oferta y disponibilidad de UCI y UCIM para controlar su utilización adecuada y equitativa.
    - Coordinación del proceso de referencia y contrarreferencia en cabeza de los CRUE departamentales y distritales, "definiendo el prestador a donde deben remitirse los pacientes (…)" (63).
    - Los prestadores de servicios de salud que ofertaban estos servicios debieron reportar su disponibilidad de camas al respectivo CRUE departamental o distrital.
    - Se estableció que estos servicios no requerirían autorización por parte de las EPS y demás entidades responsables de pago; "estos servicios se pagarán de acuerdo con las coberturas de la UPC y los presupuestos máximos" (63).

- Apoyo del MSPS en los procesos de referencia y contrarreferencia entre departamentos (63).

En efecto, los recursos financieros destinados a la atención de la emergencia permitieron ampliar la capacidad instalada las UCI del país pasando de 5.300 camas a 13.000 a través de compra de equipos y reconversión de UCIM (64); este crecimiento y los reportes favorables sobre la experiencia colombiana de expansión de las UCI durante la pandemia (65), aunque con despliegues desiguales según la infraestructura previa de cada departamento y las correspondientes letalidades diferenciales entre las respectivas poblaciones interpretadas en la literatura como el reflejo de "desigualdades históricas en infraestructura crítica, redes de referencia, acceso oportuno y capacidad resolutiva del sistema de salud" (66), llevan a reflexionar que el aumento en la capacidad instalada, con un enfoque de equidad territorial que apunte a reconocer y superar desigualdades históricas, es un aspecto a considerar al fortalecer la respuesta integral a los desafíos que incluyen momentos críticos como lo fueron las olas pandémicas y pueden llegar a ser los picos de sobreocupación en urgencias.

Otra experiencia aprendida del país fue la figura administrativa de la emergencia funcional que aún es utilizada para gestionar de manera inmediata la alta demanda o el colapso temporal de la capacidad operativa del servicio. Esta se declara conforme a los protocolos institucionales (procesos prioritarios dispuestos en cumplimiento de la Resolución 3100 y su anexo técnico) con el fin de garantizar la atención prioritaria, segura y la reorganización de los recursos disponibles (infraestructura, talento humano, dotación, medicamentos y dispositivos médicos). Se evalúa mediante indicadores, especialmente el porcentaje ocupacional de la capacidad instalada (67).

Cuando un servicio de urgencias supera su capacidad instalada y operativa, afectando su funcionamiento normal, puede activar medidas de contingencia y notificación al CRUE, con el propósito de contener la consulta masiva, mediante la derivación a otros prestadores de la cuidad o del departamento y suplir las necesidades de atención (67).

Una tercera lección de la pandemia descrita como exitosa por la articulación lograda entre IPS, EAPB y entidades territoriales para "colaborar incluso en el marco de la competencia y desde un enfoque colectivo. Por ejemplo, a través de mecanismos para compartir costos y responsabilidades" (68) fue el acuerdo tripartita celebrado en Bogotá para brindar atención a los pacientes sin importar su aseguradora a través de una "logística centralizada" bajo la coordinación de la autoridad sanitaria (69) puesto que:

"Necesitábamos entender y atender a nuestra población con criterios territoriales, y no según el tipo de aseguradora, como lo imponía el modelo. Necesitábamos una nueva forma de operar. (…) Nuestra visión chocaba con la idea de que cada aseguradora respondiera únicamente por su población afiliada. Para lograr niveles óptimos de eficiencia, era necesario crear una "bolsa común", en la que cada EPS aportara sus recursos (…). Teníamos que evitar que, por ejemplo, en un edificio donde vivieran treinta familias, llegaran ocho, diez o doce equipos diferentes, según la EPS de cada una. (…) La identificación del aseguramiento y del responsable del pago vendría después, no antes. Este fue el inicio del "Acuerdo Tripartita". (…) [Con una] labor de unificación de recursos humanos, de transporte y tecnológicos para ser administrados de forma centralizada y conjunta por la Secretaría Distrital de Salud —desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias de la ciudad (CRUE) (…). El "Convenio Tripartita" rompió un "techo de cristal" del sistema de salud; permitió una atención basada en criterios de territorialidad y no de asegurador en temas tan trascendentales como el diagnóstico, (…) y la gestión de las Unidades de Cuidados Intensivos" (69).

4.9 Sistema de emergencias médicas

En el país, los servicios de urgencias forman parte del modelo integrado del Sistema de Emergencias Médicas (SEM) establecido en la Ley 1438 de 2011, "que comprende, entre otros los mecanismos para notificar las emergencias médicas, la prestación de servicios pre hospitalarios y de urgencias, las formas de transporte básico y medicalizado, la atención hospitalaria, el trabajo de los centros reguladores de urgencias y emergencias, los programas educacionales y procesos de vigilancia" (70). En términos de rectoría, el decreto único reglamentario 780 de 2016, en su artículo 2.5.3.2.17, estableció que la regulación de los servicios de urgencias les corresponde a las direcciones territoriales de salud (32).

Con el propósito de responder oportunamente a las necesidades de atención médica de urgencias, la Ley 1438 de 2011, que reformó el SGSSS, en su artículo 67 estableció el desarrollo del sistema de emergencias médicas, entendido como un modelo general integrado que garantice la articulación entre los actores del sistema (71). Este sistema incluye:

- Los mecanismos para notificar las emergencias médicas.
- Los servicios prehospitalarios.
- Los servicios de urgencias.

- El transporte básico y medicalizado.
- La atención hospitalaria.
- Los centros reguladores de urgencias y emergencias
- Los programas de formación.
- Los procesos de vigilancia.

Resolución 926 de 2017 reglamentó la operación de este sistema, con el propósito de brindar una respuesta eficaz y oportuna a las personas que requieran atención médica de urgencia (afectadas por enfermedades, accidentes de tránsito, traumatismos o paros cardiorrespiratorios), las veinticuatro horas del día y los siete días de la semana. El SEM dispondrá de un sistema de información que integre el registro de los datos derivados de su gestión y operación, con el fin de definir indicadores de gestión, monitoreo y evaluación de resultados para el mejoramiento continuo de su calidad. Así mismo, se organiza por órganos de dirección, instancias de coordinación no asistencial y operadores asistenciales (Tabla 9).

Por otra parte, los componentes operativos del SEM son: la notificación y acceso al sistema SEM, inicia con la comunicación desde la comunidad, a través de la línea 123 Número Único de Seguridad y Emergencias (NUSE). El primer respondiente activa el SEM, valora los riesgos de la escena y brinda los primeros auxilios, mientras llega la ayuda del profesional de la salud. Según el caso, el CRUE coordina, gestiona la respuesta en salud requerida y organiza la atención. A continuación, se presta atención prehospitalaria por personal capacitado (debe realizar clasificación triage) y traslado del paciente desde el sitio de ocurrencia del evento a la institución apropiada según la complejidad. Finalmente, el CRUE debe articularse de manera efectiva con los servicios de urgencias y hospitalarios habilitados, para la atención oportuna (Figura 8).

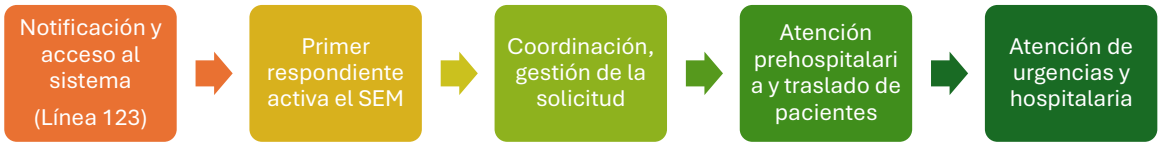
Tabla 9 Estructura SEM

Órgano	Responsable Principal	Funciones
Direccionamiento	Ministerio de Salud y Protección Social Con apoyo del Comité Nacional de Urgencias	Orientación del SEM para el cumplimiento de su objetivo. Encargado de fijar los estándares tecnológicos y operativos del sistema de información, así como los indicadores necesarios para su evaluación.
Coordinación no asistencial	Entidades territoriales a través de los CRUE del territorio	Recibe las llamadas de emergencia, articula los integrantes del SEM (coordina con los hospitales y ambulancias). Promueve programas de educación a nivel comunitario y personal de salud, reportar información y hace vigilancia epidemiológica.
Operadores asistenciales	Prestadores de Servicios de Salud (Hospitales, clínicas,	Brindan la atención (por situaciones de urgencia, emergencia o desastre, atención prehospitalaria, el transporte básico y

	empresas de ambulancias).	medicalizado de pacientes, atención de urgencias y hospitalaria). Además, son responsables de la capacitación continua del personal de salud, de reportar información y vigilancia en salud pública.

Fuente: elaboración propia a partir de la resolución 926 de 2017 (72)

Figura 8 componentes operativos del SEM



Fuente: elaboración propia a partir de la resolución 926 de 2017 (72)

Ahora bien, los entes territoriales de los departamentos y distritos, a través de los CRUE, organizarán y coordinarán los servicios de atención inmediata (atención prehospitalaria, transporte asistencial básico y medicalizado, urgencias y atención del parto). Además, deberán asegurar la comunicación continua con las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) cuando se requiera. Es parte de la integración del SEM al modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo según el Artículo 2.11.2.2.11 del decreto 858 de 2025 (73).

4.9.1 Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias – CRUE

De acuerdo con la Resolución 1220 de 2010, los centros reguladores de urgencias y emergencias (CRUE) son parte de la Red Nacional de Urgencias y apoyo del Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres (SNPAD). Esta unidad no asistencial es la responsable de apoyar, coordinar y regular de manera conjunta con los demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) el acceso a los servicios y la atención en salud de los pacientes que requieren atención de urgencias (74). Así como garantizar su articulación con el Número Único de Seguridad y Emergencias (NUSE) o aquel que cumpla sus funciones.

El artículo 5 de la misma Resolución determinó que, en situaciones de emergencias y desastres el CRUE debe procurar dar una respuesta coordinada con las entidades del sector salud que hacen parte del SNPAD de la población afectada en emergencias o desastres, así como apoyar el sistema de vigilancia

epidemiológica en los eventos de urgencia, emergencia o desastre, realizar las acciones de respuesta que correspondan y mantener la coordinación permanente con los Comités Locales y Regionales de Gestión del Riesgo de Desastres (74).

En situaciones de urgencias debe apoyar la operación de los procesos de referencia y contrarreferencia a cargo de la Dirección Territorial de Salud correspondiente y el de otras entidades responsables del pago de servicios del área de influencia del CRUE, siempre que existan contratos suscritos para tal fin. Activar los planes de emergencia o contingencia del sector salud y difundir las declaratorias de alerta hospitalaria. Recibir información sobre los eventos de urgencia, emergencia o desastre y definir el prestador al cual deben remitirse los pacientes, especialmente en casos en los que no se obtenga respuesta oportuna por parte de la entidad responsable del pago, entre otras (74).

4.9.2 Atención prehospitalaria

La atención prehospitalaria es un servicio operacional y de coordinación para las emergencias médicas, que comprende acciones de rescate, atención médica y traslado que se presta a enfermos y accidentados fuera del hospital (72,75).

Esta atención puede ser activada por parte de la comunidad a través de la línea 123-NUSE, por parte de un primer respondiente o persona capacitada que decide participar en la atención inicial de la persona que ha sufrido una alteración de su integridad física y/o mental. En seguida es responsabilidad de los CRUE coordinar y gestionar la respuesta en salud requerida. Los CRUE asignaran un código de registro al servicio de atención prehospitalaria o al transporte asistencial designado para realizar la atención (72).

"Los servicios de atención prehospitalaria y transporte asistencial de pacientes deberán contar con los procedimientos de triage requeridos que les permitan clasificar sus pacientes acordes con su gravedad y la complejidad del servicio de salud necesario para trasladarlos a la institución indicada en el momento oportuno" (16).

4.10 Sistema de referencia y contrarreferencia

Las relaciones entre los prestadores y pagadores de los servicios de salud hacen parte de los elementos estructurales que facilitarán o dificultarán las gestiones para resolver la sobreocupación; algunos aspectos de estas relaciones fueron regulados por el Decreto 4747 de 2007, que definió, en su artículo 3, la referencia y contrarreferencia como:

> "El conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.
>
> La referencia es el traslado de pacientes a otra institución de mayor complejidad o traslado de pacientes para la toma de exámenes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador, para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud.
>
> La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica" (76).

Asimismo, en el Capítulo III, artículo 17, se definió que "el diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia y la operación del sistema de referencia y contrarreferencia es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garantice la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, además de asegurar la existencia de una red adecuada de transporte y comunicaciones" (76).

El mismo artículo 17 dispuso que las EPS están encargadas de establecer convenios y contratos con las IPS que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos, así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes, con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención (76), y que la responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remisor hasta que ingrese en la institución receptora.

4.11 Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud RIPSS

La Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, dispuso en su Capítulo II, relativo a las Redes

Integradas de Servicios de Salud (RIPSSS) que "la prestación de servicios de salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud se hará a través de las redes integradas de servicios de salud ubicadas en un espacio poblacional determinado" (Artículo 61) (71).

Según la misma ley, "una Red Integral de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS) se define como el conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda" (Artículo 60) (71), y las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar, y ofrecer los servicios a sus afiliados de manera integral, continua, coordinada y eficiente, con portabilidad, calidad y oportunidad, a través de las redes (Artículo 61) (71).

Además, la organización, conformación y articulación de estas redes incluidos prestadores públicos, privados y mixtos estará a cargo de las entidades territoriales (municipios, distritos, departamentos y la Nación) en coordinación con las EPS que presten los servicios de acuerdo con el Plan de Beneficios a su cargo, a través de los CTSSS; en el caso de los municipios no certificados la entidad territorial será el departamento, sin vulneración del ejercicio de la autonomía de los actores de las redes existentes en el espacio poblacional determinado, buscará que el servicio de salud se brinde de forma precisa, oportuna y pertinente, para garantizar su calidad, reducir complicaciones, optimizar recursos y lograr resultados clínicos eficaces y costo-efectivos. La función de coordinación será esencialmente un proceso del ámbito clínico y administrativo (71).

Por su parte, la Resolución 1441 de 2016, que estableció los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las RIPSS, dispuso en su Capítulo I, artículo 3, como parte de las RIPSS, la red de urgencias, entendida como el "conjunto articulado de servicios habilitados por Prestadores de Servicios de Salud para la atención de urgencias, apoyado en normas operativas, técnicas y administrativas expedidas por el MSPS" (77), y estableció, en el artículo 4 que, para la habilitación de las RIPSS, las EPS deberán cumplir unos estándares de conformación, organización, operación, seguimiento y evaluación de las RIPSS.

Con la expedición del Decreto 858 de 2025 (73), mediante el cual se adopta el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo como política pública para la población en Colombia, se reconoce a las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) como uno de los pilares estratégicos (artículo 2.11.1.6). En la Sección II del decreto se desarrollan los elementos operativos para su conformación, organización y gobernanza, definiendo que el MSPS

establecerá los procedimientos y mecanismos metodológicos y tecnológicos para la habilitación de las RIITS. Así mismo, se dispone la creación de Comités de Coordinación, liderados por las entidades territoriales del orden departamental y distrital, responsables de articular los diferentes actores del sistema. El decreto fija además plazos específicos para la implementación de estos procesos, contados a partir de su entrada en vigencia, con el propósito de garantizar que las RIITS funcionen como redes territoriales articuladas que garanticen el acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud y la integralidad, continuidad y resolutividad del cuidado de la salud de las personas, familias y comunidades desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

5. Metodología

Se llevó a cabo un estudio de métodos mixtos que integró una revisión sistemática de literatura; un diseño de corte transversal descriptivo, tipo encuesta, orientado a caracterizar los aspectos relacionados con la sobreocupación e identificar los factores que los prestadores consideran más relevantes en la aparición del problema; un análisis de la capacidad instalada y de algunas estadísticas nacionales; y un abordaje cualitativo que se basó en un diseño fenomenológico, cuyo objetivo fue comprender la experiencia de la sobreocupación de urgencias entre los actores del sistema de salud. Estos métodos se integraron de manera concurrente, desde el diseño de los respectivos instrumentos de recolección hasta el análisis de los resultados obtenidos con cada metodología, todo ello orientado según el objetivo general del estudio.

5.1 Análisis de capacidad instalada

La capacidad instalada refleja aquello con lo que cuenta cada servicio de urgencias según los mínimos establecidos en el estándar de dotación descrito en el capítulo anterior; su análisis se realizó según las unidades totales de consultorios, camillas y sillas habilitadas en cada servicio y según su distribución en la población potencialmente beneficiaria, utilizando la razón por 100.000 o por millón de habitantes, según las características de los datos.

Este tipo de análisis aporta información para orientar acciones que respondan al llamado de la OMS de promover el acceso equitativo a servicios de urgencias (2), porque permite comparar la cobertura potencial de las poblaciones de los diferentes territorios e identificar aquellos que podrían estar en desventaja.

Se analizó la información disponible en el REPS con fecha de corte 27/05/2025, según los siguientes criterios:

- Tipo de servicio: Servicio de urgencias código de servicio en REPS: 11002
- Modalidad: atención intramural y telemedicina.
- Grado de complejidad: baja, mediana y alta.
- Naturaleza jurídica: pública, privada y mixta.
- Ubicación geográfica: nacional, por departamento y regiones (Tabla 6).

Se extrajeron y procesaron las siguientes variables:

- Nombre del prestador.
- Código REPS.
- Región
- Departamento
- Grado de complejidad del servicio.
- Servicios con habilitación de ambiente de transición.
- Número de unidades habilitadas de: servicios (sedes), consultorios, camillas de observación (adultos hombres y mujeres, y pediátricas), sillas en ambiente de transición, y servicios de telemedicina.

Para estimar las razones departamentales por 100.000 habitantes se tomaron las proyecciones de poblaciones departamentales del DANE para el año 2025, con la actualización post pandemia.

Los datos fueron procesados en una matriz de Excel©® y también se llevaron a un visor elaborado con Power BI®® (Anexo 3). Las razones nacionales fueron generadas en el visor de PowerBI®® y corresponden a un promedio de las razones departamentales allí cargadas, por lo tanto, son razones nacionales promedio. Estas, además, son un promedio de los departamentos con razones superiores a cero, es decir, no incluye los cero de los departamentos que no tenían determinada capacidad instalada.

5.2 Encuesta a servicios de urgencias

Para caracterizar los aspectos relacionados con la problemática de la sobreocupación en los servicios de urgencias, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, tipo encuesta durante el periodo comprendido entre el 11 de julio y el 26 de agosto de 2025.

Se trató de una encuesta digital con siete secciones: 1. Datos sociodemográficos; 2. Datos de identificación del servicio de urgencias; oferta o capacidad del servicio de urgencias; la demanda actual; medición y monitoreo

de sobreocupación; estrategias de gestión de la sobreocupación (Anexo 1). El glosario de la encuesta se puede consultar en el Anexo 2.

Se realizaron preguntas de selección múltiple, tipo Likert y algunas abiertas de respuesta numérica o de un número limitado de caracteres.

5.2.1 Cálculo de la muestra

Teniendo en cuenta que el número de IPS de la naturaleza jurídica pública, privada y mixta con servicios de urgencias[1] habilitados e inscritos en el REPS es de 1643, y siguiendo la formula:

$$n = Z^2 * p * (1-p) / E^2$$

Donde:
n: Muestra
Z: Nivel de confianza 95% (Z =1.96)
p: Proporción esperada: 0.5
e: Error muestral: correspondiente al 10% (0.1)

Remplazando:

$n = (1.96)^2 * 0.5 * 0.5 / (0.1)^2 = (3,8416 * 0.25) / 0.01 = 91$

Aplicando corrección para poblaciones, se obtiene una muestra final de 91 servicios.

Para estratificar según grado de complejidad del servicio, de acuerdo con los datos reportados por REPS y aplicando un enfoque proporcional para esta estimación, se obtiene:

- Baja (70,76%): 64
- Mediana (21,73%): 20
- Alta (7,45%):7

Con esta estrategia se obtuvieron datos estadísticamente representativos para cada uno de los grados de complejidad de los servicios de urgencias habilitados (ver Anexo 2). Según los mismos datos del REPS, 47 de los 1643 servicios tienen habilitada la modalidad de telemedicina. Con este número de servicios no era

[1] Registro de Prestadores de Servicios de Salud (REPS). Consultado el 29 de mayo de 2025, 9:16, pm.

posible, desde una base estadística, configurar un estrato para muestreo, por lo tanto, se verificó que esta modalidad tuviera representación dentro de la muestra.

En un diseño preliminar también se había considerado la selección de la modalidad extramural ya que la consulta al REPS arrojó que un servicio de urgencias reportó esta modalidad; sin embargo, teniendo en cuenta que esta modalidad no hace parte de las que se pueden habilitar en el caso de los servicios de urgencias (7), este caso único se tomó como un error de registro.

5.2.2 Selección de la muestra

Se empleó un muestreo aleatorio estratificado con el fin de garantizar una representación proporcional de IPS con servicios de urgencias, según la complejidad del servicio.

El tamaño total de la muestra es de 91 servicios de urgencias, con asignación proporcional según la participación de cada estrato en la población total: 64 IPS de baja complejidad, 20 de mediana complejidad y 7 de alta complejidad. A este tamaño de muestra se estimó un 10% adicional en el muestreo aleatorio estratificado, previendo pérdidas.

El muestreo de las IPS se determinó, mediante selección y extracción, en tres subgrupos: alta, media y baja complejidad para posteriormente realizar un muestreo aleatorio simple.

Este diseño permitió obtener una muestra representativa y equilibrada respecto a la complejidad del servicio, y se verificó que dentro de cada subgrupo existiera alguna representación de la telemedicina.

Se realizó un piloto del instrumento de la encuesta en una muestra propositiva de servicios de urgencias, y con los resultados se ajustó el instrumento.

5.2.3 Análisis de resultados

Los registros obtenidos fueron sometidos a un proceso de depuración y validación de calidad, en el que se excluyeron los servicios que no hacían parte del muestreo, aquellos con registros duplicados y los que presentaban inconsistencias en los datos. Adicionalmente, se verificó la coherencia y consistencia de variables como código de habilitación, municipio, departamento o distrito de ubicación, contrastando la información reportada con la base oficial del REPS.

Para garantizar la solidez del análisis y minimizar posibles sesgos, se identificaron y excluyeron valores atípicos o registros que no eran concordantes con el grado de complejidad habilitado para cada servicio.

El plan de análisis se basó en estadística descriptiva mediante un enfoque univariado, calculando medidas de tendencia central (media y mediana) y medidas de dispersión (rango). El procesamiento y análisis de los datos se realizó utilizando Excel ©®.

Para la información recolectada mediante la escala tipo Likert de cinco categorías (1 = totalmente en desacuerdo a 5 = totalmente de acuerdo), se asignaron estos mismos valores numéricos a cada opción de respuesta y se calculó el promedio ponderado por ítem.

Los promedios ponderados resultantes se interpretaron de acuerdo con los siguientes rangos: entre 1.0 - 1.9 = muy en desacuerdo, 2.0 - 2.9 = en desacuerdo, 3.0 - 3.4 = neutral o indiferente, 3.5 - 4.4 = de acuerdo y entre 4.5 - 5.0 = muy de acuerdo

6. Resultados

6.1 Análisis de capacidad instalada

En esta sección se presentan los servicios, consultorios, camillas y sillas habilitadas en urgencias en Colombia. El análisis incluirá algunos datos por regiones y un desagregado departamental en el que Bogotá será reportada como si fuera un departamento. También se presentará el desagregado según los grados de complejidad de los servicios habilitados, al 27 de mayo de 2025.

6.1.1 Servicios de urgencias habilitados

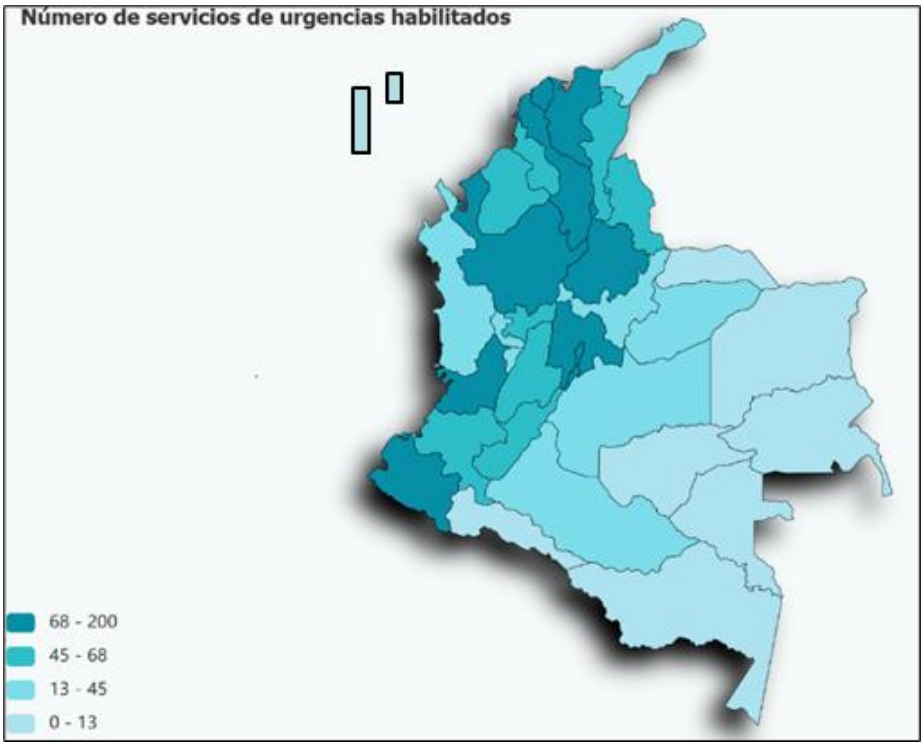
Según los datos del REPS, con corte al 27 de mayo de 2025, a nivel nacional en el país había 1623 servicios de urgencias habilitados en todas las complejidades, con mayores concentraciones de servicios por millón de habitantes en Antioquia, Atlántico, Santander, Valle del Cauca, Bogotá, Nariño, Magdalena, Cundinamarca, Bolívar (Figura 9). Esta distribución se ha mantenido estable en comparación con los datos de 2016 y 2017 (Figura 3).

Al igual que fue documentado por la Defensoría del Pueblo en 2019 (Figura 4), la región Atlántica presentó el mayor número total de servicios de urgencias habilitados (461 servicios) y la Amazorinoquía el menor (57 servicios) (Figura

10). Sin embargo, la región con la mayor razón de servicios de urgencias por millón de habitantes fue la Amazorinoquía (45,5 servicios por millón de habitantes) y la menor fue la región Central (15,8 servicios por millón de habitantes) (Figura 11).

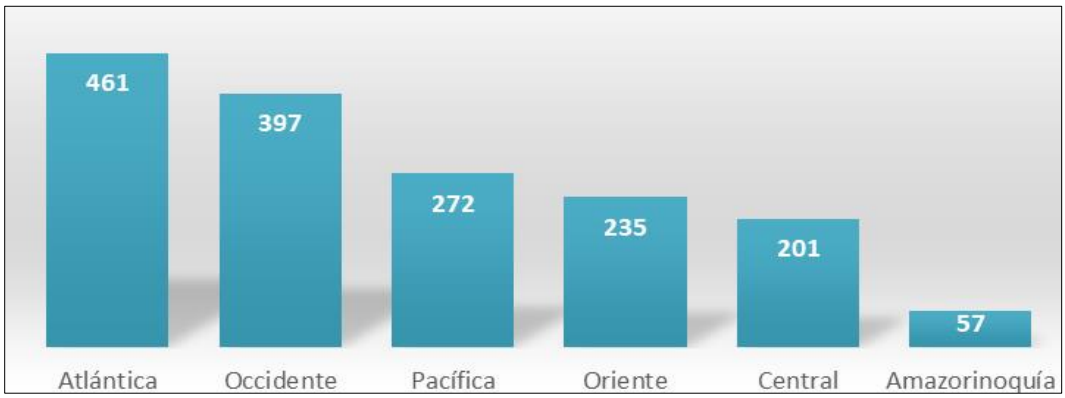
En comparación con los datos de 2019, en 2025 la región Atlántica subió de la tercera a la segunda posición, mientras que la Oriental bajó de la segunda a la tercera posición. La razón nacional promedio de servicios de urgencias por millón de hb pasó de 32,7 en 2019 a 35,2 en 2025; teniendo en cuenta que el total de servicios se mantuvo estable es posible que el cambio se explique mejor por los cambios demográficos del país.

Figura 9. Cantidad de servicios de urgencias habilitados por departamento. Colombia, 2025.



Fuente: elaboración propia con datos del REPS (corte: 27/05/2025)

Figura 10 Número de servicios de urgencias por región. Colombia, 2025.



Fuente: elaboración propia con datos del REPS (corte: 27/05/2025)

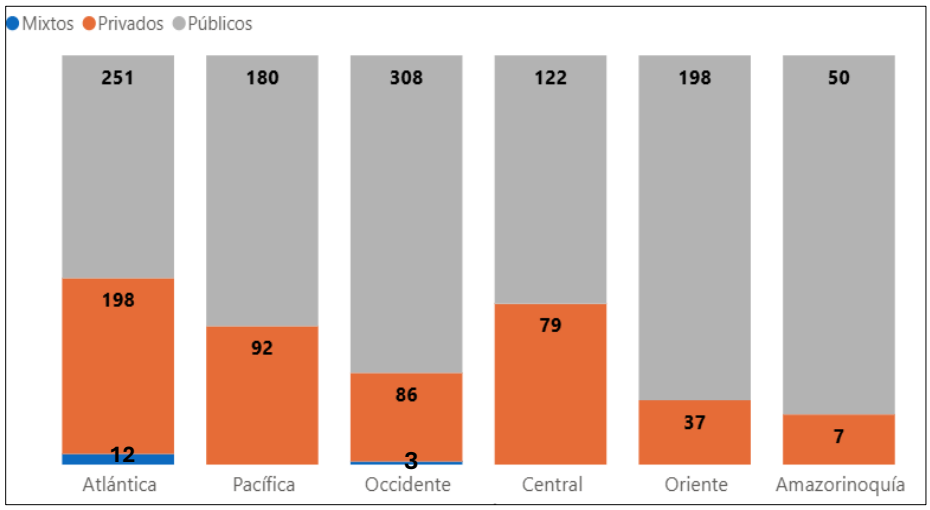
Figura 11 Servicios de urgencias por millón de habitantes según la región. Colombia, 2025.



Fuente: elaboración propia con datos del REPS (corte: 27/05/2025)

En todas las regiones predominaron los servicios de urgencias en IPS de naturaleza jurídica pública, seguidos de la privada, y solo las regiones Atlántica y Occidente cuentan con unos pocos prestadores de naturaleza jurídica mixta (Figura 12). Esta distribución fue similar en 2019 (Figura 6).

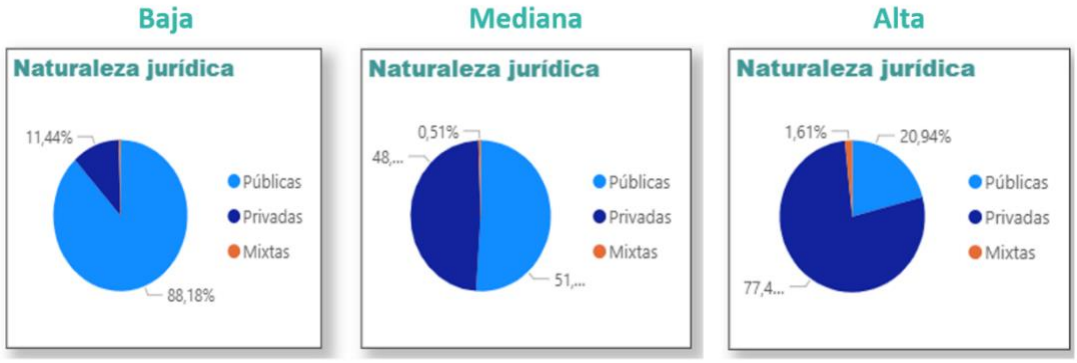
Figura 12 Distribución de servicios de urgencias por región y naturaleza jurídica. Colombia, 2025.



Fuente: elaboración propia con datos del REPS (corte: 27/05/2025)

En la alta complejidad predominan los servicios en IPS de naturaleza jurídica privada (77,4%), en la mediana complejidad el porcentaje de públicos y privados es similar y en la baja complejidad el mayor porcentaje está representado por los servicios en IPS públicas (88,1 %) (Figura 13). En comparación con 2019, este hallazgo se ha mantenido (3).

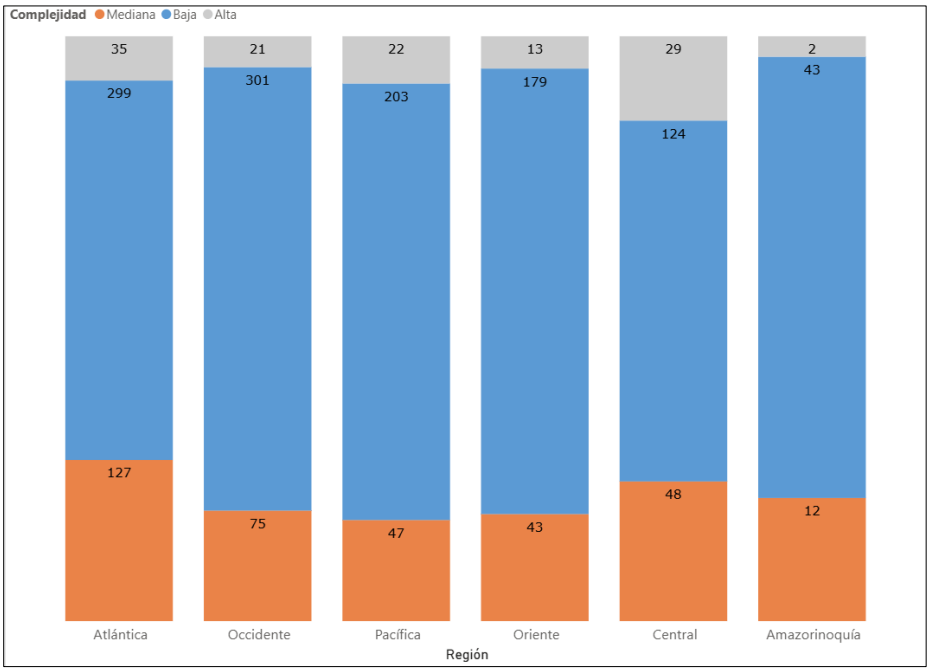
Figura 13 Distribución de los servicios de urgencias por naturaleza jurídica y grado de complejidad Colombia, 2025.



Fuente: elaboración propia con datos del REPS (corte: 27/05/2025)

En todas las regiones hay una mayor cantidad de servicios de baja complejidad, seguidos de la mediana; mientras, la alta complejidad tiene una menor representación (Figura 14). En comparación con 2019, este hallazgo se ha mantenido (3).

Figura 14 Distribución de servicios de urgencias por región y grado de complejidad. Colombia, 2025.



Fuente: elaboración propia con datos del REPS (corte: 27/05/2025)

Así, de los 1623 servicios de urgencias identificados en el REPS al 27 de mayo de 2025, 71% se ubican en la baja complejidad, al igual que la mayoría de los consultorios de urgencias (52%), camillas de observación pediátrica (45%) y servicios de telemedicina (65%) (Tabla 10).

La distribución de las camillas de observación de adultos (hombres y mujeres) es más homogénea entre los tres grados de complejidad. Mientras que la mayor proporción de sillas habilitadas en ambiente de transición se ubica en la mediana complejidad (52%) (Tabla 10).

En los próximos apartados se presentarán los totales departamentales de capacidad instalada y su razón por 100.000 habitantes, y se identificarán las diferencias departamentales con respecto a los promedios nacionales. Las figuras que se presentan en esta sección también pueden apreciarse en el visor de Power BI®© que se anexa a este informe (Anexo 3).

Tabla 10. Capacidad instalada en servicios de urgencias, según el grado de complejidad. Colombia. 2025.

COMPLEJIDAD	ALTA		MEDIANA		BAJA		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Servicios de urgencias	122	8	352	22	1.149	71	1.623	100
Consultorios	762	19	1.139	29	2.088	52	3.989	100
Camillas mujeres	2.113	24	3.373	39	3.241	37	8.727	100
Camillas hombres	2.073	25	3.105	37	3.171	38	8.349	100
Camillas pediátricas	944	19	1.813	36	2.286	45	5.043	100
Sillas	724	28	1.323	52	517	20	2.564	100
Telemedicina	4	8	13	27	31	65	48	100

Fuente: elaboración propia con datos del REPS (corte: 27/05/2025)

Antioquia, Atlántico, Valle del Cauca y Bogotá tienen el mayor número de servicios habilitados (Tabla 11). Sin embargo, al observar los servicios de urgencias habilitados por 100.000 hb se evidencia un descenso importante en sus posiciones y los tres se ubican por debajo del promedio nacional (Tabla 12).

Tabla 11. Servicios de urgencias habilitados por departamento. Colombia, 2025.

Departamento	Servicios	Consultorios	Camillas mujeres	Camillas hombres	Camillas pediátricas	Sillas	Telemedicina
ANTIOQUIA	187	403	979	922	504	462	14
ATLANTICO	104	266	651	563	348	92	0
SANTANDER	104	206	407	405	224	74	0
VALLE DEL CAUCA	103	362	747	763	358	537	7
BOGOTA DC	85	546	812	794	420	307	2
NARINO	83	151	388	366	207	33	0
MAGDALENA	77	128	378	351	256	73	0
CUNDINAMARCA	75	204	379	332	214	47	2
BOLIVAR	72	150	352	303	229	57	0
TOLIMA	68	157	257	260	176	61	2
CORDOBA	65	152	424	450	249	102	4
CESAR	63	156	442	418	286	72	0
NORTE DE SANTANDER	62	121	251	259	145	81	1
CAUCA	53	88	223	210	120	19	1
HUILA	50	123	264	251	173	0	0
SUCRE	49	85	291	282	213	40	0
CALDAS	48	96	188	186	88	68	0
META	41	98	176	174	92	26	2
BOYACA	38	95	161	155	97	117	1
CHOCO	33	44	101	94	69	24	1
LA GUAJIRA	28	59	125	124	144	69	1
RISARALDA	27	76	194	199	103	91	0
CAQUETA	22	37	90	88	55	0	4
CASANARE	21	44	93	94	69	51	0
QUINDIO	17	48	133	125	67	18	1
PUTUMAYO	11	27	96	73	53	14	0
AMAZONAS	10	12	25	26	18	5	2
ARAUCA	10	24	50	35	37	1	0
GUAVIARE	4	8	19	19	10	0	2
VICHADA	4	6	5	4	5	0	0
ARCHIP. SAN ANDRES	3	10	17	13	8	20	1
GUAINIA	3	4	6	8	6	3	0
VAUPES	3	3	3	3	0	0	0
Total	**1623**	**3989**	**8727**	**8349**	**5043**	**2564**	**48**

Fuente: elaboración propia con datos del REPS (corte: 27/05/2025)

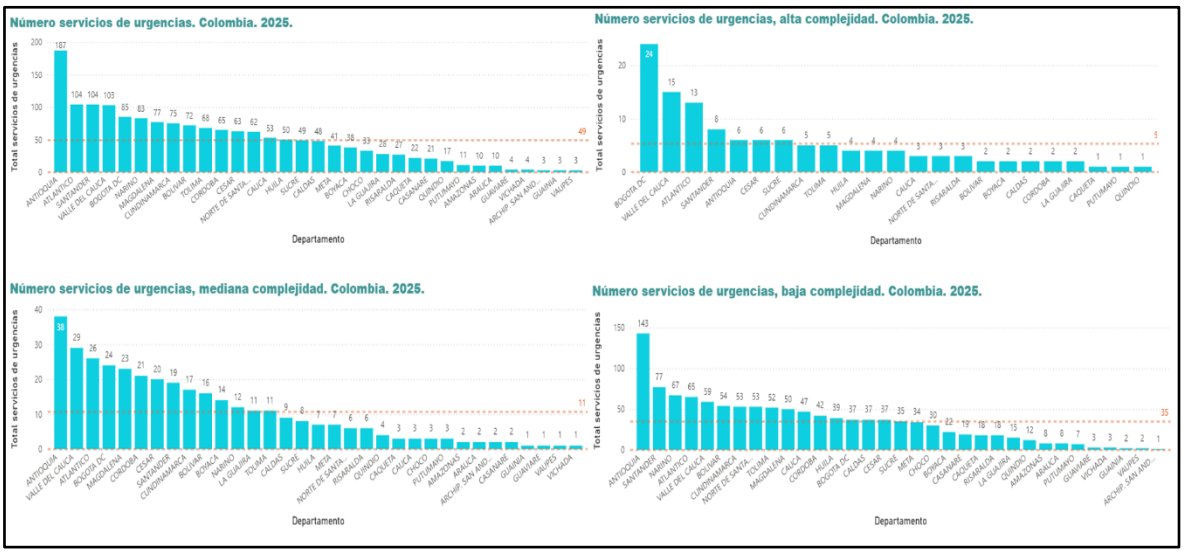
Tabla 12 Servicios de urgencias habilitados por 100.000 habitantes a nivel departamental. Colombia, 2025.

Departamento	Servicios	Consultorios	Camillas adultos	Camillas pediatría	Sillas
AMAZONAS	11,43	13,72	99,67	49,57	5,72
VAUPES	6,10	6,10	24,49	0,00	0,00
CHOCO	5,37	7,15	50,88	30,28	3,90
CAQUETA	5,11	8,59	68,84	37,26	0,00
GUAINIA	5,06	6,75	42,94	22,52	5,06
MAGDALENA	5,04	8,37	70,76	51,32	4,77
TOLIMA	4,90	11,32	50,19	49,33	4,40
NARINO	4,83	8,78	60,47	43,82	1,92
ARCHIP. SAN ANDRES	4,82	16,08	65,29	49,28	32,16
SUCRE	4,82	8,36	81,32	68,22	3,93
CALDAS	4,57	9,13	46,76	35,92	6,47
CESAR	4,45	11,03	92,22	59,30	5,09
CASANARE	4,36	9,13	56,28	46,10	10,58
SANTANDER	4,35	8,61	45,74	36,24	3,09
HUILA	4,15	10,20	63,02	44,57	0,00
GUAVIARE	3,87	7,75	57,43	26,98	0,00
ATLANTICO	3,66	9,35	60,25	41,92	3,23
NORTE DE SANTANDER	3,61	7,04	42,16	28,53	4,71
META	3,53	8,45	44,03	27,02	2,24
CORDOBA	3,37	7,88	65,81	41,41	5,29
CAUCA	3,33	5,53	38,12	26,42	1,19
BOLIVAR	3,16	6,58	41,82	32,14	2,50
VICHADA	3,14	4,71	12,06	9,46	0,00
ARAUCA	3,12	7,48	39,54	34,98	0,31
QUINDIO	2,99	8,44	60,67	52,82	3,17
BOYACA	2,87	7,17	32,96	27,22	8,84
PUTUMAYO	2,79	6,85	66,37	42,13	3,55
RISARALDA	2,77	7,80	53,27	43,48	9,34
ANTIOQUIA	2,69	5,80	36,52	29,09	6,65
LA GUAJIRA	2,61	5,49	38,70	34,28	6,43
VALLE DEL CAUCA	2,21	7,78	44,70	28,09	11,54
CUNDINAMARCA	2,05	5,58	26,43	22,13	1,29
BOGOTA DC	1,07	6,88	26,02	23,78	3,87

Fuente: elaboración propia con datos del REPS (corte: 27/05/2025)

Todos los departamentos del país tienen habilitado al menos un servicio de urgencias (promedio: 49 servicios por departamento, rango: [3 – 187]) y al menos un servicio de urgencias de baja complejidad (promedio: 35 servicios de baja complejidad por departamento, rango: [1 – 143]) y al menos uno de mediana complejidad (promedio: 11 servicios de mediana complejidad por departamento, rango: [1 – 38]). Dentro de los 23 departamentos con servicios habilitados en alta complejidad, el promedio es de 5 servicios de alta complejidad por departamento y el rango es de 1 a 24 (Figura 15).

Figura 15 Número de servicios de urgencias por complejidad a nivel departamental. Colombia, 2025.

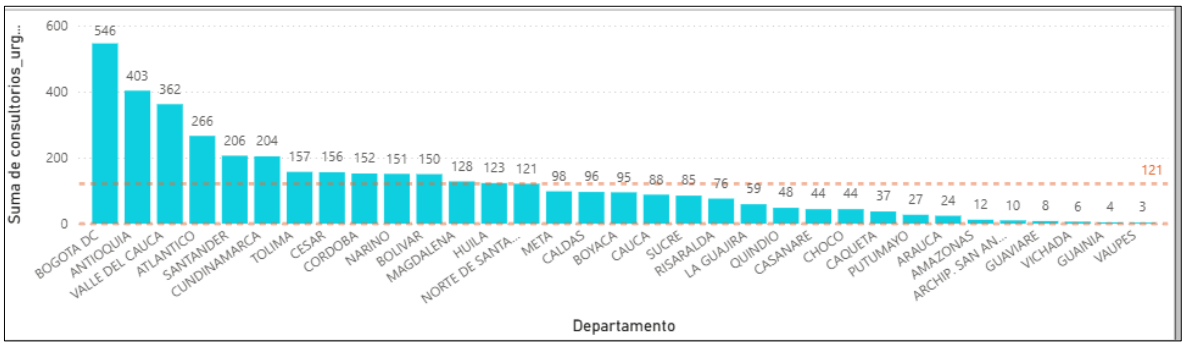


6.1.2 Consultorios de Urgencias

En todos los departamentos de Colombia hay habilitado al menos 1 consultorio de urgencias de mediana complejidad y al menos 1 de baja complejidad, y en 23 departamentos del país hay al menos 1 consultorio de alta complejidad. En cada departamento del país hay en promedio 121 consultorios de urgencias (Rango: [3 – 546]) (Figura 16), con una razón nacional promedio de 8,18 consultorios de urgencias por cada 100.000 hb (Rango: [4,71 – 16,08]) (Figura 17). Entre los 23 departamentos con consultorios de urgencias habilitados en alta complejidad, la razón de estos por cada 100.000 hb fue de 1,40. La razón nacional promedio de consultorios de urgencias habilitados en mediana complejidad fue de 2,87 por 100.000 hb, y en baja complejidad fue de 4,33 por 100.000 hb.

Los departamentos con la mayor cantidad total de consultorios son Bogotá (546), Antioquia (403), Valle del Cauca (362), Atlántico (266), Santander (206) y Cundinamarca (204). Mientras, Vaupés (3), Guainía (4), Vichada (6), Guaviare (8) tienen la menor cantidad de consultorios (Figura 16).

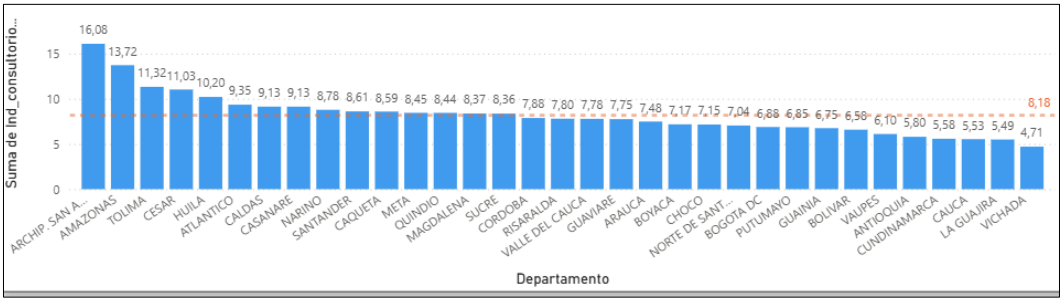
Figura 16 Número de consultorios de urgencias. Colombia, 2025.



Fuente: elaboración propia con datos del REPS (corte: 27/05/2025)

No obstante, los departamentos con la mayor razón de consultorios de urgencias por 100.000 hb son San Andrés (16,08), Amazonas (13,72), Tolima (11,32), Cesar (11,03), Huila (10,20), Atlántico (9,35), Caldas (9,13) y Casanare (9,13) en todos los grados de complejidad. Los departamentos con la menor razón de consultorios por 100.000 hb son Vichada (4,71), La Guajira (5,49), Cauca (5,53) y Cundinamarca (5,58) (Figura 17).

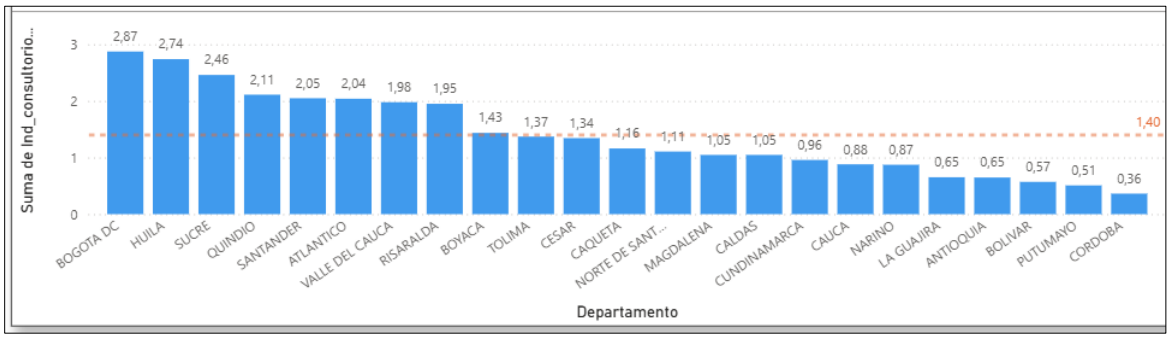
Figura 17 Consultorios de urgencias por 100.000 habitantes. Colombia, 2025.



Fuente: elaboración propia con datos del REPS (corte: 27/05/2025)

La razón de los consultorios de urgencias de alta complejidad por 100.000 hb muestra predominio en Bogotá (2,87), Huila (2,74), Sucre (2,46), Quindío (2,11), Santander (2,05), Atlántico (2,04), Valle del Cauca (1,98) y Risaralda (1,95), todos ellos por encima del promedio nacional (1,40). Mientras, la menor razón de consultorios de urgencias de alta complejidad por 100.000 hb, la tienen Córdoba (0,36), Putumayo (0,51), Bolívar (0,57), Antioquia (0,65) y Nariño (0,87) (Figura 18).

Figura 18 Consultorios de urgencias por 100.000 habitantes alta complejidad. Colombia, 2025.

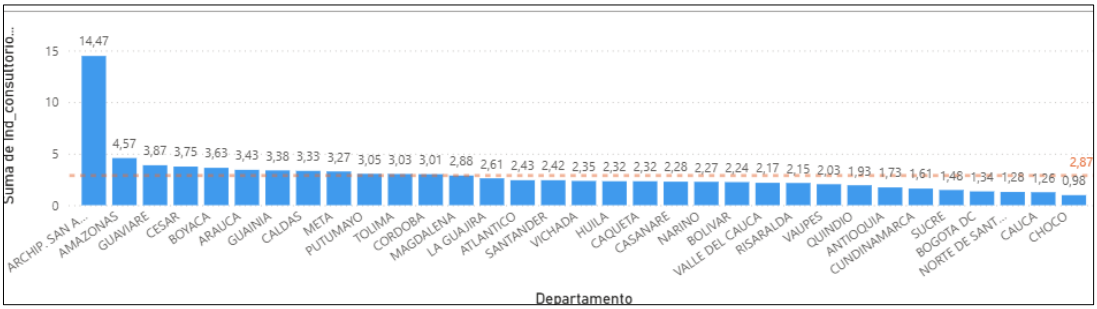


Fuente: elaboración propia con datos del REPS (corte: 27/05/2025)

La mayor razón de consultorios de urgencias de mediana complejidad por 100.000 hb se encuentra en San Andrés (14,47), Amazonas (4,57), Guaviare (3,87), César (3,75), Boyacá (3,63) y Arauca (3,43), superando el promedio nacional (2,87). Por otra parte, las menores razones por 100.000 hb de estos consultorios se encuentran en Chocó (0,98), Cauca (1,26), Norte de Santander (1,28) y Bogotá (1,34) (Figura 19).

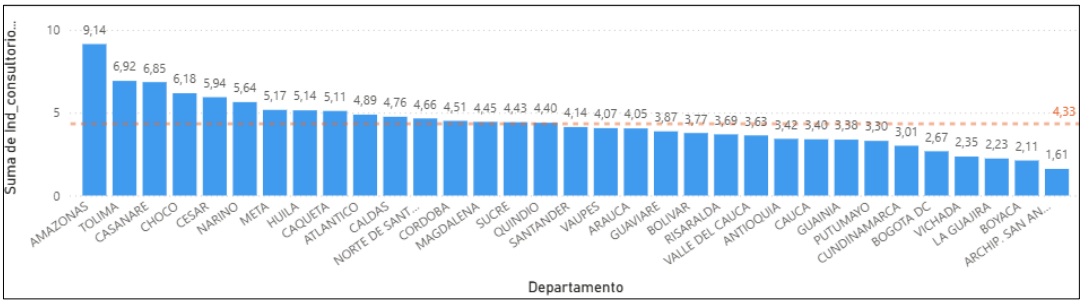
En la razón de consultorios de urgencias de baja complejidad por 100.000 hb predominan Amazonas (9,14), Tolima (6,92), Casanare (6,85), Chocó (6,18), César (5,94), Nariño (5,94) y Meta (5,17). Por el contrario, la menor razón de consultorios de urgencias de baja complejidad por 100.000 hb la tienen San Andrés (1,61), Boyacá (2,11), La Guajira (2,23), Vichada (2,35) y Bogotá (2,67) (Figura 20).

Figura 19 Consultorios de urgencias por 100.000 habitantes, mediana Complejidad, en Colombia, 2025.



Fuente: elaboración propia con datos del REPS (corte: 27/05/2025)

Figura 20 Consultorios de urgencias por 100.000 habitantes, baja Complejidad, en Colombia, 2025.



Fuente: elaboración propia con datos del REPS (corte: 27/05/2025)

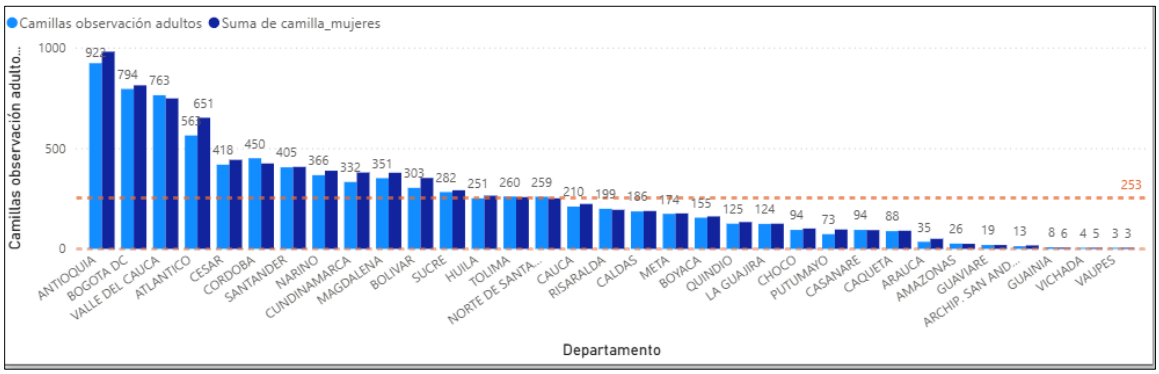
6.1.3 Camillas de observación de adultos

En todos los departamentos del país hay camillas de observación de adultos para mujeres y para hombres, de baja y de mediana complejidad, y los 23 departamentos que tienen habilitados servicios de urgencias de alta complejidad cuentan con al menos una camilla de adultos (mujeres y hombres). Al discriminar por sexo, son mínimas las diferencias en el número de camillas de observación de adultos, mujeres y hombres (Figura 21).

Contando todas las camillas de observación de adultos del país (mujeres y hombres), en los departamentos de Colombia hay en promedio 253 camillas de observación de adultos (Rango: [3 – 922]), y una razón de 52 camillas de observación de adultos (mujeres y hombres) por cada 100.000 hb mayores de 18 años (Rango: [12 –100]), con unas razones nacionales de 8,8 camillas de observación de adultos en alta complejidad por cada 100.000 hb mayores de 18 años, así como 23,1 camillas de observación de adultos en mediana complejidad por cada 100.000 hb mayores de 18 años, y 19,7 camillas de observación de adultos en baja complejidad por cada 100.000 hb mayores de 18 años.

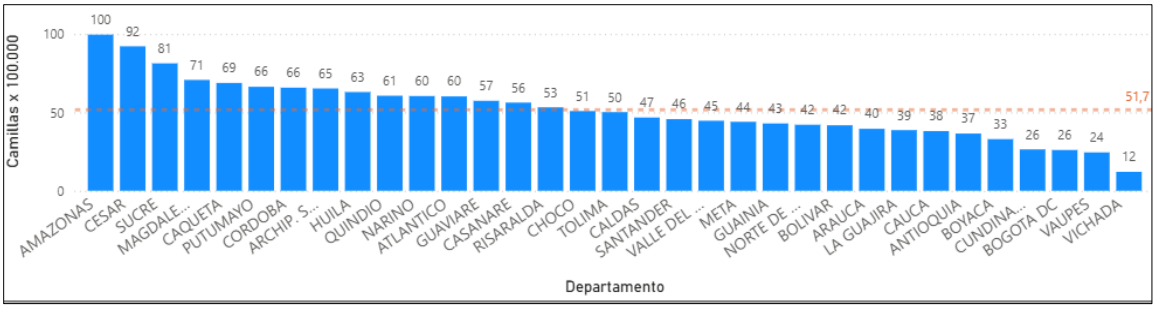
Los departamentos con más camillas de observación de adultos son Antioquia (922), Bogotá (794), Valle del Cauca (763) y Atlántico (563) (Figura 21). Sin embargo, la mayor razón de camillas de observación de adultos (mujeres y hombres) por cada 100.000 hb de edades mayores a 18 años se ubica en Amazonas (100), Cesar (92), Sucre (81) y Magdalena (71), superando el promedio nacional (51,7); mientras que presentaron las razones más bajas por 100.000 hb mayores de 18 años Vichada (12), Vaupés (24), Bogotá (26), Cundinamarca (26) y Boyacá (33) (Figura 22).

Figura 21 Número de camillas de observación de adultos, según el sexo. Colombia, 2025.



Fuente: elaboración propia con datos del REPS (corte: 27/05/2025)

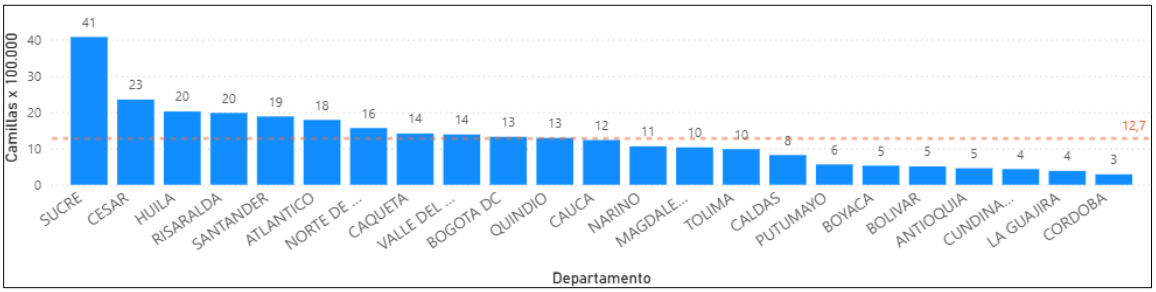
Figura 22 Camillas de observación adultos por cada 100.000 habitantes mayores de 18 años en Colombia, 2025.



Fuente: elaboración propia con datos del REPS (corte: 27/05/2025)

Al mismo tiempo, dentro de los 23 departamentos que tienen camillas de observación de adultos (mujeres y hombres) habilitadas en alta complejidad, la razón de estas camillas por cada 100.000 hb mayores de 18 años presentó sus mayores valores en Sucre (41), César (23), Huila (20), Risaralda (20) y Santander (19), superando la razón nacional promedio (12,7). Mientras que presentaron los valores más bajos Córdoba (3), La Guajira (4) y Cundinamarca (4) (Figura 23).

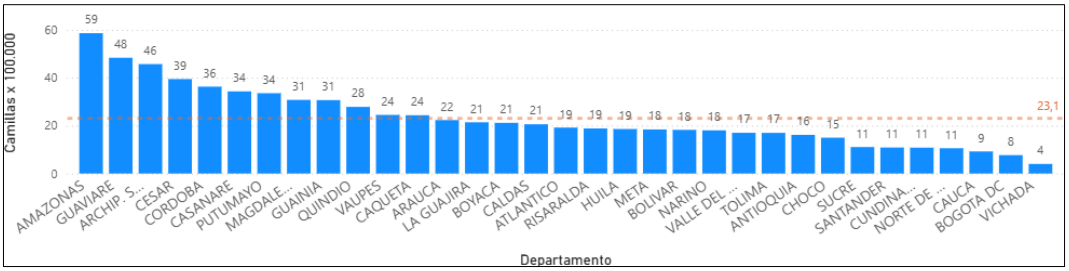
Figura 23 Camillas de observación adultos por cada 100.000 habitantes mayores de 18 años, alta complejidad. Colombia, 2025.



Fuente: elaboración propia con datos del REPS (corte: 27/05/2025)

Para la mediana complejidad, la mayor razón de camillas de observación de adultos (mujeres y hombres) por cada 100.000 hb mayores de 18 años se ubica en Amazonas (59), Guaviare (48), San Andrés (46), César (39) y Córdoba (36). A diferencia de Vichada (4), Bogotá (8), Cauca (9) y Norte de Santander (11) que demuestran las razones más bajas (Figura 24).

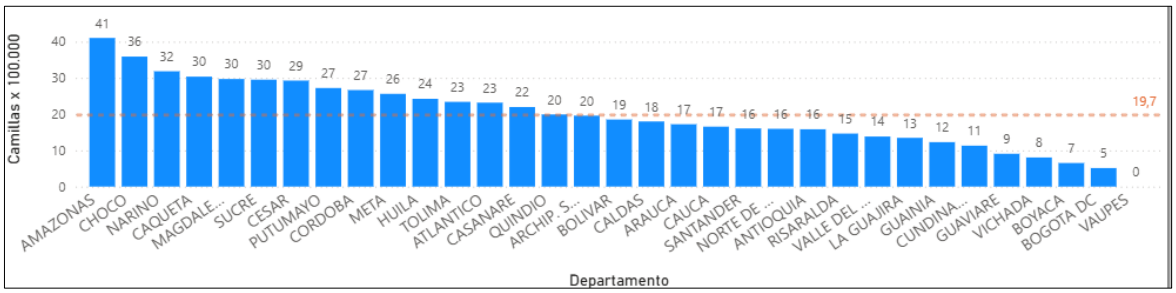
Figura 24 Camillas de observación adultos por cada 100.000 habitantes mayores de 18 años, mediana complejidad. Colombia, 2025.



Fuente: elaboración propia con datos del REPS (corte: 27/05/2025)

Para la baja complejidad, la razón de camillas de observación de adultos (mujeres y hombres) por cada 100.000 hb mayores de 18 años muestra mayor concentración en los departamentos Amazonas (41), Chocó (36), Nariño (32), Caquetá (30) y Magdalena (30) con valores por encima de la razón nacional promedio (19,7 por 100.000). Mientras, la menor razón de camillas de observación de adultos, la tienen Vaupés (0) Bogotá (5), Boyacá (7), Vichada (8) y Guaviare (9). Finalmente, se resalta que Vaupés que no registró camillas de observación de adultos habilitadas en la baja complejidad (Figura 25).

Figura 25. Camillas de observación adultos por cada 100.000 habitantes mayores de 18 años, baja complejidad. Colombia, 2025.



Fuente: elaboración propia con datos del REPS (corte: 27/05/2025)

6.1.4 Camillas de observación pediátrica

A excepción de Vaupés, a la fecha de corte de este estudio, en los demás departamentos del país había camillas de observación pediátrica y de observación pediátrica de baja complejidad habilitadas. A excepción de Vaupés y Guaviare, los demás departamentos del país tuvieron habilitadas camillas de observación pediátrica en mediana complejidad, y los 23 departamentos que tienen habilitados servicios de urgencias de alta complejidad cuentan con al menos una camilla de observación pediátrica.

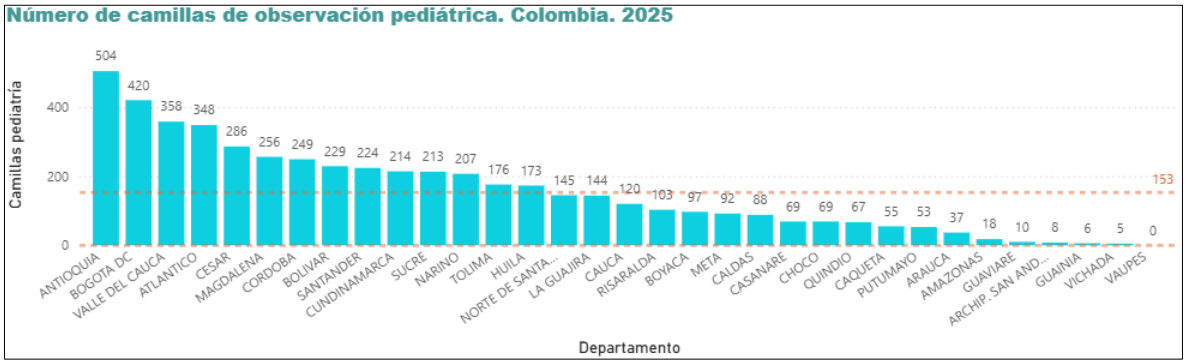
El promedio departamental de camillas de observación pediátrica fue de 153 (rango: [0 – 504], el de camillas de observación pediátrica de baja complejidad habilitadas fue de 69 (rango: [0 – 246]), el de mediana complejidad fue de 55 (rango: [0 – 177]), y en los 23 departamentos que tienen habilitados servicios de urgencias de alta complejidad el promedio de camillas de observación pediátrica en alta complejidad fue de 41 (rango: [2 – 189]).

La razón nacional promedio de camillas de observación pediátrica fue de 36 por cada 100.000 hb de 0 a 18 años (Rango: [0 – 68]), con 7 camillas de observación pediátrica en alta complejidad por cada 100.000 hb de 0 a 18 años, así como 15 camillas de observación pediátrica en mediana complejidad por cada 100.000 hb de 0 a 18 años, y 17 camillas de observación pediátrica en baja complejidad por cada 100.000 hb de 0 a 18 años.

La mayor cantidad de camillas de observación pediátrica está concentrada en Antioquia (504), Bogotá (420), Valle del cauca (358) y Atlántico (348), por encima del promedio nacional (153). Mientras, los departamentos con menor cantidad de camillas pediátricas son Vaupés (0) Vichada (5), Guainía (6), San Andrés (8), Guaviare (10), todos ellos dentro de los que se ubican por debajo

del promedio nacional. Vaupés fue el único departamento que no tuvo habilitadas camillas de observación pediátrica a la fecha de corte (Figura 26).

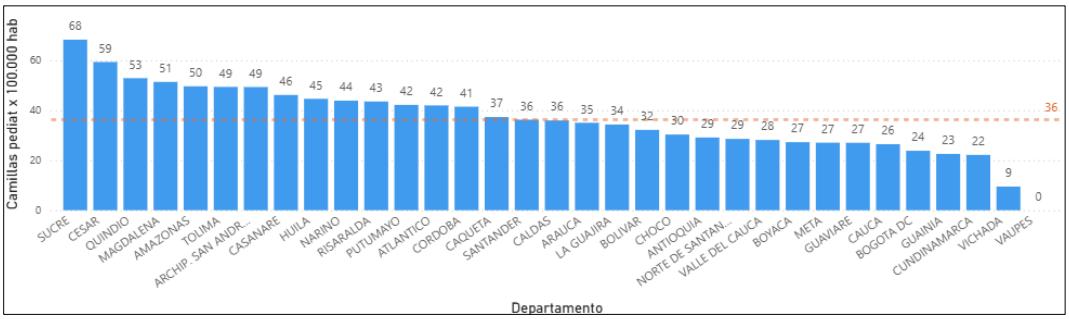
Figura 26 Número de camillas de observación pediátrica. Colombia, 2025.



Fuente: elaboración propia con datos del REPS (corte: 27/05/2025)

En contraste, la mayor razón de camillas de observación pediátrica por 100.000 hb está ubicada en los departamentos de Sucre (68), Cesar (59) y Quindío (53), superando la razón nacional promedio (36). Mientras, los departamentos con menor razón de estas camillas por 100.000 hb de 0 a 18 años son Vaupés (0), Vichada (9), Cundinamarca (22) y Guainía (23) con razones por debajo de la nacional (Figura 27).

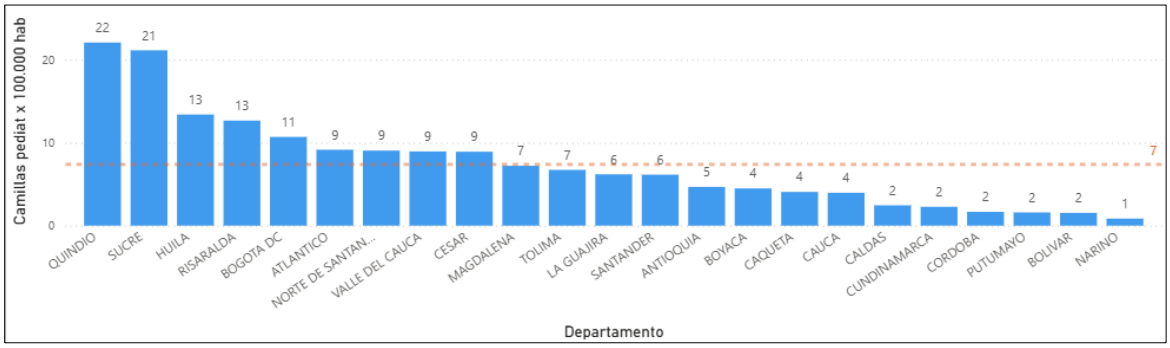
Figura 27. Camillas de observación pediátrica por 100.000 habitantes de 0 a 18 años. Colombia, 2025.



Fuente: elaboración propia con datos del REPS (corte: 27/05/2025)

En la alta complejidad, la mayor razón de camillas de observación pediátrica por 100.000 hb de 0 a 18 años, se observó en Quindío (22), Sucre (21), Huila (13), Risaralda (13) y Bogotá (11), hacen parte de los que superan la razón nacional promedio (7 por 100.000 hb de 0 a 18 años). A diferencia de Nariño (1), Bolívar (2), Putumayo (2), y Córdoba (2) que tienen la menor razón de estas camillas habilitadas en la alta complejidad (Figura 28).

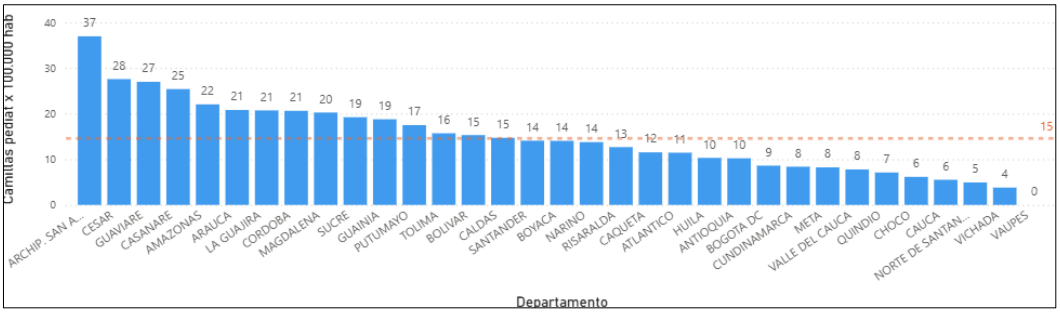
Figura 28 Camillas de observación pediátrica por 100.000 habitantes de 0 a 18 años, alta complejidad. Colombia, 2025.



Fuente: elaboración propia con datos del REPS (corte: 27/05/2025)

En la mediana complejidad, la razón de camillas de observación pediátrica por 100.000 hb muestra sus mayores valores en San Andrés (37), César (28), Guaviare (27), Casanare (25) y Amazonas (22) siendo parte de los que superan la razón nacional promedio. Mientras que Vichada (4), Norte de Santander (5), Cauca (6) y Chocó (6) tienen la menor razón (Figura 29).

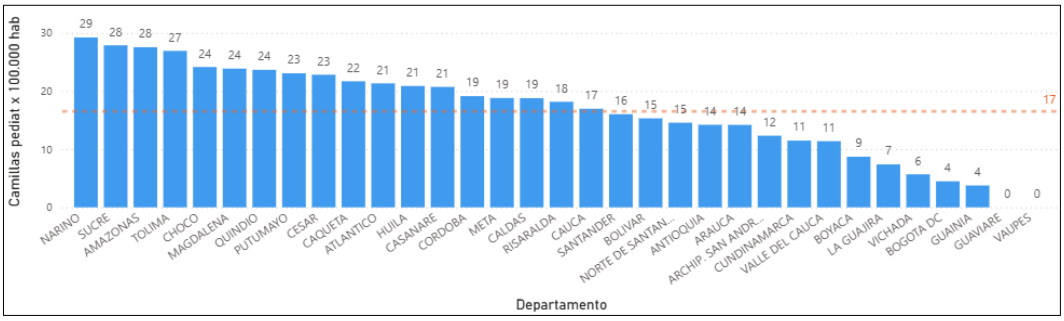
Figura 29 Camillas de observación pediátrica por 100.000 habitantes de 0 a 18 años mediana complejidad. Colombia, 2025.



Fuente: elaboración propia con datos del REPS (corte: 27/05/2025)

En la baja complejidad, la mayor razón de camillas de observación pediátrica por 100.000 hb se muestra en Nariño (29), Sucre (28), Amazonas (28), Tolima (27) y Chocó (24), haciendo parte de los que superan la razón nacional promedio (17). En comparación con Vaupés (<1), Guaviare (<1), Guainía (4), Bogotá (4), Vichada (6) y La Guajira (7), departamentos con la menor razón de estas camillas. Se destaca que Guaviare no tiene habilitadas camillas de observación pediátrica de baja complejidad (Figura 30).

Figura 30 Camillas de observación pediátrica por 100.000 habitantes de 0 a 18 años baja complejidad. Colombia, 2025.

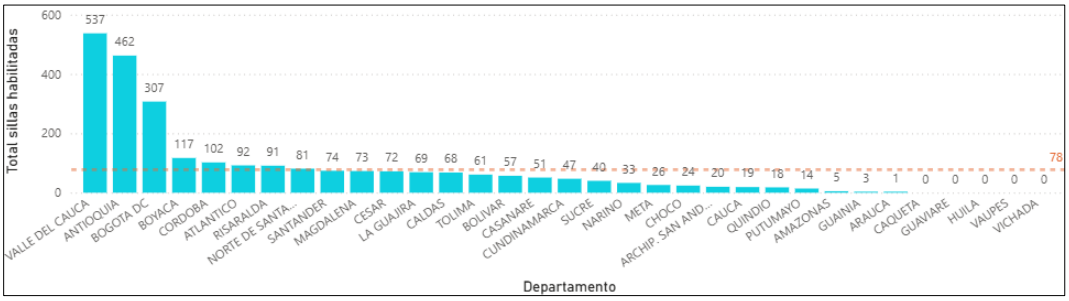


Fuente: elaboración propia con datos del REPS (corte: 27/05/2025)

6.1.5 Sillas en ambiente de transición

A excepción de Caquetá, Guaviare, Huila, Vaupés Vichada, a la fecha de corte de este estudio, en los demás departamentos del país había sillas habilitadas para el ambiente de transición. Solo 19 departamentos registraron sillas habilitadas en alta complejidad y 19 departamentos en baja complejidad, y 25 departamentos registraron sillas habilitadas en mediana complejidad (Ver visor de Power BI que acompaña este informe). En cada departamento del país hay en promedio 78 sillas habilitadas para el ambiente de transición (Rango: [0 – 537]), y 5 sillas habilitadas por cada 100.000 hb (Rango: [0 – 32]), con 1 silla habilitada en alta complejidad por cada 100.000 hb, así como 3 en mediana complejidad por cada 100.000 hb, y 1 silla habilitada en baja complejidad por cada 100.000 hb. La mayoría de estas sillas se ubica en Valle del Cauca (537), Antioquia (462), Bogotá DC (307) y Boyacá (117) que son parte de los que están por encima del promedio nacional departamental (78). Mientras, los departamentos con menos sillas habilitadas para el ambiente de transición son Arauca (1), Guainía (3), Amazonas (5) y Putumayo (14) (Figura 31).

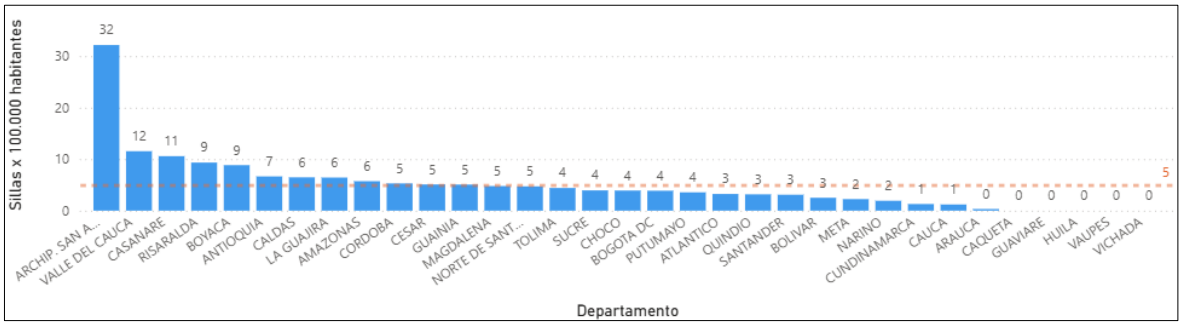
Figura 31 Número de sillas en ambiente de transición. Colombia, 2025.



Fuente: elaboración propia con datos del REPS (corte: 27/05/2025)

En contraste, las mayores razones de sillas en ambiente de transición por 100.000 hb se ubican en San Andrés (32), Valle del Cauca (12), Casanare (11), Risaralda (9), y Boyacá (9). Mientras, los departamentos con las menores razones de sillas en ambiente de transición por 100.000 hb fueron Cauca (1), Cundinamarca (1), Nariño (2), Meta (2) y Bolívar (3) (Figura 32).

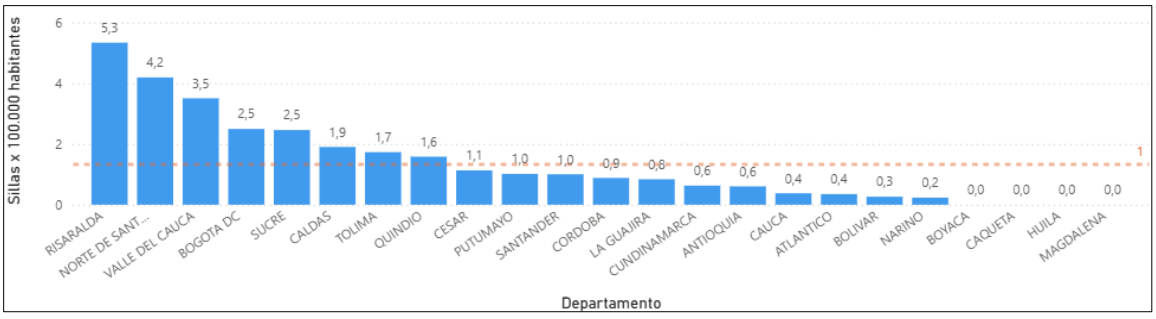
Figura 32. Sillas en ambiente de transición por 100.000 habitantes. Colombia, 2025.



Fuente: elaboración propia con datos del REPS (corte: 27/05/2025)

En alta complejidad, la mayor razón de sillas habilitadas por 100.000 hb se ubica en Risaralda (5,3), Norte de Santander (4,2), Valle del Cauca (3,5) y Bogotá (2,5); siendo parte de las que se ubican por encima de la razón nacional promedio (1 por 100.000 hb). Mientras, Nariño (0,2), Bolívar (0,3), Atlántico (0,4), Antioquia y Cundinamarca (0,6) tienen las menores razones de sillas habilitadas por 100.000 hb (Figura 33).

Figura 33 Sillas en ambiente de transición por 100.000 habitantes, alta complejidad. Colombia, 2025.

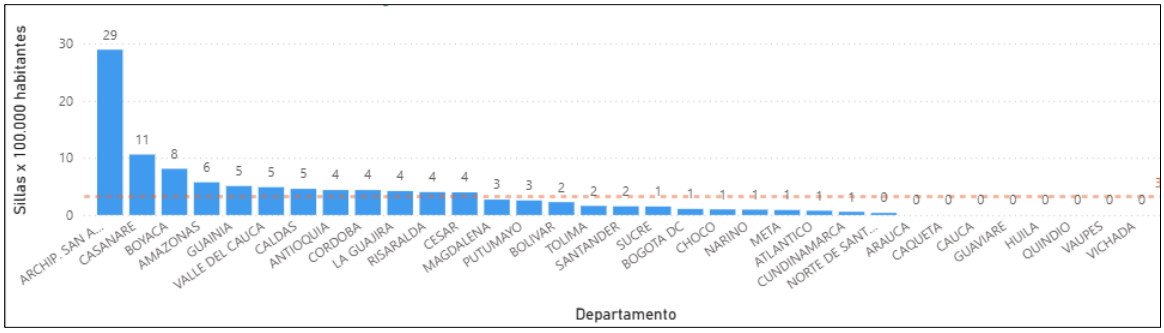


Fuente: elaboración propia con datos del REPS (corte: 27/05/2025)

Los departamentos con mayor cantidad de sillas en ambiente de transición habilitados son San Andrés (29), Casanare (11), Boyacá (8), Amazonas (6) y Guainía (5) en la mediana complejidad. En contraste, Cundinamarca, Atlántico,

Meta, Nariño y Chocó tienen una silla habilitada en la mediana complejidad, es decir, la menor cantidad de sillas disponibles. Finalmente, Vichada, Vaupés, Quindío, Huila, Guaviare, Cauca, Caquetá, Arauca no tienen habilitadas sillas en ambiente de transición en los grados de mediana complejidad (Figura 34).

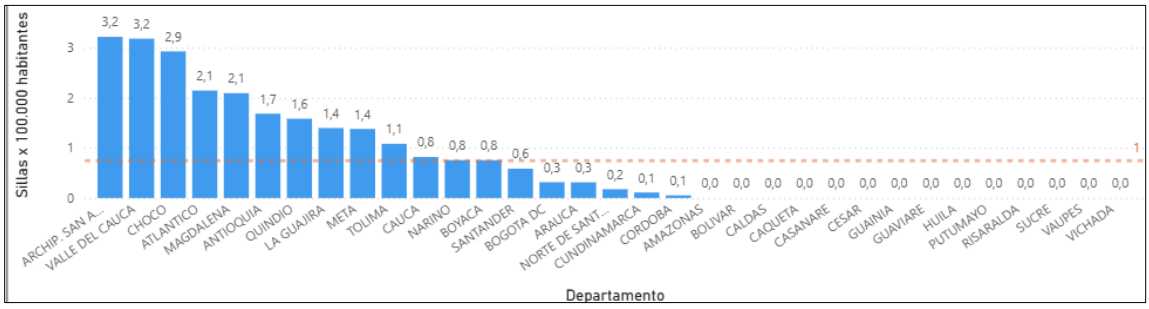
Figura 34 Sillas en ambiente de transición por 100000 habitantes mediana complejidad. Colombia, 2025.



Fuente: elaboración propia con datos del REPS (corte: 27/05/2025)

Los departamentos con mayor cantidad de sillas en ambiente de transición habilitados (1) son San Andrés (3,2), Valle del Cauca (3,2), Chocó (2,9), Atlántico y Magdalena (2,1). Mientras que Córdoba y Cundinamarca (0,1), Norte de Santander (0,2), Arauca y Bogotá (0,3) tienen la menor cantidad de sillas habilitadas, en los grados de baja complejidad. Finalmente, 14 departamentos no tienen habilitadas sillas en ambiente de transición en los grados de baja complejidad (Figura 35).

Figura 35 Sillas en ambiente de transición por 100000 habitantes baja complejidad. Colombia, 2025.

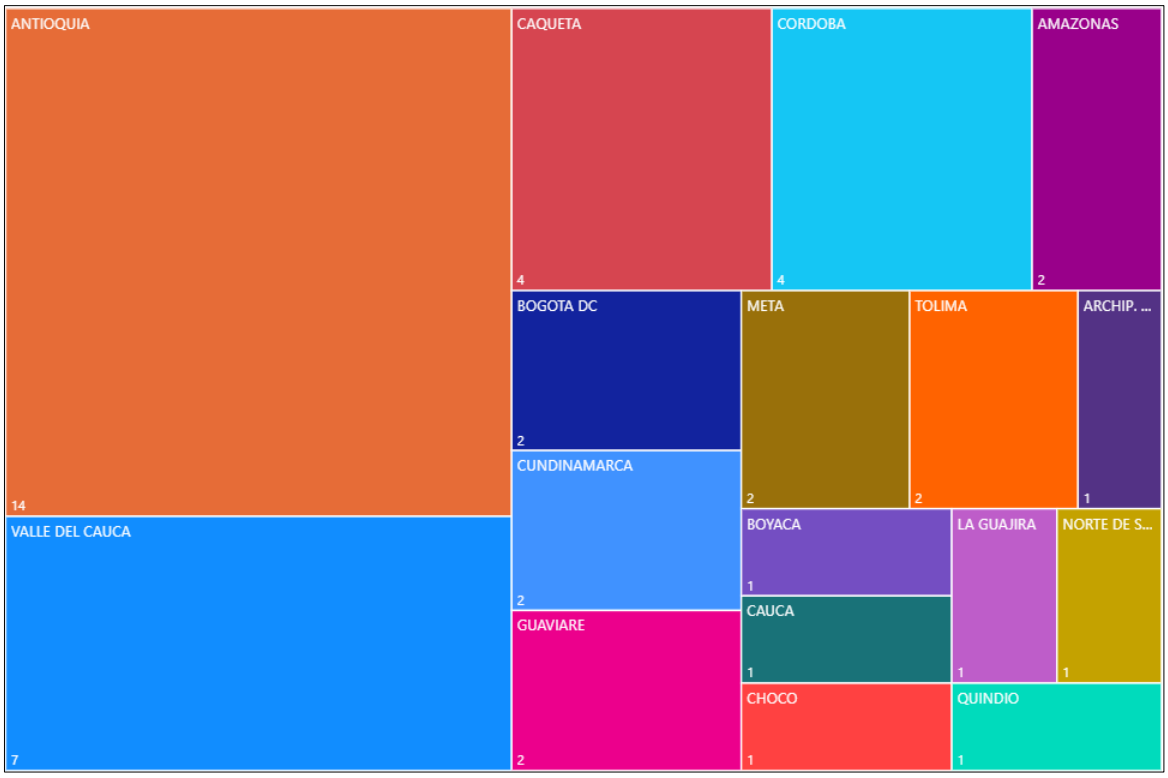


Fuente: elaboración propia con datos del REPS (corte: 27/05/2025)

6.1.6 Servicios de telemedicina

En el país, al corte de este estudio, había 48 servicios de urgencias con habilitación de la modalidad de telemedicina, en todos los niveles de complejidad, distribuidos en 17 departamentos. La mayor disponibilidad del servicio de telemedicina se concentra en el departamento de Antioquia seguido de Valle del Cauca (Figura 36).

Figura 36. Número de servicios de urgencias con telemedicina habilitada. Colombia, 2025.



Fuente: elaboración propia con datos del REPS (corte: 27/05/2025)

En la baja complejidad, el mayor número de servicios de urgencias con telemedicina se encuentra en la región Occidente, seguido de la Amazorinoquia, que no cuentan con telemedicina en la alta complejidad.

En la mediana complejidad, el mayor número se concentra en la región Pacífica. Solo las regiones Central y Pacífica cuentan con telemedicina de urgencias en alta complejidad (Tabla 13).

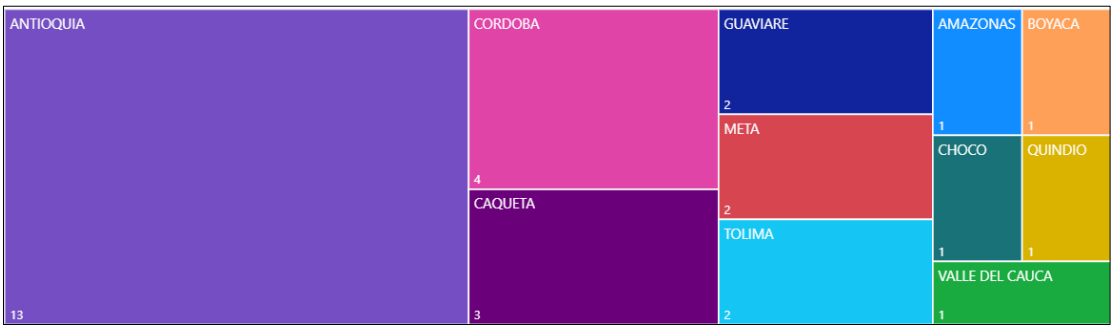
Tabla 13. Número de servicios de telemedicina habilitados, por regiones y grados de complejidad. Colombia, 2019.

Región	Baja complejidad	Mediana complejidad	Alta complejidad
Occidente	16	1	0
Amazorinoquía	6	2	0
Atlántica	4	2	0
Central	2	2	2
Pacífica	2	5	2
Oriente	1	1	0

Fuente: elaboración propia con datos del REPS (corte: 27/05/2025)

En la baja complejidad, 31 servicios ubicados en 11 departamentos cuentan con telemedicina habilitada en la categoría de prestador remisor (Figura 37).

Figura 37. Número de servicios de urgencias con telemedicina habilitada, baja complejidad. Colombia, 2025.



Fuente: elaboración propia con datos del REPS (corte: 27/05/2025)

Se identificaron 13 servicios de mediana complejidad ubicados en 9 departamentos que cuentan con telemedicina habilitada en urgencias, las cuales pueden funcionar como institución de remisión o de referencia (Figura 38).

Finalmente, Bogotá y Valle del Cauca cuentan con 2 servicios de telemedicina habilitados en la alta complejidad.

Figura 38. Número de servicios de urgencias con telemedicina habilitada, mediana complejidad. Colombia, 2025.



Fuente: elaboración propia con datos del REPS (corte: 27/05/2025)

Solo el 2.9% de los servicios de urgencias habilitados en el país prestan el servicio de telemedicina en la categoría de remisor, con predominio en la baja complejidad, seguido de la mediana complejidad.

6.1.7 Las mayores y las menores coberturas poblacionales potenciales

6.1.7.1 Alta complejidad

Al analizar la capacidad instalada de los servicios de urgencias habilitados en alta complejidad, Sucre, Valle del Cauca, Risaralda y Bogotá tienen razones por 100,000 hb de servicios, consultorios, camillas y sillas por encima de la respectiva razón nacional promedio por 100.000 hb.

Por el contrario, Antioquia, Bolívar, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Cauca, Nariño y Putumayo tienen razones por 100,000 hb de servicios, consultorios, camillas y sillas en alta complejidad por debajo de la respectiva razón nacional promedio.

Mientras, Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés, Meta, San Andrés y Providencia, Arauca, Casanare, Vichada y Chocó no tienen habilitados servicios de urgencias de alta complejidad.

6.1.7.2 Mediana complejidad

Al analizar la capacidad instalada de los servicios de urgencias habilitados en mediana complejidad, San Andrés, Amazonas, Guainía, Magdalena, Cesar y Córdoba tienen Bogotá tienen razones por 100,000 hb de servicios, consultorios,

camillas y sillas por encima de la respectiva razón nacional promedio por 100.000 hb.

En contaste, Cauca, Bogotá, Norte de Santander, Cundinamarca, Chocó y Huila tienen razones por 100,000 hb de servicios, consultorios, camillas y sillas en mediana complejidad por debajo de la respectiva razón nacional promedio.

6.1.7.3 Baja complejidad

Al analizar la capacidad instalada de los servicios de urgencias habilitados en baja complejidad Chocó, Tolima, Magdalena tienen razones por 100,000 hb de servicios, consultorios, camillas y sillas por encima de la respectiva razón nacional promedio por 100.000 hb.

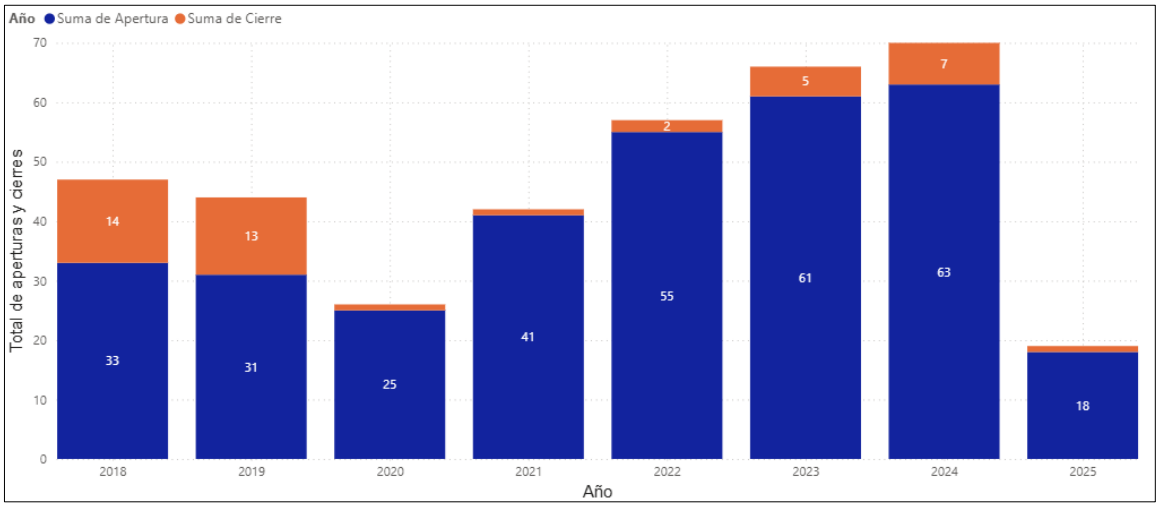
No obstante, Bogotá, La Guajira, Cundinamarca, Boyacá y Risaralda tienen razones por 100,000 hb de servicios, consultorios, camillas y sillas en baja complejidad por debajo de la respectiva razón nacional promedio.

6.1.8 Novedades de apertura y cierre

Las aperturas de servicios de urgencias en un periodo de años entre 2018 y 2025 ha presentado una variación ascendente, con picos al inicio (2018) y al final del periodo (2024). Con un descenso en 2020 (año de pandemia).

Mientras, los cierres definitivos de los servicios de urgencias durante este periodo exponen pequeñas variaciones que van en aumento, sobre todo entre los años 2022 y 2024; periodos de descensos en los años de pandemia (2019 - 2020) y el año 2025 (Figura 39).

Figura 39 Aperturas y cierres de servicios de urgencias. Colombia, 2018 – 2025.



Fuente: elaboración propia con datos entregados por el Ministerio de salud (Periodo: 01/01/2018 – 18/07/2025)

En el periodo comprendido entre el año 2018 y 2025, se registran 327 aperturas y 44 cierres, demostrando un balance neto positivo de 283 servicios de urgencias habitados en el país. Esto muestra un crecimiento sostenido en la capacidad instalada, aunque con variaciones entre departamentos.

Los departamentos Atlántico (42), Chocó (41), Magdalena (33), Bolívar (20) y Valle del Cauca (18) concentran gran parte de las aperturas netas. En contraste Casanare, Cauca, Guaviare y Quindío reportan 1 apertura neta en 7 años. En el caso de Cali presenta valor neto negativo orientado a mayor cantidad de cierres (Tabla 14).

Tabla 14 Aperturas y cierres de servicios de urgencias por departamento. Colombia, 2018-2025.

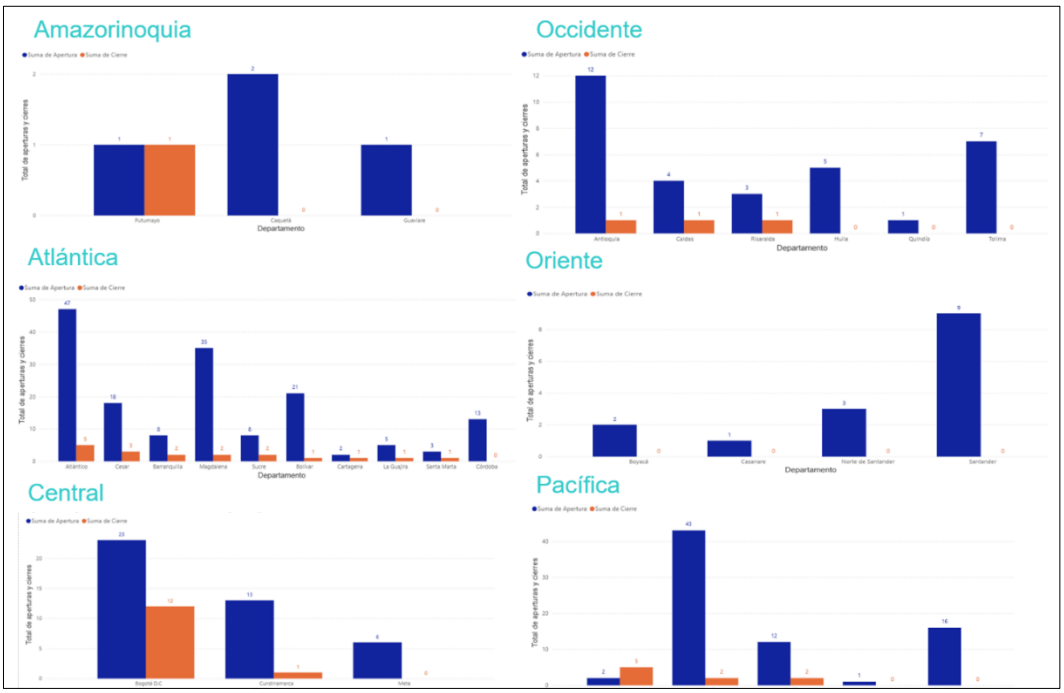
Departamentos	Aperturas	Cierres	Neto
Atlántico	47	5	42
Chocó	43	2	41
Magdalena	35	2	33
Bolívar	21	1	20
Valle del cauca	16	0	16
Cesar	18	3	15
Córdoba	13	0	13
Cundinamarca	13	1	12
Antioquia	12	1	11

Bogotá D.C	23	12	11
Nariño	12	2	10
Santander	9	0	9
Tolima	7	0	7
Barranquilla	8	2	6
Meta	6	0	6
Sucre	8	2	6
Huila	5	0	5
La Guajira	5	1	4
Caldas	4	1	3
Norte de Santander	3	0	3
Boyacá	2	0	2
Caquetá	2	0	2
Risaralda	3	1	2
Santa Marta	3	1	2
Cartagena	2	1	1
Casanare	1	0	1
Cauca	1	0	1
Guaviare	1	0	1
Quindío	1	0	1
Putumayo	1	1	0
Cali	2	5	-3
Total general	**327**	**44**	**283**

Fuente: elaboración propia con datos entregados por el Ministerio de salud (Periodo: 01/01/2018 – 18/07/2025)

En contraste, las aperturas y los cierres definitivos de los servicios de urgencias a nivel regional en un periodo de años entre 2018 y 2025 exponen, en cuanto a las aperturas que las regiones Atlántica, Occidente, Oriente y pacífica tuvieron cambios variables. Por otro lado, las regiones Atlántica, Pacífica y Central presentaron valores en los cierres definitivos de los servicios que van en descenso. Mientras, la región del Oriente no presento cierres, por el contrario, solo tuvo aperturas durante este periodo (Figura 40).

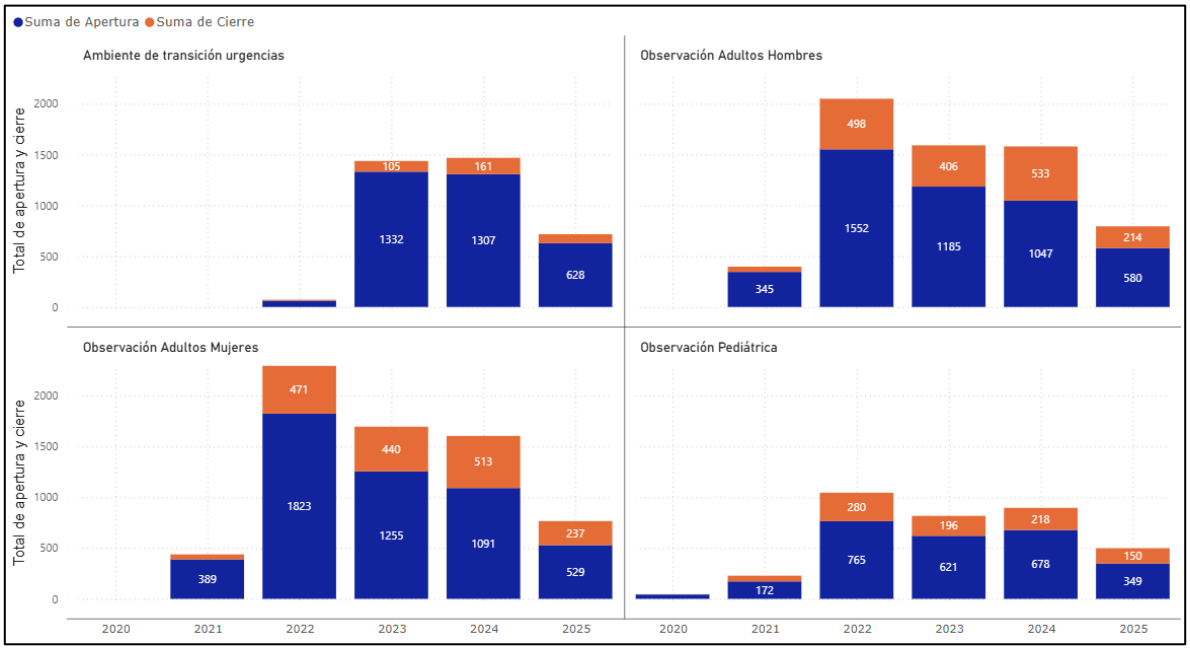
Figura 40 Aperturas y cierres definitivos de los servicios de urgencias por región. Colombia, 2018-2025.



Fuente: elaboración propia con datos entregados por el Ministerio de salud (Periodo: 01/01/2018 – 18/07/2025)

Entre 2020 y 2025, el mayor número de aperturas de sillas en ambiente de transición se presentó en 2023, las de camillas de observación de adultos en 2022, con un descenso a partir de 2023 y las mayores aperturas de camillas de observación pediátricas tuvieron su mayor número en 2022 (Figura 41).

Figura 41 Aperturas y cierres de la capacidad instalada del servicio de urgencias. Colombia, 2020 – 2025.



Fuente: elaboración propia con datos entregados por el Ministerio de salud (Periodo: 01/01/2020 – 18/07/2025)

6.2 Encuestas a servicios de urgencias

Se obtuvieron 132 registros de los cuales el 9,8% (n=13) correspondieron a registros duplicados y el 4,5% (n=6) a servicios de urgencias que no hacían parte de la muestra aleatoria. Por lo anterior, se incluyeron los registros de 113 servicios de urgencias. Estos 113 servicios encuestados tuvieron una distribución por grado de complejidad concordante con la esperada en la segmentación de la muestra aleatoria (Tabla 15).

Tabla 15. Distribución del tamaño de la muestra calculada y obtenida según grado de complejidad de los servicios de urgencias.

Grado de complejidad	Muestra Calculada	Muestra Obtenida
Alta	7	10
Mediana	20	21
Baja	64	82
Total	91	113

Fuente: elaboración propia.

Los 113 servicios se ubicaron en 29 departamentos y en el Distrito Capital.

6.2.1 Ocupación actual

- Porcentaje de ocupación más bajo y el más alto en el último mes.

De acuerdo con la distribución de los porcentajes de ocupación más bajos y más altos reportados por los servicios de urgencias durante el último mes, se evidencia variabilidad entre los diferentes niveles de complejidad (Tabla 16). En los servicios de alta complejidad, el 80% reportó niveles de ocupación superiores al 100%, alcanzando un valor máximo del 282%. En la mediana complejidad, el 71,4% de los servicios presentaron sobreocupación, con un porcentaje máximo del 551%. En la baja complejidad, el 21% reportó ocupaciones superiores al 100%, con un máximo del 375%. Cabe resaltar que se excluyó del análisis un valor atípico de 1320%. Del 37,2% (n=42) de los servicios de urgencias que reportaron en el último mes porcentajes de ocupación superiores al 100%, el 26,2% (n=11) indicó haber realizado procesos de reconversión en los últimos dos años y el 16,7% (n=7) reportó haber implementado estrategias de expansión.

Tabla 16. Porcentaje de ocupación más bajo y más alto en los servicios de urgencias encuestados, según el grado de complejidad

Grados de complejidad	Rangos de ocupación	Porcentaje de ocupación más bajo		Porcentaje de ocupación más alto	
		Nº	%	Nº	%
Alta	Menos del 50%	2	20	0	0
	Entre 50 y 100%	8	80	2	20
	Entre 101 y 200%	0	0	4	40
	Entre 201 y 300%	0	0	4	40
Media	Menos del 50%	7	33,3	1	4,8
	Entre 50 y 100%	14	66,7	5	23,8
	Entre 101 y 200%	0	0,0	13	61,9
	Entre 201 y 300%	0	0,0	1	4,8
	Mayor a 300%	0	0,0	1	4,8
Baja	Menos del 50%	52	63,4	8	9,9
	Entre 50 y 100%	30	36,6	56	69,1
	Entre 101 y 200%	0	0	15	18,5
	Entre 201 y 300%	0	0	1	1,2
	Mayor a 300%	0	0	1	1,2

Fuente: elaboración propia.

- Número de pacientes

En servicios de alta complejidad, el número de pacientes ubicados en camillas de observación para adultos osciló entre 12 y 161, con una media de 48,4. En los de mediana complejidad, el rango estuvo entre 2 y 117 con una media de 22,8. En los servicios de baja complejidad, el número de pacientes varió entre 0 y 45 con una media de 4,5; de estos, 11 servicios reportaron no tener pacientes en camillas de observación (Tabla 17).

Respecto a los pacientes ubicados en camillas de observación pediátrica, en los servicios de alta complejidad, de los 9 servicios que reportaron tener camillas habilitadas de observación pediátrica, el número de pacientes varió entre 2 y 30, con una media de 6,5.

En mediana complejidad, de los 17 servicios que reportaron camillas habilitadas, el número de pacientes osciló entre 0 y 14, con una media de 3,8; cuatro servicios reportaron no tener pacientes en camillas de observación pediátrica.

Finalmente, en baja complejidad de los 78 servicios que reportaron camillas habilitadas el número de pacientes presentó un rango entre 0 y 15 pacientes, con una media de 1,3; 42 servicios reportaron no tener pacientes (Tabla 17).

En cuanto a los pacientes ubicados en silla, en los servicios de alta complejidad, de los siete servicios que reportaron tener sillas habilitadas, el número de pacientes varió entre 2 y 60, con una media de 22,5; se identificó que un servicio reportó pacientes ubicados en sillas pese a informar que no tenían sillas habilitadas.

En mediana complejidad, de los 10 servicios que reportaron contar con sillas habilitadas, el número de pacientes osciló entre 0 y 31, con una media de 12,3; de estos, un servicio indicó no tener pacientes al momento de la encuesta y cinco servicios reportaron pacientes ubicados en sillas pese a informar que no tenían sillas habilitadas.

En baja complejidad de los 30 servicios que reportaron tener sillas habilitadas, el número de pacientes varió entre 0 y 33, con una media de 3,1; de estos, 12 servicios reportaron no tener pacientes al momento de la encuesta, se identificó que nueve servicios reportaron pacientes ubicados en sillas pese a informar que no contaban con sillas habilitadas (Tabla 17).

Tabla 17. Ocupación actual de los servicios de urgencias por área y grado de complejidad

Área	Grado de complejidad	Media	Mediana	Rango
Observación Adultos	Alta	48,4	23	12-161
	Mediana	22,8	13	2-117
	Baja	4,5	3	0-45
Observación Pediátrica	Alta	6,5	3	2-30
	Mediana	3,8	1	0-14
	Baja	1,3	0	0-15
Sillas	Alta	22,5	8	2-60
	Mediana	12,3	8	0-31
	Baja	3,1	0	0-33

Fuente: elaboración propia.

- Pacientes que ingresan al servicio de urgencias en 24 horas.

En los servicios de alta complejidad es donde se recibe el mayor número de pacientes, con un promedio diario de 168 pacientes. Se destaca un servicio que registra un máximo de 450 pacientes, seguido de otro con 270 pacientes, siendo estos los de mayor volumen de atención (Tabla 18).

En mediana complejidad, el promedio diario es de 123,7 pacientes. Dentro de este grupo, un servicio reporta un máximo de 380 pacientes y otro con 200 pacientes (Tabla 18). Se excluyeron tres servicios: uno con reporte de 0 pacientes, otro con valor decimal no válido y uno con un valor extremo de 3633 pacientes.

Por último, en la baja complejidad, el promedio diario es de 60,9 pacientes. Sobresalió un servicio con un máximo de 700 pacientes y otro con 316 pacientes (Tabla 18). Se excluyeron tres valores de este análisis: uno con dato en decimal y dos por valores extremos de 45799 y 3150 pacientes.

Tabla 18. Número de pacientes que ingresan a los servicios de urgencias en 24 horas, según el grado de complejidad

Grado de complejidad	Media	Mediana	Rango
Alta	168	135	25 - 450
Mediana	123,7	100	25 - 380
Baja	60,9	30	3 - 700

Fuente: elaboración propia.

- **Tiempo promedio de espera antes del triage**

Según los servicios encuestados, la medición más reciente del tiempo promedio de espera antes de la valoración en triage fue de 17,9 minutos, con una mediana de 15 minutos. Sin embargo, se identificó que 12 servicios registraron tiempos superiores a los 30 minutos, alcanzando un máximo de 60.

En mediana complejidad se observaron los tiempos más prolongados, con un promedio de 23,8 minutos y un máximo de 58 minutos. Le siguen los servicios de baja complejidad, con un promedio de 16,8 minutos y tiempo máximo de 60 minutos. Por su parte, los servicios de alta complejidad reportaron los tiempos más cortos, con un promedio de 15,4 minutos y un tiempo máximo de 30 minutos (Tabla 19).

Tabla 19. Tiempo promedio de espera antes del triage, por complejidad

Grado de complejidad	Media (minutos)	Mediana (minutos)	Rango (minutos)
Alta	15,4	14	0 - 30
Mediana	23,8	18	4 - 58
Baja	16,8	14	0 – 60
Total	17,9	15	0-60

Fuente: elaboración propia.

- **Distribución de pacientes según clasificación de triage**

En los servicios de urgencias de alta complejidad, se observó que la mayor proporción de pacientes que ingresaron en un período de 24 horas fueron

clasificados en Triage III, con una media del 63,27%, algunos servicios reportaron valores máximos, alcanzando hasta un 95% de pacientes clasificados en esta categoría (Tabla 20).

Tabla 20. Distribución porcentual de pacientes atendidos en servicios de urgencias de alta complejidad según clasificación de Triage

Clasificación de triage	Media	Mediana	Rango
Triage I	3,1	1,5	0-16
Triage II	12,03	8	4,6-30
Triage III	63,27	64	20-95
Triage IV	16,63	10	0-45
Triage V	4,97	1,5	0-23

Fuente: elaboración propia.

En los servicios de urgencias de **mediana complejidad,** se observó que la mayor proporción de pacientes que ingresaron en un período de 24 horas fueron clasificados en Triage III, con una media del 55%, algunos servicios reportaron valores máximos, alcanzando hasta un 83% de pacientes clasificados en esta categoría (Tabla 1Tabla 21).

Tabla 21. Distribución porcentual de pacientes atendidos en servicios de urgencias de mediana complejidad según clasificación de Triage

Clasificación de triage	Media	Mediana	Rango
Triage I	3,5	2	0-20
Triage II	16,6	8	0,5-90
Triage III	55	60	3,5-83
Triage IV	15,3	15	0-40
Triage V	9,6	4,9	0-53,4

Fuente: elaboración propia.

En los servicios de urgencias de baja complejidad, se observó que la mayor proporción de pacientes que ingresaron en un período de 24 horas fueron clasificados en Triage III, con una media del 43%. Llama la atención que algunos

servicios reportaron valores extremos, alcanzando hasta un 97% de pacientes clasificados en esta categoría (Tabla 1Tabla 22).

Tabla 22. Distribución porcentual de pacientes atendidos en servicios de urgencias de baja complejidad según clasificación de Triage

Clasificación de triage	Media	Mediana	Rango
Triage I	5,6	2	0-50
Triage II	19,7	10	0-100
Triage III	43	40	0-97
Triage IV	19,5	17	0-82
Triage V	12,2	5	0-70

Fuente: elaboración propia.

- **Tiempo promedio de espera desde el triage hasta la atención médica inicial**

Triage I: Según la última medición realizada por los servicios encuestados, en los tres grados de complejidad más del 70% de los pacientes recibieron atención médica inmediata tras la clasificación. Sin embargo, se identificaron casos puntuales con tiempos de espera mayores: en alta complejidad, un servicio informó 17 minutos, mientras que en baja complejidad otro servicio reportó un máximo de 25 minutos (Tabla 23).

Tabla 23. Minutos de espera para la atención médica inicial en pacientes Triage I, por grado de complejidad

Grado de complejidad	Inmediato	1-5‘	6-10‘	11-25‘
Alta	7 (77,8%)	0	1 (11,1%)	1 (11,1%)
Mediana	14 (70%)	3 (15%)	3 (15%)	0
Baja	53 (73.6%)	14 (19,4%)	3 (4,2%)	2 (2,8%)

Fuente: elaboración propia.

Triage II: En los servicios de alta complejidad, la mayoría de los casos (66,7%) reportan tiempos de espera entre 21 y 30 minutos; un servicio registró un tiempo máximo de 34 minutos.

En los servicios de mediana complejidad, la mayor proporción de pacientes (45%) también se encuentra en el rango de 21 a 30 minutos, seguidos por un 40% entre 10 y 20 minutos; no obstante, un servicio reportó un tiempo máximo de 40 minutos.

En los servicios de baja complejidad, los tiempos de espera son más cortos con un 41,1% de pacientes atendidos en menos de 9 minutos y un 42,5% entre 10 y 20 minutos; sin embargo, se identificó un servicio con 45 minutos (Tabla 24).

Tabla 24. Minutos de espera para la atención médica inicial en pacientes Triage II, por grado de complejidad

Grado de complejidad	0-30‘	31-45‘
Alta	8 (88,9%)	1 (11,10%)
Mediana	18 (90%)	2 (10%)
Baja	70 (95,9%)	3 (4,10%)

Fuente: elaboración propia.

Triage III: Servicios de alta complejidad: La mayoría de los casos (66,7%) reportan tiempos de espera entre 31 y 60 minutos, solo un servicio (11,1%) informó tiempos entre 61 y 90 minutos, sin reportes de esperas superiores a este umbral.

Mediana complejidad: El 50% de los pacientes son atendidos entre 31 y 60 minutos, dos servicios (10%) reportaron tiempos de espera superiores a 90 minutos, destacando un caso extremo con 840 minutos (14 horas). Baja complejidad: El (69,9%) recibe atención en menos de 30 minutos. No obstante, un 9,6% de los casos presentó tiempos de espera superiores a 90 minutos, incluyendo un caso con un tiempo máximo de 240 minutos (4 horas).

Tabla 25. Minutos de espera para la atención médica inicial en pacientes Triage III, por grado de complejidad

Grado de complejidad	0- 30‘	31 - 60‘	61 - 90‘	90 - 840‘
Alta	2 (22,2%)	6 (66,7%)	1 (11,1%)	0
Mediana	4 (20%)	10 (50%)	4 (20%)	2 (10%)
Baja	51 (69,9%)	14 (19,2%)	1 (1,4%)	7 (9,6%)

Fuente: elaboración propia.

Triage IV: Alta complejidad: El 44,4% de los pacientes reciben atención en menos de 1 hora. El 22,2% de los casos son remitidos a consulta prioritaria a su EPS o ambulatoria y un 11,1% de los servicios reportan que estos pacientes no son atendidos en urgencias.

En mediana complejidad: Solo el 27,8% logra ser atendido en menos de 1 hora, mientras que un 44,4% de los casos son remitidos a consulta prioritaria y el 5,6% no atiende a estos pacientes. En baja complejidad, la mayoría de los pacientes (52,1%) son atendidos en menos de 1 hora, lo que representa la respuesta más oportuna entre los tres niveles. Un 12,7% es remitido a consulta prioritaria y un 4,2% de los servicios informan que estos pacientes no son atendidos (Tabla 26).

Tabla 26. Horas de espera para la atención médica inicial en pacientes Triage IV, por grado de complejidad

Grado de complejidad	< 1 h	2-3 h	4- 12 h	13 -23 h	24 - 48 h	Remisión a consulta prioritaria	No se atiende
Alta	4 (44,4%)	1 (11,1%)	0	0	1 (11,1%)	2 (22,2%)	1 (11,1%)
Mediana	5 (27,8%)	0	3 (16,7%)	0	1 (5,6%)	8 (44,4%)	1 (5,6%)
Baja	37 (52,1%)	11 (15,5%)	2 (2,8%)	1 (1,4%)	8 (11,3%)	9 (12,7%)	3 (4,2%)

Fuente: elaboración propia.

Triage V: En los servicios de alta complejidad, el 66,7% de los pacientes recibe atención médica, principalmente con un tiempo de espera entre 1 a 3 horas. El 33,3 % restante no es atendido de forma directa y, en su mayoría, es remitido a consulta prioritaria por la EPS o la IPS primaria.

En la mediana complejidad, solo el 38,9% de los pacientes logra ser atendido, mientras que el 61,1% restante no recibe atención en el momento, siendo remitido a consulta prioritaria en el 55,6% de los casos.

En contraste, en los servicios de baja complejidad, la mayoría de los pacientes (71,2%) recibe atención médica, principalmente en menos de una hora, aunque un 28,8% es remitido o no es atendido en la institución (Tabla 27).

Tabla 27. Horas de espera para la atención médica inicial en pacientes triage V, por grado de complejidad

Grado de complejidad	< 1 h	1-3 h	4-12 h	24-48 h	72 h	Remisión a consulta prioritaria	No se atiende
Alta	2 (22,2%)	3 (33,3%)	0	1 (11,1%)	0	2 (22,2%)	1 (11,1%)
Mediana	2 (11,1%)	2 (11,1%)	1 (5,6%)	2 (11,1%)	0	10 (55,6%)	1 (5,6%)
Baja	27 (40,9%)	7 (10,6%)	3 (4,5%)	4 (6,1%)	6 (9,1%)	17 (25,8%)	2 (3,0%)

Fuente: elaboración propia.

- **Frecuencia con que la sobreocupación dificulta la atención oportuna de pacientes**

Al preguntar por la frecuencia con la cual la sobreocupación ha dificultado la atención de los pacientes de cada triage, el 80% de los servicios de **alta complejidad,** el 76% de los de mediana complejidad y el 87% de los de baja complejidad reportaron que la sobreocupación nunca ha dificultado la atención de pacientes triage I (Tabla 28).

En cuanto a los pacientes triage II, el 70% los servicios de alta complejidad informó que la sobreocupación ha dificultado ocasionalmente la atención oportuna de estos pacientes. Mientras que el 48% de los servicios de mediana

y el 72% de los de baja complejidad informaron que la sobreocupación nunca ha dificultado la atención oportuna de estos pacientes (Tabla 28).

Solo el 30% de los servicios de alta complejidad, el 33% de los de mediana y el 12% de los de baja reportaron que la sobreocupación ha dificultado permanentemente la atención de pacientes en Triage III (Tabla 28).

Tabla 28. Frecuencia con la que la sobreocupación ha dificultado la atención oportuna de los pacientes, según triage y grado de complejidad

Triage	Alta			Mediana			Baja		
	N	O	P	N	O	P	N	O	P
I	8 (80%)	2 (20%)	0	16 (76,2%)	4 (19%)	1 (4,8%)	71 (86,6%)	8 (9,8%)	1 (1,2%)
II	3 (30%)	7 (70%)	0	10 (47,6%)	9 (42,9%)	2 (9,5)	59 (72%)	19 (23,2%)	2 (2,4%)
III	2 (20%)	5 (50%)	3 (30%)	3 (14,3%)	11 (52,4%)	7 (33,3%)	44 (53,7%)	27 (32,9%)	10 (12,2%)
IV	2 (20%)	2 (20%)	3 (30%)	5 (23,8%)	6 (28,6%)	5 (23,8%)	41 (50%)	26 (31,7%)	7 (8,5%)
V	2 (20%)	2 (20%)	3 (30%)	7 (33,3%)	4 (19%)	4 (19%)	43 (52,4%)	23 (28%)	4 (4,9%)

N:Nunca, O:Ocasionalmente, P:Permanentemente

Fuente: elaboración propia.

- **Reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas**

Con relación a este indicador, que se indagó por medio de la pregunta "En el último mes ¿Qué porcentaje de pacientes reingresó al servicio de urgencias en menos de 72 horas?" las respuestas abarcaron porcentajes entre 0% y 1247%, lo que sugiere que algunos servicios probablemente reportaron números absolutos o decimales sin coma.

6.2.2 Infraestructura

De los servicios encuestados que prestan atención en urgencias de adulto, pediátricas y ginecológicas, se observa la siguiente distribución de áreas independientes según el grado de complejidad:

- Urgencias de adulto: En los servicios de alta complejidad, el 60% reporta contar con un área independiente; en mediana complejidad, el 66,7%; y en baja complejidad, el 55,1%.
- Urgencias pediátricas: En los servicios de alta complejidad, el 50% dispone de un área independiente; en mediana complejidad, el 56,3%; y en baja complejidad, el 44,4%.
- Urgencias ginecológicas: En los servicios de alta complejidad, el 100% reporta contar con un área independiente; en mediana complejidad, el 71,4%; y en baja complejidad, el 34,5%.

Se excluyen del análisis cuatro servicios de urgencias de baja complejidad: tres que no respondieron la pregunta y una que reportó no contar con ninguno de los servicios (Tabla 29).

Tabla 29. Distribución de áreas independientes para la atención de urgencias adulto, pediátricas y ginecológicas según grado de complejidad

Grado de Complejidad	Urgencias adulto			Urgencias pediátricas			Urgencias ginecológicas		
	SI	NO	No cuenta con el servicio	SI	NO	No cuenta con el servicio	SI	NO	No cuenta con el servicio
Alta	6	4	0	4	4	2	6	0	4
Mediana	14	7	0	9	7	5	10	4	7
Baja	43	35	1	32	40	7	19	36	24

Fuente: elaboración propia.

- Inversión en infraestructura para aumentar la oferta de servicios de urgencias en los últimos 5 años.

El 56,6% (n=64) de los servicios de urgencias encuestados reportaron haber realizado inversión en infraestructura en los últimos cinco años con el objetivo de aumentar la oferta de atención en sus servicios de urgencias. De estos, el 10,9% (n=7) corresponden a instituciones de alta complejidad, el 20,3% (n=13) a mediana complejidad y el 68,8% (n=44) en baja complejidad

6.2.3 Novedades en capacidad instalada

En los últimos dos años, el 25,7% (n=29) de los servicios encuestados registraron de novedades en la capacidad instalada. En los servicios de alta complejidad, el 80% (n=8) indicó el registro de novedades; dos servicios que no diligenciaron la información detallada. En los servicios de mediana complejidad, el 42,9% (n=9) reportaron novedades, mientras que en los de baja la proporción fue del 14,6 % (n=12). A nivel general, la principal novedad reportada corresponde a la apertura de camillas, con un total de 113, de las cuales la mayor proporción se concentra en los servicios de mediana complejidad con el 64,6% (n=73). Cabe resaltar que, en baja complejidad, dos servicios reportaron simultáneamente la apertura de 10 camillas y el cierre de 12 camillas (Tabla 30).

Tabla 30. Novedades en la capacidad instalada de los servicios de urgencias según grado de complejidad: número de IPS, aperturas (A) y cierres (C).

Ambientes / Dotación	N° IPS	Alta		N° IPS	Mediana		N° IPS	Baja		Total	
		A	C		A	C		A	C	A	C
Consultorios	3	3	2	4	5	0	5	14	12	22	14
Salas	1	0	1	2	2	0	4	6	3	8	4
Camillas	2	4	29	6	73	0	9	36	12	113	41
Sillas	3	21	0	6	47	0	3	26	16	94	16

Fuente: elaboración propia.

- **Reconversión**

El 40% de las IPS de alta complejidad (n=4) informaron tener la capacidad de reconvertir un servicio de salud para la atención de urgencias, logrando una disponibilidad media de 49 camas o camillas tras la reconversión; de estas IPS, tres reportaron haber realizado dicha reconversión en los últimos dos años, con frecuencias de 1, 2 y 10 ocasiones.

En mediana complejidad, el 47,6 % (n=10) de las IPS informaron tener la capacidad de reconvertir un servicio, con una disponibilidad media de 24,7 camas o camillas; de estas, siete realizaron reconversión en los últimos dos años, con un rango de 1 a 65 veces (media: 15 y mediana: 2).

En baja complejidad el 48,8% (n= 40) IPS indicaron que podrían reconvertir un servicio de salud, logrando una disponibilidad media de 4,8 camas o camillas;

de estas, 11 realizaron reconversiones en los últimos dos años, con un rango de 1 a 72 veces (media:10, mediana:2) (Tabla 31).

A nivel general, en las 21 IPS que reportaron haber realizado procesos de reconversión en los últimos dos años, el principal motivo de reconversión fue la emergencia funcional y el pico respiratorio, cada una representando el 38,1% de los casos (n=8 para cada motivo), cierre de servicios en un 9,6% (n=2), seguido de eventos masivos, orden público y remodelación en un 4,8% (n= 1 para cada motivo).

- **Expansión**

En cuanto a la capacidad de expansión, entendida como la adecuación temporal de áreas no destinadas originalmente a la atención en salud, se encontró que:

El 40% (n=4) de las IPS de alta complejidad informaron capacidad para expandir su oferta de atención en urgencias, logrando una disponibilidad media de 78,5 camas, camillas o sillas; de estas IPS, una reportó haber ejecutado planes de expansión en los últimos dos años y otra no entregó información sobre este punto. En mediana complejidad, el 61,9% (n=13) manifestó capacidad de expansión del servicio, con una disponibilidad media de 13 camas, camillas o sillas; de estas, cinco realizaron expansión en los últimos dos años. En baja complejidad el 68,3% (n=56) indicó capacidad de expansión, con una media de 5,7 camas, camillas o sillas; de estas, 12 realizaron expansión en los últimos dos años y una no reporto esta información (Tabla 31).

A nivel general, en las 73 IPS que reportaron haber realizado procesos de expansión, el 3,2% (n=1) activó el plan de expansión con ocupación del 30%; 74,2% (n=23) activó el plan de expansión con ocupación entre el 61 y 100%; el 9,7% (n=3) lo hizo cuando la ocupación estaba entre el 101 y 140%; el 9,7% (n=3) con ocupación entre 141 y 180% y el 3,2% (n=1) activó expansión con una ocupación del 250%.

Tabla 31. Número de camas, camillas o sillas disponibles por las IPS mediante la reconversión o expansión de servicios para la atención de urgencias, según grado de complejidad.

Novedad	Grado de complejidad	Media	Mediana	Rango
Reconversión	Alta	49	25	14 - 125
	Mediana	24,7	10	5 – 120

	Baja	4,8	4	1 – 10
Expansión	Alta	78,5	32	32 - 125
	Mediana	13	10	5 – 30
	Baja	5,7	5	2 - 20

Fuente: elaboración propia.

- **Telemedicina**

El 10,6% (n= 12) de los servicios de urgencias reportan la prestación de servicios de urgencias mediante modalidad de telemedicina, principalmente bajo la categoría de telexperticia sincrónica en el 75% (n=9), seguida de la modalidad entre dos profesionales en el 25% (n=3) y de la telexperticia asincrónica en el 8,3% (n=1). En cuanto al grado de complejidad el 83,3% (n=10) corresponde a baja complejidad y el 16,6% (n=2) a mediana complejidad (Tabla 32).

Respecto a las especialidades más demandadas, se destaca psiquiatría con el 28% (n=7), seguida de pediatría y medicina interna con el 20% (n=5) cada una. Otras especialidades reportadas incluyen psicología, ginecología y obstetricia, ortopedia y traumatología 8% (n=2) cada una y finalmente medicina familiar y urgenciólogia, con el 4% (n=1) cada una.

- **Pruebas en el punto de atención (POCT)**

El 66,4% (n=75) de los servicios de urgencias disponen de "pruebas en el punto de atención del paciente" (Point of Care Testing – POCT). De los servicios que cuentan con esta oferta el 9,3% (n=7) corresponden a alta complejidad, 20% (n=15) a mediana complejidad y el 70,7% (n=53) a baja complejidad (Tabla 32).

Tabla 32. Distribución de servicios de urgencias con Telemedicina y POCT según grado de complejidad

Grado de complejidad	Total IPS	Telemedicina	% Telemedicina	POCT	% POCT
Alta	10	0	0,0	7	70,0
Mediana	21	2	9,5	15	71,4
Baja	82	10	12,2	53	64,6

Total	113	12	10,6	75	66,4

Fuente: elaboración propia.

6.2.4 Disponibilidad de elementos críticos

Frente al impacto de la sobreocupación en la disponibilidad de elementos en los últimos 12 meses, se identificó que, en los servicios de alta complejidad, el 40% (n=4) reporta afectaciones ocasionales, siendo el ascensor, rampa o sistema alternativo de elevación el elemento con mayor impacto, alcanzando un 50% (n=2) de los servicios.

En los servicios de mediana complejidad el 52,4% (n=11) reporta afectaciones ocasionales o permanentes. Entre los elementos más comprometidos, el ascensor, rampa o sistema alternativo de elevación presenta afectación permanente, con un 27,3% (n=3), mientras que el empaque o transporte de compreseros o instrumental evidencia afectaciones ocasionales, alcanzando un 54,5% (n=6) de los servicios.

Por su parte, en los servicios de baja complejidad el 40,2% (n=33) reporta afectaciones ocasionales o permanentes. Entre los elementos más comprometidos, los lavamanos presentan afectación permanente, con un 18,6% (n=6) de los servicios, mientras que la planta eléctrica muestra afectaciones ocasionales en el 51,5% (n=17) (Tabla 33).

Tabla 33. Impacto de la sobreocupación en la disponibilidad de elementos críticos por grado de complejidad del servicio de urgencias

Elemento	Alta			Mediana			Baja		
	N	O	P	N	O	P	N	O	P
Tanque de almacenamiento de agua	9	1	0	16	2	2	64	13	5
Ascensor, rampa o sistema alternativo de elevación	8	2	0	15	3	3	80	2	0
Planta eléctrica	10	0	0	14	5	2	62	17	3
Lavamanos	10	0	0	16	3	2	62	14	6
Empaque o transporte de compreseros o instrumental	9	1	0	13	6	2	65	13	4

Nota: N=Nunca, O=Ocasionalmente, P=Permanentemente
Fuente: elaboración propia.

6.2.5 Talento humano

En un turno habitual, los servicios de urgencias encuestados reportaron contar con el siguiente talento humano permanente o disponible según su grado de complejidad:

- Alta complejidad: Predomina la especialidad de medicina interna, con 19 profesionales permanentes y todos los servicios reportan contar con más de un especialista por turno. En cuanto a los especialistas en medicina de urgencias, 9 de los 10 servicios informan disponer de al menos un profesional (Tabla 34). Adicionalmente, los servicios refieren contar, en promedio, con 13 auxiliares de enfermería permanentes, 7,1 profesionales de enfermería, 7,7 médicos y 2,8 camilleros por turno. Se excluye del análisis un servicio que reportó valores en cero para todos los perfiles, a excepción de la categoría especialistas en medicina de urgencias permanente, con 5 profesionales.

- Mediana complejidad: Todos los servicios encuestados reportaron contar con más de una especialidad por turno, entre las especialidades disponibles, ortopedia se destaca como la de mayor número de profesionales permanentes, con un total de 21 especialistas, reportados por 14 servicios (Tabla 34). Así mismo, la medicina interna constituye la especialidad con mayor presencia, disponible en 15 de los 21 servicios encuestados. Otros profesionales permanentes, se reportan en promedio 9 auxiliares de enfermería permanentes, 3 profesionales de enfermería, 5,2 médicos y 1,2 camilleros por turno.

Tabla 34. Distribución del talento humano permanente (P) o disponible (D) en los servicios de urgencias según grado de complejidad.

Perfil del talento humano	Alta Complejidad		Mediana Complejidad		Baja Complejidad	
	P	D	P	D	P	D
Profesionales de Enfermería	71 (1-22)	23 (0-16	63 (1-7)	25 (0-9)	103 (0-8)	56 (0-4)
Profesionales en Fisioterapia	8 (0-3)	5 (0-2)	12 (0-3)	12 (0-3)	17 (0-2)	13 (0-2)

Profesionales en Terapia respiratoria	12 (1-2)	3 (0-2)	16 (0-2)	14 (0-3)	9 (0-2)	8 (0-1)
Profesionales en Psicología	5 (0-1)	6 (0-1)	14 (0-2)	15 (0-3)	39 (0-2)	45 (0-5)
Profesionales de Medicina	77 (3-25)	13 (0-10)	110 (1-15)	48 (0-15)	227 (1-17)	127 (0-14)
Especialistas en urgencias y emergencias	12 (0-5)	4 (0-2)	6 (0-1)	4 (0-4)	3 (0-1)	3 (0-1)
Especialistas en Pediatría	11 (0-3)	4 (0-1)	9 (0-1)	8 (0-1)	9 (0-2)	6 (0-1)
Especialistas en Medicina Interna	19 (1-8)	7 (0-2)	15 (0-1)	13 (0-2)	10 (0-2)	5 (0-1)
Especialistas en Ortopedia	8 (0-1)	5 (0-1)	21 (0-8)	14 (0-2)	9 (0-3)	4 (0-1)
Especialistas en Ginecología y Obstetricia	13 (0-6)	4 (0-2)	14 (0-2)	8 (0-1)	8 (0-4)	10 (0:2)
Especialistas en Medicina Familiar	5 (0-2)	1 (0-1)	2 (0-1)	0	3 (0-1)	4 (0-1)
Especialistas en Psiquiatría	7 (0-2)	5 (0-1)	4 (0-1)	7 (0-1)	2 (0-1)	12 (0-8)
Auxiliares de Enfermería	130 (3-50)	26 (0-21)	187 (2-22)	59 (0-30)	389 (0-44)	201 (0-18)
Camilleros	28 (1-12)	8 (0-3)	26 (0-5)	5 (0-1)	39 (0-4)	18 (0-3)

Fuente: elaboración propia.

- Baja complejidad: El 18,3% (n=15) de los servicios informan disponer de talento humano permanente en al menos una especialidad, disponible en el 17,1% (n=14) y permanentes y disponibles en el 4,9% (n=4) servicios. En promedio, cuentan con 4,7 auxiliares de enfermería permanentes, 1,3 profesionales de enfermería, 2,8 médicos, y 0,5 camilleros por turno. Se excluye del análisis un servicio que reportó valores en cero para todos los perfiles, incluidos los auxiliares de enfermería, a excepción de la categoría especialistas psiquiatría disponible, con 8 profesionales (Tabla 34).

Tabla 35. Distribución del talento humano especializado permanente (P) o disponible (D) en los servicios de urgencias según grado de complejidad

Perfil del talento humano especializado	Grado de complejidad	Permanentes			Disponibles		
		N° IPS	Total	Media	N° IPS	Total	Media

Especialistas en urgencias y emergencias	Alta	9	17	1,8	3	4	1,3
	Mediana	6	6	1	1	4	4
	baja	3	3	1	3	3	1
Especialistas en Pediatría	Alta	7	11	1,6	4	4	1
	Mediana	9	9	1	8	8	1
	baja	8	9	1,1	6	6	1
Especialistas en Medicina Interna	Alta	9	19	2,1	5	7	1,4
	Mediana	15	15	1	10	13	1,3
	baja	8	10	1,3	5	5	1
Especialistas en Ortopedia	Alta	8	8	1	5	5	1
	Mediana	14	21	1,5	11	14	1,3
	baja	7	9	1,3	4	4	1
Especialistas en Ginecología y Obstetricia	Alta	6	13	2,2	3	4	1,3
	Mediana	11	14	1,2	8	8	1
	baja	5	8	1,6	9	10	1,1
Especialistas en Medicina Familiar	Alta	3	5	1,7	1	1	1
	Mediana	2	2	1	0	0	0
	baja	3	3	1	4	4	1
Especialistas en Psiquiatría	Alta	6	7	1,2	5	5	1
	Mediana	4	4	1	7	7	1
	baja	2	2	1	5	12	2,4

Fuente: elaboración propia.

6.2.6 Referencia y contrarreferencia

En los servicios de alta complejidad se registran los valores más elevados de pacientes con solicitud diaria de remisión hacia otras instituciones, con un promedio de 34 pacientes por día. En cuanto al reporte de información, se observa variabilidad entre servicios, mientas una reporta promedio de cero (0) remisiones diarias, otra informa el número más alto de pacientes en remisión (150), de los cuales únicamente cuatro (4) son remitidos de forma efectiva, lo que equivale al 2,7%. En términos generales, del total de 335 solicitudes diarias de remisión, el 21,8% fue autorizado y egresó hacia otras instituciones.

En los servicios de mediana complejidad, el número promedio de pacientes con solicitud de remisión diaria hacia otras instituciones se situó en 8 casos. Se observa que una institución reporta el número más alto de pacientes en remisión (50), de los cuales únicamente cinco (5) son efectivamente trasladados, lo que equivale al 10% y un servicio informa un promedio de cero (0) pacientes en remisión diaria. En el resto de los servicios, el porcentaje de remisión efectiva varía entre 17,6% y 100% con promedio de 45,5%. Cabe señalar que se identificó un servicio que reportó valores decimales en el número de pacientes, motivo por el cual no fue considerado dentro del análisis.

En los servicios de baja complejidad, el promedio diario se sitúa en 7 pacientes con solicitud de remisión diaria hacia otras instituciones. Una institución reporta el número más alto de pacientes en remisión (99), de los cuales 70 son efectivamente trasladados, lo que corresponde a un 70,7%. Por otro lado, cuatro servicios informan un promedio de cero (0) pacientes en remisión diaria, mientras que seis servicios, a pesar de reportar pacientes en remisión, no logran traslados efectivos. En el resto de los servicios, el porcentaje de remisión efectiva varía entre 12,5% y 100% con promedio de 72,4%. Cabe señalar que cuatro servicios registraron valores decimales en el número de pacientes remitidos y seis servicios reportaron un número de pacientes remitidos mayor al de pacientes comentados para remisión; por lo tanto, estos casos fueron excluidos del análisis (Tabla 36).

En términos generales, para los tres grados de complejidad se reportó un 51,2% de autorización y traslado efectivo, según el número de pacientes con solicitud de remisión diaria.

Tabla 36. Distribución de pacientes con solicitud de remisión hacia otras instituciones y traslado efectivo, según grado de complejidad

Grado de complejidad	Media	Mediana	Rango	% traslado efectivo
Alta	34	5	0-150	21,8
Mediana	8	4	0-50	45,5
Baja	7	3	0-99	72,4
Total	10	4	0-150	51,2

Fuente: elaboración propia.

- **Diagnósticos o motivos de remisión más frecuentes**

Ante la pregunta "En su servicio ¿Cuáles son los diagnósticos de remisión más frecuentes?" en los servicios de alta complejidad, el de mayor frecuencia correspondió a infección de vías urinarias (30%). La pregunta era abierta por lo que no solo se reportaron diagnósticos sino también indicaciones o motivos de remisión. Las demás respuestas, tuvieron una alta dispersión (Tabla 37).

Tabla 37. Principales diagnósticos o motivos de remisión en servicios de urgencias de alta complejidad

	Diagnósticos o motivos de remisión	N°	%
1	Infección de vías urinarias	3	30
2	Embarazos de alto riesgo	1	10
3	Esquizofrenia paranoide	1	10
4	Insuficiencia respiratoria aguda	1	10
5	Manejos paliativos	1	10
6	Oftalmología	1	10
7	Traumatismos especificados	1	10
8	UCI pediátrica	1	10
Total		**10**	100

Fuente: elaboración propia.

En los servicios de mediana complejidad, los diagnósticos asociados a las remisiones presentaron una distribución variada, sin un único predominante, aunque el infarto agudo de miocardio (IAM) representó el 14,3% de los casos, siendo la principal causa identificada. Los traumatismos intracraneales y las infecciones agudas no especificadas de las vías respiratorias siguen en frecuencia, cada uno con un 9,5% (Tabla 38).

En los servicios de **baja complejidad,** el dolor abdominal mostró el mayor porcentaje de remisiones (22%), seguido del infarto agudo de miocardio (8,5%). Otros diagnósticos corresponden a causas específicas que, al presentarse con frecuencias de un caso se agruparon en una sola categoría (Tabla 39).

Tabla 38. Principales diagnósticos de remisión en mediana complejidad

	Diagnóstico	N°	%
1	Infarto agudo de miocardio	3	14,3
2	Infección aguda no especificada de las vías respiratorias	2	9,5
3	Traumatismo intracraneal	2	9,5
4	Cardiovascular	2	9,5
5	Abscesos en hígado	1	4,8
7	Dolor abdominal	1	4,8
8	Enfermedad cerebrovascular	1	4,8
9	Enfermedades cardiocerebropulmonares IAM y ECV	1	4,8
10	Episodio depresivo	1	4,8
11	Hemorragia vías digestivas	1	4,8
12	Hemotórax traumático	1	4,8
13	Hipertensión esencial (primaria)	1	4,8
14	Infección de vías urinarias	1	4,8
15	Pacientes con patologías oncológicas	1	4,8
16	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	1	4,8
17	Urolitiasis	1	4,8
Total		21	100,0

Fuente: elaboración propia.

Tabla 39. Principales diagnósticos de remisión en baja complejidad

	Diagnóstico	N°	%
1	Dolor abdominal	18	22,0
2	Infarto agudo de miocardio	7	8,5
3	Fiebre, no especificada	6	7,3
4	Fracturas	4	4,9
5	Trauma y lesiones por accidentes	4	4,9
6	Embarazos de alto riesgo	3	3,7
7	Infección aguda no especificada de las vías respiratorias	3	3,7
8	Dengue con signos de alarma	2	2,4
9	Infección de vías urinarias	2	2,4
10	Síndrome coronario agudo	2	2,4
11	0 - nunca/no aplica	3	3,7
12	Otros diagnósticos	28	34,1
	Total	82	100,0

Fuente: elaboración propia.

- **Remisiones desde otras instituciones y aquellos que ingresan sin remisión o previo aviso.**

En cuanto a las remisiones desde otras IPS, los servicios de mediana complejidad concentran el mayor número de casos, con un promedio de 7 pacientes por día. En contraste, las remisiones desde otras IPS sin previo aviso se concentran principalmente en las instituciones de alta complejidad, con un promedio de 15 pacientes diarios y una mediana de 4, presentando además el mayor rango de variabilidad, lo que sugiere que algunos servicios enfrentan picos de demanda significativos.

En cuanto a los servicios que reportaron cero remisiones desde otras IPS, se identificó un servicio de alta complejidad sin ingresos por esta vía, mientras que en mediana complejidad se registraron dos servicios sin remisiones desde otras IPS y cinco que no reportaron remisiones desde otras IPS sin previo aviso.

En baja complejidad, la proporción de servicios sin remisiones es mayor: 63 no registraron remisiones desde otras IPS y 62 no reportaron remisiones sin previo aviso. Finalmente, se excluyó del análisis un servicio de mediana complejidad con reporte de valores decimales (Tabla 40).

Tabla 40. Distribución de remisiones de pacientes desde otras IPS según grado de complejidad de los servicios de urgencias.

Tipo de remisión	Grado de complejidad	Media	Mediana	Rango
Remisiones desde otras IPS	Alta	4,2	3	0-10
	Mediana	7	5	0-20
	Baja	1,9	0	0-45
Remisiones desde otras IPS sin previo aviso	Alta	15	4	1-100
	Mediana	6,6	1	0-77
	Baja	1,8	0	0-50

Fuente: elaboración propia.

- **Autorización de las remisiones solicitadas desde el servicio de urgencias**

A nivel general, el 95% de los servicios reportan que las remisiones solicitadas desde el servicio de urgencias requieren autorización previa por parte de la EPS o EAPB. De forma paralela, el 45% de los servicios indica que, además, se solicita autorización por parte de la IPS receptora.

- **Comunicación con los CRUE**

Los principales motivos de contacto de los servicios de urgencias con el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) estuvieron relacionados con situaciones combinadas, dado que un mismo servicio seleccionó más de una opción, lo que explica que el porcentaje total supere el 100%.

Al analizar los motivos de manera individual, se identificó que en todos los niveles de complejidad el 81,4% de las comunicaciones estuvieron asociadas a escenarios de emergencias y desastres (Tabla 41). Adicionalmente, el 9,7% (n=11) de los servicios de urgencias reportaron otros motivos de comunicación con el CRUE, principalmente asociados a: dificultades para aceptación de pacientes, migrantes, reporte de sobreocupación, fallas en alguno de los equipos tecnológico que puedan afectar la operación.

Tabla 41. Motivos de comunicación entre servicios de urgencias y CRUE.

Categoría	N°	%
Emergencias y desastres	92	81,4
Casos de traslado primario	82	72,6
Casos de traslado secundario	69	61,1
Pacientes en abandono social, indocumentados o sin aseguramiento	49	43,4
Otros	11	9,7
Total	113	100

Fuente: elaboración propia.

6.2.7 Medición y monitoreo de sobreocupación

Los servicios de urgencias reportaron el uso de herramientas combinadas para medir el nivel de sobreocupación, lo que explica que el total de respuestas supere el 100%. En el análisis individual, se evidenció que la mayoría de las

instituciones realizan el monitoreo mediante sistemas de información propios (65,5%) y tableros de control del servicio (38,9%).

Por otra parte, el 13,3% (n=15) de los servicios manifestó no utilizar ninguna herramienta, todos ellos correspondientes a baja complejidad.

Adicionalmente, 12 servicios refirieron el uso de escalas estandarizadas como NEDOCS, EDWIN o EDCS, de estos, el 33,3% pertenece a servicios de alta complejidad, el 16,6% a mediana complejidad y el 50% a baja complejidad (Tabla 42).

Tabla 42. Distribución de herramientas o sistemas utilizados para medir la sobreocupación en los servicios de urgencias

Tipo de herramienta o sistema de medición de sobreocupación	Nº	%
Sistema de información propio de la institución	74	65,5
Tablero de control del servicio	44	38,9
Sistema de alertas tempranas	10	8,8
Escala NEDOCS	8	7,1
Escala EDWIN	3	2,7
Escala EDCS	1	0,9
Ninguno	15	13,3
Otro	3	2,7

Fuente: elaboración propia.

- **Principales causas o factores contribuyentes de la sobreocupación en los servicios de urgencias**

De acuerdo con los resultados obtenidos, los servicios de alta complejidad identificaron que las principales causas que contribuyen a la sobreocupación en los servicios de urgencias se concentran en factores externos al propio servicio, particularmente relacionados con las barreras de acceso a servicios ambulatorios (promedio ponderado= 4,0). En segundo lugar, se destaca la insuficiente capacidad instalada del servicio de hospitalización (3,9), seguida de la afluencia de pacientes no urgentes (3,7) y de las demoras relacionadas con la autorización de la remisión (3,7). Asimismo, la escasez de agendas médicas

en consulta externa obtuvo un promedio de 3,5, ubicándose también en el rango de acuerdo (Tabla 43).

Tabla 43. Principales causas principales causas o factores contribuyentes de la sobreocupación en los servicios de urgencias de alta complejidad.

Factores Contribuyentes	Promedio ponderado
Barreras de acceso de servicios ambulatorios	4,0
Insuficiente capacidad instalada del servicio de hospitalización	3,9
Afluencia de pacientes no urgentes	3,7
Demoras relacionadas con la autorización de la remisión	3,7
Escasez de agendas médicas en consulta externa	3,5
Baja oferta de servicios en las zonas circundantes	3,4
Demoras en el traslado de pacientes con remisión autorizada	3,0
Procesos administrativos del servicio de urgencias	2,8
Insuficiente capacidad instalada del servicio de urgencias	2,6
Déficit de profesionales	2,3
Insuficiencia de equipos, medicamentos, dispositivos o insumos	2,0

Fuente: elaboración propia.

En los servicios de mediana complejidad se mantiene concordancia con los principales factores contribuyentes señalados por los servicios de alta complejidad, aunque con un orden de prioridad distinto y exceptuando la insuficiente capacidad instalada del servicio de hospitalización.

En primer lugar, se identificó la afluencia de pacientes no urgentes (promedio ponderado= 4,3), que alcanza el mayor nivel de acuerdo dentro de este grupo. Le siguen las demoras relacionadas con la autorización de la remisión (3,8), las barreras de acceso a servicios ambulatorios (3,6) y la escasez de agendas médicas en consulta externa (3,6). Todas estas variables se ubican en el rango de acuerdo (Tabla 44).

Tabla 44. Principales causas o factores contribuyentes de la sobreocupación en los servicios de urgencias de mediana complejidad.

Factores Contribuyentes	Promedio ponderado
Afluencia de pacientes no urgentes	4,3
Demoras relacionadas con la autorización de la remisión	3,8

Barreras de acceso de servicios ambulatorios	3,6
Escasez de agendas médicas en consulta externa	3,6
Baja oferta de servicios en las zonas circundantes	3,4
Demoras en el traslado de pacientes con remisión autorizada	3,4
Insuficiente capacidad instalada del servicio de hospitalización	3,3
Insuficiente capacidad instalada del servicio de urgencias	3,1
Insuficiencia de equipos, medicamentos, dispositivos o insumos	2,2
Procesos administrativos del servicio de urgencias	2,0
Déficit de profesionales	2,0

Fuente: elaboración propia.

En los servicios de baja complejidad, la percepción general muestra una tendencia al desacuerdo respecto a que los factores planteados contribuyan de manera significativa a la sobreocupación de los servicios de urgencias, dado que la mayoría de los promedios ponderados se ubican por debajo de 3,0.

No obstante, se observa una excepción en la afluencia de pacientes no urgentes, que alcanza un promedio de 3,2 y se sitúa en el rango de neutralidad, lo que indica que los participantes no tienen una posición definida respecto a este factor como determinante de la sobreocupación.

Estos resultados sugieren que, desde la perspectiva de los servicios de baja complejidad, los factores analizados no constituyen barreras prioritarias en su dinámica de atención, a diferencia de lo reportado por las instituciones de mediana y alta complejidad (Tabla 45).

Tabla 45. Principales causas o factores contribuyentes de la sobreocupación en los servicios de urgencias de baja complejidad.

Factores Contribuyentes	Promedio ponderado
Afluencia de pacientes no urgentes	3,2
Demoras relacionadas con la autorización de la remisión	2,8
Insuficiente capacidad instalada del servicio de urgencias	2,7
Escasez de agendas médicas en consulta externa	2,6
Baja oferta de servicios en las zonas circundantes	2,5
Barreras de acceso de servicios ambulatorios	2,2

Insuficiente capacidad instalada del servicio de hospitalización	2,2
Déficit de profesionales	2,1
Demoras en el traslado de pacientes con remisión autorizada	2,0
Procesos administrativos del servicio de urgencias	2,0
Insuficiencia de equipos, medicamentos, dispositivos o insumos	1,9

Fuente: elaboración propia.

Al analizar de manera conjunta los resultados de los tres grados de complejidad, se observa una en primer lugar, la afluencia de pacientes no urgentes, con un promedio ponderado de 3,5, ubicándose en el rango de acuerdo y siendo el factor con mayor consenso entre las instituciones de diferentes niveles de complejidad. En segundo lugar, las demoras relacionadas con la autorización de la remisión presentan un promedio de 3,1, situándose en el rango de neutralidad, lo que refleja una percepción intermedia sobre su impacto en la sobreocupación (Tabla 46).

Tabla 46. Principales causas o factores contribuyentes de la sobreocupación.

Factores Contribuyentes	Promedio ponderado
Afluencia de pacientes no urgentes	3,5
Demoras relacionadas con la autorización de la remisión	3,1
Escasez de agendas médicas en consulta externa	2,8
Insuficiente capacidad instalada del servicio de urgencias	2,8
Baja oferta de servicios en las zonas circundantes	2,8
Barreras de acceso de servicios ambulatorios	2,6
Insuficiente capacidad instalada del servicio de hospitalización	2,5
Demoras en el traslado de pacientes con remisión autorizada	2,3
Déficit de profesionales	2,1
Procesos administrativos del servicio de urgencias	2,1
Insuficiencia de equipos, medicamentos, dispositivos o insumos	2,0

Fuente: elaboración propia.

- **Barreras de acceso que contribuyen a la sobreocupación en urgencias**

En los servicios de alta complejidad, los resultados evidencian estar en nivel muy de acuerdo respecto a que ciertas barreras administrativas y financieras son las principales responsables de la sobreocupación en urgencias. En particular, las demoras en las autorizaciones y trámites por parte de las EPS/EAPB obtuvieron el promedio más alto (4,7). De igual forma, la desarticulación entre prestadores (4,5) y las deudas y falta de pago a las IPS (4,5) también fueron señaladas como principales barreras lo que evidencia que los obstáculos de tipo administrativo y financieros se consideran más relevantes (Tabla 47).

Tabla 47. Barreras de acceso que contribuyen a la sobreocupación en servicios de urgencias de alta complejidad.

Barrera	Promedio ponderado
Demora en las autorizaciones y trámites por parte de la EPS/EAPB	4,7
Desarticulación entre prestadores	4,5
Deudas y falta de pago a las IPS	4,5
Insuficiencia de la red de prestadores de los aseguradores	4,4
Distancia o dificultad de transporte hacia la institución a la que se remite	4,2
Las condiciones contractuales con el pagador del servicio	4,2
Fallas en el sistema de referencia y contrarreferencia	4
Procesos de comprobación de derechos	3,4
Sobreventa de la capacidad instalada por parte de las IPS	3,4

Fuente: elaboración propia.

Dentro de las otras barreras de acceso que contribuyen a la sobreocupación, según los encuestados, se destacan aquellas relacionadas con el déficit de talento humano, ya sea por disponibilidad o contratación, así como las limitaciones en el acceso a servicios ambulatorios, en especial consultas especializadas y provisión oportuna de medicamentos.

También se mencionaron de forma reiterada las barreras geográficas, asociadas al mal estado de las vías, la baja oferta de servicios en la ruralidad y la afluencia de usuarios desde municipios del área de influencia hacia ciudades principales. Otros aspectos se relacionaron con la falta de interoperabilidad de los sistemas de información entre IPS y EAPB, la ausencia de auditoría concurrente, la falta de construcción y actualización de Guías de Práctica Clínica (GPC), la desactualización de manuales tarifarios y modalidades de contratación, así como

la débil Inspección, Vigilancia y Control (IVC) por parte de las entidades competentes.

En los servicios de mediana complejidad se evidencia un acuerdo alto respecto a que las barreras identificadas contribuyen a la sobreocupación en urgencias, ya que la mayoría de los promedios ponderados se ubican por encima de 3,5.

En estos servicios, la insuficiencia de la red de prestadores de los aseguradores es percibida como la principal barrera (4,2). Le siguen las deudas y falta de pago a las IPS (4,0) y las demoras en las autorizaciones y trámites por parte de la EPS/EAPB (3,9), manteniéndose estas dos últimas como problemáticas coincidentes con los hallazgos de los servicios de alta complejidad (Tabla 48).

Tabla 48. Barreras de acceso que contribuyen a la sobreocupación en servicios de urgencias de mediana complejidad, según los encuestados

Barrera	Promedio ponderado
Insuficiencia de la red de prestadores de los aseguradores	4,2
Deudas y falta de pago a las IPS	4,0
Demora en las autorizaciones y trámites por parte de la EPS/EAPB	3,9
Fallas en el sistema de referencia y contrarreferencia	3,8
Desarticulación entre prestadores	3,8
Las condiciones contractuales con el pagador del servicio	3,7
Distancia o dificultad de transporte hacia la institución a la que se remite	3,0
Sobreventa de la capacidad instalada por parte de las IPS	2,7
Procesos de comprobación de derechos	2,4

Fuente: elaboración propia.

En los servicios de baja complejidad se evidencia un nivel de acuerdo generalizado respecto a que las barreras identificadas contribuyen a la sobreocupación en urgencias, dado que la mayoría de los promedios ponderados se ubican por encima de 3,5. Se mantienen las tres principales barreras identificadas en otros grados de complejidad, con un orden diferente.

En primer lugar, se destacan las demoras en las autorizaciones y trámites por parte de las EPS/EAPB (4,3), seguidas de las deudas y falta de pago a las IPS

(3,9) y la insuficiencia de la red de prestadores de los aseguradores (3,9) (Tabla 49).

Al analizar de manera conjunta los resultados de los tres grados de complejidad, se evidencia una tendencia general hacia el nivel de acuerdo con relación a que las barreras planteadas contribuyen de a la sobreocupación de los servicios de urgencias, ya que la mayoría de los promedios ponderados se ubican en el rango entre 3,5 y 4,4.

De forma consistente, las principales barreras señaladas corresponden a las demoras en las autorizaciones y trámites por parte de las EPS/EAPB (4,3), seguidas de la insuficiencia de la red de prestadores de los aseguradores (4,0) y las deudas y falta de pago a las IPS (3,9) (Tabla 50).

Tabla 49. Barreras de acceso que contribuyen a la sobreocupación en servicios de urgencias de baja complejidad.

Barrera	Promedio ponderado
Demora en las autorizaciones y trámites por parte de la EPS/EAPB	4,3
Deudas y falta de pago a las IPS	3,9
Insuficiencia de la red de prestadores de los aseguradores	3,9
Las condiciones contractuales con el pagador del servicio	3,8
Fallas en el sistema de referencia y contrarreferencia	3,8
Desarticulación entre prestadores	3,8
Distancia o dificultad de transporte hacia la institución a la que se remite	3,3
Sobreventa de la capacidad instalada por parte de las IPS	3,1
Procesos de comprobación de derechos	3,0

Fuente: elaboración propia.

Tabla 50. barreras de acceso que contribuyen a la sobreocupación en servicios de urgencias.

Barrera	Promedio ponderado
Demora en las autorizaciones y trámites por parte de la EPS/EAPB	4,3
Insuficiencia de la red de prestadores de los aseguradores	4,0

Deudas y falta de pago a las IPS	3,9
Desarticulación entre prestadores	3,8
Las condiciones contractuales con el pagador del servicio	3,8
Fallas en el sistema de referencia y contrarreferencia	3,8
Distancia o dificultad de transporte hacia la institución a la que se remite	3,3
Sobreventa de la capacidad instalada por parte de las IPS	3,1
Procesos de comprobación de derechos	2,9

Fuente: elaboración propia.

- **Soluciones a la problemática de la sobreocupación.**

En los servicios de alta complejidad se evidencia un amplio nivel de acuerdo frente a las soluciones propuestas en la encuesta para la problemática de la sobreocupación, ya que los promedios ponderados oscilan entre 4,4 y 3,6. Las principales soluciones priorizadas corresponden al fortalecimiento de la atención primaria en salud – APS (4,4), seguido del fortalecimiento de los Centros de Atención Prioritarios en Salud – CAPS (4,4) y la educación a la comunidad en derechos y deberes de los pacientes (4,4) Tabla 51.

Tabla 51. Soluciones a la sobreocupación en la alta complejidad.

Solución	Promedio ponderado
Fortalecer la atención primaria en salud - APS	4,4
Fortalecer los Centros de Atención Prioritarios en Salud - CAPS	4,4
Educación a la comunidad en derechos y deberes de los pacientes	4,4
Fortalecer las redes integrales de prestación de servicios de salud	4,3
Fortalecer los procedimientos de referencia y contrarreferencia	4,3
Educación continua del talento humano para mejorar la resolutividad	4,3
Fortalecer la articulación entre prestadores, EPS/EAPB y entes territoriales	4,2
Articulación entre servicios de urgencias y las demás áreas asistenciales	4,1
Integrar telesalud y telemedicina a los servicios de urgencias	4,1
Implementar un sistema único de monitoreo y alertas tempranas	4,1
Implementar o fortalecer líneas de orientación y atención telefónica	4,0
Desarrollar un protocolo nacional de respuesta escalonada ante diferentes niveles de sobreocupación	4,0
Convenios docente – asistenciales	3,9
Fortalecer la estrategia de equipos básicos en salud (EBS)	3,8
Fortalecer el rol de los CRUE	3,6

Fuente: elaboración propia.

En los servicios de mediana complejidad se observa un nivel muy de acuerdo respecto al fortalecimiento de la articulación entre prestadores, EPS/EAPB y entes territoriales con promedio ponderado de 4,5 (Tabla 52).

Tabla 52. Soluciones a la sobreocupación en la mediana complejidad.

Solución	Promedio ponderado
Fortalecer la articulación entre prestadores, EPS/EAPB y entes territoriales	4,5
Fortalecer la atención primaria en salud - APS	4,4
Fortalecer los Centros de Atención Prioritarios en Salud - CAPS	4,3
Implementar un sistema único de monitoreo y alertas tempranas de sobreocupación	4,3
Fortalecer las redes integrales de prestación de servicios de salud	4,3
Educación a la comunidad en derechos y deberes de los pacientes	4,2
Educación continua del talento humano para mejorar la resolutividad	4,2
Fortalecer la estrategia de equipos básicos en salud (EBS)	4,1
Articulación entre los servicios de urgencias y las demás áreas asistenciales	4,1
Fortalecer los procedimientos de referencia y contrarreferencia	4,0
Desarrollar un protocolo nacional de respuesta escalonada ante diferentes niveles de sobreocupación	4,0
Convenios docente – asistenciales	4,0
Implementar o fortalecer líneas de orientación y atención telefónica	3,7
Fortalecer el rol de los CRUE	3,6
Integrar telesalud y telemedicina a los servicios de urgencias	3,5

Fuente: elaboración propia.

Las demás soluciones se encuentran en nivel de acuerdo con promedios ponderados que oscilan entre 4,4 y 3,5, como principales soluciones citamos el fortalecimiento de la atención primaria en salud – APS (4,4) y el fortalecimiento de los Centros de Atención Prioritarios en Salud – CAPS (4,3) (Tabla 52).

En los servicios de baja complejidad se evidencia un mayor número de soluciones valoradas en el nivel de muy de acuerdo, con promedios ponderados iguales o superiores a 4,5. Entre ellas se destacan el fortalecimiento de los procedimientos de referencia y contrarreferencia (4,6), la articulación entre prestadores, EPS/EAPB y entes territoriales (4,6), la educación continua del

talento humano para mejorar la resolutividad (4,6), el fortalecimiento de las redes integrales de prestación de servicios de salud (4,5) y la educación a la comunidad en derechos y deberes de los pacientes (4,5) Tabla 53.

Tabla 53. Soluciones a la sobreocupación en la baja complejidad.

Solución	Promedio ponderado
Fortalecer los procedimientos de referencia y contrarreferencia	4,6
Fortalecer la articulación entre prestadores, EPS/EAPB y entes territoriales	4,6
Educación continua del talento humano para mejorar la resolutividad	4,6
Fortalecer las redes integrales de prestación de servicios de salud	4,5
Educación a la comunidad en derechos y deberes de los pacientes	4,5
Desarrollar un protocolo nacional de respuesta escalonada ante diferentes niveles de sobreocupación	4,3
Articulación entre los servicios de urgencias y las demás áreas asistenciales	4,3
Fortalecer la atención primaria en salud - APS	4,3
Implementar un sistema único de monitoreo y alertas tempranas de sobreocupación	4,2
Fortalecer los Centros de Atención Prioritarios en Salud - CAPS	4,2
Fortalecer el rol de los centros reguladores de urgencias y emergencias (CRUE)	4,1
Convenios docente – asistenciales	4,1
Integrar telesalud y telemedicina a los servicios de urgencias	4,0
Implementar o fortalecer líneas de orientación y atención telefónica	4,0
Fortalecer la estrategia de equipos básicos en salud (EBS)	3,9

Fuente: elaboración propia.

Al analizar de manera conjunta los resultados de los tres grados de complejidad, se observa un consenso importante frente a las soluciones planteadas para mitigar la sobreocupación en los servicios de urgencias. En particular, destacan aquellas ubicadas en el nivel de muy de acuerdo, con promedios ponderados de 4,5, entre las que se encuentran: el fortalecimiento de la articulación entre prestadores, EPS/EAPB y entes territoriales, la educación continua del talento humano para mejorar la resolutividad, el fortalecimiento de las redes integrales de prestación de servicios de salud y el fortalecimiento de los procedimientos de referencia y contrarreferencia (Tabla 54).

Tabla 54. Soluciones a la problemática de la sobreocupación en servicios de urgencias.

Solución	Promedio ponderado
Fortalecer la articulación entre prestadores, EPS/EAPB y entes territoriales	4,5
Educación continua del talento humano para mejorar la resolutividad	4,5
Fortalecer las redes integrales de prestación de servicios de salud	4,5
Fortalecer los procedimientos de referencia y contrarreferencia	4,5
Educación a la comunidad en derechos y deberes de los pacientes	4,4
Fortalecer la atención primaria en salud - PS	4,3
Articulación entre los servicios de urgencias y las demás áreas asistenciales	4,2
Desarrollar un protocolo nacional de respuesta escalonada ante diferentes niveles de sobreocupación	4,2
Fortalecer los Centros de Atención Prioritarios en Salud - CAPS	4,2
Implementar un sistema único de monitoreo y alertas tempranas de sobreocupación	4,2
Convenios docente – asistenciales	4,0
Fortalecer el rol de los centros reguladores de urgencias y emergencias (CRUE)	3,9
Implementar o fortalecer líneas de orientación y atención telefónica	3,9
Fortalecer la estrategia de equipos básicos en salud (EBS)	3,9
Integrar telesalud y telemedicina a los servicios de urgencias	3,9

Fuente: elaboración propia.

- **Consecuencias de la sobreocupación**

Frente a las consecuencias de la sobreocupación, los servicios de alta complejidad reportan efectos permanentes principalmente en el aumento del tiempo de estancia hospitalaria (60%), seguido de la sobrecarga laboral (50%). En los servicios de mediana complejidad las proporciones son menores, destacándose el aumento del tiempo de estancia hospitalaria (33,3%), y en segundo lugar las demoras en el inicio de tratamientos, la sobrecarga laboral y el aumento de costos (28,6% cada una). En contraste, en la baja complejidad encontramos: pacientes que abandonaron el servicio o pidieron salida voluntaria

(11%), insatisfacción de los pacientes (9,8%), sobrecarga laboral (9,8%) y agresiones al personal de salud (9,8%), lo que evidencia una afectación más crónica y generalizada en este nivel Tabla 55.

Tabla 55. Consecuencias de la sobreocupación en los servicios de urgencias

Consecuencias	Alta			Mediana			Baja		
	N	O	P	N	O	P	N	O	P
Caídas o eventos adversos en los pacientes del servicio	2	8	0	8	11	2	69	12	1
Aumento de la morbimortalidad	3	7		12	8	1	58	21	3
Demoras en el inicio de los tratamientos de algunos pacientes	2	6	2	3	12	6	49	30	3
Aumento del tiempo de estancia hospitalaria	1	3	6	3	11	7	44	31	7
Aumento en el tiempo de espera de pacientes Triage 2	4	6	0	9	9	3	59	21	2
Pacientes que abandonaron el servicio o pidieron salida voluntaria	1	6	3	4	14	3	33	40	9
Insatisfacción de los pacientes	2	6	2	4	13	4	38	36	8
Sobrecarga laboral	1	4	5	3	12	6	48	26	8
Agresiones al personal de salud	3	4	3	4	14	3	40	34	8
Aumento de costos	1	5	4	4	11	6	41	34	7

NA: N:Nunca, O:Ocasionalmente, P:Permanentemente

Fuente: elaboración propia.

Tabla 56. Sobreocupación del servicio de urgencias y su relación con déficit de talento humano o capacidad instalada.

Déficit	Alta				Mediana				Baja			
	NA	N	O	P	NA	N	O	P	NA	N	O	P
Médicos especialistas en medicina de urgencias y emergencias	0	6	4	0	3	13	5	0	33	32	13	4
Médicos especialistas en Pediatría (Pediatras)	1	7	2	0	4	13	2	2	43	33	4	2
Médicos especialistas en Medicina Interna (Internistas)	0	6	4	0	0	17	3	1	44	31	5	2
Médicos especialistas en Ortopedia	0	7	3	0	0	16	4	1	43	32	5	2

Médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia	1	6	3	0	4	15	1	1	44	34	3	1
Médicos especialistas en Psiquiatría	0	5	5	0	7	5	6	3	43	31	5	3
Médicos especialistas en Medicina Familiar	3	7	0	0	11	7	0	3	47	29	5	1
Profesionales en Fisioterapia	1	8	1	0	2	17	2	0	41	36	4	1
Profesionales en Terapia respiratoria		7	3	0	0	18	2	1	41	34	6	1
Profesionales en Psicología	1	7	2	0	0	18	2	1	19	53	9	1
Personal para toma de muestras	0	6	2	2	1	17	2	1	9	59	10	4
Capacidad instalada en sala de hidratación	1	4	3	2	4	11	4	2	19	45	14	4
Capacidad instalada en sala de procedimientos	0	3	5	2	0	13	6	2	6	52	19	5
Capacidad instalada en sala ERA	1	5	4	0	4	11	6	0	12	48	16	6

NA: No Aplica, N:Nunca, O:Ocasionalmente, P:Permanentemente

Fuente: elaboración propia.

6.2.8 Estrategias de gestión de la sobreocupación

- **Mecanismos del servicio de urgencias para la gestión de los pacientes clasificados como triage 4 y 5.**

En términos generales, los servicios de urgencias implementan mecanismos combinados para la atención de pacientes clasificados como Triage IV y V, lo que explica que el porcentaje total de respuestas supere el 100%. Al desagregar los resultados, se observa que en todos los niveles de complejidad predomina la asignación de cita para consulta prioritaria por medicina general con el 71,7% (n=81) como principal estrategia.

En menor proporción, el 18,6% (n=21) de los servicios refirió contar con la atención en consultorio fast-track, mientras que la telemedicina se utiliza de manera marginal, reportada únicamente por un servicio (0,9%), lo que evidencia una baja adopción de modalidades innovadoras para la gestión de estos casos (Tabla 57).

Tabla 57. Mecanismos de los servicios de urgencias encuestados para la gestión de pacientes triage IV y V

Mecanismo para la gestión	Nº	%
Asignación de cita para consulta prioritaria por medicina general	81	71,7
Asignación de cita para otras consultas o servicios ambulatorios	50	44,2
Se le entrega al paciente remisión a consulta prioritaria para que la gestione con su EPS/EAPB	39	34,5
Se realiza atención médica en un consultorio que no es de urgencias (consultorio 'fast-track')	21	18,6
Se realiza atención por telemedicina	1	0,9
otro	6	5,3
Ninguno	1	0,9

Fuente: elaboración propia.

6.2.9 Sistemas de información en los servicios de urgencias

En cuanto a la disponibilidad de historia clínica electrónica (HCE), se evidenció una amplia cobertura en todos los niveles de complejidad: el 100% de los servicios de alta y mediana complejidad reportaron contar con HCE, mientras que en la baja complejidad el 96,3% (n=79) manifestó disponer de esta herramienta.

Respecto a los sistemas de información hospitalarios, en los servicios de alta complejidad, el 90% (n=9) cuenta con sistemas completamente implementados, sin que se identificaran plataformas compartidas entre instituciones. Entre los sistemas más utilizados se destacan Dinámica y Servinte. El 10% restante opera con un sistema parcialmente implementado.

En los servicios de mediana complejidad, el 57,1% (n=12) tiene sistemas completamente implementados, siendo Dinámica el más frecuente, reportado por cuatro instituciones. El 19%(n=4) dispone de sistemas parcialmente implementados y el 23,8% (n= 5)no cuenta con sistema de información o manifestó desconocerlo.

Por su parte, en los servicios de baja complejidad, el 64,6% (n=53) informó contar con sistemas completamente implementados, destacándose SIHOS (n=10) y Dinámica (n=8) entre los más comunes. El 19,5% (n=16) indicó tener

sistemas parcialmente implementados, mientras que el 16% (n=13) señaló no contar con ningún sistema de información o no conocer su existencia.

- **Conexión de los servicios de urgencias con sistemas de información nacionales**

En los servicios de alta complejidad, la mayor proporción reporta conexión con MIPRES (60%), seguido por RIPS (40%) y en menor medida SIVIGILA (20%) y SISPRO (10%). No obstante, el 30% manifestó no contar con conexión o desconocer el sistema al que acceden.

En los servicios de mediana complejidad, la conexión más frecuente se da con RIPS (47,6%), seguido por MIPRES (33,3%), SIVIGILA (28,6%) y SISPRO (28,6%). Un 19% no cuenta con acceso o lo desconoce.

Por su parte, en los servicios de baja complejidad predomina la conexión con RIPS (52,4%), SIVIGILA (42,7%) y MIPRES (40,2%); mientras que SISPRO (39%) muestra una participación considerable. Sin embargo, el 26,8% de estos servicios no reportó conexión o manifestó no saber (Tabla 58).

Tabla 58. Conexión de los servicios de urgencias con sistemas de información nacionales, según grado de complejidad

Sistema	Alta		Media		Baja	
	N°	%	N°	%	N°	%
SISPRO	1	10	6	28,6	32	39,0
RIPS	4	40	10	47,6	43	52,4
MIPRES	6	60	7	33,3	33	40,2
SIVIGILA	2	20	6	28,6	35	42,7
Ninguno de los anteriores / No sabe	3	30	4	19,0	22	26,8

Fuente: elaboración propia.

- Funcionalidades específicas para urgencias en el sistema de información

Con relación a las funcionalidades específicas de los sistemas de información para los servicios de urgencias, se observa una variabilidad importante entre los diferentes grados de complejidad:

Alta complejidad: El 50% de los servicios cuentan con reportes específicos de urgencias y el 40% con triage electrónico o clasificación digital. Solo el 20% reporta monitoreo en tiempo real de ocupación y el 10% alertas automáticas de sobreocupación. Se destaca que la mitad de los servicios (50%) dejaron la pregunta en blanco, lo que sugiere posibles limitaciones en la disponibilidad o desconocimiento del uso de estas funcionalidades (Tabla 59).

Tabla 59. Funcionalidades del sistema de información para el servicio de urgencias según grado de complejidad

Funcionalidad	Alta		Media		Baja	
	N°	%	N°	%	N°	%
Triage electrónico/clasificación digital	4	40	9	42,9	30	36,6
Monitoreo en tiempo real de ocupación	2	20	5	23,8	26	31,7
Alertas automáticas de sobreocupación	1	10	0	0,0	10	12,2
Reportes específicos de urgencias	5	50	8	38,1	28	34,1
Solo funciones básicas de consulta	0	0	2	9,5	15	18,3
No tiene módulo de urgencias	0	0	0	0,0	2	2,4
En Blanco	5	50	11	52,4	37	45,1

Fuente: elaboración propia.

Mediana complejidad: las funcionalidades más reportadas son el triage electrónico (42,9%) y los reportes específicos de urgencias (38,1%). El 23,8% cuenta con monitoreo en tiempo real de ocupación, mientras que ninguna institución señaló contar con alertas automáticas de sobreocupación. También se identifica un alto porcentaje de respuestas en blanco (52,4%) (Tabla 59)..
Baja complejidad: aunque es el nivel con mayor número de servicios, se evidencia menor desarrollo tecnológico: el 36,6% cuenta con triage electrónico, el 34,1% con reportes específicos y el 31,7% con monitoreo en tiempo real de ocupación. El 12,2% dispone de alertas automáticas de sobreocupación y el

18,3% se limita a funciones básicas de consulta. El 45,1% no reportó información (en blanco) (Tabla 59).

- **Monitoreo de indicadores en tiempo real a través del sistema de información disponible.**

El monitoreo de indicadores en tiempo real muestra un uso limitado y con heterogeneidad según el grado de complejidad:

Alta complejidad: el 50% de los servicios refieren monitorear el número de pacientes en sala de espera, el 40% la disponibilidad de camillas y los tiempos de atención por nivel de triage, y el 30% el tiempo promedio de estancia en el servicio. Ninguno reportó limitaciones en el sistema para el monitoreo en tiempo real. Sin embargo, la mitad de los servicios (50%) dejaron la pregunta en blanco, lo que evidencia vacíos de información o desconocimiento en su aplicación.

Mediana complejidad: el 42,9% monitorea el número de pacientes en sala de espera, el 38,1% el tiempo promedio de estancia y los tiempos de atención por nivel de triage, y el 33,3% la disponibilidad de camillas. No se reportaron restricciones técnicas para el monitoreo en tiempo real. Se destaca que más de la mitad (52,4%) no reportó información (en blanco).

Baja complejidad: los porcentajes de monitoreo son menores frente a los servicios de alta y mediana complejidad: 35,4% tiempo promedio de estancia en el servicio, 34,1% tiempos de atención por triage, 31,7% monitorean el número de pacientes en sala de espera y el 30,5% disponibilidad de camillas. El, el 9,8% indicó explícitamente que sus sistemas no permiten el monitoreo en tiempo real y el 47,6% no respondió la pregunta.

Tabla 60. Monitoreo de indicadores en tiempo real en el servicio de urgencias según grado de complejidad

Indicador	Alta		Media		Baja	
	N°	%	N°	%	N°	%
Número de pacientes en sala de espera	5	50	9	42,9	26	31,7
Tiempo promedio de estancia en el servicio	3	30	8	38,1	29	35,4
Disponibilidad de camillas	4	40	7	33,3	25	30,5

Tiempos de atención por nivel de triage	4	40	8	38,1	28	34,1
No permite monitoreo en tiempo real	0	0	0	0,0	8	9,8
En Blanco	5	50	11	52,4	39	47,6

Fuente: elaboración propia.

- **Reportes relacionados con el servicio de urgencias generados por el sistema actual**

Los resultados muestran que los reportes generados por los sistemas de información disponibles en los servicios de urgencias presentan una implementación parcial y con marcadas diferencias según el grado de complejidad:

Alta complejidad: el 50% genera estadísticas básicas de consultas y análisis de tiempos de atención, mientras que el 40% reporta indicadores de ocupación y flujo de pacientes. Solo el 20% produce reportes regulatorios y apenas el 10% cuenta con tableros de control en tiempo real (dashboards). La mitad de los servicios (50%) dejaron esta sección sin responder.

Mediana complejidad: el 47,6% reporta estadísticas básicas de consultas, el 33,3% análisis de tiempos de atención y el 28,6% indicadores de ocupación y reportes regulatorios. La generación de dashboards es muy limitada (9,5%). Más de la mitad (52,4%) no aportó información (en blanco).

Baja complejidad: aunque los porcentajes son similares, destacan las estadísticas básicas de consultas (47,6%), análisis de tiempos de atención (37,8%), reportes regulatorios e indicadores de ocupación (ambos con 31,7%). Solo un 20,7% utiliza dashboard en tiempo real y un 1,2% manifestó no generar reportes específicos de urgencias. Finalmente, el 52,4% no aportó información (en blanco) (Tabla 61).

Tabla 61. Reportes generados por los sistemas de información en los servicios de urgencias, según grado de complejidad

Tipo de Reporte	Alta		Media		Baja	
	N°	%	N°	%	N°	%
Estadísticas básicas de consultas	5	50	10	47,6	39	47,6

Indicadores de ocupación y flujo de pacientes	4	40	6	28,6	26	31,7
Análisis de tiempos de atención	5	50	7	33,3	31	37,8
Reportes regulatorios (Ministerio, Supersalud)	2	20	6	28,6	26	31,7
Dashboard (tablero de control) en tiempo real	1	10	2	9,5	17	20,7
No genera reportes específicos de urgencias		0		0,0	1	1,2
En Blanco	5	50	11	52,4	39	47,6

Fuente: elaboración propia.

Principales limitaciones del sistema actual para gestionar la sobreocupación en los servicios de urgencias

Los resultados muestran que las principales limitaciones de los sistemas de información varían según el grado de complejidad de los servicios de urgencias.

Alta complejidad: La mayor limitación reportada corresponde a la ausencia de alertas de sobreocupación (60%), seguida de la falta de reportes suficientes o adecuados (30%). También se identifican dificultades como personal no capacitado en el uso del sistema, problemas de conectividad y la lentitud del sistema en horas pico cada una con el 20%. Un 30% de los servicios manifestó no presentar limitaciones importantes.

Mediana complejidad: La principal dificultad señalada fue igualmente la ausencia de alertas de sobreocupación (57,1%), acompañada de presencia de sistemas obsoletos o desactualizados (33,3%), el 28,6% reportó problemas de conectividad y generación de reportes insuficientes o inadecuados generados. El 9,5% manifestó no encontrar limitaciones significativas.

Baja complejidad: Se identifican como limitaciones la ausencia de alertas de sobreocupación (39%), la falta de integración con sistemas nacionales como SISPRO/RIPS (25,6%) y la lentitud del sistema en horas pico (23,2%) principalmente. En contraste, el 25,6% de los servicios indicó no tener limitaciones importantes (Tabla 62).

Tabla 62. Limitaciones del sistema de información para la gestión de la sobreocupación en servicios de urgencias, según grado de complejidad

Principales Limitaciones	Alta		Media		Baja	
	N°	%	N°	%	N°	%
Falta de integración con sistemas nacionales (SISPRO/RIPS)	0	0	2	9,5	21	25,6
Ausencia de alertas de sobreocupación	6	60	12	57,1	32	39,0
Reportes insuficientes o inadecuados	3	30	6	28,6	13	15,9
Lentitud del sistema en horarios pico	2	20	5	23,8	19	23,2
Sistema obsoleto o desactualizado	0	0	7	33,3	11	13,4
Personal no capacitado en el uso	2	20	1	4,8	5	6,1
Falta de módulo específico para urgencias	1	10	4	19,0	6	7,3
Problemas de conectividad/internet	2	20	6	28,6	15	18,3
No hay limitaciones importantes	3	30	2	9,5	21	25,6

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a las funcionalidades consideradas como necesarias para mejorar la gestión de los servicios de urgencias por complejidad, se identificó que los grados de complejidad alto y bajo coinciden en la necesidad de contar con herramientas de sistemas de alertas tempranas de sobreocupación, seguido de monitoreo en tiempo real, sobre todo en la mediana y alta complejidad. Seguido de la necesidad en el análisis predictivo de demanda en los servicios de alta complejidad (50%) y mediana complejidad (42,9%).

Por su parte, los servicios de baja y alta complejidad concentran sus necesidades en una mayor integración con sistemas nacionales (SISPRO, RIPS, MIPRES) y otros niveles de atención. Finalmente, los servicios de baja y mediana complejidad reportan interés en el uso de herramientas de telemedicina, orientadas a incrementar la capacidad resolutiva sin necesidad de remitir pacientes (Tabla 63).

Tabla 63. Funcionalidades consideradas necesarias para optimizar la gestión de los servicios de urgencias según grado de complejidad

Funcionalidades	Alta		Media		Baja	
	N°	%	N°	%	N°	%
Dashboard (tablero de control) en tiempo real de ocupación	6	60	14	66,7	26	31,7
Sistema de alertas tempranas de sobreocupación	8	80	12	57,1	35	42,7
Mejor integración con SISPRO/RIPS/MIPRES	3	30	3	14,3	29	35,4
Análisis predictivo de demanda	5	50	9	42,9	19	23,2
Mejor sistema de triage digital	0	0	6	28,6	18	22,0
Integración con otros niveles de atención	4	40	5	23,8	21	25,6
App móvil para profesionales	1	10	3	14,3	11	13,4
Herramientas de telemedicina	0	0	3	14,3	17	20,7
Las funcionalidades actuales son suficientes	1	10	0	0,0	12	14,6

Fuente: elaboración propia.

- **APIs o capacidades técnicas del sistema para conectarse con otros sistemas**

Los datos evidencian limitaciones en las capacidades técnicas de integración de los sistemas de información de los servicios de urgencias, lo que podría restringir la interoperabilidad con otras plataformas para la atención en salud. En los tres grados de complejidad se muestra desconocimiento o falta de claridad sobre los recursos tecnológicos disponibles.

En los servicios de alta complejidad, el 30% indicó contar únicamente con tecnologías básicas, mientras que un 20% señaló que sus capacidades de integración están en desarrollo. Ningún servicio reportó el uso de APIs modernas (REST/FHIR).

En los servicios de mediana complejidad, el panorama es más heterogéneo: el 23,8% reconoció no tener capacidades de integración. Sin embargo, el 28,6% afirmó disponer de APIs modernas y el 19% solo cuenta con tecnologías básicas. Un 4,8% reportó que las capacidades se encuentran en desarrollo.

En los servicios de baja complejidad, predominan las limitaciones: el 31,7% manifestó no tener ninguna capacidad de integración. Un 7,3% reportó contar con APIs modernas, mientras que el 9,8% se limita a tecnologías básicas y el 14,6% indicó que las capacidades están aún en desarrollo (Tabla 64).

Tabla 64. Capacidades técnicas de integración de los sistemas de información en los servicios de urgencias según grado de complejidad

APIs o capacidades técnicas	Alta		Media		Baja	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sí, APIs modernas (REST/FHIR)	0	0	6	28,6	6	7,3
Sí, tecnologías básicas	3	30	4	19,0	8	9,8
En desarrollo	2	20	1	4,8	12	14,6
No tiene capacidades de integración	0	0	5	23,8	26	31,7
No sabe	5	50	7	33,3	30	36,6

Fuente: elaboración propia.

6.2.10 Limitaciones de la encuesta

Se ha descrito que, con el tiempo, el personal de urgencias puede acostumbrarse a la sobreocupación y reconocerla en los momentos de mayor estrés, por ejemplo, al realizar reanimaciones, o cuando aumenta la presión de pacientes, ambulancias, prensa, entre otros (13). Razón por la cual, los resultados de la encuesta podrían tener una variabilidad relacionada con el momento en que fue respondida por cada persona.

Lo anterior se relaciona con una tercera limitación y es que las preguntas tipo Likert pueden ser dependientes del momento del día en el que se respondan, que no será el mismo para todos los encuestados (13).

Otro aspecto por destacar fue la necesidad de contactar directamente a los líderes de los servicios de urgencias de cada institución, o a delegados con

acceso a la información requerida, para garantizar el adecuado diligenciamiento voluntario de la encuesta. Durante este proceso se evidenció que algunos correos electrónicos y números telefónicos registrados en el REPS estaban desactualizados, lo que hizo necesario implementar estrategias adicionales de verificación y actualización de directorios, con el fin de asegurar el cumplimiento de la muestra calculada.

En el análisis se excluyeron algunos reportes, ya que ciertos servicios no diligenciaron la información en ciertas variables o lo hicieron de manera inconsistente (por ejemplo, con valores extremos o el uso de decimales en campos que no los permitían). Adicionalmente, algunas instituciones manifestaron de manera expresa su decisión de no participar en el estudio, lo que constituyó una limitación adicional.

Finalmente, fue necesario volver a contactar a los 113 encuestados para incluir tres preguntas relacionadas con los tiempos de espera desde el triage hasta la atención en los casos I, IV y V, dado que inicialmente solo se habían consultado los triages II y III, que cuentan con tiempos definidos en la Resolución 5596 de 2015 y la Resolución 256 de 2016. No obstante, considerando lo dispuesto en el Auto 584 de 2022 de la Corte Constitucional, que ordena la medición de los tiempos de espera en todos los niveles de triage, se incorporaron estas nuevas preguntas. Se recibieron 102 respuestas, lo cual asegura el cumplimiento de los requerimientos mínimos de la muestra.

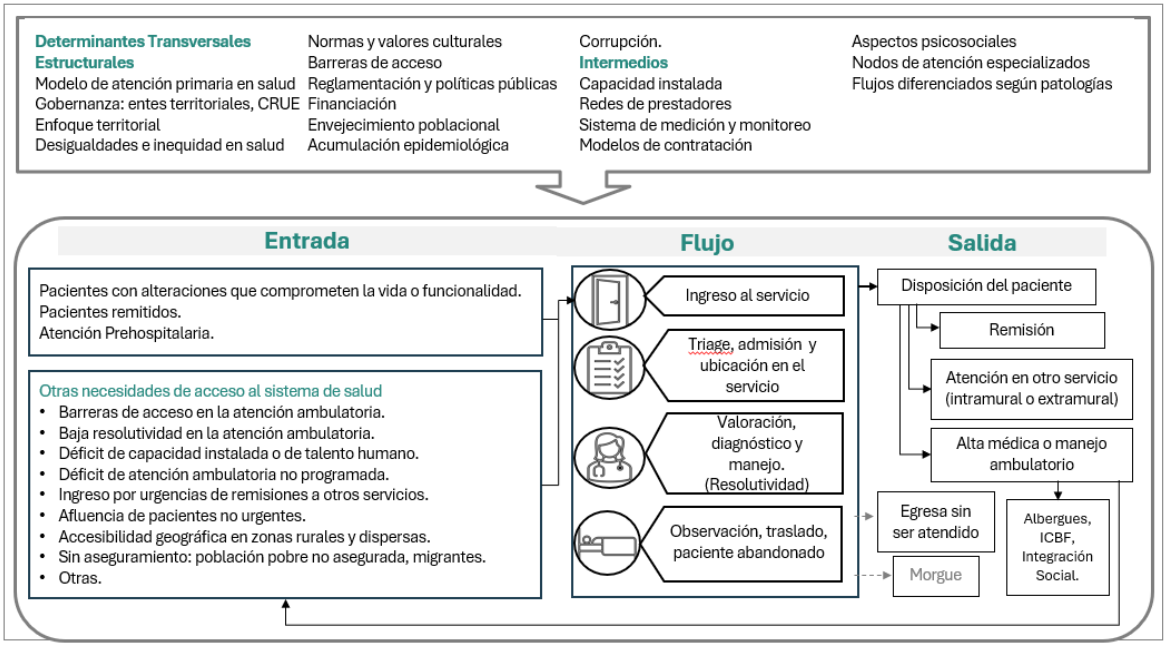
6.3 Modelo conceptual de la sobreocupación de urgencias en Colombia

En la sección 4.1 se presentó el modelo conceptual de Asplin y cols (12) que orientó el diseño teórico y metodológico de estudio; sin embargo, a medida que se avanzó en la comprensión de los determinantes de sobreocupación en el contexto colombiano se hizo necesaria una adaptación de este modelo a la realidad nacional (Figura 42). En esta sección, se presenta el modelo conceptual propuesto para representar la sobreocupación de los servicios de urgencias en Colombia, según los resultados de esta investigación.

La principal diferencia con el modelo original está en que la propuesta se reconoce el servicio de urgencias como un ámbito independiente, pero a la vez interdependiente con los demás servicios y procesos del sistema de salud. Las

autoras consideramos necesario hacer explícitos los determinantes transversales, de índole estructural (propios de la estructura social o del sistema de salud) e intermedios (relacionados con modelos de organización, operación y relacionamiento entre actores del sistema de salud), que modifican la ocupación de urgencias y las dinámicas de entrada, flujo y salida.

Figura 42. Modelo conceptual de la sobreocupación en urgencias en Colombia



Fuente: elaboración propia a partir de traducción y adaptación de Asplin y cols. (11), y de los resultados de esta investigación.

6.3.1 Determinantes transversales

Hacen referencia a los determinantes que circunscriben el contexto político y socioeconómico en el que se distribuye de manera desigual los recursos en salud, generando impacto a nivel local y modificación en las dinámicas de atención en los servicios, específicamente en urgencias (las fases de entrada, el flujo y la salida). Los determinantes transversales incluyen los aspectos estructurales que abarcan las políticas públicas, cultura, valores sociales, las cualidades del sistema de salud y la gobernanza que limitan el acceso, disponibilidad y oportunidad de la atención en salud. Los elementos intermedios abordan los servicios y recursos de las EAPB, aspectos psicosociales y modelos de contratación (2,78).

Para el caso colombiano, producto de la caracterización realizada se agregaron los siguientes elementos estructurales e intermedios, como determinantes transversales de la sobreocupación de los servicios de urgencias:

Determinantes estructurales:

- Modelo de atención primaria en salud
- Gobernanza: entes territoriales, CRUE
- Enfoque territorial
- Desigualdades e inequidad en salud
- Normas y valores culturales
- Barreras de acceso
- Reglamentación y políticas públicas
- Financiación
- Envejecimiento poblacional
- Acumulación epidemiológica
- Corrupción.

Determinantes intermedios:

- Capacidad instalada.
- Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS).
- Modelo de transporte asistencial en el contexto del sistema de emergencias médicas.
- Modelos de contratación entre pagadores y prestadores.
- Aspectos psicosociales.
- Existencia de nodos o grupos de prestadores especializados en patologías como accidente cerebrovascular.
- Disponibilidad de flujos diferenciados de atención según patologías.

6.3.2 Fase de entrada

Esta fase representa los motivos que inducen al paciente a consultar al servicio de urgencias (eventos, lesiones o enfermedades que comprometen la vida o la funcionalidad), mediante la atención prehospitalaria, consultas directas o por remisión y que pueden afectar la ocupación en urgencias superando la capacidad del servicio. Otras necesidades de acceso, identificadas en la caracterización hicieron visible los siguientes determinantes de sobreocupación, en el contexto colombiano:

- Barreras de acceso en la atención ambulatoria.
- Baja resolutividad en la atención ambulatoria.
- Déficit de capacidad instalada o de talento humano.
- Déficit de atención ambulatoria no programada.
- Ingreso por urgencias de remisiones a otros servicios.
- Afluencia de pacientes no urgentes.
- Accesibilidad geográfica en zonas rurales y dispersas.
- Sin aseguramiento: población pobre no asegurada, migrantes.

En el contexto colombiano, se relacionan con el marco reglamentario y jurisprudencial en los que es obligatoria la atención en urgencias de la totalidad de pacientes que allí consulten, como una de las directrices para la garantía del derecho fundamental a la salud

La falta de mecanismos eficientes para redirigir o resolver los casos ambulatorios que ingresan a urgencias con condiciones no urgentes puede contribuir a la saturación y desbordar las capacidades de respuesta del servicio (12,29,33). Lo anterior se relaciona con que, a diferencia de los demás servicios de salud, a los de urgencias se puede acceder sin necesidad de agendamiento ni autorización durante las 24 horas del día; esto, sumado a que las urgencias suelen gozar de prestigio y reconocimiento social, dada su capacidad resolutiva, y a la imposibilidad normativa de rechazar las solicitudes de atención aunque estas no siempre correspondan a urgencias médicas, hace que allí se reciba la demanda que se acumula por dificultades de acceso o limitaciones en la capacidad de respuesta de los sistemas de salud.

Esta entrada aumentada de casos puede redundar en una menor capacidad de respuesta de los servicios con impacto en su calidad, con una "relación inversa entre la presión asistencial y la calidad de los servicios de urgencias" (30), pues a mayores volúmenes de entrada de pacientes y mayor congestión de estos servicios, menor será la oportunidad, la capacidad resolutiva y, en general, la calidad de la atención.

Así, las gestiones que busquen reducir la sobreocupación deben abarcar la entrada o input mediante alternativas que disminuyan la demanda de atención (23), esto no incluye controlar en el ingreso que podrían afectar la garantía del derecho fundamental a la salud.

Cuando las urgencias actúan como una puerta de entrada eficiente para los pacientes no urgentes su atención también puede sobrecargar otras áreas de atención como las de laboratorio y apoyo diagnóstico, que recibirán tanto los pacientes no urgentes que son programados en el agendamiento ambulatorio como los pacientes no urgentes referidos desde los servicios de urgencias, pudiendo así aumentar las dificultades de acceso oportuno de otros pacientes ambulatorios a éstas; de igual forma, en estos servicios diagnósticos y de apoyo terapéutico puede disminuir la respuesta oportuna a las solicitudes hechas desde los servicios de urgencias retrasando la conducta final en algunos pacientes. En efecto, el monitoreo a los servicios de urgencias del país de la Defensoría del Pueblo documentó esperas de hasta 3 días para la realización de exámenes médicos en estos pacientes (3).

Lo que significa que, si a nivel del sistema de salud no se gestionan adecuadamente estos determinantes, en su totalidad se convertirán en ingresos al servicio que presionarán las dinámicas del flujo del servicio.

6.3.3 Fase de Flujo

Esta fase involucra elementos que puedan afectar el ciclo de atención general del servicio de urgencias (abarcado en la sección 4.1), los tiempos de atención y la ubicación en las áreas del servicio (observación, salas, el ambiente de transición). Esta fase puede verse afectada por el represamiento de la distribución física del servicio de urgencias, la proporción inadecuada de personal médico y de enfermería, la falta de cohesión entre los equipos de atención, la falta de capacidad resolutiva del personal a cargo, el uso ineficiente de pruebas diagnósticas, retrasos en la toma de métodos diagnósticos, la falta de accesibilidad a la información clínica, la falla en la efectividad de los sistemas de comunicación, la falta oportuna en la disponibilidad de consultas especializadas y los pacientes en condición de abandono. Esta fase finaliza cuando se ordena la hospitalización, la remisión o el alta médica.

En Colombia, una vez el paciente cruza la puerta de ingreso al servicio de urgencias, se realiza la clasificación de triage según los cinco niveles establecidos en la Resolución 5596 de 2015 (11) y, a continuación, la totalidad de los pacientes deben tener la garantía de una atención inicial; en triage I esta atención debe ser inmediata, en triage II debe ser antes de 30 minutos. En triage III no se tiene delimitada una temporalidad, pero la atención debe ser en

el servicio de urgencias. Esta resolución también obliga a los servicios de urgencias a publicar en un lugar visible sus tiempos promedio de atención (aplica para los triage III al V).

Los casos clasificados en triage V pueden tener una condición aguda o crónica que no evidencia deterioro ni compromiso del estado general, y sin un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad. Sin embargo, es necesario asegurar una atención oportuna para prevenir complicaciones o secuelas, lo que significa que el servicio de urgencias debe prever su atención *in situ* o contar con procedimientos para que el paciente sea atendido oportunamente en otros servicios o ámbitos del sistema de salud.

La Defensoría del Pueblo realizó un monitoreo a los servicios de urgencias del país, donde documentó la sobreocupación como fenómeno general, la espera para recibir atención en triage osciló entre 1 minuto y 9 horas, con un 6% de pacientes en espera de recibir esta valoración, 43% de pacientes esperando la atención médica, y 25% pendientes de valoración médica con resultados; además, el tiempo de espera para recibir atención médica después del triage fue inmediata o hasta de 2 días en el caso de las IPS de mediana y alta complejidad (3). Además, el 71,9% de los pacientes consultaron por síntomas agudos y 6,7% correspondieron a reingresos por seguir sintiéndose enfermos, mientras que el 19,9% consultó a urgencias por síntomas relacionados con una enfermedad crónica y 1,5% consultó porque no había logrado comunicación con la EPS o porque se le terminaron los medicamentos. Además, en la clasificación de triage, el 10% correspondió a pacientes sin urgencia (3).

6.3.4 Fase de salida

Abarca los determinantes que pueden afectar la finalización de la atención en el servicio de urgencias y represar la disposición final del paciente, si no se operativiza con prontitud la orden posterior a la conducta médica; entre ellos:

- Remisión hacia otra IPS
- Atención en otro servicio (intramural: hospitalización, salas de cirugía, UCI o extramural: hospitalización o atención domiciliaria)
- Alta médica
- Atención ambulatoria (consulta externa, consulta prioritaria)

- El egreso hacia instituciones sociales como albergues, instituciones del ICBF y de Integración Social.
- Los trámites con destino a la morgue o a Medicina Legal, por el fallecimiento del paciente

Otro evento no esperado es que el paciente egrese sin ser atendido.

En el monitoreo de la Defensoría del Pueblo, el 9,8% de los encuestados contaba con una remisión y estaban esperando su traslado; de estos, el 11,6% había esperado más de 10 días, el 16,2 % entre 3 y 10 días, y el 30,7 % entre 1 y 3 días, incluyendo casos de accidentes de tránsito, y con mayores esperas en las entidades públicas, en las de alta complejidad, y con diferencias según la EAPB (3). Entre las razones para no haber realizado el traslado se incluyeron la falta de autorización o su demora, no aceptación del paciente, pagos pendientes o agotamiento de coberturas, falta de disponibilidad de camas, servicios o especialidades, falta de red de prestadores o su desconocimiento por la central de referencia, dispersión geográfica y sobredemanda de servicios (3).

7. Conclusiones y recomendaciones

Los resultados de este estudio permiten concluir y recomendar que:

- En Colombia, la cantidad de servicios de urgencias habilitados, su distribución regional y departamental, y la razón de servicios de urgencias por millón de habitantes han tenido cambios mínimos en la última década. Asimismo, entre 2018 y 2025, a nivel nacional, se documentaron más aperturas que cierres definitivos de servicios de urgencias, con las cifras más altas de cierres en 2018 y 2019. De igual manera, entre 2020 y 2025, se documentaron más aperturas que cierres definitivos de consultorios, camillas de adultos y pediátricas, y sillas en ambiente de transición; con números bajos de cierres en todos estos años. Por lo tanto, no existe evidencia para hablar de cierres masivos de servicios de urgencias en los años recientes, y se refuta que la problemática actual de sobreocupación responda a cierres masivos de servicios de urgencias.

- La razón nacional promedio de servicios de urgencias por millón de hb pasó de 32,7 en 2019 a 35,2 en 2025; teniendo en cuenta que el total de servicios

se ha mantenido estable es posible que el cambio se explique mejor por los cambios demográficos del país.

- La región Central (Bogotá, Cundinamarca y Meta) está por debajo de las demás regiones en el número total de servicios de urgencias, y muy por debajo en la razón de estos servicios por 100.000 habitantes (15,8 servicios por millón de habitantes). Adicionalmente, cuando se entra al detalle departamental, Bogotá, Valle del Cauca y Antioquia ocupan las últimas posiciones en su razón de servicios por millón de habitantes. Por lo que debe considerarse el fortalecimiento en la capacidad instalada de estos territorios, con base en análisis de morbimortalidad y geográficos que ubiquen las mayores distancias de las poblaciones desde su vivienda o desde los sitios con las mayores accidentalidades hasta el servicio de urgencias más cercano.

- En este estudio se documentaron desigualdades y amplios rangos interdepartamentales en el número total de consultorios de urgencias [3 – 546], y en su razón por 100.000 hb [4,71 – 16,08]. La menor razón de consultorios de urgencias por 100.000 hb la tienen Vichada, La Guajira, Cauca y Cundinamarca. La menor razón de consultorios de urgencias de alta complejidad por 100.000 hb, la tienen Córdoba, Putumayo, Bolívar, Antioquia y Nariño; la menor razón de consultorios de urgencias de mediana complejidad por 100.000 hb incluye a Chocó, Cauca, Norte de Santander y Bogotá; y la menor razón de consultorios de urgencias de baja complejidad por 100.000 hb la tienen San Andrés, Boyacá, La Guajira, Vichada y Bogotá. Estas desigualdades entre departamentos y las heterogeneidades en un mismo departamento según el grado de complejidad ameritan análisis departamentales más específicos, pero también indican la necesidad de un plan nacional de infraestructura de urgencias dirigido al cierre de las brechas de acceso que puede tener una misma persona al sufrir una urgencia en dos territorios distintos del país.

- La situación fue similar en las camillas de observación de adultos (mujeres y hombres), con un rango más amplio en el total de estas [3-922 por departamento] y en su razón por 100.000 hb mayores de 18 años [12 – 100 por departamento]. La razón de estas camillas por 100.000 hb mayores de 18 años presentó sus valores más bajos en Vichada, Vaupés, Bogotá, Cundinamarca y Boyacá, con patrones heterogéneos al desagregar por grado de complejidad, que difieren de los encontrados en el caso de los consultorios. Así, en la alta complejidad las razones más bajas de camillas

de observación de adultos por 100.000 hb mayores de 18 años se ubicaron en Córdoba, La Guajira y Cundinamarca; en la mediana complejidad se ubicaron en Vichada, Bogotá, Cauca y Norte de Santander; y en la baja complejidad los más bajos fueron Vaupés, Bogotá, Boyacá, Vichada y Guaviare. Y solo 23 departamentos tienen camillas de observación de adultos habilitadas en alta complejidad. Esto refuerza la conclusión del punto anterior y, además, si se tienen en cuenta los hallazgos del "Informe de los resultados de consultas y entrevistas con actores clave" que hace parte de este proyecto, en el que se describen las heterogeneidades en la gestión de los diferentes CRUE del país así como las debilidades de articulación en las redes de prestadores, ponen de presente que más allá de un aumento indiscriminado de capacidades es mandatorio que el plan nacional de infraestructura de urgencias propuesto se armonice con una estrategia de articulación territorial de los servicios de urgencias existentes en la que se garantice que, más allá de las fronteras geográficas, en todos los territorios se tenga la posibilidad de acceder oportunamente a la camilla de observación o al servicio de urgencias de alta, mediana o baja complejidad más cercanos e idóneos según la necesidad, en caso de urgencia.

- Las cifras de las camillas de observación pediátrica son más bajas que las de adultos, tanto en el total [0 – 504 por departamento] como en la razón nacional promedio por 100.000 hb de 0 a 18 años [0 – 68 por departamento] y según el grado de complejidad. La razón de estas camillas por 100.000 hb de 0 a 18 años presentó sus valores más bajos en Vaupés, Vichada, Cundinamarca y Guainía, con patrones heterogéneos al desagregar por grado de complejidad, que difieren de los encontrados en el caso de los consultorios. Así, en la alta complejidad las razones más bajas de estas camillas se ubicaron en Nariño, Bolívar, Putumayo, y Córdoba; en la mediana complejidad se ubicaron en Vichada, Norte de Santander, Cauca y Chocó; y en la baja complejidad los más bajos fueron Vaupés, Guaviare, Guainía, Bogotá, Vichada y La Guajira. Destacó la ausencia de camillas de observación pediátrica en Vaupés y la ausencia de estas camillas de alta complejidad en Guaviare. Es necesario agregar análisis de morbimortalidad con énfasis en los picos respiratorios para estimar la suficiencia o insuficiencia de estas cifras. Sin embargo, nuevamente se encontraron heterogeneidades en cuanto a los departamentos con las mejores y peores cifras que, aunque guardan algunas similitudes, no concuerdan plenamente con las documentadas en el caso de los consultorios y camillas de adultos, y que refuerzan la recomendación de una planeación nacional de infraestructura

de urgencias armonizada con los análisis territoriales de situación salud y con el prerrequisito de haber optimizado la gestión de la capacidad instalada existente.

- En comparación con los consultorios y camillas, las sillas en ambiente de transición se caracterizan por estar presentes en un menor número de departamentos. La apertura de este tipo de sillas, que deben ser reclinables y escualizables, se debe considerar al diseñar la estrategia de gestión de la sobreocupación en urgencias.

- La proporción nacional de servicios de urgencias con telemedicina es muy baja, con un total de 47 servicios distribuidos en 17 departamentos, la mayoría en la modalidad de prestador remisor (31 servicios ubicados en 11 departamentos). Se concluye una importante oportunidad de reforzamiento de capacidades nacionales en este tipo de tecnologías dada su capacidad para descongestionar las urgencias mediante atención remota sincrónica o asincrónica.

- Dadas las desigualdades descritas entre departamentos y regiones en la capacidad instalada para la atención de urgencias, para mitigar la sobreocupación se hace necesario un abordaje diferencial territorial y por grado de complejidad, centrando esfuerzos en las zonas con menor disponibilidad relativa y según las necesidades de la población.

- La ausencia de servicios de urgencias de alta complejidad en buena parte de la Amazorinoquía (Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada) junto con Meta, Arauca, Casanare, San Andrés y Providencia, y Chocó refleja desigualdades territoriales históricas que el país necesita resolver, ya que se hacen críticas cuando las personas presenten urgencias médicas que requieran una atención oportuna de alta complejidad.

- También es necesario planear fortalecimientos de capacidad instalada en los departamentos con las peores coberturas poblacionales potenciales (estimadas según la razón por 100.000 hb de servicios y consultorios de urgencias, camillas y sillas en ambiente de transición). Además de lo mencionado en el punto anterior, se recomienda:

- Fortalecer la capacidad instalada en urgencias de alta complejidad en: Antioquia, Bolívar, Cauca, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Nariño y Putumayo.
- Fortalecer la capacidad instalada en urgencias de mediana complejidad en: Bogotá, Cauca, Cundinamarca, Chocó, Huila y Norte de Santander.
- Fortalecer la capacidad instalada en urgencias de baja complejidad en: Bogotá, Boyacá, Cundinamarca, La Guajira y Risaralda.

- Para lo anterior, es importante que en cada departamento se agreguen análisis de morbimortalidad y de los tiempos y las distancias entre sus poblaciones y los servicios de urgencias más cercanos o accesibles, para impulsar aperturas que también reduzcan brechas de accesibilidad geográfica.

- Aunque en todas las regiones del país hay una mayor proporción de servicios públicos que privados, y una mayoría de servicios de baja complejidad, las diferencias entre los servicios de alta complejidad (77% privados), los de mediana (48% privados) y los de baja (11% privados) sugieren que las dinámicas de capacidad instalada reflejan dinámicas de mercado y no necesariamente de planeación territorial en salud.

- Los resultados de la encuesta a servicios de urgencias señalan que, en todos los grados de complejidad, los pacientes triage III pueden ser los de mayor demanda, por lo que estos deben ser objeto de atención al diseñar una estrategia de gestión y control de la sobreocupación.

- El análisis de la información recolectada a través de las encuestas a servicios de urgencias muestra que la sobreocupación es una problemática común de todos los grados de complejidad, aunque con características particulares en cada uno. En los servicios de alta complejidad, según los encuestados, se relaciona principalmente con barreras de acceso a servicios ambulatorios, insuficiente capacidad instalada en hospitalización y la afluencia de pacientes no urgentes. En la mediana complejidad, los factores más relevantes son la afluencia de pacientes no urgentes, las demoras en la autorización de remisiones y las limitaciones en el acceso a servicios ambulatorios. En la baja complejidad, predomina la presión asistencial asociada a la alta demanda de pacientes no urgentes, la insuficiente

capacidad del servicio de urgencias y las demoras en autorizaciones. En conjunto, estos hallazgos evidencian que la sobreocupación trasciende las dinámicas internas de cada servicio y responde también a deficiencias estructurales del sistema de referencia y contrarreferencia, así como el acceso a los servicios ambulatorios, lo que demanda estrategias de gestión y coordinación interinstitucional.

- La prestación de servicios de urgencias mediante modalidad de telemedicina se encuentra aún en una fase incipiente, con una baja adopción reportada en el 10,6% de los servicios, lo que refleja un amplio potencial de mejora para descongestionar los servicios de urgencias y garantizar atención oportuna principalmente en escenarios de baja complejidad.

- Por su parte, la implementación de POCT como apoyo diagnóstico en urgencias muestra una disponibilidad aun limitada, lo que restringe la capacidad de los servicios para optimizar tiempos de atención, reducir la permanencia de pacientes y facilitar decisiones clínicas tempranas. En conjunto, ambos hallazgos evidencian la necesidad de fortalecer la incorporación de tecnologías en salud que respalden la resolución de casos de baja complejidad y permitan agilizar los procesos diagnósticos y terapéuticos, contribuyendo a una mejor gestión de la sobreocupación.

- En cuanto al estándar de talento humano, se resalta que los servicios de mediana y baja complejidad cuentan con especialistas permanentes para la atención en urgencias, aun cuando la norma de habilitación no lo exige en baja complejidad y, en mediana solo demanda disponibilidad conforme a la documentación de procesos prioritarios. En mediana complejidad destaca la presencia de medicina interna, reportada en un 50% a 70% de los servicios encuestados, mientras que en baja complejidad sobresale la especialidad de pediatría, presente en el 10% de los servicios. Asimismo, pese a que la norma establece la exigencia de contar con profesionales especialistas en medicina de urgencias o medicina familiar, esta última especialidad presenta la menor disponibilidad en todos los grados de complejidad, con proporciones que oscilan entre el 3% en baja complejidad, el 9,5% en mediana y el 30% en alta complejidad.

- Los reportes generados más frecuentes son de carácter básico (consultas, tiempos de atención, ocupación), mientras que el uso de herramientas avanzadas como dashboards en tiempo real es aún muy incipiente, sobre

todo en servicios de mediana y baja complejidad. El alto porcentaje de respuestas en blanco en todos los niveles refleja una brecha significativa en la apropiación y aprovechamiento de los sistemas de información para la gestión de urgencias, lo cual limita la capacidad de monitoreo y toma de decisiones oportunas. Igualmente predomina la falta de indicadores homogéneos y de protocolos claros para medir la sobreocupación.

- Los datos evidencian que, aunque la mayoría de los servicios de urgencias han incorporado mecanismos de monitoreo de la sobreocupación, persiste una marcada heterogeneidad en las metodologías utilizadas. El predominio del uso de sistemas de información propios (65,5%) muestra que muchas instituciones han desarrollado herramientas internas, probablemente adaptadas a sus flujos operativos, pero con limitaciones en estandarización y comparabilidad. En contraste, la ausencia total de herramientas en el 13,3% de los servicios representa un riesgo, al comprometer la detección temprana de situaciones críticas y retrasar la adopción de medidas de gestión.

- En cuanto a la información generada, los reportes más frecuentes corresponden a indicadores básicos (consultas, tiempos de atención, ocupación), mientras que el uso de herramientas avanzadas como tableros de control (dashboards) en tiempo real sigue siendo incipiente, especialmente en servicios de mediana y baja complejidad. El alto porcentaje de respuestas en blanco en todos los niveles de complejidad refleja una brecha significativa en la apropiación y aprovechamiento de los sistemas de información, lo que limita la capacidad de monitoreo continuo y la toma de decisiones oportunas. Finalmente, se resalta la ausencia de indicadores homogéneos y protocolos estandarizados para medir la sobreocupación, aspecto que dificulta el seguimiento integral y comparativo del desempeño entre instituciones.

Otras recomendaciones:

- Diseñar e implementar un sistema nacional estandarizado de reporte y medición de la sobreocupación en urgencias, con indicadores homogéneos y comparables entre niveles de complejidad, que permita el monitoreo en tiempo real, el reporte de novedades y la ubicación oportuna de pacientes acorde con sus necesidades de acceso a los servicios. Este sistema debe impulsar la adopción de estándares de interoperabilidad (ej. FHIR, REST) en

todos los niveles, con acompañamiento técnico y financiero desde el nivel central.

- Fortalecer las estrategias de gestión preventiva para mitigar la sobreocupación, incluyendo la implementación de programas de hospitalización en casa, asignación de citas prioritarias ambulatorias efectivas para pacientes triage IV y V, dentro de las primeras 24 y 72 horas respectivamente, acciones en articulación de procesos de coordinación interinstitucional (prestador, asegurador y entidad territorial) que optimicen el flujo de pacientes dentro de la red asistencial.

- Fortalecer las estrategias de gestión preventiva para mitigar la sobreocupación, incorporar programas de hospitalización en casa, asignación efectiva de citas ambulatorias prioritarias para pacientes clasificados en triage IV y V —dentro de las primeras 24 y 72 horas respectivamente—, así como los procesos de coordinación interinstitucional entre prestadores, aseguradores y entidades territoriales, orientados a optimizar el flujo de pacientes en la red asistencial

- Promover la ampliación del uso de telemedicina en los servicios de urgencias, particularmente en escenarios de baja complejidad, como una herramienta para descongestionar la demanda, mejorar la oportunidad en la atención y facilitar la resolución de casos que no requieren atención presencial inmediata.

- Impulsar la implementación progresiva de pruebas diagnósticas en el punto de atención (POCT) en los servicios de urgencias, con el fin de optimizar los tiempos de diagnóstico, reducir la permanencia innecesaria de pacientes y favorecer la toma temprana de decisiones clínicas.

Referencias

1. Burkholder TW, Hill K, Calvello Hynes EJ. Developing emergency care systems: a human rights-based approach. Bull World Health Organ. 1 de septiembre de 2019;97(9):612-9.
2. Organización Mundial de la Salud. 72a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra; 2019.
3. Defensoría del Pueblo. Derecho a la Salud Monitoreo a los servicios de urgencias de IPS en Colombia. 2020 p. 145.
4. Comité de derechos económicos, sociales y culturales. Observación general N° 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas; 2000.
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 412. Por el cual se reglamentan parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones. 1992.
6. Congreso de la República de Colombia. Ley 1751. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la. salud y se dictan otras disposiciones. [Internet]. 2015. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley 1751 de 2015.pdf
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3100. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. 2019.
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud. Resolución 3100. Anexo técnico. 2019.
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2718. Por la cual se establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de/a Unidad de Pago por Capitación (UPC). 2024.
10. Corte Constitucional de Colombia. Auto 584. 2022.
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5596. Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias «Triage». 2015.
12. Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, Solberg LI, Lurie N, Camargo CA. A conceptual model of emergency department crowding. Ann Emerg Med. agosto de 2003;42(2):173-80.
13. Castro Canoa, Jenny A., Cohen Olivella, Eliecer, Lineros Montañez, Alberto, Sánchez-Pedraza, Ricardo. Escala NEDOCS para medir congestión en urgencias: Estudio de Validación en Colombia [Internet]. [Bogotá, D. C.]: Universidad del rosario; 2010. Disponible en: https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/e4b5cc9c-3ea7-46f8-9558-007ff40ef115/content
14. GAO. Hospital Emergency Departments. Crowded Conditions Vary among Hospitals and Communities [Internet]. 2003. Report No.: GAO-03-460. Disponible en: https://www.gao.gov/products/gao-03-460
15. Sartini M, Carbone A, Demartini A, Giribone L, Oliva M, Spagnolo AM, et al. Overcrowding in Emergency Department: Causes, Consequences, and Solutions—A Narrative Review. Healthcare. 25 de agosto de 2022;10(9):1625.

16. Di Somma S, Paladino L, Vaughan L, Lalle I, Magrini L, Magnanti M. Overcrowding in emergency department: an international issue. Intern Emerg Med. marzo de 2015;10(2):171-5.
17. Vargas, Luis. B Sergio. EMEDUCAST 24. (Sobrecupo en urgencias, parte 1).
18. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. SaluData - Observatorio de Salud de Bogotá. [citado 26 de julio de 2025]. Porcentaje de ocupación de los servicios de urgencias en las instituciones adscritas a la red pública de Bogotá D.C. Disponible en: https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/porcentaje-de-ocupacion-de-los-servicios-de-urgencias-en-las-instituciones-adscritas-a-la-red-publica-de-bogota-d-c/
19. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Circular 005 [Internet]. feb 7, 2025. Disponible en: https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=173518&dt=S
20. General A. Personería Distrital de Medellín. 2023 [citado 26 de julio de 2025]. Saturación del 95.73% en los servicios de hospitalización en Medellín. Disponible en: https://www.personeriamedellin.gov.co/saturacion-del-95-73-en-los-servicios-de-hospitalizacion-en-medellin/
21. Defensoría del Pueblo. En servicios de urgencias en hospitales de Bogotá, pacientes esperan hasta 8 días en condiciones indignas [Internet]. 2014 oct. Disponible en: https://www.defensoria.gov.co/-/en-servicios-de-urgencias-en-hospitales-de-bogot%C3%A1-pacientes-esperan-hasta-8-d%C3%ADas-en-condiciones-indignas
22. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5095. por la cual se adopta el "Manual de acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia, Versión 3.1. 2018.
23. Restrepo-Zea JH, Jaén-Posada JS, Espinal Piedrahita JJ, Zapata Flórez PA, Restrepo-Zea JH, Jaén-Posada JS, et al. Saturación en los servicios de urgencias: Análisis de cuatro hospitales de Medellín y simulación de estrategias. Rev Gerenc Políticas Salud. junio de 2018;17(34):130-44.
24. Hernández Chinchilla, D COMA, Duarte Forero, E. L.,. Analysis of patient flow to the Emergency Room at the Hospital Universitario la Samaritana using discrete simulation. Av Investig En Ing. 2017;14:109-22.
25. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 903. Por el cual se dictan las disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud. 2014.
26. Binder C, Torres RE, Elwell D. Use of the Donabedian Model as a Framework for COVID-19 Response at a Hospital in Suburban Westchester County, New York: A Facility-Level Case Report. J Emerg Nurs. 1 de marzo de 2021;47(2):239-55.
27. Moore L, Lavoie A, Bourgeois G, Lapointe J. Donabedian's structure-process-outcome quality of care model: Validation in an integrated trauma system. J Trauma Acute Care Surg. junio de 2015;78(6):1168-75.
28. Goenka A, Mundkur S, Nayak SS, Shetty A, Thomas J, Balakrishnan JM, et al. Improving the emergency services using quality improvement project and Donabedian model in a quaternary teaching hospital in South India. BMJ Open Qual [Internet]. 23 de febrero de 2024 [citado 19 de junio de 2025];13(1). Disponible en: https://bmjopenquality.bmj.com/content/13/1/e002246

29. Ratti MFG, Martínez B. Fenómeno de crowding en central de emergencias: una problemática mundial. Rev Hosp Ital B Aires. 2017;37(4):155-6.
30. Sánchez J, Bueno A, Mateos A. Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario – Revista Emergencias. Emergencias. 2005;17:138-44.
31. Congreso de la República. Ley 1751 del 2015. Ley Estatutaria en Salud. 2015.
32. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 780 de 2016 [Internet]. may 6, 2016. Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=77813
33. Estrada-Atehortúa AF, Zuluaga-Gómez M. Estrategias para la medición y el manejo de la sobreocupación de los servicios de urgencias de adultos en instituciones de alta complejidad con altos volúmenes de consulta. Revisión de la literatura. Iatreia. 1 de enero de 2020;33(1):68-77.
34. Lozano Salcedo, Lenin A. BA Eliseo. Barreras de acceso a los servicios de urgencias y su relación con las características socio-demográficas de la población, Villavicencio-Colombia, 2019 [Internet]. [Bogotá, D. C.]: Santo Tomas; 2019. Disponible en: https://repository.usta.edu.co/items/30ba507c-4904-4143-a38e-0aee241c9fde
35. Guzmán-Finol, Karelys, Ayala-García, Jhorland. Cartera hospitalaria y diferencias regionales en la prestación de los servicios de salud en Colombia [Internet]. Banco de la República en Cartagena; 2024. Disponible en: https://repositorio.banrep.gov.co/server/api/core/bitstreams/1bb87f76-0d70-4d45-80c7-8d0f63420150/content
36. Cándelo Hurtado, Sara LL Mélida C. Identificación de las barreras que impactan el servicio de salud en el área de urgencias en el Hospital E.S.E. Norte 3 del Municipio de Puerto Tejada – Cauca en el año 2023 [Internet]. Institución Universitaria Antonio José Camacho; 2024. Disponible en: https://repositorio.uniajc.edu.co/server/api/core/bitstreams/9993f204-84af-4bae-b0ba-7f5b7e5cc427/content
37. Valencia-Sierra ML, González-Echeverri G, Agudelo-Vanegas NA, Acevedo-Arenas L, Vallejo-Zapata IC. Acceso a los Servicios de Urgencias en Medellín, 2006. Rev Salud Pública. 2007;9:529-40.
38. Lopera Betancur MA, García Henao ML, Madrigal Ramírez MC, Forero Pulido C. Dificultades para la atención en los servicios de urgencias: la espera inhumana. Investig Educ En Enferm. marzo de 2010;28(1):64-72.
39. Vargas J J, Molina M G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. Rev Fac Nac Salud Pública. mayo de 2009;27(2):121-30.
40. Marín O, Yuly A. CG Blanca M. Inconsistencias en la afiliación al sistema de salud colombiano: barrera administrativa para la atención integral de las urgencias médicas. Facultad Nacional de Salud Pública. 2014;32(1):62-70.
41. Acosta Viloria, Mabel B., Peña Rojas, María F. Análisis de las barreras de accesibilidad en los servicios de urgencias de dos instituciones públicas prestadoras de servicios de salud de alta complejidad de la ciudad de Cali durante el 2015 - 2020. [Santiago de Cali]: Institución Universitaria Antonio José Camacho; 2021.

42. Eidstø A, Ylä-Mattila J, Tuominen J, Huhtala H, Palomäki A, Koivistoinen T. Emergency department crowding increases 10-day mortality for non-critical patients: a retrospective observational study. Intern Emerg Med. enero de 2024;19(1):175-81.
43. Morley C, Unwin M, Peterson GM, Stankovich J, Kinsman L. Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. Bellolio F, editor. PLOS ONE. 30 de agosto de 2018;13(8):e0203316.
44. Darraj A, Hudays A, Hazazi A, Hobani A, Alghamdi A. The Association between Emergency Department Overcrowding and Delay in Treatment: A Systematic Review. Healthcare. 29 de enero de 2023;11(3):385.
45. Pearce S, Marchand T, Shannon T, Ganshorn H, Lang E. Emergency department crowding: an overview of reviews describing measures causes, and harms. Intern Emerg Med. junio de 2023;18(4):1137-58.
46. Sobrecarga del 200% en urgencias en Colombia: ACEM advierte sobre el cierre de hospitales y falta de insumos [Internet]. 2025 [citado 28 de julio de 2025]. Disponible en: https://consultorsalud.com/sobrecarga-200-urgencias-acem-cierr-hospotales/
47. Echeverry Díaz, Harold., Milanés Álvarez, Claudia P. De la aplicabilidad de la gestión del riesgo a la reciente declaratoria de emergencia sanitaria de Bogotá. logos ciencia & tecnología. 2017;8(2):14.
48. Bogotá declara alerta amarilla hospitalaria por congestión urgencias | Bogota.gov.co [Internet]. [citado 28 de julio de 2025]. Disponible en: https://bogota.gov.co/mi-ciudad/salud/bogota-declara-alerta-amarilla-hospitalaria-por-congestion-urgencias
49. González, Germán. V Marta L, Agudelo, Nelson A. A Liliana, Vallejo, Isabel C. Morbilidad sentida de las urgencias médicas y la utilización de los servicios de salud en Medellín, Colombia, 2005-2006. Biomédica. 2007;27:180-9.
50. Lotero Valencia, Luz M, Botero Vargas M. Factores que influyen en la sobreocupación del servicio de urgencias en Colombia. [Medellín]: Universidad de Antioquia; 2022.
51. Ospina, Maria B., Bond, Bed, Kenneth., Schull, Michael, Innes, Grant., Blitz, Sandra., Rowe, Brian H. Key indicators of overcrowding in Canadian emergency departments: a Delphi study. 2007. septiembre de 2007;9(5):339-46.
52. Celis-Solano K, Farías-Vílchez C, Girón-Escobar, Catherin, Guerrero-Chanduví, Dante. indicadores de calidad para evaluar el área de emergencias de una clínica. En Lima: Universidad de Piura; 2007. p. 119-30.
53. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 256. Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. 2016.
54. Ahalt V, Argon NT, Ziya S, Strickler J, Mehrotra A. Comparison of emergency department crowding scores: a discrete-event simulation approach. Health Care Manag Sci. marzo de 2018;21(1):144-55.
55. García-Romero M., Rita-Gáfaro C., Bermon A. Escala NEDOCS vs valoración subjetiva, ¿El personal de salud en urgencias es consciente de su sobrecupo? Colombia Médica. 2017;48(2).
56. Ministerio de Salud y Protección Social. Manual del usuario Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS [Internet]. 2025 [citado 26 de mayo de 2025]. Disponible en: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/

57. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 544. Por la cual se modifica la Resolución 3100 de 2019 en el sentido de adecuar algunos aspectos relacionados con la inscripción de prestadores y la habilitación de servicios de salud. 2023.
58. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 465. Por la cual se modifican los artículos 4.5,7,19 y 20 de la Resolución 3100 de 2019 modificada por la Resolución 544 de 2023. 2025.
59. Ministerio de Salud y Protección Social. Manual de usuario REPS novedades [Internet]. Disponible en: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/ayudas/Manual_HABILITACION_novedades.pdf
60. Ministerio de Salud y Protección Social. Caracterización Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)- IPS.
61. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Imprenta Nacional de Colombia; 2007.
62. Presidencia de la República de Colombia. Decreto 417. Por el cual se declara un Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio Nacional. 2020.
63. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 538. Por el cual se adoptan medidas en el sector salud, para contener y mitigar la pandemia de COVID-19 y garantizar la prestación de los servicios de salud. 2020.
64. Ruiz F. Fortalecimiento del sistema de salud en la respuesta al Covid-19, en el contexto de alta incertidumbre que generó la pandemia en Colombia. En: COVID-19 en Colombia: evidencia y lecciones para la post pandemia y futuras epidemias [Internet]. Pontificia Universidad Javeriana; 2025. p. 111-22. Disponible en: https://repository.javeriana.edu.co/items/be8447c5-693a-4bea-8094-399a99d154bc
65. Cucunubá Z. COVID-19 en Colombia: evidencia y lecciones para la post pandemia y futuras epidemias. Primera. Pontificia Universidad Javeriana; 2025. 608 p.
66. Cucunubá Z, Murillo-Alvarado J, Gil A, Bonilla D, Veloza D, España G. Retrospectiva cuantitativa de la pandemia por Covid-19 en Colombia: integración de datos epidemiológicos, genómicos, clínicos y de vacunación. En: Retrospectiva cuantitativa de la pandemia por Covid-19 en Colombia: integración de datos epidemiológicos, genómicos, clínicos y de vacunación. Primera. Pontificia Universidad Javeriana; 2025. p. 37-78.
67. Forero, Adriana. Plan de contingencia por activación emergencia funcional E.S.E hospital san Rafael de Tunja. 2022.
68. Díaz A, Linares-García J, Martínez-Cabezas S, González-Uribe C, Idrovo Á, Niño-Machado N, et al. PRASS un reto para el estado: aprendizajes de la implementación territorial del programa de pruebas, rastreo y aislamiento selectivo sostenible en Colombia. En: COVID-19 en Colombia: evidencia y lecciones para la post pandemia y futuras epidemias. Primera. Pontificia Universidad Javeriana; 2025. p. 219-56.
69. Gomez A. De la desconfianza al trabajo colaborativo en Bogotá: el Acuerdo Tripartita frente a la pandemia covid-19. En: COVID-19 en Colombia: evidencia y lecciones para la post pandemia y futuras epidemias. Primera. Pontificia Universidad Javeriana; 2025. p. 439-45.
70. Congreso de la República de Colombia. Ley 1438. [Internet]. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

2011. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf
71. Congreso de la República de Colombia. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. ene 19, 2011.
72. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 926. Por la cual se reglamenta el desarrollo y operación del Sistema de Emergencias Médicas. 2017.
73. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 858. Por la cual se sustituye la parte 11, del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, relativo al Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo. 2025.
74. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1220. Por la cual se establecen las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres, CRUE. 2010.
75. García R. Fucsalud. 2022. Atención Prehospitalaria: la primera línea que hace la diferencia entre la vida y la muerte. Disponible en: https://www.fucsalud.edu.co/estudiantes/noticias/APH/primera-linea-entre-la-vida-y-la-muerte
76. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 4747. Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. 2007.
77. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1441 de 2016 Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones. 2016.
78. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes sociales de la salud [Internet]. 2025 [citado 1 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud

Anexos

Anexo 1. Encuesta a servicios de urgencias

Encuesta para caracterizar la ocupación o sobreocupación de los servicios de urgencias de Colombia. Los textos en color rojo orientan al equipo de ingeniería del grupo desarrollador y no son visibles para el público que responde la encuesta.

1. Datos de la persona que responde la encuesta
   - 1.1. Nombre
   - 1.2. Cargo
   - 1.3. Teléfono de contacto
   - 1.4. Correo electrónico

2. Datos de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS)
   - 2.1. Nombre de la IPS
   - 2.2. Ciudad
   - 2.3. Departamento
   - 2.4. Código de habilitación
   - 2.5. Naturaleza jurídica
     - 2.5.1. Privada
     - 2.5.2. Pública
     - 2.5.3. Mixta

3. Datos del servicio de urgencias

   3.1. Capacidad del servicio de urgencias

   3.1.1. En este momento

   3.1.1.1. ¿Cuántos consultorios para atención de adultos habilitados hay en el servicio de urgencias?

   3.1.1.2. ¿Cuántos consultorios para atención pediátrica habilitados hay en el servicio de urgencias?

   3.1.1.3. ¿Con cuántas habitaciones de presión negativa cuenta el servicio de urgencias?

   3.1.1.4. ¿Con cuántas habitaciones de presión positiva cuenta el servicio de urgencias?

   3.1.1.5. ¿Con cuántas camillas habilitadas cuenta en la sala de observación de adultos (hombres y mujeres)? "SE ELIMINA LA OPCIÓN DE MUJERES Y SE DEJAN HOMBRES Y MUJERES EN ESTA OPCIÓN DE RESPUESTA"

3.1.1.6. ¿Con cuántas camillas habilitadas cuenta en la sala de observación pediátrica?

3.1.1.7. ¿Con cuántas sillas habilitadas cuenta en el servicio de urgencias?¿Con cuántas sillas habilitadas cuenta en la sala de hidratación?

3.1.1.8. ¿Su servicio cuenta con sala ERA? (para enfermedad respiratoria aguda)

- 3.1.1.8.1. No
- 3.1.1.8.2. Sí
  - 3.1.1.8.2.1. ¿Con cuántas sillas cuenta la sala ERA?

3.1.1.9. ¿Su servicio cuenta con un ambiente de transición? (Según la Res. 3100 de 2019 el ambiente de transición es el lugar destinado para la atención de pacientes que por su condición clínica permanecen en el servicio de urgencias y no requieren traslado a internación, servicios quirúrgicos ni a otras instituciones; es diferente de las salas de observación).

- 3.1.1.9.1. No
- 3.1.1.9.2. Si
  - 3.1.1.9.2.1. ¿Con cuántas sillas cuenta en el ambiente de transición?
  - 3.1.1.9.2.2. En promedio ¿De cuánto tiempo es la permanencia de los pacientes en ambiente de transición? " (PUEDEN SER MINUTOS U HORAS)"

3.1.1.10. En este momento ¿Cuántos pacientes se encuentran en las camillas de observación de adultos? "SE ELIMINA LA OPCIÓN DE MUJERES Y SE DEJAN HOMBRES Y MUJERES EN ESTA OPCIÓN DE RESPUESTA"

3.1.1.11. En este momento ¿Cuántos pacientes se encuentran en las camillas de observación pediátrica?

3.1.1.12. En este momento ¿Cuántos pacientes se encuentran en silla?

3.1.1.13. ¿Con cuántas camas cuenta su IPS en el servicio de hospitalización?

- 3.1.1.13.1. (Número) "dejarlo como place holder"
- 3.1.1.13.2. Sin dato

3.1.1.14. En este momento ¿Cuántos pacientes se encuentran con ventilación mecánica en el servicio de urgencias?

- 3.1.1.14.1. (Número) "dejarlo como place holder"
- 3.1.1.14.2. No aplica

3.1.1.15. ¿Los siguientes servicios se ubican en áreas independientes? "Sí/No/No se cuenta con este servicio

- 3.1.1.15.1. Urgencias adultas
- 3.1.1.15.2. Urgencias pediátricas
- 3.1.1.15.3. Urgencias ginecológicas

3.1.2. ¿En los últimos 2 años, en el servicio de urgencias, se han registrado novedades de capacidad instalada? Opciones de respuesta:

3.1.2.1. No

3.1.2.2. Sí. ¿Cuántas camillas, sillas, salas o consultorios incluyó la novedad?

3.1.2.2.1. Camillas de observación (Apertura ¿cuántas? / Cierre ¿cuántas? / No)

3.1.2.2.2. Salas (Apertura ¿cuántas? / Cierre ¿cuántas? / No)

3.1.2.2.3. Sillas (Apertura ¿cuántas? / Cierre ¿cuántas? / No)

3.1.2.2.4. Consultorios (Apertura ¿cuántas? / Cierre ¿cuántas? / No)

3.1.3. ¿Su IPS podría reconvertir o adecuar temporalmente un servicio de salud para la atención de urgencias?

3.1.3.1. No

3.1.3.2. Si

3.1.3.2.1. ¿Cuántas camas o camillas se podrían agregar con esta reconversión?

3.1.3.2.2. ¿En los últimos 2 años ha tenido que realizar esta reconversión?

3.1.3.2.2.1. Si

3.1.3.2.2.1.1. ¿Cuántas veces?

3.1.3.2.2.1.2. ¿Cuál fue la razón de la reconversión?

3.1.3.2.2.1.2.1. Pico respiratorio

3.1.3.2.2.1.2.2. Otra ¿Cuál?

3.1.3.2.2.2. No

3.1.4. ¿Su IPS podría adecuar temporalmente un lugar no destinado a la prestación de servicios de salud para la atención de urgencias en plan de expansión por contingencias?

3.1.4.1. No

3.1.4.2. Si

3.1.4.2.1. ¿Cuántas camas, camillas o sillas se podrían agregar con esta adecuación?

3.1.4.2.2. ¿En los últimos 2 años ha tenido que realizar esta adecuación?

3.1.4.2.2.1. Si

3.1.4.2.2.2. No

3.1.4.3. En su servicio ¿A partir de qué porcentaje de ocupación se activa el plan de expansión? "PORCENTAJE, PUEDE SER SUPERIOR A 100"

3.1.5. ¿Presta servicio de urgencias habilitado en modalidad de telemedicina? (seleccione todas las que correspondan)

3.1.5.1. Sí. Telexperticia sincrónica (¿Para qué especialidades? "Pendiente Menú desplegable"):

3.1.5.1.1. Pediatría
3.1.5.1.2. Medicina Interna
3.1.5.1.3. Ortopedia y traumatología
3.1.5.1.4. Ginecología y Obstetricia
3.1.5.1.5. Psiquiatría
3.1.5.1.6. Medicina Familiar
3.1.5.1.7. Psicología
3.1.5.1.8. Otro

3.1.5.2. Sí. Telexperticia asincrónica (¿Para qué especialidades? Menú desplegable):

3.1.5.2.1. Pediatría
3.1.5.2.2. Medicina Interna
3.1.5.2.3. Ortopedia y traumatología
3.1.5.2.4. Ginecología y Obstetricia
3.1.5.2.5. Psiquiatría
3.1.5.2.6. Medicina Familiar
3.1.5.2.7. Psicología
3.1.5.2.8. Otro

3.1.5.3. Sí. En la categoría entre dos profesionales.
3.1.5.4. No

3.1.6. ¿El servicio de urgencias cuenta con toma de "pruebas en el punto de atención del paciente" (Point of Care Testing - POCT)? (Seleccione todas las pertinentes) "OBLIGATORIO"

3.1.6.1. Si
3.1.6.2. No

3.1.7. En un turno habitual ¿Cuántas personas permanentes o disponibles de los siguientes perfiles hay en el servicio de urgencias? (permanentes / disponibles) "OBLIGATORIO" Debe registrar en ambos campos Permanentes/disponibles para todos los perfiles incluso valores de 0

3.1.7.1. Profesionales de Enfermería
3.1.7.2. Profesionales en Fisioterapia
3.1.7.3. Profesionales en Terapia respiratoria
3.1.7.4. Profesionales en Piscología
3.1.7.5. Profesionales de Medicina
3.1.7.6. Especialistas en urgencias y emergencias
3.1.7.7. Especialistas en Pediatría (Pediatras)
3.1.7.8. Especialistas en Medicina Interna (Internistas)

3.1.7.9. Especialistas en Ortopedia
3.1.7.10. Especialistas en Ginecología y Obstetricia
3.1.7.11. Especialistas en Medicina Familiar
3.1.7.12. Especialistas en Psiquiatría
3.1.7.13. Auxiliares de Enfermería
3.1.7.14. Camilleros

3.1.8. ¿En qué casos existe comunicación entre su servicio de urgencias y el CRUE? "PUEDEN SELECCIONAR MÁS DE UNA"
3.1.8.1. Casos de traslado primario (transporte del paciente desde el lugar donde se produce una urgencia o emergencia extrahospitalaria hasta una IPS)
3.1.8.2. Casos de traslado secundario (transporte entre dos IPS)
3.1.8.3. Pacientes en abandono social, indocumentados o sin aseguramiento
3.1.8.4. Emergencias y desastres
3.1.8.5. Otras (¿Cuáles?)

3.1.9. ¿En los últimos 12 meses, la sobreocupación del servicio de urgencias ha excedido la capacidad de los siguientes elementos? (1=Nunca, 2=Ocasionalmente, 3=Permanentemente) "OBLIGATORIAS TODAS LAS OPCIONES"
3.1.9.1. Tanque de almacenamiento de agua
3.1.9.2. Ascensor, rampa o sistema alternativo de elevación
3.1.9.3. Planta eléctrica
3.1.9.4. Lavamanos
3.1.9.5. Empaque o transporte de compreseros o instrumental.

3.1.10. ¿ En los últimos 5 años, en su institución se ha realizado inversión en infraestructura para aumentar la oferta de servicios de urgencias?
3.1.10.1. Si
3.1.10.2. No

3.2. Demanda actual

3.2.1. En su servicio de urgencias, en el último mes ¿cuál fue el porcentaje de ocupación más bajo y el más alto? (respuesta abierta para que registren dos porcentajes) "EL PORCENTAJE MÁS ALTO PUEDE SER SUPERIOR A 100%)

3.2.2. ¿En qué día y franjas horarias se presentan los picos de mayor demanda de atención en urgencias? (mañana (7 am – 1 pm), tarde (1 pm – 7 pm), noche (7 pm – 7 am), nunca) "OBLIGATORIO"
3.2.2.1. Lunes
3.2.2.2. Martes

3.2.2.3. Miércoles
3.2.2.4. Jueves
3.2.2.5. Viernes
3.2.2.6. Sábado
3.2.2.7. Domingo
3.2.2.8. Días festivos

3.2.3. ¿En promedio, cuántos pacientes ingresan al servicio de urgencias en 24 horas?
3.2.3.1. De éstos ¿Qué proporción corresponde a cada clasificación de triage?
3.2.3.2. Triage 1
3.2.3.3. Triage 2
3.2.3.4. Triage 3
3.2.3.5. Triage 4
3.2.3.6. Triage 5

3.2.4. En su medición más reciente ¿Cuánto fue el tiempo promedio de espera antes de la valoración en triage? (minutos)

3.2.5. En su medición más reciente ¿Cuánto fue el tiempo promedio de espera desde el triage hasta la atención médica inicial (minutos)?
1.1.1.1. Pacientes triage 1
1.1.1.2. Pacientes triage 2
1.1.1.3. Pacientes triage 3
1.1.1.4. Pacientes triage 4
1.1.1.5. Pacientes triage 5

3.2.6. En el último mes ¿Qué porcentaje de pacientes reingresó al servicio de urgencias en menos de 72 horas? ”OBLIGATORIO” “PERMITIR EL REGISTRO EN DECIMALES”
3.2.6.1. Número
3.2.6.2. Sin dato disponible

3.2.7. En el último mes ¿Con qué frecuencia, la sobreocupación ha dificultado la atención oportuna de los siguientes casos? (1=Nunca, 2=Ocasionalmente, 3=Permanentemente, 4=No aplica/Sin dato) “OBLIGATORIO TODOS LOS CAMPOS”
3.2.7.1. Pacientes triage I
3.2.7.2. Pacientes triage II
3.2.7.3. Pacientes triage III
3.2.7.4. Pacientes triage IV
3.2.7.5. Pacientes triage V

3.3. Referencia y contrarreferencia

3.3.1. En promedio, en su servicio de urgencias ¿Cuántas remisiones hacia otras instituciones se solicitan al día (24 horas)?

3.3.1.1. De estas, en promedio ¿Cuántas se autorizan y egresan hacia otras instituciones?

3.3.2. En su servicio ¿Cuáles son los diagnósticos de remisión más frecuentes? "3 opciones de respuesta abierta, máximo 50 caracteres por cada opción" "YA NO ES SUB-PREGUNTA DE LA ANTERIOR"

3.3.3. En promedio, en un día (24 horas) ¿Cuántos pacientes ingresan a su IPS por el servicio de urgencias remitidos de otras instituciones? "Si su institución no recibe pacientes remitidos, por favor escriba el número 0"

3.3.4. En promedio ¿Cuántos pacientes ingresan a su servicio al día (24 horas) desde otras IPS sin remisión o sin previo aviso?

3.3.5. Las remisiones solicitadas desde su servicio de urgencias requieren autorización por: (seleccione todas las opciones de respuesta que considere pertinentes)

3.3.5.1. La EPS o EAPB del paciente
3.3.5.2. El ente territorial
3.3.5.3. La IPS receptora
3.3.5.4. Otro
3.3.5.4.1. Cuál

3.4. Medición y monitoreo de sobreocupación

3.4.1.1.

3.4.2. ¿Qué herramientas o sistemas utiliza para medir el nivel de sobreocupación en urgencias?

3.4.2.1. Escala NEDOCS
3.4.2.2. Escala EDWIN
3.4.2.3. Escala EDCS
3.4.2.4. Escala READI
3.4.2.5. Tablero de control del servicio.
3.4.2.6. Sistema de información propio de la institución.
3.4.2.7. Sistema de alertas tempranas.
3.4.2.8. Ingeniería de datos para predicciones (Machine learning)
3.4.2.9. Otro
3.4.2.10. Ninguno.

3.4.3. Por favor indique su nivel de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones: Las principales causas o factores contribuyentes de la sobreocupación en su institución son: (1=Totalmente de acuerdo, 2=Parcialmente de acuerdo, 3=Neutro, 4=Parcialmente en desacuerdo, 5=Totalmente en desacuerdo) "OBLIGATORIA TODOS LOS CAMPOS "

3.4.3.1. Insuficiente capacidad instalada del servicio de urgencias
3.4.3.2. Insuficiencia de equipos, medicamentos, dispositivos o insumos
3.4.3.3. Déficit de profesionales
3.4.3.4. Afluencia de pacientes no urgentes
3.4.3.5. Demoras relacionadas con la autorización de la remisión
3.4.3.6. Demoras en el traslado de pacientes con remisión autorizada
3.4.3.7. Barreras de acceso de servicios ambulatorios
3.4.3.8. Escasez de agendas médicas en consulta externa
3.4.3.9. Insuficiente capacidad instalada del servicio de hospitalización
3.4.3.10. Baja oferta de servicios en las zonas circundantes
3.4.3.11. Procesos administrativos del servicio de urgencias
3.4.3.12. Otros. ¿Cuáles?

3.4.4. Por favor indique su nivel de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones: En Colombia, las barreras de acceso que contribuyen a la sobreocupación en urgencias son: (1=Totalmente acuerdo, 2=Parcialmente de acuerdo, 3=Neutro, 4=Parcialmente en desacuerdo, 5=Totalmente en desacuerdo) "OBLIGATORIA TODOS LOS CAMPOS "

3.4.4.1. Insuficiencia de la red de prestadores de los aseguradores
3.4.4.2. Fallas en el sistema de referencia y contrarreferencia
3.4.4.3. Desarticulación entre prestadores
3.4.4.4. Distancia o dificultad de transporte hacia la institución a la que se remite
3.4.4.5. Demora en las autorizaciones y trámites por parte de la EPS/EAPB
3.4.4.6. Procesos de comprobación de derechos
3.4.4.7. Las condiciones contractuales con el pagador del servicio
3.4.4.8. Deudas y falta de pago a las IPS
3.4.4.9. Sobreventa de la capacidad instalada por parte de las IPS
3.4.4.10. Otras (¿Cuáles?)

3.4.5. En el último mes, en su servicio ¿Con qué frecuencia la sobreocupación tuvo las siguientes consecuencias? (1=Nunca, 2=Ocasionalmente, 3=Permanentemente): "OBLIGATORIA TODOS LOS CAMPOS "

3.4.5.1. Caídas o eventos adversos en los pacientes del servicio
3.4.5.2. Aumento de la morbimortalidad
3.4.5.3. Demoras en el inicio de los tratamientos de algunos pacientes
3.4.5.4. Aumento del tiempo de estancia hospitalaria
3.4.5.5. Aumento en el tiempo de espera de pacientes Triage 2
3.4.5.6. Pacientes que abandonaron el servicio o pidieron salida voluntaria

3.4.5.7. Insatisfacción de los pacientes
3.4.5.8. Sobrecarga laboral
3.4.5.9. Agresiones al personal de salud
3.4.5.10. Aumento de costos "SE ELIMINA LA PALABRA EVITABLES"

3.4.6. En el último mes ¿Con qué frecuencia la sobreocupación de su servicio de urgencias estuvo relacionada con? (1=Nunca, 2=Ocasionalmente, 3=Permanentemente, 4 =No aplica): "OBLIGATORIA TODOS LOS CAMPOS "

3.4.6.1. Déficit de médicos especialistas en medicina de urgencias y emergencias
3.4.6.2. Déficit de médicos especialistas en Pediatría (Pediatras)
3.4.6.3. Déficit de médicos especialistas en Medicina Interna (Internistas)
3.4.6.4. Déficit de médicos especialistas en Ortopedia
3.4.6.5. Déficit de médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia
3.4.6.6. Déficit de médicos especialistas en Psiquiatría
3.4.6.7. Déficit de médicos especialistas en Medicina Familiar
3.4.6.8. Déficit de profesionales en Fisioterapia
3.4.6.9. Déficit de profesionales en Terapia respiratoria
3.4.6.10. Déficit de profesionales en Psicología
3.4.6.11. Déficit de personal para toma de muestras
3.4.6.12. Déficit de otras profesiones o especialidades. ¿Cuáles?
3.4.6.13. Déficit de capacidad instalada en sala de hidratación
3.4.6.14. Déficit de capacidad instalada en sala de procedimientos
3.4.6.15. Déficit de capacidad instalada en sala ERA

3.5. Estrategias de gestión de la sobreocupación

3.5.1. ¿Qué mecanismos se usan en su servicio de urgencias para la gestión de los pacientes triage 4 y 5? "OBLIGATORIA"

3.5.1.1. Asignación de cita para consulta prioritaria por medicina general
3.5.1.2. Asignación de cita para otras consultas o servicios ambulatorios
3.5.1.3. Se realiza atención médica en un consultorio que no es de urgencias (consultorio "fast-track")
3.5.1.4. Se realiza atención por telemedicina
3.5.1.5. Se le entrega al paciente remisión a consulta prioritaria para que la gestione con su EPS/EAPB
3.5.1.6. Otro. Cuál.
3.5.1.7. Ninguno

3.5.2. Por favor indique su nivel de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones: En Colombia, las soluciones a la problemática de la sobreocupación son: (1=Totalmente de acuerdo, 2=Parcialmente de acuerdo, 3=Neutral, 4=Parcialmente en desacuerdo, 5=Totalmente en desacuerdo) "OBLIGATORIA TODOS LOS CAMPOS"

3.5.2.1. Fortalecer el rol de los centros reguladores de urgencias y emergencias (CRUE)
3.5.2.2. Fortalecer las redes integrales de prestación de servicios de salud
3.5.2.3. Fortalecer los procedimientos de referencia y contrarreferencia
3.5.2.4. Fortalecer la estrategia de equipos básicos en salud (EBS)
3.5.2.5. Fortalecer la atención primaria en salud - APS
3.5.2.6. Fortalecer los Centros de Atención Prioritarios en Salud - CAPS
3.5.2.7. Fortalecer la articulación entre prestadores, EPS/EAPB y entes territoriales
3.5.2.8. Articulación entre los servicios de urgencias y las demás áreas asistenciales
3.5.2.9. Implementar o fortalecer líneas de orientación y atención telefónica
3.5.2.10. Integrar telesalud y telemedicina a los servicios de urgencias
3.5.2.11. Implementar un sistema único de monitoreo y alertas tempranas de sobreocupación.
3.5.2.12. Desarrollar un protocolo nacional de respuesta escalonada ante diferentes niveles de sobreocupación
3.5.2.13. Educación a la comunidad en derechos y deberes de los pacientes
3.5.2.14. Educación continua del talento humano para mejorar la resolutividad
3.5.2.15. Convenios docente – asistenciales
3.5.2.16. Otro. Cuál. "MÁXIMO 500 CARACTERES"

3.6. Sistemas de información

3.6.1. ¿Su servicio de urgencias cuenta con historia clínica electrónica?

3.6.1.1. Sí
3.6.1.2. No

3.6.1.1. 3.6.2. ¿Su IPS cuenta actualmente con un sistema de información hospitalario (HIS)?
3.6.1.1.1. Sí, completamente implementado
3.6.1.1.1.1. ¿Cuál es el nombre del sistema principal que utiliza su IPS? Abierta
3.6.1.1.2. Sí, parcialmente implementado
3.6.1.1.2.1. ¿Cuál es el nombre del sistema principal que utiliza su IPS? Abierta
3.6.1.1.3. No cuenta con sistema
3.6.1.2. No sabe

Las preguntas 3.6.2 y 3.6.3 y 3.6.6 y 3.6.8 solo se realizan si responde que sí en la 3.6.1 "OBLIGATORIA"

3.6.2. ¿Su sistema se conecta con los siguientes sistemas de información? (seleccione todos los que apliquen)

3.6.2.1. SISPRO (Sistema Integrado de Información de la Protección Social)
3.6.2.2. RIPS (Registro Individual de Prestaciones en Salud) - automático
3.6.2.3. MIPRES (Módulo de Integración de la Prescripción Electrónica)
3.6.2.4. SIVIGILA (Sistema de Vigilancia en Salud Pública)
3.6.2.5. Ninguno de los anteriores
3.6.2.6. No sabe

3.6.3. ¿Su sistema incluye funcionalidades específicas para urgencias? (seleccione todos los que apliquen)
3.6.3.1. Triage electrónico/clasificación digital
3.6.3.2. Monitoreo en tiempo real de ocupación
3.6.3.3. Alertas automáticas de sobreocupación
3.6.3.4. Reportes específicos de urgencias
3.6.3.5. Solo funciones básicas de consulta
3.6.3.6. No tiene módulo de urgencias

Las preguntas 3.6.4 y 3.6.5 solo se realizan si en la 3.6.3 elige cualquier opción diferente de la 3.6.3.6

3.6.4. ¿El sistema permite monitorear los siguientes indicadores en tiempo real? (seleccione todos los que apliquen) Esta pregunta no esta en el aplicativo, es obligatoria
3.6.4.1. Número de pacientes en sala de espera
3.6.4.2. Tiempo promedio de estancia en el servicio
3.6.4.3. Disponibilidad de camillas
3.6.4.4. Tiempos de atención por nivel de triage
3.6.4.5. No permite monitoreo en tiempo real

3.6.5. ¿Qué tipos de reportes relacionados con urgencias genera su sistema? Esta pregunta no está en el aplicativo, es obligatoria
3.6.5.1. Estadísticas básicas de consultas
3.6.5.2. Indicadores de ocupación y flujo de pacientes
3.6.5.3. Análisis de tiempos de atención
3.6.5.4. Reportes regulatorios (Ministerio, Supersalud)
3.6.5.5. Dashboards (tablero de control) en tiempo real
3.6.5.6. No genera reportes específicos de urgencias

3.6.6. ¿Cuáles son las principales limitaciones de su sistema actual para gestionar la sobreocupación en urgencias? (seleccione hasta 3 "Verificar que esté puesta esta instrucción") OBLIGATORIA
3.6.6.1. Falta de integración con sistemas nacionales (SISPRO/RIPS)
3.6.6.2. Ausencia de alertas de sobreocupación
3.6.6.3. Reportes insuficientes o inadecuados
3.6.6.4. Lentitud del sistema en horarios pico
3.6.6.5. Sistema obsoleto o desactualizado
3.6.6.6. Personal no capacitado en el uso
3.6.6.7. Falta de módulo específico para urgencias

3.6.6.8. Problemas de conectividad/internet
3.6.6.9. No hay limitaciones importantes

3.6.7. De las siguientes funcionalidades ¿Cuáles considera necesarias para mejorar la gestión de urgencias? (seleccione hasta 3 "Verificar que esté puesta esta instrucción") OBLIGATORIA
3.6.7.1. Dashboard (tablero de control) en tiempo real de ocupación
3.6.7.2. Sistema de alertas tempranas de sobreocupación
3.6.7.3. Mejor integración con SISPRO/RIPS/MIPRES
3.6.7.4. Análisis predictivo de demanda
3.6.7.5. Mejor sistema de triage digital
3.6.7.6. Integración con otros niveles de atención
3.6.7.7. App móvil para profesionales
3.6.7.8. Herramientas de telemedicina
3.6.7.9. Las funcionalidades actuales son suficientes

3.6.8. ¿Su sistema cuenta con APIs o capacidades técnicas para conectarse con otros sistemas
3.6.8.1. Sí, APIs modernas (REST/FHIR)
3.6.8.2. Sí, tecnologías básicas
3.6.8.3. En desarrollo
3.6.8.4. No tiene capacidades de integración
3.6.8.5. No sabe

¡Agradecemos su participación y contribución!

Anexo 2. Glosario de la encuesta

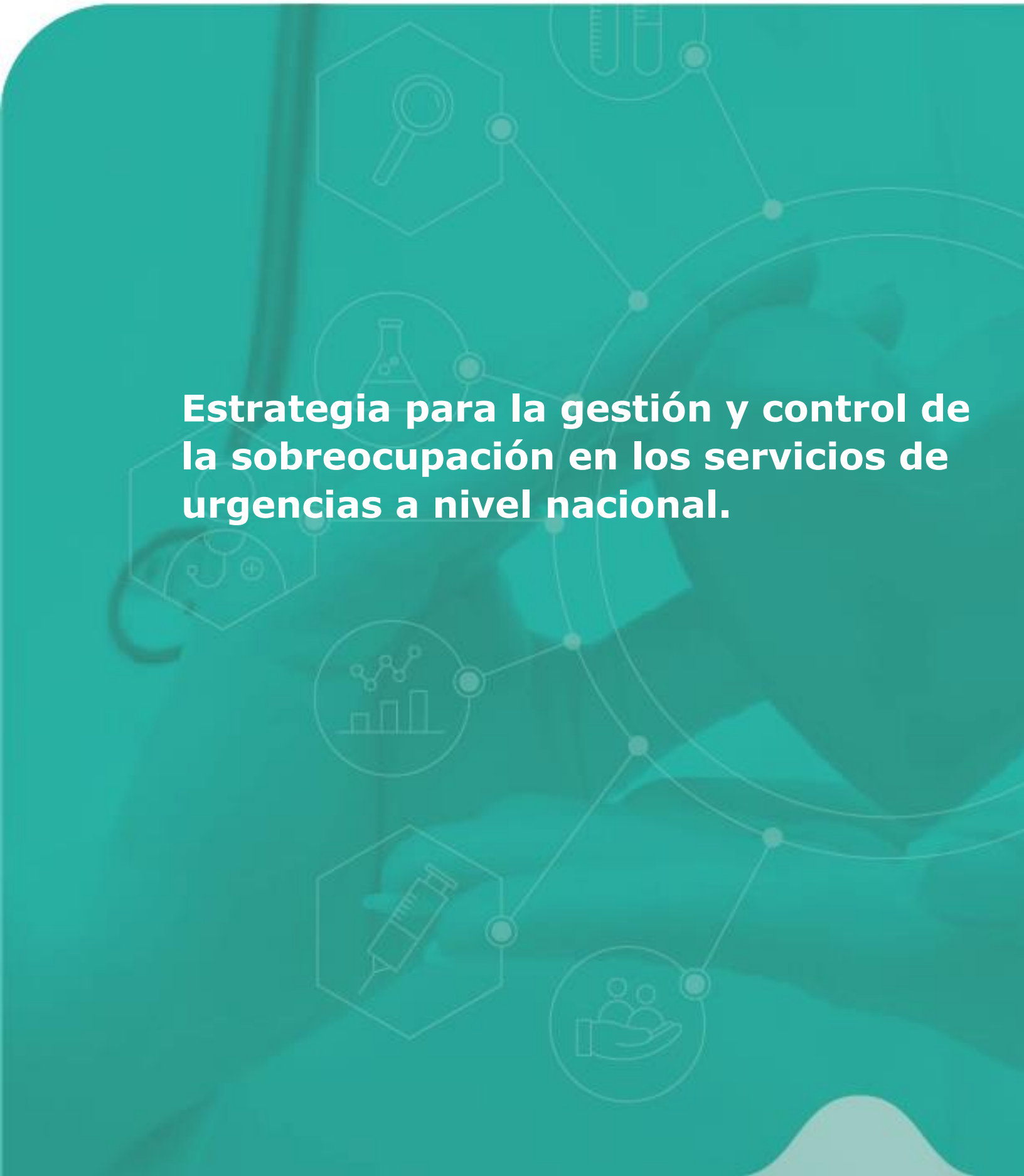
Se anexa glosario en Excel.

Anexo 3. Visor de capacidad instalada en urgencias

Se adjunta el visor de capacidad instalada en Power BI y en PDF.

Salud

IETS
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud



Estrategia para la gestión y control de la sobreocupación en los servicios de urgencias a nivel nacional.

Control de cambios

Entrega No.	Contenido
1	Informe de los resultados de consultas y entrevistas con actores clave.

Versión No.	Fecha de entrega y ajustes
1	15/09/2025
2	07/10/2025

Salud

Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez
Ministro de Salud y Protección Social

Luis Alberto Martínez Saldarriaga
Viceministro de Protección Social

Jaime Hernán Urrego Rodríguez
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Rodolfo Enrique Salas Figueroa
Secretario General

John Edison Betancur Romero
Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

Claudia Marcela Vargas Peláez
Directora Medicamentos y Tecnologías en Salud

Julio César Cubillos Álzate
Subdirector de Beneficios en Aseguramiento

Julio César Vergel Garnica
Líder del proyecto MSPS

IETS
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud
Evidencia que promueve confianza

Adriana María Robayo García
Directora Ejecutiva

Luz Mery Barragán González
Subdirectora General y de Operaciones

Kelly Patricia Estrada Orozco
Gerente Técnica

Javier Salamanca Rincón
Jefe de Gestión del Riesgo, Calidad y Proyectos

Adriana Ardila Sierra
Líder del proyecto

El Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) es una corporación sin ánimo de lucro, de participación mixta y de carácter privado, con patrimonio propio, creado según lo estipulado en la Ley 1438 de 2011 y adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social de conformidad con el artículo 160 de la Ley 2294 de 2023 "por medio de la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026".

Su misión es contribuir al desarrollo de mejores prácticas asistenciales en salud, mediante la producción de información basada en evidencia, a través de la evaluación de tecnologías en salud y guías de práctica clínica, producidas con rigor técnico, independencia y participación. Sus miembros son el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación (MINCIENCIAS, antes Colciencias), el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), el Instituto Nacional de Salud (INS), la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) y la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas (ACSC).

Autoras

Zapata Matheus, Angélica María. Médica, Mgr. Salud Pública, PhD Estudios y Políticas de Género (estudiante). Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Ardila-Sierra, Adriana. Médica Cirujana, Esp. Dirección y Gestión de Proyectos, Mgr. Salud Pública, Doctora en Salud Pública. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Cadena Buitrago, Gina Paola. Médico, MSc. Salud Pública. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Castro-Roa, Ana Milena. Bacterióloga, Esp. Epidemiología General, Esp. Gerencia en Servicios de Salud. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Romero-Vanegas, Sara Julieta. Psicóloga. Magíster en Neuropsicología. Doctora en Salud Pública. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Fuerza ampliada

Lara-Sánchez, Andrea Johanna. Politóloga. Esp. Estado, políticas públicas y desarrollo. Mgr. Gestión pública. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Torres García, Fanny Emelina. Administradora de Empresas, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS.

Revisores del Ministerio de Salud y Protección Social

Vergel Garnica, Julio César. Médico, Esp. Bioética, Esp. Auditoría en Salud, Esp. Docencia Universitaria, Esp. Calidad y Seguridad del Paciente, Mgr. Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Mgr. Efectividad Clínica y Sanitaria, Mgr. Psicología Clínica y Terapia de Familia. Dirección de prestación de servicios y Atención Primaria en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

Rincón, Daniel. Médico, Esp. Gerencia Integral de Servicios de Salud. Dirección de prestación de servicios y Atención Primaria en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

Avellaneda Lozada, Paola Astrid. Economista, Esp. Economía y gestión en salud. Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud (DMTS). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

Conflictos de interés

Las autoras de este informe declaran que no existe ningún tipo de conflicto financiero, intelectual, de pertenencia o familiar que afecte las recomendaciones incluidas en el presente documento técnico-científico.

Citación

Ministerio de Salud y Protección Social e Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS. Estrategia para la gestión y control de la sobreocupación en los servicios de urgencias a nivel nacional. Informe de los resultados de consultas y entrevistas con actores clave. 1 edición. Bogotá D.C. Colombia: 2025.

Derechos de autor

Los derechos patrimoniales de este documento, sin perjuicio de las citas y referencias bibliográficas referenciadas, son propiedad del Ministerio de Salud y Protección Social y los derechos morales de autor son propiedad de los colaboradores del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Por tanto, está prohibida su copia, reproducción, fijación, transmisión, circulación o similares. En consecuencia, cualquier modificación, transmisión, divulgación, publicación, copia parcial o total, o el uso del contenido de este sin importar su propósito y sin que medie el consentimiento expreso y por escrito, constituirá violación a la normativa nacional, convenios y tratados internacionales ratificados por el Estado colombiano aplicables a los derechos de autor, y acarreará las sanciones civiles, comerciales y penales a que haya lugar.

Confidencialidad

El presente documento contiene información confidencial que sólo podrá ser utilizada con el propósito de realizar una debida ejecución de lo propuesto en este documento, quedando prohibido a quien la recibe compartirla con terceros. Cualquier trasgresión a la presente obligación de confidencialidad dará lugar a las acciones judiciales y la indemnización por perjuicios a que haya lugar.

Fuente de financiación

El presente documento fue financiado por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante el contrato MSPS-1490-2025, el cual fue suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el IETS.

Correspondencia

Ministerio de Salud y Protección Social
Bogotá, D.C., Colombia
Carrera 13 No. 32-76
Teléfono Conmutador: 601 330 5000
Línea gratuita fuera de Bogotá: 018000960020
http://www.minsalud.gov.co
correo@minsalud.gov.co
© Ministerio de Salud y Protección Social, 2025.

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS)
Bogotá, D.C., Colombia
Cra. 45 No. 108A-50 Oficina 401
Teléfono: (+57) 318 335 5525
http://www.iets.org.co
contacto@iets.org.co
© Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, 2025.

Contenido

Introducción **9**

1. Objetivos **13**

1.1. Objetivo general **13**
1.2. Objetivo específico **13**

2. Modelo conceptual de las tres fases **13**

2.1. Fase de entrada (Input) **15**
2.2. Fase de caudal o flujo (Throughput) **17**
2.3. Fase de salida (Output) **18**
2.4. Determinantes transversales **19**

3. Metodología **20**

3.1. Recolección de la información cualitativa **21**
3.2. Plan de análisis cualitativo **31**
3.3. Consideraciones éticas **31**

4. Resultados **33**

4.1. Gestión de la sobreocupación en la fase de entrada: antes del ingreso a los servicios de urgencias **33**
4.1.1. Atención prehospitalaria y la heterogénea gestión de los CRUE . 33
4.1.2. El rol de los servicios de atención médica domiciliaria 38
4.1.3. La atención en IPS primarias y su rol en la sobreocupación de urgencias 38
4.1.4. Atención preventiva: una respuesta a la sobreocupación 40
4.1.5. Educación al paciente: clave para el uso razonable de urgencias 41
4.1.6. Gestores de servicios de salud y teleorientación: lecciones aprendidas de las EPS 42
4.1.7. Redirección de pacientes de triage IV y V 43
4.2. Gestión de la sobreocupación en las fases de flujo y salida del servicio de urgencias **46**
4.2.1. Gestión de la sobreocupación durante el flujo en los servicios de urgencias 47
4.2.1.1. Sistemas de priorización y triage 47
4.2.1.2. Organización del proceso de aceptación de pacientes remitidos ... 48
4.2.1.3. Gestión de ingresos 48
4.2.1.4. Herramientas de evaluación y monitoreo de la sobreocupación 49
4.2.1.5. Gestión por eficiencia / mejora continua 51
4.2.1.6. Gestión según el diagnóstico 53
4.2.1.7. Gestión de la estancia en áreas de expansión 54
4.2.1.8. Planificación estratégica del talento humano asistencial 55
4.2.1.9. Horario extendido del servicio de imágenes diagnósticas 56
4.2.2. Gestión de la fase de salida de los servicios de urgencias 57
4.2.2.1. Procesos de altas tempranas 57
4.2.2.2. Programas de hospitalización domiciliaria 58
4.2.2.3. Trámites de referencia y contrarreferencia 58
4.2.2.4. Cirugía ambulatoria priorizada 59

4.2.2.5. Sala de egresos 59
4.3. Otras lecciones aprendidas 60
4.3.1.1. Trabajo en equipo, adaptación y redes de apoyo 60
4.3.1.2. Gestión de la información en el contexto de la COVID-19 61
4.3.1.3. Capacitación continua del talento en salud 62
4.4. Aspectos para fortalecer en el sistema de salud 63
4.4.1.1. Gestión del riesgo en salud 63
4.4.1.2. Redes integrales e integradas que se ajusten a la necesidad de los pacientes 64
4.4.1.3. Fortalecer la autoridad sanitaria 67
4.4.1.4. Estandarización de la medición de la sobreocupación y de los centros reguladores de urgencias 69
5. Conclusiones y recomendaciones 70
Referencias 79
Anexos 81
Anexo 1. Consentimiento informado 81
Anexo 2. Estrategias de entrada para la gestión de la sobreocupación 83
Anexo 3. Estrategias de flujo para la gestión de la sobreocupación .84
Anexo 4. Estrategias de salida para la gestión de la sobreocupación 88

Listado de tablas

Tabla 1. Categorías y subcategorías de la experiencia de sobreocupación a nivel del CRUE 23
Tabla 2. Categorías y subcategorías de la experiencia de sobreocupación a nivel de IPS 24
Tabla 3. Categorías y subcategorías de la experiencia de sobreocupación a nivel de EPS 26
Tabla 4. Categorías y subcategorías de la experiencia del diagnóstico, entes territoriales de salud 27
Tabla 5. Categorías y subcategorías de la experiencia de la estrategia CIGA en IPS, EPS y ente territorial 28

Lista de abreviaturas

APS	Atención Primaria en Salud
CAPS	Centros de Atención Prioritaria en Salud
CRSS	Centro de Reservas del Sector Salud
CRUE	Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres
CTSSS	Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud
EBS	Equipos Básicos en Salud
EOC	Entidades Obligadas a Compensar
ERA	Enfermedad Respiratoria Aguda
EPS	Entidades Promotoras de Salud
ESE	Empresas Sociales del Estado
FOME	Fondo de Mitigación de Emergencias
IETS	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
POCT	Point of Care Testing
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
REPS	Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud
RIITS	Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud
RIPSS	Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SNPAD	Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres
SOGCS	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud
UCI	Unidades de Cuidados Intensivos
UCIM	Unidades de Cuidados Intermedios

Introducción

La atención de urgencias de calidad salva vidas, reduce la carga global de enfermedad, contribuye al bienestar integral de las sociedades y aporta al cumplimiento de diversas metas asociadas a los objetivos de desarrollo sostenible, y su garantía sin discriminación ni barreras puede reducir las desigualdades en salud. Mientras que, su ausencia se relaciona con mayores probabilidades de morir, presentar discapacidad o secuelas, y ocasiona desigualdades en salud e importantes afectaciones en salud pública (1,2); por eso, el abordaje de la atención en urgencias debe partir de una perspectiva de derechos humanos que tenga en cuenta componentes claves del derecho a la salud como la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los establecimientos, bienes y servicios de salud (1,3).

En el ámbito internacional, este tipo de atención, fundamental cuando se presentan condiciones de salud que amenazan la vida y en las que el tiempo es un factor decisivo, forma parte del derecho al tratamiento de enfermedades que, a su vez, está inmerso en el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud establecido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y, de una manera más amplia, abarca los sistemas de atención médica urgente (4) que son transversales a todas las enfermedades y condiciones susceptibles de agudización (1).

En el contexto colombiano, el artículo 49 de la Constitución Política de 1991 estableció que la atención en salud es un servicio público a cargo del Estado y que los términos en que ésta será gratuita y obligatoria serán establecidos por ley (12). En consonancia, el decreto 412 de 1992 reglamentó parcialmente los servicios de urgencia y los definió como:

> "la unidad que en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el ministerio de salud para esa unidad" (5).

Este decreto estableció la obligatoriedad de la atención inicial de urgencias, independientemente de la capacidad socioeconómica del paciente, y la responsabilidad de los prestadores por el paciente hasta su egreso del servicio o, en caso de remisión, hasta su ingreso a la entidad receptora.

La ley 100 de 1993 también estableció, en su artículo 168, que en Colombia la atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas a todas las personas independientemente de la capacidad de pago. En consonancia, la Ley 1122 de 2007, en el parágrafo de su artículo 20, definió que a todos los colombianos se les debe garantizar la atención inicial de urgencias en cualquier Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) del país, y la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, en su Capítulo II "Garantía y mecanismos de protección del derecho fundamental a la salud", artículos 10 y 14, dispuso el derecho a recibir atención de urgencias con oportunidad y sin necesidad de presentar documentación, pagos previos ni autorizaciones administrativas (6).

En la misma línea, la Resolución de habilitación 3100 de 2019 y su anexo técnico ("Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud", capítulo 11. "Estándares y criterios de habilitación", sección 11.6 "Grupo de atención inmediata", numeral 11.6.1 "Servicio de urgencias"), definió el servicio de urgencias como:

> El "responsable de dar atención a las alteraciones de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la prestación inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras. El servicio de urgencias debe ser prestado las 24 horas del día" (7,8).

Asimismo, la resolución 2718 de 2024, que dispone los servicios y tecnologías a financiar con los recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), define la atención de urgencias como el:

> "conjunto de procesos, procedimientos y actividades, a través de los cuales, se materializa la prestación de servicios de salud, frente a las alteraciones de la integridad física, funcional o psíquica por cualquier causa y con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de una persona y que requieren de atención inmediata, con el fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas, presentes o futuras" (9).

Lo que incluye, según la misma resolución, los servicios, tecnologías y dispositivos necesarios para la atención del paciente, consultas con los profesionales requeridos, la observación y la remisión cuando no se cuente con el nivel de resolución necesario (9).

En este contexto, y en respuesta a las fallas estructurales en el sistema de salud, en el país se han dado acciones para la garantía del derecho a la salud entre las que es central la sentencia Constitucional T-760 de 2008.

Para el contexto de los servicios de urgencias, cobra relevancia la orden 16 de esta sentencia T-760-2008 la cual ordenó al Ministerio de la Protección Social adoptar, entre otras, las medidas necesarias para que los planes de beneficios sean oportuna y efectivamente suministrados por las empresas promotoras de salud (EPS), lo que incluye "(i) incentivar que las EPS y las entidades territoriales garanticen a las personas el acceso a los servicios de salud a los cuales tienen derecho; y (ii) desincentivar la denegación de los servicios de salud por parte de las EPS y de las entidades territoriales" (13).

Dentro del seguimiento al cumplimiento de la orden 16, en el caso de la atención de urgencias, se destacan los Autos 584 de 2044, 999 de 2023 y 1174 de 2025. En el Auto A-584-2022 que retomó el auto de seguimiento del 11 de julio de 2018, en relación con el cumplimiento de la orden 16 de la sentencia T-760, junto con las sentencias T-210 de 2018, T-025 de 2019, T-197 de 2019 y T-246 de 2020, la Corte Constitucional de Colombia ordenó, en su numeral segundo, literal (ii), regular e iniciar "un registro que permita recaudar información sobre el tiempo qué se tarda el paciente en: (a) ser clasificado en un nivel de triage. El reporte deberá hacerse respecto de cada uno de los cinco niveles establecidos en la Resolución 5596 de 2015; (b) ser atendido en urgencias. La medición deberá hacerse desde su ingreso y no solo a partir de su valoración en triage". Asimismo, en el ordinal (iii), literal (a), ordenó crear e implementar un instrumento para disminuir y cesar los problemas "en urgencias que han ocasionado sobrecupo en el servicio y dificultades en el traslado de pacientes por nivel de complejidad" (10).

Posteriormente, los tiempos de cumplimiento de estas órdenes fueron ajustados en el Auto 999-2023, y ambos autos, A-584-2022 y 999-2023 tuvieron continuidad y fueron ratificados en el Auto 1174 del 31 de julio 2025 que, en el numeral segundo, ordenó "regular, iniciar y poner en funcionamiento el registro que permita recaudar información sobre el tiempo que se tarda el paciente en: a) ser clasificado en un nivel de triage. El reporte deberá hacerse respecto de cada uno de los cinco niveles establecidos en la Resolución 5596 de 2015, b) ser atendido en urgencias. La medición deberá hacerse desde su ingreso y no solo a partir de su valoración en triage".

La Resolución 5596 de 2015 define el sistema triage de selección y clasificación de pacientes según sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles, para disminuir el riesgo de muerte, complicaciones o discapacidad (11). Esta

priorización se basa en una valoración clínica breve que se debe realizar a la llegada del paciente al servicio de urgencias para determinar su categoría de triage (del I al V), en un proceso dinámico que cambiará si la condición clínica del paciente se modifica.

Para los triages I y II, la Resolución 5596 de 2015 precisa los tiempos de atención exigidos: atención inmediata en triage I y máximo 30 minutos si puede haber una rápida evolución hacia el deterioro o muerte. En los otros triages (III al V) no se establecen los tiempos pero se indica que el III se refiere a pacientes estables que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, y que podrían empeorar si no se actúa en el servicio de urgencias; sobre el IV se alude a pacientes con condiciones médicas que no comprometen el estado general o la vida pero podrían presentarse complicaciones o secuelas en caso de no recibir la atención oportuna; y en el V se agrupan quienes tienen una condición aguda o crónica que no evidencia deterioro ni compromiso del estado general y no se presenta un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad. Además, cada servicio de urgencias debe publicar en un lugar visible sus tiempos promedio de atención de los triage III al V (11).

El modelo conceptual más utilizado en el mundo para abordar la sobreocupación se ordena según los momentos de entrada, flujo y salida del servicio de urgencias (12). Es un modelo útil para evitar propuestas de solución a la sobreocupación que, por ejemplo, agilicen el flujo o la salida de las urgencias sin gestionar la entrada, pues el riego de este tipo de propuestas puede ser un empeoramiento de la sobreocupación con el tiempo, si estas gestiones incentivan, sin buscarlo, una creciente entrada de pacientes que busquen en las urgencias las soluciones que el sistema de salud debe garantizar de manera integral y según la misionalidad de cada área y servicio.

En el marco del Contrato No. MSPS-1490-2025, que tiene por objeto definir una estrategia para la gestión y control de la sobreocupación en los servicios de urgencias a nivel nacional, se llevó a cabo un estudio de métodos mixtos que integró una revisión sistemática de literatura; un diseño de corte transversal descriptivo, tipo encuesta, orientado a caracterizar los aspectos relacionados con la sobreocupación e identificar los factores que los prestadores consideran más relevantes en la aparición del problema; un análisis de la capacidad instalada; y un abordaje cualitativo, cuyo objetivo fue comprender la experiencia de la sobreocupación de urgencias entre los actores del sistema de salud.

El presente documento informa los resultados del componente cualitativo, que se desarrolló bajo un enfoque fenomenológico, donde la unidad de análisis fue la sobreocupación en los servicios de urgencias y la unidad de observación

correspondió a las narraciones de los actores que han enfrentado directamente esta problemática. Para ello, se aplicó un muestreo basado en criterios y en bola de nieve, lo que permitió seleccionar participantes con roles estratégicos en los servicios de urgencias que hubieran vivido la experiencia de gestionar la sobreocupación. Este diseño aseguró la riqueza de las descripciones y la profundidad interpretativa necesarias para comprender el fenómeno desde las experiencias compartidas, sin pretender la generalización estadística, sino la identificación de sentidos y aprendizajes relevantes para la problemática.

El documento está compuesto por cinco capítulos. En el primero se exponen los objetivos del proyecto; en el segundo se presenta el marco conceptual; el tercero desarrolla la metodología cualitativa, con orientación fenomenológica, para explorar las experiencias relacionadas con la sobreocupación, así como las estrategias implementadas para afrontarla; en el cuarto capítulo se presentan los resultados, enfatizando en las experiencias de gestión de la sobreocupación en las fases de antes, durante y después del modelo conceptual, y otras lecciones aprendidas; y en el quinto se incluyen las conclusiones y recomendaciones. Este documento se complementa con otros dos informes: uno correspondiente a la revisión sistemática de literatura internacional y otro a la caracterización de los servicios de urgencias a nivel nacional.

1. Objetivos

1.1. Objetivo general

Definir una estrategia para la gestión y control de la sobreocupación en los servicios de urgencias a nivel nacional.

1.2. Objetivo específico

Comprender la experiencia de la sobreocupación de urgencias entre los actores del sistema de salud, como insumo para definir una estrategia para la gestión y control de la sobreocupación en los servicios de urgencias a nivel nacional.

2. Modelo conceptual de las tres fases

Dentro de los modelos conceptuales para abordar la sobreocupación, el más usado en las décadas recientes es el propuesto en 2003 por Asplin y colaboradores (12), que organiza las causas de sobreocupación según las tres grandes fases de la movilización de los pacientes antes, durante y después del

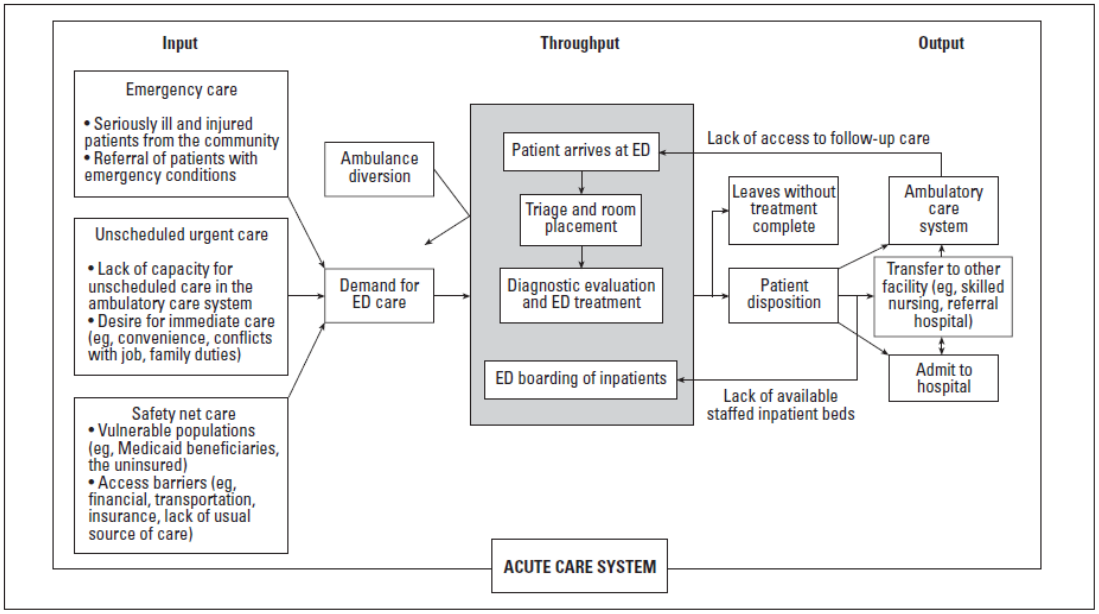
servicio de urgencias: la fase de entrada (input), la fase de caudal o flujo por el servicio (throughput) y la fase de salida del mismo (output) (Figura 1) (12–14).

Este modelo tiene alcance descriptivo, analítico y de gestión, ya que permite identificar las razones por las que se afecta la ocupación en cada fase, y orientar las alternativas de gestión.

A medida que se avanzó en la comprensión de los determinantes de sobreocupación en el contexto colombiano se hizo necesaria una adaptación de este modelo a la realidad nacional (Figura 2).

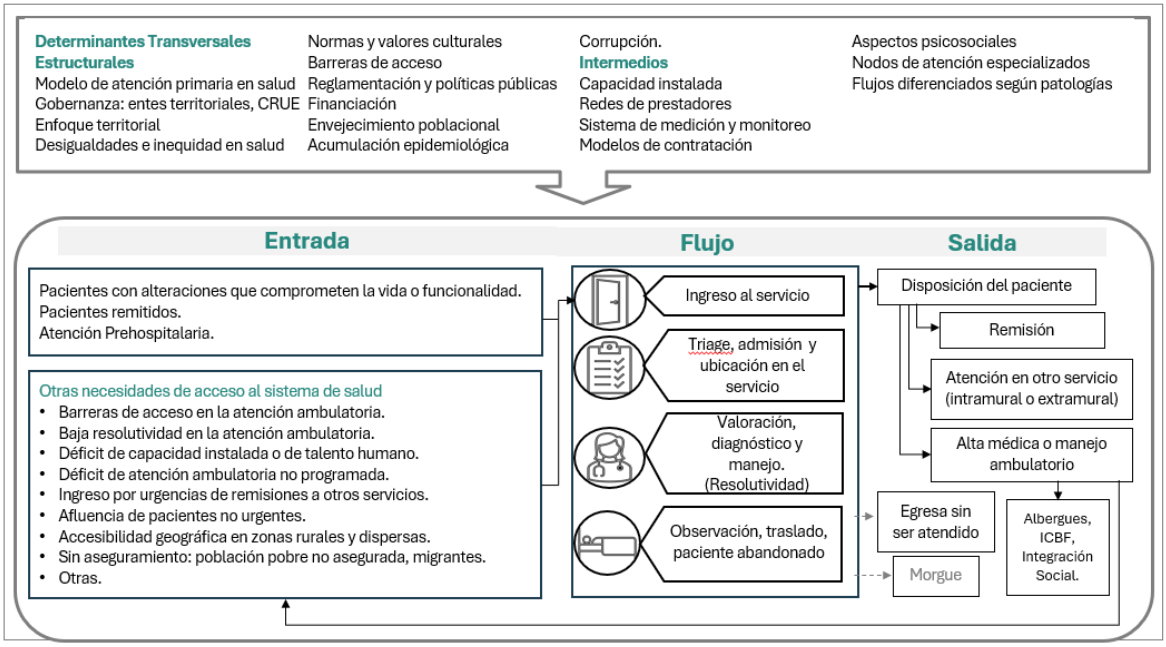
La principal diferencia con el modelo original está en que la propuesta se reconoce el servicio de urgencias como un ámbito independiente, pero a la vez interdependiente con los demás servicios y procesos del sistema de salud. Las autoras consideramos necesario hacer explícitos los determinantes transversales, de índole estructural (propios de la estructura social o del sistema de salud) e intermedios (relacionados con modelos de organización, operación y relacionamiento entre actores del sistema de salud), que modifican la ocupación de urgencias y las dinámicas de entrada, flujo y salida.

Figura 1. Modelo conceptual de la sobreocupación de Asplin y cols.



Fuente: tomado de Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, Solberg LI, Lurie N y Camargo CA, 2003 (12). La traducción y adaptación al contexto colombiano se encuentra en la Figura 2.

Figura 2. Modelo conceptual de la sobreocupación en urgencias en Colombia



Fuente: elaboración propia a partir de traducción y adaptación de Asplin y cols. (11), y de los resultados de esta investigación.

2.1. Fase de entrada (Input)

Abarca cualquier evento, lesión, enfermedad o condición que conducen a la persona a buscar atención en el servicio de urgencias, e incluye la atención prehospitalaria, consultas directas o remisiones desde otros servicios o IPS.

Asplin y cols. señalan tres factores claves en la utilización de estos servicios: la necesidad de atención, factores predisponentes para buscarla y factores que facilitan el acceso (Figura 1).

Además, identifican tres tipos de atención: de emergencia, urgente no programada y como red de seguridad (12).

- La atención de emergencia está dirigida a pacientes lesionados o gravemente enfermos. El servicio de urgencias además de atender directamente las situaciones críticas, recibe remisiones dirigidas a otras especialidades que vienen desde centros de salud, unidades de atención domiciliaria y hospitales, especialmente cuando se requiere estabilización y diagnóstico antes de una hospitalización (12).

- La atención urgente no programada incluye casos en los que los pacientes presentan problemas agudos o exacerbaciones de enfermedades crónicas, pero no logran atención oportuna en otros servicios debido a la falta de disponibilidad. Muchos pacientes recurren a urgencias porque sus síntomas empeoran antes de obtener una cita o porque la posibilidad de recibir atención en el mismo día, aunque implique esperar, representa una opción más conveniente frente a las barreras de acceso (12).

- La atención como red de seguridad responde a la función del servicio de urgencias de atender a personas que no tienen acceso oportuno a otros ámbitos de atención del sistema de salud. Este componente incluye la atención a pacientes que no cuentan con otras alternativas viables para resolver sus problemas de salud, ya sea por barreras económicas, administrativas o por falta de cobertura (12).

Finalmente, el modelo conceptual de Asplin y cols incluye la desviación de ambulancias, práctica de países como Estados Unidos mediante la cual, en los momentos de máxima ocupación de los servicios de urgencias se puede activar el redireccionamiento de las ambulancias para que éstas se dirijan a otros hospitales que estén menos concurridos, y la duración del estado de desviación (en inglés, diversion status) es un indicador de sobreocupación. Esta práctica reduce la entrada a unos servicios y la reorienta hacia otros (12,15).

En el contexto colombiano, como resultado de la problemática de la sobreocupación en los servicios de urgencias del país, se identificaron las siguientes necesidades de atención urgente no programada o como red de seguridad:

- Barreras de acceso en la atención ambulatoria.
- Baja resolutividad en la atención ambulatoria.
- Déficit de capacidad instalada o de talento humano.
- Déficit de atención ambulatoria no programada.
- Ingreso por urgencias de remisiones a otros servicios.
- Afluencia de pacientes no urgentes.
- Accesibilidad geográfica en zonas rurales y dispersas.
- Sin aseguramiento: población pobre no asegurada, migrantes.

Estas se relacionan con el marco reglamentario y jurisprudencial nacionales, en los que es obligatoria la atención en urgencias de la totalidad de pacientes que allí consulten, como una de las directrices para la garantía del derecho fundamental a la salud.

Lo que significa que, si a nivel del sistema de salud no se gestionan adecuadamente estos determinantes, se convertirán en ingresos al servicio que presionarán las dinámicas del flujo del servicio.

2.2. Fase de caudal o flujo (Throughput)

Esta fase comprende todo lo que ocurre en el servicio de urgencias, desde el ingreso del paciente y a lo largo del ciclo de atención descrito en la sección anterior. En el modelo, esta fase se compone principalmente de dos etapas: una de rendimiento y otra de productividad. La fase de rendimiento abarca procesos de triage, asignación de habitaciones y la evaluación inicial realizada por el profesional de salud. Por su parte, la fase de productividad comprende las pruebas diagnósticas y el tratamiento en el servicio de urgencias. La eficiencia de esta segunda etapa puede verse influenciada por diversos factores, entre ellos la distribución física del servicio de urgencias, la proporción adecuada de personal médico y de enfermería, la cohesión entre los equipos de atención, el uso eficiente de pruebas diagnósticas, la accesibilidad a la información clínica, la calidad de la documentación, la efectividad de los sistemas de comunicación y la disponibilidad oportuna de consultas especializadas.

Es fundamental analizar de manera interna los procesos de atención en el servicio, priorizando aquellos que tienen mayor impacto en el tiempo de permanencia de los pacientes y el uso de recursos, con la posibilidad de ajustarlos cuando sea necesario, optimizar su eficacia y eficiencia.

Cualquier demora en este paso o flujo de los pacientes crea cuellos de botella que intensifican la percepción y realidad de sobreocupación dentro del servicio (12–14), y los aspectos que faciliten o dificulten la respuesta de los especialistas a las interconsultas de urgencias, así como la capacidad resolutiva del personal médico, también influirán (16).

En Colombia, una vez el paciente cruza la puerta de ingreso al servicio de urgencias, se realiza la clasificación de triage según los cinco niveles establecidos en la Resolución 5596 de 2015 (11) y, a continuación, la totalidad de los pacientes deben tener la garantía de una atención inicial; en triage I esta atención debe ser inmediata, en triage II debe ser antes de 30 minutos. En triage III no se tiene delimitada una temporalidad, pero la atención debe ser en el servicio de urgencias. Esta resolución también obliga a los servicios de urgencias a publicar en un lugar visible sus tiempos promedio de atención (aplica para los triage III al V).

Los casos clasificados en triage V pueden tener una condición aguda o crónica que no evidencia deterioro ni compromiso del estado general, y sin un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad. Sin embargo, es necesario asegurar una atención oportuna para prevenir complicaciones o secuelas, lo que significa que el servicio de urgencias debe prever su atención *in situ* o contar con procedimientos para que el paciente sea atendido oportunamente en otros servicios o ámbitos del sistema de salud.

Esta fase finaliza cuando se ordena la hospitalización, la remisión o el alta médica.

2.3. Fase de salida (Output)

Es el paso de los pacientes a otro proceso posterior al servicio de urgencias (17), incluye el egreso del paciente hacia hospitalización, la remisión a otras unidades asistenciales, la salida para manejo ambulatorio, la salida voluntaria antes de recibir atención y el redireccionamiento a hogares y albergues institucionales.

Este es el punto más crítico en la cadena y ha sido descrito como la causa más frecuente de sobreocupación (15,16) ya que los retrasos por falta de disponibilidad de camas de hospitalización, la inadecuada proporción de enfermeras por paciente, indicación de aislamiento o retrasos en la limpieza de las habitaciones posterior al egreso, retrasos en el alta de pacientes hospitalizados a centros de cuidados postagudos, demoras en procesos administrativos o en autorizaciones, generan acumulación de pacientes que ya han sido atendidos, pero no pueden abandonar el servicio de urgencias. Esta obstrucción del flujo hacia afuera impacta directamente en la disponibilidad de espacio para nuevos ingresos, convirtiéndose en una de las principales causas de la sobreocupación (12–14,16). A su vez, el traslado de pacientes de urgencias hacia hospitalización puede competir con el traslado desde las áreas quirúrgicas hacia el mismo destino (15).

En el contexto nacional, los determinantes que pueden afectar la finalización de la atención en el servicio de urgencias y represar la disposición final del paciente, si no se operativiza con prontitud la orden posterior a la conducta médica se pueden sintetizar en:

- Remisión hacia otra IPS
- Atención en otro servicio (intramural: hospitalización, salas de cirugía, UCI o extramural: hospitalización o atención domiciliaria)
- Alta médica
- Atención ambulatoria (consulta externa, consulta prioritaria)

- El egreso hacia instituciones sociales como albergues, instituciones del ICBF y de Integración Social.
- Los trámites con destino a la morgue o a Medicina Legal, por el fallecimiento del paciente.

Otro evento no esperado es que el paciente egrese sin ser atendido.

En un monitoreo de la Defensoría del Pueblo, el 9,8% de los encuestados contaba con una remisión y estaban esperando su traslado; de estos, el 11,6% había esperado más de 10 días, el 16,2 % entre 3 y 10 días, y el 30,7 % entre 1 y 3 días, incluyendo casos de accidentes de tránsito, y con mayores esperas en las entidades públicas, en las de alta complejidad, y con diferencias según la EAPB (3). Entre las razones para no haber realizado el traslado se incluyeron la falta de autorización o su demora, no aceptación del paciente, pagos pendientes o agotamiento de coberturas, falta de disponibilidad de camas, servicios o especialidades, falta de red de prestadores o su desconocimiento por la central de referencia, dispersión geográfica y sobredemanda de servicios (3).

2.4. Determinantes transversales

Estos determinantes hacen parte del modelo conceptual de a sobreocupación propuesto por las autoras para el contexto colombiano. Hacen referencia a los determinantes que circunscriben el contexto político y socioeconómico en el que se distribuye de manera desigual los recursos en salud, generando impacto a nivel local y modificación en las dinámicas de atención en los servicios, específicamente en urgencias (las fases de entrada, el flujo y la salida) (Figura 2).

Los determinantes transversales incluyen los aspectos estructurales que abarcan las políticas públicas, cultura, valores sociales, las cualidades del sistema de salud y la gobernanza que limitan el acceso, disponibilidad y oportunidad de la atención en salud. Los elementos intermedios abordan los servicios y recursos de las EAPB, aspectos psicosociales y modelos de contratación (2,18).

Para el caso colombiano, producto de la caracterización realizada se agregaron los siguientes elementos estructurales e intermedios, como determinantes transversales de la sobreocupación de los servicios de urgencias (Figura 2):

Determinantes estructurales:

- Modelo de atención primaria en salud
- Gobernanza: entes territoriales, CRUE
- Enfoque territorial

- Desigualdades e inequidad en salud
- Normas y valores culturales
- Barreras de acceso
- Reglamentación y políticas públicas
- Financiación
- Envejecimiento poblacional
- Acumulación epidemiológica
- Corrupción.

Determinantes intermedios:

- Capacidad instalada.
- Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS).
- Modelo de transporte asistencial en el contexto del sistema de emergencias médicas.
- Modelos de contratación entre pagadores y prestadores.
- Aspectos psicosociales.
- Existencia de nodos o grupos de prestadores especializados en patologías como accidente cerebrovascular.
- Disponibilidad de flujos diferenciados de atención según patologías.

3. Metodología

Este abordaje cualitativo de la sobreocupación en los servicios de urgencias tiene una orientación fenomenológica, ya que se busca comprender las experiencias comunes o compartidas de diversas personas frente a un fenómeno, lo cual es fundamental para el desarrollo de prácticas o políticas (19). En este caso, se pretende explorar las experiencias concretas relacionadas con la sobreocupación de los servicios de urgencias por parte de distintos actores del sistema, así como las estrategias que han desarrollado para afrontarla.

El diseño fenomenológico permite profundizar en el fenómeno con el fin de indagar qué experimentan las personas y cómo interpretan el mundo que las rodea. Se priorizará la profundidad sobre la amplitud y, por tanto, no se buscará la representatividad estadística ni la generalización de los resultados (19).

La pregunta que orientó el proceso de indagación cualitativa fue: ¿Cómo experimentan la sobreocupación de urgencias los distintos actores del sistema mapeados y qué estrategias han desarrollado para afrontarla? En ese marco, las fuentes de información fueron entrevistas semiestructuradas orientadas por un guion a personas que tienen roles clave en los servicios de urgencias de las

instituciones prestadoras de salud (IPS), los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias (CRUE), las empresas promotoras de salud (EPS) o en entidades territoriales.

La unidad de análisis fue la sobreocupación de los servicios de urgencias, mientras que la unidad de observación correspondió a las narraciones de quienes han vivido esta experiencia.

Debido al enfoque fenomenológico del estudio, fue esencial que todos los participantes hubieran experimentado la problemática en cuestión (20). Por lo tanto, los entrevistados fueron seleccionados mediante un muestreo basado en criterios y en bola de nieve.

El muestreo basado en criterios consiste en estudiar los casos que cumplen con criterios de importancia previamente establecidos, lo cual es una estrategia común para garantizar la calidad en investigaciones cualitativas (20). En este estudio, los participantes cumplieron con los siguientes criterios: 1) Rol directivo, de liderazgo o de coordinación; 2) Gestionaron la sobreocupación durante la pandemia por COVID-19 desde su posición en el sistema de salud; 3) han implementado estrategias para hacer frente a la sobreocupación; 4) Aceptaron libremente participar en el estudio y estuvieron dispuestos a profundizar en su experiencia.

El muestreo en bola de nieve consistió en identificar casos de interés a través de personas que conocían a otras que podían aportar información valiosa, los casos de interés también cumplieron con los criterios de inclusión mencionados (19). Por último, se procuró alcanzar la saturación teórica, es decir, el punto en que los patrones de significado comenzaron a repetirse y no emergieron datos nuevos que condujeran a interpretaciones distintas (20).

3.1. Recolección de la información cualitativa

Para la realización de entrevistas semiestructuradas se diseñó un guion de preguntas orientadoras dirigidas a explorar en profundidad las experiencias de los entrevistados. Este instrumento fue elaborado a partir del marco conceptual presentado en el segundo capítulo y se estructuró con base en categorías clave relacionadas con la sobreocupación de los servicios de urgencias: su monitoreo, la coordinación de los procesos de referencia y contrarreferencia, y los aprendizajes adquiridos en la cotidianidad y durante la pandemia por COVID-19 (Tabla 1,

Tabla 2,

Tabla 3,

Tabla 4, Tabla 5).

Tabla 1. Categorías y subcategorías de la experiencia de sobreocupación a nivel del CRUE

Definición de la categoría	Subcategoría	Aspectos por indagar	Preguntas
Experiencia del diagnóstico de sobreocupación a nivel de CRUE	Herramientas de diagnóstico de sobreocupación	Que sistemas de información, temporalidad y datos son usados para monitorizar la sobreocupación	¿Podría contarme cómo realiza el monitoreo de la sobreocupación de la red de urgencias, en términos del sistema de información utilizado, la temporalidad y la disponibilidad de los datos?
	Herramientas de diagnóstico de sobreocupación	Herramientas utilizadas por el CRUE para medir la sobreocupación de urgencias	¿Con qué datos cuenta el CRUE para monitorear la sobreocupación en tiempo real? ¿Qué datos deberían ser tenidos en cuenta para realizar dicha monitorización?
	Funcionamiento de componentes del CRUE	Qué papel juega el CRSS en la gestión de la sobreocupación de urgencias	¿Qué papel juega el Centro de Reservas del Sector Salud (CRSS) en la gestión de la sobreocupación de los servicios de urgencias? ¿De qué manera contribuye o podría contribuir este centro a dicha gestión?
	Articulación de los actores en la gestión de la sobreocupación	Articulación de los CRUE en la gestión de la sobreocupación entre departamentos con remisión por distintos grados de complejidad	¿Cómo es la comunicación con otros CRUE departamentales?
	Contribución del CRUE a la sobreocupación	Qué aspectos del apoyo, coordinación y regulación del CRUE contribuyen a mitigar la sobreocupación	¿Cómo contribuye el CRUE en situaciones de sobreocupación de los servicios de urgencias?
	Articulación de actores en la gestión de la sobreocupación CRUE-IPS	Qué dificultades de coordinación se encuentran en la interacción CRUE-IPS	¿Qué dificultades de coordinación ha identificado entre los CRUE y las IPS?
	Factores facilitadores o barreras de los CRUE en su papel dentro del sistema de referencia y contrarreferencia	Que aspectos contribuyen o dificultan el papel del CRUE para evitar la sobreocupación	¿Cuáles son las fortalezas, debilidades y barreras que presenta el CRUE en su papel dentro del sistema de referencia y contrarreferencia?

Definición de la categoría	Subcategoría	Aspectos por indagar	Preguntas
	Lecciones aprendidas para gestionar la sobreocupación	Basado en su papel de apoyo, que aspectos de los servicios prehospitalarios pueden mejorar para evitar la sobreocupación	¿Cómo considera que podría optimizarse la atención prehospitalaria para que los pacientes siempre sean dirigidos a los servicios pertinentes?
	Herramientas de diagnóstico de sobreocupación	Basado en su papel de apoyo que datos puede aportar el CRUE para contribuir a la monitorización de la sobreocupación	¿Con qué datos de los CRUE o de los prestadores se podría contar para monitorear la sobreocupación en tiempo real?
	Lecciones aprendidas para gestionar la sobreocupación durante COVID-19	Aprendizajes de la pandemia respecto a la gestión centralizada de la oferta y disponibilidad de Unidades de Cuidado Intensivo y Cuidado Intermedio a través de los CRUE	¿Qué ajustes tuvo que implementar la unidad para asumir la coordinación centralizada de las UCI y UCIM durante la pandemia por COVID-19, y qué lecciones aprendidas de esa experiencia podrían retomarse para mejorar la gestión de la sobreocupación en los servicios de urgencias?

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Categorías y subcategorías de la experiencia de sobreocupación a nivel de IPS

Definición de la categoría	Subcategoría	Aspectos por indagar	Preguntas
Experiencia de la medición y monitoreo de la sobreocupación y la gestión de la sobreocupación	Herramientas de diagnóstico de sobreocupación	Herramientas utilizadas por las IPS para medir la sobreocupación de urgencias	¿Qué herramientas o sistemas utiliza para medir la sobreocupación en urgencias, y qué dificultades ha encontrado para realizar esta medición? Una vez identificada la sobreocupación, ¿existen protocolos de alerta temprana y respuesta?
	Prevención y gestión de la entrada de pacientes no urgentes	La gestión de las IPS de los pacientes no urgentes en el servicio de urgencias y estrategias para prevenir la sobreocupación	¿Cómo considera que puede optimizarse la atención prehospitalaria para que los pacientes siempre sean dirigidos a los servicios pertinentes?
			Respecto a los pacientes que son identificados como triage IV y V, que podrían ser manejados de forma ambulatoria o que acuden

Definición de la categoría	Subcategoría	Aspectos por indagar	Preguntas
			por incapacidades médicas, ¿existe en su institución alguna estrategia para su manejo, orientada a evitar la sobreocupación?
			En caso de contar con servicios ambulatorios, ¿qué estrategias tiene para redirigir los pacientes a estos servicios?
	Gestión del flujo/salida de pacientes en el servicio de urgencias	Estrategias para la derivación de pacientes que podrían ser manejados de forma ambulatoria	¿Qué medidas ha considerado su IPS para enfrentar la sobreocupación en urgencias, especialmente en casos de pacientes que no pueden ser dados de alta por condiciones sociales como el abandono, la falta de documentos o el no aseguramiento en salud?
			¿Qué otras medidas ha considerado su IPS para enfrentar la sobreocupación en los servicios de urgencias? De las estrategias implementadas en su institución, ¿hay alguna que considere viable para ser adoptada a nivel nacional, tanto en instituciones públicas como privadas?
	Factores facilitadores o barreras de la gestión del flujo/salida de pacientes en el servicio de urgencias	Barreras de la remisión de urgencias a otras IPS que continúen el manejo acorde a la condición del paciente en urgencias	¿Qué barreras o dificultades encuentra en la operación de los procesos de referencia y contrarreferencia de los pacientes hacia los distintos grados de complejidad?
	Lecciones aprendidas para gestionar la sobreocupación	Basado en su experiencia que datos son fundamentales para monitorizar la sobreocupación	¿Qué datos podría aportar su servicio de urgencias en tiempo real para alimentar una herramienta nacional o departamental de monitoreo de la sobreocupación?
	Lecciones aprendidas para gestionar la sobreocupación durante COVID-19	Aprendizajes de la pandemia respecto a la gestión centralizada de la oferta y disponibilidad de Unidades de Cuidado Intensivo y Cuidado Intermedio a través de los CRUE	Con base en la experiencia durante la pandemia por COVID-19, ¿cómo valora la posibilidad de tener una gestión centralizada desde los CRUE, de las UCI y unidades de cuidado intermedio?
		Aprendizajes de la pandemia respecto a la gestión de la sobreocupación	¿Qué aprendizajes dejó la experiencia de la pandemia por COVID-19 para la gestión de su servicio de urgencias?

Fuente: elaboración propia

Tabla 3. Categorías y subcategorías de la experiencia de sobreocupación a nivel de EPS

Definición de la categoría	Subcategoría	Aspectos por indagar	Preguntas
Experiencia de la sobreocupación de la red de urgencias de las EPS	Herramientas de diagnóstico de sobreocupación	Que sistemas de información, temporalidad y datos son usados para monitorizar la sobreocupación	¿Podría contarme cómo realiza el monitoreo de la sobreocupación de la red de urgencias, en términos del sistema de información utilizado, la temporalidad y la disponibilidad de los datos?
	Gestión de la sobreocupación de la red de urgencias	Estrategias de las EPS para la derivación de pacientes en situaciones de sobreocupación	¿Qué medidas tiene la EPS ante situaciones de sobreocupación en su red de urgencias?
		Estrategias para la derivación de pacientes que podrían ser manejados de forma ambulatoria	¿Cuenta la EPS con estrategias de atención prehospitalaria para dirigir a los pacientes a los servicios pertinentes (por ejemplo, tele orientación, contact center, atención domiciliaria)?
	Gestión de la entrada de pacientes no urgentes	Estrategias para la derivación de pacientes que podrían ser manejados de forma ambulatoria	¿Qué características debería tener la consulta prioritaria y los servicios de baja complejidad para poder articularse a los hospitales y clínicas en el manejo de pacientes triage V?
	Aspectos a fortalecer del sistema de salud para gestionar la sobreocupación	Aspectos a fortalecer del sistema de salud para gestionar la sobreocupación	Cuáles de los siguientes aspectos de la sobreocupación en urgencias tienen mayor relevancia Fortalecer el rol de los centros reguladores de urgencias Fortalecer las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS) Fortalecer los procedimientos de referencia y contrarreferencia Fortalecer la estrategia de equipos básicos en salud (EBS) Fortalecer la atención primaria en salud - APS Fortalecer los Centros de Atención Prioritarios en Salud - CAPS Implementar o fortalecer líneas de orientación y atención telefónica Integrar telesalud y telemedicina a los servicios de urgencias Implementar un sistema único de monitoreo y alertas tempranas de sobreocupación. Desarrollar un protocolo nacional de respuesta escalonada ante diferentes niveles de sobreocupación Educación a la comunidad en derechos y deberes de los pacientes

Definición de la categoría	Subcategoría	Aspectos por indagar	Preguntas
			Educación continua del talento humano para mejorar la resolutividad
	Lecciones aprendidas para gestionar la sobreocupación durante COVID-19	Aprendizajes de la pandemia respecto a la gestión de la sobreocupación	Con base en la experiencia durante la pandemia por COVID-19, ¿qué ajustes realizó la aseguradora para coordinar el acceso de urgencias y la reducir la exposición de los pacientes al contagio por COVID-19?
		Experiencia de la EPS respecto a la gestión centralizada de la oferta y disponibilidad de Unidades de Cuidado Intensivo y Cuidado Intermedio a través de los CRUE	Durante pandemia por COVID-19 ¿Cómo fue la experiencia de la EPS con la coordinación centralizada de las UCI y UCIM?

Fuente: elaboración propia.

Tabla 4. Categorías y subcategorías de la experiencia del diagnóstico, entes territoriales de salud

Definición de la categoría	Subcategoría	Aspectos por indagar	Preguntas
Experiencia de la medición y monitoreo de la sobreocupación y la gestión de la sobreocupación	Herramientas de diagnóstico de sobreocupación	Que sistemas de información, temporalidad y datos son usados para monitorizar la sobreocupación	¿Podría contarme cómo realiza el monitoreo de la sobreocupación de la red de urgencias, en términos del sistema de información utilizado, la temporalidad y la disponibilidad de los datos?
	Gestión de la sobreocupación en área de influencia	Estrategias para la contención de la sobreocupación en la red del área de influencia	¿Qué medidas ha tomado su entidad para mitigar la sobreocupación en la red de urgencias de su área de influencia?
	La atención primaria en salud en la gestión de la entrada de pacientes no urgentes	Basado en la experiencia de los CAPS, cómo este enfoque contribuye a evitar la sobreocupación	En caso de haber sido responsable de los CAPS, ¿cómo pueden estos contribuir a evitar la sobreocupación?
	Aspectos a fortalecer del sistema de salud para gestionar la sobreocupación	Aspectos a fortalecer del sistema de salud para gestionar la sobreocupación	Cuáles de los siguientes aspectos de la sobreocupación en urgencias tienen mayor relevancia Fortalecer el rol de los centros reguladores de urgencias Fortalecer las redes integrales de prestación de servicios de salud Fortalecer los procedimientos de referencia y contrarreferencia

Definición de la categoría	Subcategoría	Aspectos por indagar	Preguntas
			Fortalecer la estrategia de equipos básicos en salud (EBS) Fortalecer la atención primaria en salud - APS Fortalecer los Centros de Atención Prioritarios en Salud - CAPS Implementar o fortalecer líneas de orientación y atención telefónica Integrar telesalud y telemedicina a los servicios de urgencias Implementar un sistema único de monitoreo y alertas tempranas de sobreocupación. Desarrollar un protocolo nacional de respuesta escalonada ante diferentes niveles de sobreocupación. Educación a la comunidad en derechos y deberes de los pacientes Educación continua del talento humano para mejorar la resolutividad.
	Lecciones aprendidas para gestionar la sobreocupación durante COVID-19	Aprendizajes del ente territorial en la pandemia respecto a la gestión de la sobreocupación	¿Qué aprendizajes dejó la experiencia de la pandemia por COVID-19 en la mitigación de la sobreocupación en la red de urgencias de su área de influencia?

Fuente: elaboración propia.

Tabla 5. Categorías y subcategorías de la experiencia de la estrategia CIGA en IPS, EPS y ente territorial

Categoría	Subcategoría	Aspectos por indagar	Preguntas
Experiencia del CIGA, en sus procesos y efectividad dentro de la IPS	Procesos de reporte al sistema CIGA	Procesos de reporte del sistema de información de la IPS y genera el reporte al sistema CIGA	¿Cómo reconoce la alerta el sistema de información de la IPS y genera el reporte al sistema CIGA?
		Cuál es el personal encargado de reportar los triages que deben ir al CIGA	¿La persona que hace la valoración y clasificación de triage hace el reporte al CIGA o hay una persona asignada para realizar este proceso?
		Procesos de reporte del sistema CIGA a EPS	¿La notificación que hace al sistema CIGA a la EPS es inmediata?

Categoría	Subcategoría	Aspectos por indagar	Preguntas
	Efectividad del sistema CIGA	Efectividad de las notificaciones a las EPS y tiempos de respuesta del proceso	El medio por el cual realizan la notificación a la EPS ¿es efectivo y cumple con los tiempos de respuesta?
		Efectividad del seguimiento del proceso	¿Cómo se hace el seguimiento para que efectivamente se cumpla o concluya el proceso?
		Efectividad del seguimiento del proceso para el usuario	¿Cómo se hace el seguimiento para que efectivamente se finalizó el proceso para el usuario?
	Fortalezas y debilidades del sistema información CIGA	Que aspectos contribuyen o dificultan el sistema de información de la estrategia CIGA	¿Qué fortalezas y debilidades presenta el sistema de información?
Experiencia del CIGA, en cuanto a sus funcionamiento y procesos de reporte, desde la EPS	Funcionamiento de la estrategia desde EPS	Procesos de la estrategia, fortalezas y debilidades desde la óptica de la EPS	¿Cómo se maneja la estrategia CIGA y qué fortalezas y debilidades presenta?
	Procesos de reporte al sistema CIGA	Procesos de la estrategia en cuanto a la notificación de la cita, por la EPS	¿Cómo recibe el paciente la notificación de la asignación de la cita?
		Procesos de la estrategia en cuanto al seguimiento de cierre de caso	¿Cómo se realiza el seguimiento para verificar que el proceso efectivamente se finalizó para el usuario?
Experiencia del CIGA, en cuanto a sus funcionamiento y procesos de reporte, desde el ente territorial	Funcionamiento de la estrategia desde Ente territorial	Estrategias para la derivación de pacientes que podrían ser manejados de forma ambulatoria	¿Cómo funciona la estrategia CIGA?
	Procesos de reporte del sistema CIGA	Canal de comunicación, frecuencia de la comunicación y papel de la secretaria	Desde su actuar como secretaría ¿cuál es el mecanismo de comunicación por el cual recibe el reporte de notificación de la no atención?

Categoría	Subcategoría	Aspectos por indagar	Preguntas
		Tiempos de respuesta de la estrategia y su variabilidad por triage	Teniendo en cuenta los tiempos de respuesta según la clasificación de triage ¿cuánto es el tiempo de espera para recibir la notificación hasta esta etapa?
		Rol especifico dentro de la institución para realizar el seguimiento de la plataforma e informar alerta de que no se asignaron citas	¿Quién realiza el seguimiento a la plataforma para informar la alerta de no asignación de citas?
		Procedimiento que sigue la secretaría para verificar que el usuario recibió atención.	¿Cómo se hace el seguimiento para que efectivamente se finalizó el proceso para el usuario?
	Fortalezas y debilidades del sistema información CIGA	Que aspectos contribuyen o dificultan el sistema de información de la estrategia CIGA	¿Qué fortalezas y debilidades presenta estrategia CIGA?

Fuente: elaboración propia.

El guion fue validado mediante una prueba piloto con uno de los coordinadores de urgencias, quien también fue seleccionado para participar en la caracterización del componente cuantitativo.

3.2. Plan de análisis cualitativo

En primer lugar, los audios de las entrevistas fueron transcritos. A continuación, se aplicaron técnicas de codificación y categorización con el objetivo de identificar patrones y particularidades, lo que permitió llevar a cabo un análisis temático. Durante el proceso de sistematización y análisis, se consideraron categorías, subcategorías y dimensiones emergentes (19).

El análisis se apoyó con el software NVivo©®, especializado en la sistematización de información cualitativa. Finalmente, se elaboraron reportes por categoría de análisis y cruces entre ellas, así como herramientas de visualización para facilitar la identificación de relaciones significativas (19).

Las entrevistas se realizaron en un momento del país en el que las redes integrales de prestadores de servicios de salud (RIPSS) correspondieron a las habilitadas en cada EPS, por lo que las referencias a las redes de prestadores tendrán esta acepción. Los entrevistados se refirieron a estas con expresiones como "red de prestadores", "red de prestación de servicios" y similares.

3.3. Consideraciones éticas

El contacto inicial con los participantes fue realizado por un equipo experto en participación y deliberación, quienes invitaron a los sujetos seleccionados, de acuerdo con los criterios de inclusión y un mapeo previo de actores. En este proceso se convocó a coordinadores de urgencias, subdirecciones de CRUE, representantes de la academia y de sociedades científicas que han estudiado la sobreocupación, así como a EPS, funcionarios de entidades territoriales y asociaciones gremiales. Quienes aceptaron la invitación a participar en el estudio firmaron un consentimiento informado.

El consentimiento fue redactado siguiendo las directrices establecidas en la Resolución 8430 de 1993. Está formulado en un lenguaje claro y accesible, e informa sobre el objetivo del estudio, la técnica empleada para la recolección de información (entrevista semiestructurada) y la garantía de que la participación

es completamente libre y voluntaria. También comunica la posibilidad de retirarse del proceso en cualquier momento, sin necesidad de justificación, así como los derechos que asisten a cada persona como sujeto de investigación (21). El documento puede consultarse en el Anexo 1 de este documento.

Se aseguró la privacidad y confidencialidad de los datos personales, los cuales serán protegidos y custodiados por el equipo investigador en estricto cumplimiento del artículo 6 de la Ley 1581 de 2012. Todos los archivos de audio serán eliminados un año después de finalizado el proyecto. En los informes, así como en cualquier otro documento derivado del estudio, no se revelarán los nombres de los participantes ni de las instituciones vinculadas. Tampoco se utilizarán datos que puedan llevar directa o indirectamente a la identificación de las personas o sus opiniones (21).

Existe la posibilidad de que los datos y análisis obtenidos en el marco de este estudio se utilicen posteriormente en publicaciones académicas. Sin embargo, dado que la información fue anonimizada desde el inicio del proceso, estas publicaciones no incluirán nombres propios, nombres de instituciones ni ningún dato que permita inferir la identidad de las personas involucradas. Esta medida tiene como propósito salvaguardar la confidencialidad a lo largo de todo el proceso investigativo.

Asimismo, se garantiza que en los informes y publicaciones derivados del proyecto no se utilizarán nombres propios ni información que pueda conducir a la identificación de los y las entrevistadas (confidencialidad). También se respetó el derecho a abstenerse de responder cualquier pregunta que generara incomodidad o a dar por terminada la entrevista sin necesidad de explicación alguna (intimidad) (21).

Una vez firmado el consentimiento, se programaron las entrevistas virtuales. Durante las entrevistas, se reiteró que la participación es libre y voluntaria, se recordó la posibilidad de retirarse en cualquier momento y se solicitó la autorización para grabar el audio antes de comenzar la conversación.

4. Resultados

Los resultados del componente cualitativo se presentan en cinco apartados. El primero aborda la gestión de la sobreocupación antes de que ocurra el ingreso de los pacientes al servicio de urgencias, lo que en el modelo de Asplin y cols. corresponde a la fase de entrada. Incluye la labor prehospitalaria realizada por el CRUE y por los servicios privados, así como el papel de la APS en la prevención de la exacerbación de patologías de base. El segundo examina la gestión de la sobreocupación en los servicios de urgencias y una vez se define la disposición de estos, que según el modelo conceptual de Asplin y cols., corresponde a las fases de flujo y salida. Estas tres fases, de entrada, flujo y salida, se diferenciaron para facilitar la descripción y el análisis, pero en el tercer apartado se integran, mostrando cómo las estrategias propuestas pueden actuar de manera simultánea. El cuarto apartado sintetiza otras lecciones aprendidas para el diseño de una estrategia dirigida a la gestión y control de la sobreocupación en urgencias, y el quinto se orienta a los aspectos a fortalecer en el sistema de salud.

4.1. Gestión de la sobreocupación en la fase de entrada: antes del ingreso a los servicios de urgencias

Las entrevistas evidenciaron que la gestión anticipada de la sobreocupación en urgencias depende de la articulación efectiva entre actores del sistema, especialmente el CRUE, las EPS, los servicios prehospitalarios y la atención primaria. Las y los entrevistados expresaron que, aunque existen esfuerzos de regulación y monitoreo, la falta de estandarización de algunos procesos de articulación y coordinación territorial limita la capacidad de prevenir la saturación y contribuye a que los servicios de urgencias se conviertan en el único punto de acceso para múltiples necesidades no resueltas en otros ámbitos del sistema. Las estrategias referentes a la fase de entrada se pueden consultar en el anexo 2.

4.1.1. Atención prehospitalaria y la heterogénea gestión de los CRUE

De acuerdo con los entrevistados, la contribución del proceso de regulación de urgencias a cargo del CRUE presenta una gran variabilidad, pues se identificó que las dinámicas de operación de estos centros en el país difieren según el territorio, su situación financiera, las redes de servicios de salud y la autoridad sanitaria. Esta heterogeneidad puede modificar el direccionamiento de los

pacientes, ya que en ocasiones se sobrecargan algunas instituciones en lugar de distribuirlos entre las IPS del territorio. Los entrevistados señalaron, además, la necesidad de que la entidad cuente con estructuras y protocolos estandarizados a nivel nacional.

> "Lo que pasa es que, como no todos [los CRUE] tienen la misma estructura, la capacidad no es la misma, la infraestructura no es la misma y los recursos financieros tampoco son los mismos, hay dificultades para que todos podamos llevar como ese mismo anclaje y poder dar una respuesta efectiva. Los CRUE trabajan muy bien, pero sí pienso que hay que hacer un seguimiento más desde la parte normativa, y tratar de cierta forma que los que están en sedes grandes puedan tener como la misma estructura o al menos los mismos protocolos de atención." [Entrevista 7, subdirección CRUE, 2025].

Para los entrevistados, el papel del CRUE dependía de su adecuada integración en el sistema. En este sentido, la verificación de las redes a las que podían remitirse los pacientes estaba ligada a la notificación oportuna de los procesos de contratación de las EPS, las cuales constituyen un actor clave para mitigar la sobreocupación hospitalaria a través de los procesos de referencia y contrarreferencia. Asimismo, señalaron que los entes de inspección, vigilancia y control debían informar oportunamente sobre los cierres de servicios, ya que sus demoras afectaban directamente el trabajo de la entidad.

> "Cuando el CRUE no conoce su propia red de prestadores, que tiene que estar articulada con la necesidad del paciente, yo contribuyo a saturar los servicios de urgencias. […] te doy un ejemplo y me pasaba con los médicos y era […] "es que allá me reciben el paciente más rápido" y el accidente o el paciente lesionado estaba al otro lado, pero ¿por qué lo trasladas tanto si es que hay más hospitales en la ciudad? […] ocasionalmente, inspección, vigilancia y control hace el cierre de algunos servicios en algunos hospitales y esa notificación llega posterior, cuando el paciente ya está en el servicio. No es que tal institución ya no tiene gineco. [Entrevista 7, subdirección CRUE, 2025].

Las dificultades en el direccionamiento de los pacientes también se evidenciaron en que, con frecuencia, la comunicación con las IPS se establecía de manera informal, directamente con los coordinadores de urgencias, quienes admiten pacientes como un "favor" para resolver las dificultades del sistema de referencia.

> "Nació una buena amistad con los del centro regulador, al punto que ya me llaman y me dicen: "no, no tengo más donde poner ese paciente, ayúdame". [...] Al

> punto que yo le digo: "sabe qué sí mándamelo y yo voy acomodando, mi servicio", si el paciente está en tal pueblo, se va a durar 3 horas en llegar de aquí allá, […]. Entonces hemos logrado una buena comunicación, pero como les digo, no es a través del sistema de referencia que debería existir, sino en aras de la comunicación y el favor". [Entrevista 4, coordinadora urgencias, 2025].

En relación con la atención prehospitalaria, los entrevistados destacaron dos aspectos centrales: el papel de las ambulancias y el escaso control de su operación. Algunos señalaron que las ambulancias privadas, motivadas por intereses económicos, suelen priorizar los accidentes de tránsito por ser más rentables y, en ocasiones, envían unidades básicas con personal sin la formación necesaria para garantizar la vía aérea, estabilizar la columna vertebral o manejar adecuadamente el trauma, lo cual tiene efectos adversos para el paciente.

> "Reporta que hay un accidente de tránsito y le caen ocho ambulancias que […]se pelean en llegar. ¿Por qué? Porque es que el estímulo adverso es que lo factura fácil cualquiera, mientras que la emergencia del indigente es muy difícil cobrarla. Ya ahí se resume que hay un incentivo adverso en la optimización de la prestación de ambulancias y eso hace que el CRUE haya tenido que orientar el trabajo de sus ambulancias en todo aquello que las privadas no quieren cubrir". [Entrevista 2, coordinador urgencias, 2025].

> "Hay muchas ambulancias "piratas" que ni siquiera están registradas y no llaman a los CRUE, entonces falta inspección, vigilancia y control sobre las ambulancias privadas. Segundo, […] un error grave: a todos los accidentes, a todos los traumas envían siempre la ambulancia básica y la ambulancia básica está conformada por un conductor y un auxiliar. O sea, no tienen la formación, pero lo lanzan allá a ver como atienden.". [Entrevista 16. Asociación gremial, 2025].

Algunos entrevistados señalaron su percepción de que, en ocasiones, el criterio predominante para el direccionamiento de pacientes es enviarlos al hospital más cercano o a una IPS perteneciente a la red de prestadores de su aseguradora, incluso si estos no cuentan con los servicios requeridos. Esto genera múltiples remisiones posteriores, lo que es especialmente problemático en patologías tiempo-dependientes como los síndromes coronarios o los accidentes cerebrovasculares (ACV).

> "La atención prehospitalaria no prioriza la necesidad del paciente para optimizar el recurso, sino que priorizan el aseguramiento. Un ejemplo clarísimo son los accidentes de tránsito en la autopista norte, todos van a un hospital […] de segundo nivel, que no tiene ortopedista, entonces se quedan pidiendo remisiones

> angustiosamente, llamada un amigo a medianoche, porque tienen pacientes críticos que realmente si uno se pone a pensar un traslado a […] se va a demorar máximo 10 minutos más y probablemente sí vaya a ser ventaja". [Entrevista 4, coordinadora urgencias, 2025].

> "Las patologías de urgencias son tiempo-dependientes, entonces no solamente es llevarlo al sitio más cercano, sino al sitio más adecuado, y eso también hace parte de la función de la Secretaría de poder derivar al sitio más adecuado lo que necesite el paciente, un paciente con ACV no lo voy a pasar al centro […], sino de pronto al hospital […], que, aunque me quede más lejos, tiene los recursos para poder atender". [Entrevista 8, Academia y sociedades científicas, 2025].

Respecto a los reportes que permiten monitorear la sobreocupación, y que constituyen un insumo para la gestión del CRUE, se identificó que las instituciones reportan entre una y tres veces al día, tasas y porcentajes de ocupación que se recolectan mediante opciones que pueden ir desde un conteo manual de pacientes en el servicio hasta el uso de sistemas de información interoperables que permiten una medición en tiempo real. Para algunos entrevistados, sin embargo, esta notificación no se traduce en un menor direccionamiento de pacientes.

> "Nosotros informamos sobre la ocupación tres veces al día al centro regulador de urgencias de la Secretaría, pero, como te digo, se ha vuelto paisaje. No incide en nada, porque sigue llegando el mismo número de pacientes. Igual siguen enviando las mismas ambulancias, tanto de la red pública como privada. No importa si uno dice: 'no tenemos esto, no tenemos lo otro', igual te siguen llegando pacientes. Tanto así, que algunas instituciones incluso prefieren no informar, porque pareciera que el que informa es el que "se lleva el bulto". Al menos se hace visible, y ahí termina llegándole más." [Entrevista 2, coordinador de urgencias, 2025].

> "El informe que nosotros pasamos a Secretaría, ese que toca mandar a diario, se queda en el reporte. […], pero por el chat les digo: "venga, tengo tantas ambulancias encamilladas, no me mande ambulancias, se van a quedar aquí encamilladas". O cuando se daña el TAC, entonces listo se hace todo el reporte por la oficialidad, pero en el Whatsapp pido que no nos manden y realmente creo que el efectivo es el Whatsapp" [Entrevista 4, coordinadora urgencias, 2025].

Por otra parte, la notificación de emergencia funcional, en la cual las instituciones emiten una carta informando formalmente su situación, fue tratada con mayor atención por parte del CRUE, al estar respaldada normativamente. En estos

casos, el CRUE tiene la responsabilidad de monitorizar el comportamiento de la red departamental y activar el plan de ayuda mutua, procurando no remitir pacientes a dichas instituciones.

> "Cuando [una institución] nos alerta una sobreocupación del servicio de urgencias, nosotros hacemos tres cosas: uno, efectivamente, no trasladar paciente en urgencia vital, que se puede hacer, pero no lo hacemos; dos, disminuir el número de pacientes comentados por el centro regulador para referencia; tres, apoyar la contrarreferencia de pacientes. Aunque la ley no es clara en sí, nosotros tenemos la competencia, pero si estamos en esa emergencia, apoyamos la contrarreferencia de pacientes. Igual ahí, yo creo que el que tiene más que ver es la EPS, porque la manera clara de desocupar los servicios de urgencias es definiendo una conducta inmediata, o sea, gestión del paciente para el lugar correspondiente". [Entrevista 19, subdirección de CRUE, 2025]

En cuanto a la articulación entre CRUE para enfrentar la sobreocupación que supera la capacidad de una red departamental, se encontró que esta colaboración presenta dificultades. El traslado de pacientes entre territorios requiere que el CRUE receptor asigne un código de registro en el servicio de atención prehospitalaria o transporte asistencial. Si este trámite no se realiza, el CRUE remitente debe comunicarse directamente con la IPS para ubicar al paciente.

> "los CRUE no se articulan con nosotros. Llamamos, pero ellos se ponen bravos porque les mandamos pacientes, pero nunca nos ayudan a hacer el trámite de reversa, de ubicación de pacientes. Entonces lo que hacemos es llamar directamente a las instituciones de alto nivel de complejidad y solicitar la ubicación" [Entrevista 19, subdirección de CRUE, 2025].

Finalmente, los entrevistados señalaron que un aspecto clave para el adecuado funcionamiento del CRUE y de la atención prehospitalaria es la capacitación del personal. Resaltaron la necesidad de fortalecer la articulación y la notificación dentro de la red, con un énfasis en la cobertura, así como el conocimiento de la normatividad vigente. Esto permitiría cumplir con los procesos y adherirse a ellos, facilitando la toma de acciones inmediatas en situaciones de redireccionamiento, incluso cuando no es posible comunicarse con el asegurador.

> "Cuando uno desconoce la norma es difícil. La otra dificultad es la adherencia a los procesos. La gente es muy necia para decir que un proceso, que está escrito, que tiene una ruta, no sirve. La ruta te puede permitir tomar acciones de la inmediatez o modificarlas. Todo se puede modificar, desde que esté dentro de los mismos parámetros". [Entrevista 7, subdirección CRUE, 2025].

4.1.2. El rol de los servicios de atención médica domiciliaria

Dentro de la atención prehospitalaria se encuentran los servicios privados, los cuales podrían contribuir a optimizar el recurso limitado de ambulancias al encargarse del transporte de pacientes específicos que requieren acompañamiento asistencial. Sin embargo, este tipo de atención demanda la definición de criterios claros que permitan evaluar adecuadamente el riesgo de continuar el manejo en casa o de proceder con el traslado, evitando así aumentar la morbilidad o mortalidad mientras se accede a la atención hospitalaria.

> "[...]Hay algo que no está bien. [...], uno encuentra pacientes que ¿Cuántas veces consultó a [...] antes de que le diera la peritonitis? No, consulté como cuatro veces. Venga, pero si tenía un dolor que usted no mejoraba. ¿Por qué tanta demora en sacarlo de la de su casa y llevarlo a una institución? Si me hago entender, entonces uno encuentra ese tipo de cosas". [Entrevista 5, coordinador de urgencias, 2025].

> "Las ambulancias son un recurso limitado, es fundamental aplicar criterios técnicos de seguridad y clasificación del riesgo. Por ejemplo, un paciente con una fractura estable de mano puede ser trasladado en transporte especial no medicalizado, con acompañamiento asistencial por parte de la IPS remitente, siempre y cuando se documente adecuadamente y se garantice la seguridad del traslado. Este modelo, fue implementado exitosamente durante la pandemia". [Entrevista 9, coordinador de urgencias, 2025].

4.1.3. La atención en IPS primarias y su rol en la sobreocupación de urgencias

Durante las entrevistas se identificaron dos grandes dificultades en los prestadores de baja complejidad: por un lado, la inoportunidad en la asignación de citas, especialmente las de carácter prioritario y ambulatorio; y por otro, la insuficiente capacidad de las EPS para responder a la demanda de la población en cuanto a controles de patologías crónicas no transmisibles, oncológicas y de cuidados paliativos. Estas limitaciones derivan, en muchos casos, en la consulta al servicio de urgencias como única alternativa, lo que contribuye al deterioro

de las condiciones de salud de los pacientes cuando no se garantiza la continuidad del tratamiento ni el adecuado seguimiento.

> "Uno ve muy descuidada la atención primaria de salud y que el paciente llega complicado de sus patologías, que pudieron haber sido manejadas en atención primaria de salud en su momento y que ya están tan complicadas, pues que ya está teniendo una necesidad hospitalaria, [...]. Hay un pobre acceso a la medicación y a los elementos de control de las patologías de base. Entonces, digamos que yo tengo un paciente oncológico y yo no debería tener que llegar con el paciente hospitalizado, pues no es normal que un paciente con tanta complejidad llegue dos veces por año, [...], pero el problema es que estos pacientes no reciben atención en ninguna parte". [Entrevista 6, coordinador de urgencias, 2025].

Además, muchos de estos pacientes presentan condiciones no urgentes, clasificadas como triage IV y V. Aunque no requieren atención inmediata, deben ser atendidos de manera oportuna y resolutiva, en el marco de sus derechos fundamentales. En respuesta, algunos hospitales han implementado servicios de consulta prioritaria dentro de la institución. Sin embargo, estas iniciativas enfrentan barreras administrativas. Se ha evidenciado que las EPS dificultan la facturación de estos servicios e incluso glosan las cuentas, lo que limita su sostenibilidad y continuidad.

> "La reglamentación en Colombia dice que el triage es un mecanismo de clasificación, nunca un mecanismo para saber qué paciente se rechaza ni si la atención depende del cobro, de si lo puedo facturar o no. Desgraciadamente, se ha tergiversado y se utiliza para eso. Entonces, los aseguradores no les pagan a los hospitales los triages IV y V". [Entrevista 2, coordinador de urgencias, 2025].

> "Una vez me acuerdo que la clínica propuso hacer estos servicios prioritarios 24 horas, o sea, porque tú tienes urgencias abiertas siempre; en caso de que pase algo, lo resuelves. [...] la clínica lo propuso, pero no, ninguna EPS iba a pagar eso. Entonces yo creo que eso es una buena estrategia, pero si las instituciones tienen retribución económica por lo que hacen. Sí no, nadie va a gastar en esto. Eso sí limita mucho". [Entrevista 5, coordinador de urgencias, 2025].

Otra estrategia que se ha considerado para mejorar el acceso y la continuidad de la atención por prestadores de baja complejidad, e incluso de consultas con especialistas en ubicaciones geográficas de difícil acceso, ha sido la telemedicina. Para varios entrevistados, este no es un recurso desconocido; sin embargo, consideran que su implementación está limitada por los pagos que las EPS

decidan reconocer a las clínicas y hospitales. Según los hallazgos, el uso de la telemedicina se ha restringido principalmente a la comunicación entre el médico de urgencias y el especialista, sin que se habiliten servicios más amplios. En algunos casos, su aplicación se ha mantenido únicamente para cuidados paliativos, debido a la falta de financiación.

> "Se hacía telemedicina por médico general y todas las atenciones se contrataban internamente, y el médico proyectaba hacer su telemedicina, desde aquí en la clínica, el médico y el paciente donde estuvieran. Funcionaba muy bien. Cuando ya bajo la pandemia para cubrir el tema, disminuyó mucho porque ya las entidades dejaron de pagar esos servicios y se cortaron como los contratos específicos para telemedicina. Entonces el volumen bajo como a un 10% de lo que se tenía. Finalmente, se retiró el programa de medicina general desde la telemedicina y se sacó únicamente para el tema de cuidados paliativos". [Entrevista 6, coordinador de urgencias, 2025].

> "El hospital tiene un proyecto de implementación de telemedicina y habilitación. Ya lo habilitó, pero no hemos podido negociar con la EPS porque la EPS nos pagó un valor muy bajito al que verdaderamente cuesta. De ahí iniciamos un piloto con los municipios de la costa, con […], y fue muy efectivo, pero falta están en negociación con la EPS". [Entrevista 3, coordinadora urgencias, 2025].

> "La habilitación de la teleconsulta realmente no es compleja. Lo que necesitas es un monitor de grado médico que permita que la evaluación del paciente sea de buena calidad en el lugar en donde está el que hace la consulta. Según qué tan específica se quiera hacer, lo ideal sería que en el otro lugar también haya un espacio físico con una pantalla de grado médico, donde se pueda ubicar al paciente para realizarle un examen físico […]. Por ejemplo, si un médico general solicita una valoración por parte de un especialista para evitar trasladar al paciente, puede enviarle las imágenes diagnósticas, en una pantalla de grado médico se tiene toda la resolución. Es el único requerimiento. Aparte de eso, lo que hay que definir es quién estará a cargo del proceso. [Entrevista 14, Academia y sociedades científicas, 2025].

4.1.4.Atención preventiva: una respuesta a la sobreocupación

Frente a esta problemática, los entrevistados coincidieron en que el fortalecimiento de la atención en los prestadores de baja complejidad es fundamental para prevenir la sobreocupación en los servicios de urgencias. Por ello, las IPS que ofrecen servicios de baja complejidad y consulta externa han implementado estrategias para brindar atenciones efectivas, de bajo costo y adaptadas a la disponibilidad de tiempo de los ciudadanos.

Una de las intervenciones fue ampliar la implementación de salas de Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA) en servicios de urgencias de baja complejidad, atendidas por médicos generales capacitados para ello por los pediatras de los servicios de mediana y alta complejidad. Estas salas permiten detectar los casos graves para su remisión oportuna, y resolver los casos leves en la baja complejidad sin congestionar los servicios de urgencias de mediana y alta complejidad.

> "En tres años que llevamos montando las salas ERA en picos [respiratorios] nos ha ido súper bien. Pasamos de tener 40 remisiones diarias desde los centros médicos a tener tres o cuatro de niños que realmente ya requerían la hospitalización. Entonces también requirió que los médicos de los centros médicos se entrenarán en estrategia ERA. Todos tenían la idea, por ejemplo, de que a todo paciente había que ponerle metilprednisolona, dexametasona, canalizarlo... Y cuando uno les muestra toda la evidencia, les dice: "Mire, usted puede dar todo vía oral y con un inhalador, no se necesita nada más, solo una silla. Siéntelo, póngale el inhalador y una prednisolona, y obsérvelo durante tres horas. Si va bien sáquelo". [Entrevista 4, coordinadora urgencias, 2025].

Asimismo, se ha ampliado la cobertura de la consulta ambulatoria mediante la extensión de horarios y agendas, lo que ha permitido mejorar el acceso, la continuidad del tratamiento y la prevención de descompensaciones que podrían derivar en hospitalizaciones.

> "En el municipio de […] se han implementado estrategias para ampliar los horarios de atención en la consulta ambulatoria. Esto incluye la extensión del horario como mecanismo para facilitar el traslado de los pacientes a su IPS primaria, especialmente para consultas prioritarias. Además, se ha incrementado la cantidad de citas disponibles, con el objetivo de reducir la demanda en los servicios de urgencias". [Entrevista 17. Funcionario de gestión de servicios de salud, 2025].

4.1.5. Educación al paciente: clave para el uso razonable de urgencias

Como parte de las estrategias de atención primaria, se identificó la educación al paciente como un componente esencial para promover el uso razonable de los servicios de urgencias. Esta iniciativa busca que los pacientes comprendan la clasificación del triage y reconozcan los signos de alarma que justifican una

consulta urgente. Durante la pandemia por COVID-19, esta estrategia demostró gran utilidad.

> "Nosotros en […] hicimos mucha educación a los pacientes, y eso ayudó muchísimo para que las personas no llegaran de inmediato ante cualquier síntoma. Se trataba de educar sobre cuáles son los signos de alarma para acudir a urgencias: si está teniendo un ACV, no se quede en casa cinco horas, váyase de inmediato; o si puede estar infartándose, si tiene dificultad respiratoria. Pero si no presenta signos de gravedad, aunque tenga algún síntoma, urgencias no es el lugar. En esos casos, se deben habilitar los servicios de consulta prioritaria". [Entrevista 14, Academia y sociedades científicas, 2025].

4.1.6. Gestores de servicios de salud y teleorientación: lecciones aprendidas de las EPS

Aunque el número de entrevistas realizadas con representantes de las EPS fue limitado, se logró incluir la perspectiva de dos actores institucionales relevantes dentro del sistema de salud, con elementos valiosos para comprender las dinámicas de articulación y gestión desde el punto de vista de las entidades aseguradoras.

En una de estas entrevistas se conoció la experiencia de una EPS que contaba con gestores de servicios de salud en el hospital donde la mayoría de sus usuarios recibía atención en urgencias. Por un lado, estos gestores identificaban a los pacientes con estancias prolongadas y analizaban cómo podían contribuir a agilizar su egreso. Por otro, disponían de un gestor a la salida del servicio de urgencias encargado de autorizar las citas remitidas por los médicos y la entrega de medicamentos, favoreciendo así la continuidad de la atención de sus pacientes.

> "Monté gestores en cada uno de los centros más grandes de atención. Hicimos un sondeo […], en donde había más pacientes y después colocamos un centro de llamadas con un gestor: era una persona de mi EPS, la idea era que, una vez el paciente saliera de su consulta, esa persona estuviera ahí, en una zona pequeña dentro del área, para gestionar todo lo necesario. Sacaba las cartas de autorización, las autorizaba y así podíamos como contener el paciente una vez que saliera". [Entrevista 12, EPS, 2025].

Una estrategia adicional para prevenir el desplazamiento innecesario de los pacientes hacia los servicios de urgencias es la orientación telefónica, que

permite determinar si los síntomas que presenta la persona pueden ser resueltos en el grado de baja complejidad o si requieren atención en urgencias. Esta estrategia está pensada para ser implementada por las EPS, en su papel de intermediarias entre los usuarios y la red contratada.

> "La línea de orientación y atención telefónica es una estrategia que las EPS han querido implementar. Esta herramienta permite mejorar la atención, porque los canales de comunicación son fundamentales. Los seguimientos telefónicos que deben hacer las EPS, o los regímenes especiales según la condición del paciente, no se pueden abandonar. Este tipo de contacto genera confianza y permite que los pacientes consulten los servicios de urgencias cuando realmente lo necesitan." [Entrevista 17. Funcionario de gestión de servicios de salud, 2025].

4.1.7.Redirección de pacientes de triage IV y V

Durante las entrevistas se identificó como estrategia la redirección de los pacientes clasificados como triage IV y V hacia las IPS primarias. En este marco, se encontraron dos modalidades principales: Un programa distrital denominado *Centro Integrado de Gestión para el Acceso a los Servicios de Salud* – CIGA, en uno de los distritos más importantes de Colombia; y los mecanismos institucionales desarrollados por las EPS e IPS para redirigir a los pacientes hacia sus propios centros de atención de baja complejidad.

El CIGA constituye un esfuerzo de la autoridad sanitaria por articular a todas las IPS con servicios de urgencias y a todas las EPS distritales por medio de una plataforma que permite realizar el direccionamiento de los pacientes (22). Según lo relatado en la entrevista, esta estrategia cuenta con tres rutas priorizadas: pediatría, salud mental y materno-perinatal.

- En la ruta de pediatría, los niños que llegan a urgencias con patologías no urgentes reciben una cita de consulta externa con pediatría. De igual forma, si han sido dados de alta tras una hospitalización, se les asigna una consulta de control. Asimismo, la ruta contempla la asignación de citas de pediatría para niños con diagnósticos relacionados con situaciones de violencia.
- En la ruta de salud mental, el paciente que llama a la línea 106 recibe asesoría para definir si requiere atención por urgencias o una cita prioritaria con psiquiatría.

- En la ruta materna, se asignan citas para la revisión del recién nacido, planificación familiar y control posparto al momento del egreso hospitalario, garantizando la continuidad en la red de prestadores.

Esta estrategia también incluye servicios administrativos que los pacientes puedan requerir, como el agendamiento de citas con especialistas en procedimientos quirúrgicos o la gestión de incapacidades.

> "En triage, le pregunto al paciente el motivo de consulta. Puede decir: "Es que yo tengo un procedimiento quirúrgico programado hace ocho meses, pero ya me estoy deteriorando. Me duele mucho la rodilla, me van a hacer un reemplazo, pero no me dan la cita y ya no aguanto el dolor". En ese caso, lo que hace la IPS es remitirlo a servicios administrativos para que la EPS lo capte y le pueda dar solución en menos de cinco días hábiles. No es un procedimiento quirúrgico prioritario, pero sí se le debe dar respuesta al usuario". [Entrevista 15. Funcionaria de entidad territorial, 2025].

En el caso de la redirección de pacientes adultos hacia la atención primaria, los clasificados como triage IV reciben una cita prioritaria dentro de las 24 horas siguientes para asegurar atención efectiva, mientras que a los triage V se les garantiza una cita que no supere las 72 horas. Las EPS están alineadas para atender a los usuarios todos los días de la semana. Incluso, algunos pacientes clasificados como triage III pueden ser remitidos a centros médicos de baja complejidad.

> "Esto buscó que todas las IPS se alistaran, y si eran parte de su red básica, que ofrecieran atención todos los días de la semana, de lunes a lunes. Porque también encontrábamos que las IPS básicas no atendían los fines de semana, y el paciente nunca podía acceder a una consulta prioritaria un sábado o un domingo […]. Bajo el decreto 1217 del municipio, identificamos esta necesidad y establecimos que, si una IPS privada tenía dificultades para conseguir o asignar citas, el mismo decreto obligaba a las EPS a abrir la consulta. Si no tenían agenda disponible, se direccionaba al paciente a la red pública, que debía atenderlo en consulta prioritaria o externa, independientemente de si tenía contrato o no. Esto hizo que todas las EPS se alinearan y empezaran a abrir capacidad oportuna para poder atender a todos estos tipos de usuarios". [Entrevista 15. Funcionaria de entidad territorial, 2025].

En la parte operativa, la IPS registra al paciente en la plataforma con su motivo de consulta, signos vitales y afiliación. A partir de esta información, las EPS captan el caso y lo redirigen a sus centros para consulta prioritaria o externa. El

paciente recibe la información de la cita asignada y debe confirmar si la acepta o no.

> "A través de las plataformas están entrando más o menos 2.000 pacientes […]. Estamos dejando de dar, en promedio, entre 800 y 900 citas al mes, porque en el momento la EPS no tiene disponibilidad o el usuario no acepta la cita. Voy a ponerte un ejemplo: un usuario que vive en el sur, y le damos una cita en el norte. El usuario dice: "No, yo no acepto la cita, mejor me voy a mi básica o me voy a gestionarla" […]. Cuando el usuario se va del servicio de urgencias y no acepta la cita, o no entra a la plataforma, y ellos lo ingresan la debemos cancelar." [Entrevista 15. Funcionaria de entidad territorial, 2025].

Respecto a los mecanismos institucionales, algunos entrevistados comentaron valores entre el 50 % y el 70 % al referirse a los pacientes que acuden al servicio de urgencias y son clasificados como triage IV o V. Por esta razón, los servicios que no lograron contratar con las EPS la atención de pacientes en consulta prioritaria se han articulado con dichas entidades para garantizar a los pacientes no urgentes el acceso a este tipo de consulta.

> "En alta complejidad, solamente un 2.5 % de los pacientes que están en urgencias son triage I; el 22 %, triage II; y los porcentajes mayoritarios siempre están entre el triage III y IV, en todos los niveles y en todas las naturalezas jurídicas". [Entrevista 13, Representante de prestadores, 2025].

> "Solicitamos a nuestro ente territorial […] que desde su dirección nos permitan realizar una reunión interinstitucional con todas la EPS [para hablar] de la red de primer nivel [que tienen habilitada]. Esto con el fin de hacer una articulación que nos permita poder hacer el desescalonamiento, y que los triages clasificados como IV y V sean atendidos en el primer nivel. Porque, de acuerdo con nuestros registros y nuestros indicadores, mirábamos que en un porcentaje de un 70% los pacientes que consultaban nuestra institución estaban en el triage IV. Por lo tanto, se tendría que derivar al primer nivel" [Entrevista 3, coordinadora urgencias, 2025].

> "El estudio de ingeniería de flujo encontró diferentes semáforos dentro del servicio de urgencias. Uno eran los puntos del triage, mucho triage III, que eso invade los servicios de urgencias, y muchas veces no deja espacio realmente para lo demás. […] La institución decidió implementar la escala que desde entonces se usa [NEDOCS], y eso está adherido al programa de sistemas del hospital. Me refiero a que uno, en cualquier momento, en tiempo real, puede estar consultando la escala para saber dónde estamos". [Entrevista 5, coordinador urgencias, 2025].

> "Los pacientes triage IV y V son pacientes con un tiempo de estancia en el servicio de urgencias supremamente corto. Entonces, ellos en sí mismos no representan un problema de sobreocupación, porque en el 70 al 80% de los casos, probablemente un poco más son pacientes que se atienden, se les soluciona su problema de salud y se egresan del servicio. O sea, no representan ocupación. Voy a dar un dato desde mi experiencia: los pacientes triage IV y V privados, es decir, con convenio de aseguramiento como medicina prepagada, en el 76.5% de los casos estaban tres horas o menos en urgencias. Los que sí representan un problema de sobreocupación son los pacientes triage I y II, y algunos del triage III, no todos son blancos o negros, hay una escala de grises, que requieren cirugía, hospitalización o cuidado intensivo. Ese grupo de pacientes es el que se queda en espera de una cama hospitalaria". [Entrevista 1, coordinador urgencias, 2025].

Asimismo, se identificaron IPS que cuentan no solo con servicios de mediana complejidad, sino también con servicios de baja complejidad. En estos casos, es posible redirigir a algunos pacientes hacia dichos servicios, optimizando así el uso de los recursos disponibles. Además, algunos centros disponen de una consulta diferencial para los pacientes clasificados como triage IV, ubicada en un área anexa al servicio de urgencias, atendida por personal del hospital, pero sin ocupar los recursos propios del servicio de urgencias.

> "El paciente que va a ser direccionado para cita prioritaria se gestiona a través del Sistema de Información de la institución […], porque nosotros también tenemos varios puestos de salud en el municipio para poder ofertar la consulta y darle solución. […] Tenemos cinco urbanos, cuatro rurales y dos municipales y se gestiona a través de ellos […]. ¿Qué es la debilidad de eso? nosotros tenemos otras IPS dentro del municipio que no ofertan citas prioritarias. O sea, si usted está afiliado a una EPS y solicita una atención prioritaria, la respuesta puede ser que la consulta esté disponible en siete u ocho días.". [Entrevista 11, coordinador urgencias, 2025].

4.2. Gestión de la sobreocupación en las fases de flujo y salida del servicio de urgencias

A continuación, se presenta la gestión que se desarrolla en las clínicas y hospitales, correspondiente a las fases de flujo y salida, tal como se diferencian en el modelo conceptual presentado arriba. Si bien en la práctica estas fases no constituyen categorías puras y suelen interrelacionarse, se diferencian para facilitar la descripción y el análisis.

4.2.1. Gestión de la sobreocupación durante el flujo en los servicios de urgencias

La gestión del flujo en los servicios de urgencias comprende un conjunto de alternativas destinadas a optimizar el triage, la circulación de los pacientes dentro del servicio de urgencias, evitando cuellos de botella y reduciendo los tiempos de espera, la organización de procesos específicos para la atención de pacientes con determinados diagnósticos – a lo que los entrevistados denominan y "rutas" o "rutas clínicas" específicas -, hasta la implementación de medidas para reducir de manera segura la estancia hospitalaria y la redistribución estratégica del talento humano en función de la demanda. Asimismo, incluyen iniciativas orientadas a ampliar la disponibilidad de ayudas diagnósticas, con el fin de garantizar la continuidad en los procesos de atención y favorecer la toma oportuna de decisiones clínicas.

En esta misma línea, el flujo de urgencias se beneficia de herramientas para medir y monitorear la sobreocupación, como tableros de seguimiento y escalas estandarizadas; prácticas de mejora continua basadas en eficiencia operativa, como estudios de flujo, que buscan agilizar el proceso clínico. El inventario detallado de estas estrategias puede consultarse en el anexo 3.

4.2.1.1. Sistemas de priorización y triage

Los sistemas de priorización fueron una de las estrategias más mencionadas por los entrevistados para optimizar el ingreso de pacientes al servicio de urgencias. Aunque no hubo consenso sobre qué profesional debería realizar el triage, se destacaron las habilidades diferenciadoras entre médicos y enfermeros. El acuerdo general fue que, independientemente de quién lo realice, debe tratarse de un profesional altamente capacitado para esta función. Además, se consideró esencial contar con el apoyo de un urgenciólogo, encargado de resolver los casos de triage dudosos y coordinar el servicio de urgencias. Esta estrategia contribuye a disminuir los eventos adversos y garantiza una adecuada sensibilidad diagnóstica, lo cual puede ser determinante en las decisiones clínicas.

> "Los estudiosos del tema han demostrado durante años que tanto el médico como el enfermero pueden realizar el triage, siempre que estén bien entrenados. A la clínica le ha ido muy mal cuando esta función la asumen los médicos, porque comienzan a preguntar cosas que no tienen que preguntar, se enredan, se toman

el tiempo. O sea, no funciona bien. Entonces, básicamente uno trabaja como apoyo, apoyo al enfermero de triage en la toma de decisiones, porque hay enfermedades, desafortunadamente en urgencias, que son muy poco sintomáticas, pero son graves, que el enfermero tal vez no tenga esa finura para identificar cuando dice "no venga", y pues es algo grave". [Entrevista 5, coordinador urgencias, 2025].

"Uno de los principales ítems es un buen modelo de triage. O sea, si no tiene un buen modelo de triage, eso es un dominó: de ahí para adelante, haga lo que haga, todo va a ir mal. Tiene que tener personal altamente resolutivo, y eso es académica y técnicamente confiable y capaz. Me refiero a medicina, enfermería y paramédico". [Entrevista 2, coordinador urgencias, 2025].

4.2.1.2. Organización del proceso de aceptación de pacientes remitidos

La puerta de urgencias no es la única vía de ingreso de pacientes a este servicio. Por ello, algunas instituciones han optado por organizar el proceso de aceptación de remisiones mediante la solicitud de correos electrónicos que incluyan la documentación que evidencie las necesidades del paciente para poder ser aceptado. En algunos casos, según los entrevistados, los requisitos para la referencia son tan exigentes o demorados que el proceso se finaliza con llamadas telefónicas. De este modo, se estudia el caso y se previene que el paciente sea remitido innecesariamente, evitando que ocupe una cama hospitalaria sin requerirla.

"Somos un centro de referencia a nivel nacional, así que también evaluamos la pertinencia de los pacientes que nos remiten. Por ejemplo, nos llaman, comentan el caso, y el médico de urgencias, según lo que le dicen, determina si es de nuestra complejidad. Si no lo es, se dan indicaciones desde acá. […] Recibimos entre 300 y 400 solicitudes diarias, y aunque también tenemos un sistema de referencia por correo electrónico, el filtro más efectivo sigue siendo la llamada telefónica" [Entrevista 10, coordinadora urgencias, 2025].

4.2.1.3. Gestión de ingresos

Finalmente, se identificó una estrategia orientada a mantener los pasillos de las IPS libres de pacientes, con el propósito de evitar la atención en condiciones inadecuadas que incrementan la probabilidad de eventos adversos. Desde la perspectiva de los entrevistados, la sobreocupación constituye un problema que

se ha desbordado y que, en su persistencia, tiende a desensibilizar al personal sanitario frente a la gravedad de sus consecuencias tanto para el talento humano como para los pacientes.

En este sentido, se prioriza la atención de los pacientes triage I al III, garantizando su derecho a la salud y conteniendo la carga asistencial que recae sobre los profesionales. Como parte de esta estrategia, a los pacientes clasificados con triage IV y V se les informan los tiempos de espera, que en ocasiones superan las doce horas, con el fin de disuadir su permanencia en la sala de espera e incentivar su consulta a otros servicios en los que los puedan atender con una mejor oportunidad. Esto favorece la atención oportuna en urgencias de los casos con mayor gravedad o compromiso de su estado de salud:

> "Hace unos 15 o 20 días recibí un paciente politraumatizado afuera del hospital, pues en la locura del servicio. Había sufrido un volcamiento en carro, con trauma severo, y no teníamos ni un espacio mínimo para examinarlo. No había sala de reanimación disponible, así que tuvimos que sacar la gente del triage y meterlo en ese consultorio. Le cortamos la ropa ahí mismo, sin monitoreo, en condiciones que no son correctas. Y uno piensa: ya va a tocar cerrar, porque el parqueadero se llena de pacientes, camillas, sillas, gente en el piso. Y si llega alguien más, no tengo dónde ponerlo. Si me hacen un paro, me toca reanimarlo en el parqueadero". [Entrevista 6, coordinador urgencias, 2025].

4.2.1.4. Herramientas de evaluación y monitoreo de la sobreocupación

El diagnóstico de la sobreocupación en urgencias fue considerado por los entrevistados como uno de los aspectos más importantes para su adecuada gestión. No obstante, reconocen que, para que toda la red pueda identificar al prestador de servicios de urgencias menos congestionado, es necesario avanzar en la estandarización de las herramientas de medición. Actualmente, algunas instituciones reportan tiempos de atención, otras el número de camas o el porcentaje de sobreocupación, lo que dificulta la comparación entre servicios. Esta falta de uniformidad también responde a que cada institución opera con su propio sistema de historia clínica y gestión de información. Uno de los entrevistados planteó la necesidad de una herramienta unificada de monitorizar los servicios.

> "Primero hay que hacer una estandarización, y, segundo, implementar una herramienta que permita la medición de la situación de los servicios de urgencias, no necesariamente en tiempo real, pero sí con una demora que no supere las 6, máximo 4 o 6 horas para que podamos tener una medición del desempeño." [Entrevista 1, coordinador de urgencias, 2025].

Dentro de las instituciones, la necesidad de contar con un control efectivo del servicio de urgencias, mediante herramientas prácticas y confiables, ha impulsado el desarrollo de programas de visualización de datos que permiten conocer el número de pacientes y su ubicación dentro del servicio (camas disponibles, pacientes ya hospitalizados, especialidad tratante, entre otros). Todo esto contribuye a gestionar de manera más eficiente el flujo de pacientes y a garantizar una atención adecuada, incluso en contextos de sobreocupación.

> "Nos reunimos con la gente de calidad, empezamos a utilizar un modelo de visualización de datos muy parecido al Power BI que ofrece Microsoft. […] Se usó un software propio de la clínica, que se llama el SIAM y a través del SIAM obteníamos datos. Empezamos a calcular datos buscando hitos de tiempo, es decir, banderas de tiempo, por ejemplo, cuando el paciente ingresaba por la puerta, se grababa el digiturno, se marcaba un tiempo uno. Cuando el enfermero que realizaba el triage asignaba a ese paciente para llamarlo al triage, se marcaba un tiempo dos, y así sucesivamente. Dibujamos el proceso como la ruta de atención del paciente, a través de hitos, banderas o puntos críticos que nos permitieran después medir tiempos de atención y tiempos de espera." [Entrevista 1, coordinador de urgencias, 2025].

> "Esta herramienta se llama Tablero Unificado de Seguimiento al Paciente. Es un desarrollo nuestro […] Aquí yo puedo ver, en este momento, que en tiempo real tengo 157 pacientes en mi servicio. Puedo saber todo esto que dicen: solo adulto, entonces quieren estar en el proceso ambulatorio, o sea, están en consulta, pendientes de exámenes. Tengo un área de referidos, que son 40 de mis 80 camas destinadas a los pacientes que vienen remitidos. Entonces, aquí tengo claramente identificados a los pacientes que están en esa área […] Tengo aquí toda la data demográfica, pero no solo eso, sé qué servicio lo tiene a cargo. Entonces, algunos están a cargo de urgencias, pero muchos ya están por medicina interna, neurología, pero no se han podido subir." [Entrevista 2, coordinador de urgencias, 2025].

De igual manera, detectamos que varias instituciones se adhieren al uso de la escala NEDOCS como una forma de superar la subjetividad en la percepción del hacinamiento. Su aplicación constante y la posibilidad de tomar decisiones basadas en sus resultados la convierten en una herramienta útil para los servicios de urgencias.

> "En urgencias uno también se acostumbra a trabajar en el caos. Entonces tú dices: "¿Para qué me va a servir decir que tengo esa preocupación, si ya la estoy viendo? ¿Para qué me voy a meter en el tablero, si la veo aquí?". Ahí ya hemos conversado sobre los tableros. Y cuando vamos a las reuniones, abrimos el tablero y nos damos cuenta de cómo se está comportando la urgencia". [Entrevista 18, director científico de la IPS, 2025].

> "Esta escala [NEDOCS] resulta importante, porque indica cuándo una situación está en fase de desastre. A veces digo: "Esto lo veo como vacío, hemos estado peor". Desafortunadamente, el cerebro humano tiene la capacidad de negociar con las situaciones, adaptándose incluso a lo crítico". [Entrevista 5, coordinador urgencias, 2025].

4.2.1.5. Gestión por eficiencia / mejora continua

En algunos servicios de urgencias se han adoptado métodos de optimización de procesos industriales tipo *Lean Six Sigma*, enfocados en mejorar la eficiencia calidad y satisfacción del cliente. A partir de estos procesos se puede reducir el tiempo de ciclo de urgencias, menores de 60 minutos, la preparación de pacientes clínicos los procesos de alta de pacientes, número de personas requeridas para suplir la demanda, entre otros procesos. Estos procesos requieren estudios de ingeniería de flujo para determinar dónde están las barreras en la atención.

> "El problema es la falta de flujo, la falta de eficiencia de los procesos, y la necesidad de orientar los procesos hospitalarios hacia la excelencia operativa. Calculando *Takt time*, *Lead time* y *Cycle time*[1], y desarrollando herramientas como, por ejemplo, la hospitalización temprana, los egresos hospitalarios tempranos, y promoviendo que los especialistas tratantes vayan a los servicios de hospitalización antes de las 10:00 de la mañana, se puede lograr mayor movilidad en el sistema". [Entrevista 1, coordinador de urgencias, 2025].

[1] *Takt time* [Tiempo de Ritmo] representa la velocidad de fabricación necesaria para ajustarse con precisión a los ritmos del cliente. *Cycle time* [Tiempo de Ciclo] cuantifica el tiempo de fabricación preciso de cada producto. *Lead time* [Tiempo de Entrega] abarca todo el proceso desde la recepción de la solicitud hasta el envío completo del producto, incluyendo producción y despacho. En https://www.6sigma.us/six-sigma-in-focus/takt-time-vs-cycle-time-vs-lead-time/ consultado el 6 de septiembre de 2025.

> "Ellos implementaron un estudio por ingeniería de flujo. […] Midieron tiempos en cada punto de atención: en la llegada del paciente, en la salida de los exámenes, en la salida de ayudas diagnósticas. Ese estudio fue gigantesco. […] Sirvió para establecer las medidas y definir los puntos que ellos llaman 'semáforos', que generan el problema." [Entrevista 5, coordinador urgencias, 2025].

Otra estrategia de mejora continua, propuesta por una de las entrevistadas, consiste en estandarizar la titulación en el manejo del dolor, acompañada de la disponibilidad de medicamentos en dosis precisas. Esta medida permitiría que las especialidades que atienden en urgencias, como medicina interna o urgencias, puedan administrar tratamientos adecuados sin depender de interconsultas constantes con especialistas en dolor o cuidados paliativos.

> "En algunas instituciones no hay dosis únicas de medicamentos, por lo tanto, no se hace titulación de opioides para el control del dolor. Esto afecta especialmente a poblaciones con dolor crónico, como el dolor lumbar o el dolor oncológico. Cuando se cuenta con unidosis y una estandarización del manejo del dolor en urgencias, es más sencillo tanto para medicina general como para especialistas, sea medicina interna o urgencias titular el dolor, controlarlo y permitir que el paciente salga sin quedar represado esperando una interconsulta por medicina del dolor o anestesia. En muchos casos, la administración de medicamentos es cada 6 u 8 horas, pero los servicios no están disponibles 24 horas, lo que retrasa la atención hasta el día siguiente". [Entrevista 14, Academia y sociedades científicas, 2025].

En cuanto a la optimización de la toma de paraclínicos y ayudas diagnósticas en urgencias, se identificaron dos estrategias principales. La primera consiste en el uso de *Pruebas de Laboratorio en el Punto de Atención al Paciente* (POCT, por sus siglas en inglés), que se realizan fuera del laboratorio y cerca del paciente, priorizando aquellas con mayor respaldo en la literatura científica por su impacto en el diagnóstico y pronóstico, como los marcadores de isquemia cardíaca, las pruebas de embarazo, la glucometría, el Dímero D y el péptido natriurético cerebral (BNP). Estas pruebas permiten una respuesta más rápida y eficiente.

> "Usamos [POCT] solo aquellas que realmente la literatura ha demostrado que generan impacto. […] Pruebas de embarazo […] estamos implementando un sistema donde utilizamos las tirillas de Gravindex, de droguería —llamémoslo así—, pero ha sido una maravilla. Porque, por ejemplo, un paciente con dolor y dudas sobre gestación, con una tirilla de esas que nos da resultados en minutos,

vemos las dos rayitas e inmediatamente podemos detectar un ectópico y pasar de una vez a ultrasonido. La glucometría es fabulosa. Dímero D podría ser muy útil, el BNP. Yo creo que es algo que deberíamos casi que estandarizar". [Entrevista 2, coordinador urgencias, 2025].

"[El POCT] Sería excelente al pie de la cama del paciente, o sea, eso realmente sería lo ideal. Hemos intentado con muchos elementos para acá, pero el tema viene a ser ya contratación y costos de los procesos. Nuestra clínica tenía todos estos aparatos, pero tuvimos que quitarlos porque el costo superaba el servicio que estaban dando. Estamos organizando, ahorita, que los médicos salgan, lleven al paciente y lo dejen con la persona del laboratorio para las muestras. Inmediatamente las ingresan al sistema y las mandan por un tubo neumático que llega al laboratorio. En cuestión de un minuto se demora el tránsito, y ya está arriba en el laboratorio para procesamiento. Tenemos resultados a la hora de todos los laboratorios que tomemos". [Entrevista 6, coordinador urgencias, 2025].

4.2.1.6. Gestión según el diagnóstico

En algunas entrevistas se identificó la organización de lo que los entrevistados denominaron "rutas" para el manejo de pacientes con patologías específicas como un estándar de buena práctica clínica, capaz de estandarizar la atención, favorecer el ingreso de los pacientes y organizar los espacios físicos de los servicios de urgencias y hospitalización. Los participantes mencionaron rutas para eventos coronarios, manejo de pacientes oncológicos y eventos cerebrovasculares.

"Como funciona la ruta cardiovascular es un poquito diferente porque usualmente el paciente no están tan buenas condiciones como está el paciente oncológico. […] tenemos esas estrategias para mover los pacientes y la estrategia de comunicación interna. Cuando hace parte de nuestras rutas específicas contratadas con la entidad, nosotros mismos nos encargamos como institución de buscar las autorizaciones, de cargarla, de llamar al paciente, de todo el equipo de navegación. Entonces uno, digamos desde urgencias, puede estar tranquilo, derivar el paciente para hacer que el paciente se haga las cosas". [Entrevista 6, coordinador urgencias, 2025].

Dentro de la adecuada gestión de diagnósticos también se destacó la posibilidad de atender a los pacientes en sillas, sin necesidad de acostarlos, lo cual se asocia con menores estancias hospitalarias.

> "Triage cuatro y cinco privados […] son pacientes para los que tenemos estrategias, como por ejemplo no acostarlos, porque el paciente que se acuesta automáticamente se queda más tiempo en los servicios de urgencias. Eso está bien definido en la literatura". [Entrevista 1, coordinador urgencias, 2025].

En el caso de las patologías oncológicas, una de las entrevistadas señaló que muchos de estos pacientes, al requerir cuidados paliativos, no necesitan hospitalizaciones prolongadas, sino un manejo específico de síntomas como drenajes pleurales o control del dolor. Si se logra estandarizar lo que estos pacientes pueden requerir, tanto en baja como en alta complejidad, se podría ofrecer una resolución eficaz a sus necesidades.

> "Es una de las causas por las que los pacientes oncológicos vienen [a urgencias]: el control de los síntomas de cuidados paliativos. Por ejemplo, si tienen derrames pleurales a repetición, si tienen ascitis, o si hacen anemia o trombocitopenia, pues como parte de su tratamiento por la enfermedad oncológica. Muchos de ellos llegan para el control del síntoma. Sin embargo, en varias instituciones, los servicios que hay para resolver estas situaciones, por ejemplo, radiología intervencionista para los drenajes no son 24 horas. Generalmente la disponibilidad es diurna o solamente en la mañana. Si el paciente llega el fin de semana o llega en la tarde, pues se queda represado, digamos, en el servicio de urgencias". [Entrevista 14, Academia y sociedades científicas, 2025].

Los profesionales entrevistados señalaron la necesidad de que las referidas "rutas" sean estandarizadas desde el Ministerio, con el fin de garantizar su implementación en varios hospitales de una misma área de influencia. Esto permitiría distribuir de manera más equitativa el volumen de pacientes que requieren atención para una misma patología.

4.2.1.7. Gestión de la estancia en áreas de expansión

Algunas instituciones han afrontado la sobreocupación en los servicios de urgencias mediante la expansión tanto de las áreas de observación como de las otras áreas de urgencias. Esta estrategia suele acompañarse de una redistribución del personal profesional con el fin de agilizar los tiempos de atención y reducir la saturación en los flujos asistenciales. Asimismo, las zonas de expansión se han destinado a la ubicación de pacientes cuya situación administrativa dificulta su egreso oportuno o de aquellos que, por sus condiciones sociales, enfrentan procesos de hospitalización prolongados. De esta manera, la ampliación de espacios no solo busca responder a la demanda

inmediata, sino también gestionar problemáticas estructurales que repercuten en la permanencia de los pacientes dentro de urgencias.

> "Si urgencias expansión no tiene pacientes, [la enfermera] les envía pacientes allá. Ella despliega todas las listas de cada servicio y se encarga de redirigirlos. Por ejemplo, hay dos o tres niños con síntomas respiratorios, pues se ven en urgencias pediátricas si expansión no tiene capacidad de respuesta. […] Para este mes implementé la misma estrategia. Habitualmente son 250 atenciones por semana y ya estamos en 375. […] El médico tiene turno de 12 horas. Al mediodía, después de hacer todos los ingresos, ya tiene 20–25 pacientes por revalorar. Entonces debe decidir: ¿revaloro o sigo ingresando pacientes? […] A partir de este mes tenemos un refuerzo en el mismo horario, desde las 10:00 de la mañana hasta las 6:00 de la tarde, para poder definir todos los pacientes del área de urgencias expansión". [Entrevista 11, coordinador urgencias, 2025].

> "Se construyeron ocho cubículos para trasladar pacientes de difícil resolución administrativa, no clínica. No eran casos que requerían UCI o procedimientos quirúrgicos urgentes, esos pasaban directamente. Se trataba de pacientes con neumonía, desequilibrio electrolítico, o condiciones que podían resolverse en 72 horas. […] En el 90% de los casos, los pacientes egresaban desde esa sala sin pasar por hospitalización, porque cuando iban a hospitalización la remisión se volvía casi imposible. […] En teoría, el paciente seguía estando en el servicio de urgencias". [Entrevista 1, coordinador urgencias, 2025].

4.2.1.8. Planificación estratégica del talento humano asistencial

Otra estrategia que contribuye al flujo eficiente de pacientes en urgencias es la planificación estratégica del talento humano. Los entrevistados reconocieron que la sobreocupación en estos servicios presenta variaciones a lo largo del día, con picos de alta demanda y momentos de menor afluencia. En este contexto, se vuelve indispensable ajustar la cantidad de personal —médicos, enfermeras y auxiliares— y redistribuirlo de manera dinámica en áreas clave como triage, admisiones y revaloraciones. Esta reorganización no solo optimiza los tiempos de atención, sino que también permite priorizar a los pacientes según su estado clínico, en lugar de seguir estrictamente el orden de llegada, lo que mejora la capacidad de respuesta ante casos críticos.

> "Planificación estratégica del talento humano asistencial: Se realiza un análisis periódico del mapa de calor por franjas horarias y días de la semana, lo que permite ajustar el número y la jornada laboral del personal, tanto en la puerta de

entrada (triage y admisión) como en la puerta de salida (egresos y remisiones), garantizando cobertura suficiente según la demanda real". [Entrevista 9, coordinador urgencias, 2025].

"Nunca volví a tener problemas de retraso en triage. […] porque logré habilitar espacios de consulta de hasta 40 minutos, gracias a que tengo tres enfermeros haciendo triage. Tradicionalmente se piensa que el triage lo hacen los enfermeros y la consulta los médicos, pero eso genera desequilibrios: el médico puede no tener pacientes, mientras el enfermero tiene 20 en lista por valorar. Eso implica que esos pacientes ya llevan 45 minutos de espera, y un triage con ese tiempo no es funcional. Entonces empezamos a redistribuir. Si veo que hay diez pacientes en triage, le digo a los médicos que empiecen a hacer triage también, y ellos entran a apoyar las valoraciones". [Entrevista 6, coordinador urgencias, 2025].

4.2.1.9. Horario extendido del servicio de imágenes diagnósticas

Una de las estrategias implementadas para optimizar el flujo en urgencias fue la ampliación del horario de toma de ecografías. En una de las entrevistas se identificó que el servicio de imágenes diagnósticas no estaba disponible las 24 horas, por lo cual se decidió extender la atención hasta las 22:00 h y retomarla nuevamente a las 6:00 h del día siguiente. Esta medida se acompañó de una coordinación estrecha con los jefes de servicio, quienes se encargaban de identificar a todos los pacientes con orden de ecografía para evitar que alguno quedara pendiente. Con ello, se buscaba no solo agilizar los procesos de atención, sino también garantizar que tanto el médico tratante como el paciente pudieran contar con la información diagnóstica que proporciona este examen, reduciendo la incertidumbre clínica y favoreciendo la toma de decisiones oportunas.

"Había pacientes que el cirujano no ha podido definir. Por ejemplo, una mujer, que es a veces un poco más la necesidad del cirujano y tener una seguridad […] Entonces, digamos, usted llegaba a las 5:00 de la tarde, y ya a esa hora usted no iba a tener oportunidad de hacer un estudio ecográfico, porque ya tenía que esperar hasta las 6:00 de la mañana del día siguiente para poder obtener una ecografía. Y el cirujano, pues, no quería tomar la decisión tan clínica. [Ahora] se hacen varios barridos […] El primer radiólogo llega a las 6:00 de la mañana; hace primero la solicitud de las ecografías que quedaron pendientes de la madrugada, o de las que quedaron pendientes, o las nuevas de las 5:00–6:00 de la mañana. Nuevamente, cuando está por terminar, se comunica por radiotransmisores con los servicios para que los camilleros y jefas de área realicen el primer barrido,

asegurando que ninguna ecografía quede sin ejecutar. Este proceso se repite a lo largo del día: entre las 9:00 y 10:00 a.m., antes del mediodía, nuevamente a las 2:00 p.m., a las 4:00 p.m., y se cierra con un último barrido al final de la jornada".

4.2.2.Gestión de la fase de salida de los servicios de urgencias

Las estrategias de gestión para prevenir retrasos en la fase de salida de los servicios de urgencias se concentraron en los programas de altas tempranas, la hospitalización domiciliaria y la contrarreferencia de pacientes. No obstante, en algunos hospitales también se identificaron modalidades complementarias, como las cirugías diferidas y la sala de egresos. El inventario detallado de estas estrategias puede consultarse en el anexo 4.

4.2.2.1. Procesos de altas tempranas

Los procesos de altas tempranas parten de la identificación de pacientes que, según su patología, suelen tener una duración previsible de hospitalización. Estos procesos se apoyan en la experiencia de especialistas en pediatría y medicina interna para definir las conductas clínicas, y en la articulación con el equipo de enfermería, radiología y laboratorio. El objetivo es enfocar los recursos en los pacientes con posibilidades de alta, facilitar destetes de oxígeno y completar oportunamente las tareas administrativas necesarias para su egreso.

> "Hay un protocolo de altas seguras, como aligerar las ayudas diagnósticas, ¿cierto? Eh… también se habla con el servicio de radiología y laboratorio, y se enfocan en los pacientes que podrían darse de alta rápidamente. En general son varias estrategias, pero serían esas. Y lo otro es que se hace un enfoque en triage dos y uno. El tres… el tres sí le toca esperar.". [Entrevista 5, coordinador urgencias, 2025].

> "Nosotros podemos saber qué pendientes tiene el paciente que va a salir. Hay pacientes que tienen salida y no tienen epicrisis, […] la salida aquí la da la enfermera. La salida hospitalaria implica que ya se elaboró la epicrisis y el médico hizo la fórmula, pero dentro del sistema, la boleta de salida la emite el área de egresos de enfermería. A veces, enfermería no ha hecho la solicitud, y entonces el gestor de la IPS y el auditor, como tienen el tablero, ya saben que está pendiente de la salida de internación, para poder cuidar el proceso". [Entrevista 18, director científico de la IPS, 2025].

4.2.2.2. Programas de hospitalización domiciliaria

La hospitalización domiciliaria fue otro recurso identificado en las entrevistas. Esta estrategia consiste en priorizar a pacientes clínicamente estables que, por lo general, requieren la administración de antibióticos una vez al día y pueden continuar su tratamiento en el entorno domiciliario. Su implementación contribuye a reducir el riesgo de infecciones nosocomiales y evita el uso innecesario de recursos hospitalarios. Aunque es una estrategia bien valorada, enfrenta limitaciones propias del territorio, especialmente en zonas rurales donde algunas EPS no cuentan con el programa.

> "Dependemos de las EPS. Entonces, por ejemplo, los programas de hospitalización domiciliaria en el departamento…pues, como es zona rural dispersa, no los ofertan. Con el programa de crónicos pasa exactamente lo mismo, lo ofertan en la ciudad y no lo ofertan en el departamento, […]. Las EPS de verdad no nos garantizan el programa en ningún sitio de departamento. Y crónicos…pues sí, que menos. Entonces, obviamente, socialmente y por facilidad de la familia, pues los trasladamos a los segundos niveles de atención". [Entrevista 10, coordinadora urgencias, 2025].

> "Desde que llega el paciente, si desde el segundo día ya está definido su tratamiento antibiótico o, digamos, su manejo, y se sabe que no va a necesitar nada más, de una vez lo enviamos a ese plan [de hospitalización domiciliaria], y ni siquiera pasa por hospitalización. Entonces también es una cama que se puede reservar en piso para otro tipo de paciente, y desde el primer o segundo día ya se está preparando ese plan". [Entrevista 14, Academia y sociedades científicas, 2025].

4.2.2.3. Trámites de referencia y contrarreferencia

En algunos hospitales de alta complejidad, una de las estrategias implementadas para disminuir la sobreocupación fue activar los sistemas de remisión hacia IPS de menor complejidad, una vez controlada la patología tratada en la institución. La principal limitación de esta estrategia ha sido la baja disponibilidad de prestadores de algunas EPS y el cierre de servicios de mediana complejidad, lo que reduce la posibilidad de realizar las remisiones.

> Tenemos una estrategia ya clara de referencia, que es el traslado entre sedes a la baja complejidad. Entonces, por ejemplo, pacientes en abandono social, en el marco de que clínicamente ya no tienen nada por tratar con nosotros, y

definitivamente las entidades no nos ayudan, no los ubican y demás. Los trasladamos a nuestra sede de baja complejidad de […]. Somos un centro de referencia, entonces, lo que más hemos visto es la falta de recursos que, por habilitación deberían tener algunas instituciones de segundo nivel. Un ejemplo claro son los servicios de cirugía general. Para nosotros, un diagnóstico claro que ya lo único que deberíamos atender por demanda espontánea y no por referencia son las apendicitis. Los segundos niveles […] ofertan el servicio de cirugía general y muchas veces en el desespero, por la prioridad y demás nos llegan apendicitis remitidas, lo cual [...], por el nivel de complejidad, pues no deberían llegar". [Entrevista 10, coordinadora urgencias, 2025].

4.2.2.4. Cirugía ambulatoria priorizada

Uno de los entrevistados comentó que, en su hospital, existe una estrategia de cirugías diferidas. Esta consiste en dar salida al paciente que cumple con criterios de estabilidad clínica y condiciones sociales adecuadas, permitiéndole regresar posteriormente a la entidad para una cirugía programada. De esta manera, se evita una hospitalización prolongada e innecesaria, especialmente en casos relacionados con la solicitud de materiales quirúrgicos, entre otros aspectos.

> "Esos pacientes que vienen por una fractura, y ya lo definió el ortopedista que debe operarse, ya lo vio anestesia, pero hoy es viernes y yo no tengo oportunidad de quirófano porque no hay material […]. Entonces, le fijan cirugía para el lunes. Lo que pasaba antes era que el paciente se tenía que quedar hasta el lunes. Lo que estamos haciendo ahora es verificar algunos criterios específicos, y encontramos que el paciente puede regresar. Entonces, le damos salida con su inmovilización, con su analgesia, y vuelve el lunes para ser operado. Nos ha ido muy bien […], alrededor de 400 casos que hemos logrado operar con éxito. No solo en ortopedia, sino en todas las especialidades. Si el paciente está estable y lo puedo sacar, pues no lo voy a dejar hospitalizado aquí en la clínica, ocupando un espacio con riesgo de infecciones, con otros riesgos, […]. Le llamamos cirugía ambulatoria priorizada. [Entrevista 6, coordinador urgencias, 2025].

4.2.2.5. Sala de egresos

La última estrategia de salida identificada en las entrevistas corresponde a la sala de egresos, implementada en uno de los hospitales con el propósito de garantizar el giro cama durante la realización de los trámites administrativos.

> "El paciente que tiene salida, pero tiene inconvenientes porque no tiene la plata, el papá tiene que esperar a que salga del trabajo para poder ir a recogerlo y demás permanece en una salita que llamamos 'Salita de Egresos'. Donde tenemos refrigerio, recreacionista, y bajamos al niño para que esté acompañado por su mamá. Le van a dar de comer, va a estar con la recreacionista, lo van a tener ocupado mientras se hace ese trámite administrativo y nos desocupa efectivamente, la cama […]. Las estancias en la salita de egreso no pasan de 2 o 3 horas". [Entrevista 4, coordinadora urgencias, 2025].

4.3. Otras lecciones aprendidas

4.3.1.1. Trabajo en equipo, adaptación y redes de apoyo

Los entrevistados resaltaron, en primer lugar, la importancia del cuidado del talento humano en salud. La emergencia por COVID-19 evidenció la necesidad de garantizar condiciones adecuadas para el personal, especialmente mediante la disponibilidad de elementos de protección personal y el reconocimiento de su rol central en la atención.

Otro aprendizaje clave fue el fortalecimiento del trabajo en equipo. La crisis ayudó a disminuir jerarquías y a superar limitaciones que habitualmente obstaculizaban la integración. De este modo, diferentes profesionales lograron coordinarse en torno a un objetivo común: favorecer la salud de los pacientes críticos en un contexto de alta incertidumbre.

> "Un aprendizaje grandísimo que tuvimos del COVID-19 fue aprender a trabajar en equipo, a entender que uno solo no logra el resultado. Que tan importante es el médico, en este caso el emergenciólogo, el intensivista que intuba, como la persona que circula, apoyándonos a todos para poder realizar con éxito la intubación. Es tan importante el fisioterapeuta como el enfermero; es tan importante el auxiliar de enfermería como la persona que se encarga de descontaminar el área, para que podamos meter el otro paciente". [Entrevista 1, coordinador urgencias, 2025].

Asimismo, se destacó la capacidad de adaptación y flexibilidad operativa. El escenario cambiante obligó a modificar protocolos clínicos y a transformar rápidamente áreas hospitalarias para responder a la demanda. Espacios como salas de observación, hospitalización básica y quirófanos fueron reconvertidos

para la atención de pacientes con COVID-19, incluso habilitando temporalmente camas UCI en lugares no diseñados originalmente para ello.

Los actores entrevistados reconocieron el valor de trabajar en red y explorar alternativas tecnológicas. Compartir estrategias con otros hospitales permitió aplicar soluciones ajustadas al contexto particular de cada institución, brindando apoyo y evitando el aislamiento de los equipos. En este marco, la telesalud surgió como un recurso fundamental para suplir la escasez de especialistas, como intensivistas, en regiones apartadas del país.

> "Amigos de todos lados hicimos una red latinoamericana. Trabajamos con gente de Estados Unidos y recibíamos información de primera mano de España. Entonces ya sabíamos que lo que pasaba en España, en dos semanas nos iba a pasar a nosotros […]. Saber que tenemos otras herramientas para poder trabajar, como el uso de las cámaras nasales de alto flujo para adultos porque se utilizaban en pediatría fue una experiencia supremamente ganadora. Hicimos el triage basado en recursos y de acuerdo a la severidad. [Entrevista 8, Academia y sociedades científicas, 2025].

> "Tenemos que fortalecer la telesalud en el país, pero eso implica también un fortalecimiento del acompañamiento de Mintic, para que las instituciones tengan wifi, para poder dar esa continuidad en la atención. Lo mínimo. Esa fue otra experiencia importante: teníamos intensivistas en todos lados permanentemente. En COVID teníamos intensivistas, que a través de telesalud apoyaban a nuestros centros" [Entrevista 20, Representante de aseguradoras, 2025].

4.3.1.2. Gestión de la información en el contexto de la COVID-19

La pandemia evidenció la necesidad de disponer de sistemas más eficientes para la gestión de los servicios de salud. Frente a esta situación, uno de los entrevistados relató cómo se fortalecieron los tableros de control de pacientes, lo que permitió optimizar el seguimiento de los casos, coordinar la atención y facilitar la toma de decisiones clínicas y administrativas.

> "Nosotros [la clínica] generamos una gran cantidad de historias clínicas electrónicas con 5.000 datos y apenas utilizábamos el 5% de la información […] Durante el COVID detectamos ese problema. Teníamos herramientas, pero no sabíamos nada. ¿Cuánto tiempo llevaba el paciente?, ¿cuánto llevaba

esperando?, ¿cuándo le habían tomado la prueba? La muestra debía enviarse y procesarse en otro lugar, y había que esperar […] Entonces empezamos a implementar un control específico a través de sistemas que nos permitieron entender cuánto debía permanecer un paciente, cuándo moverlo según los resultados, cuántos días llevaba [hospitalizado], cuántos pacientes estaban arriba y qué camas se desocupaban. Si un paciente resultaba negativo, podíamos trasladarlo de inmediato. Empezar a tener un control desde la coordinación de todos estos elementos fue una de las principales experiencias de gestión que nos dejó la pandemia". [Entrevista 6, coordinador de urgencias, 2025].

4.3.1.1.3. Capacitación continua del talento en salud

Otro de los aprendizajes destacados por los participantes fue la necesidad de fortalecer la capacitación permanente del equipo de trabajo. La formación incluyó el manejo de patologías respiratorias, estrategias de rehidratación, entrenamientos en clasificación de pacientes mediante el triage y la aplicación rigurosa de guías de práctica clínica. Estas acciones estuvieron especialmente dirigidas a médicos generales y personal de enfermería, considerados el recurso humano más numeroso del sistema. Con la capacitación adecuada, estos profesionales pueden resolver una mayor cantidad de casos sin requerir la intervención inmediata de un especialista, lo que permite concentrar el conocimiento especializado en las situaciones que realmente lo requieren.

"Entrenamos médicos generales en patología pediátrica aguda, no crítica, y pueden sacar esos pacientes sin necesidad de estancia […] Estrategia de la hidratación: se les capacita, y en eso yo soy absolutamente obsesiva en guías de práctica clínica, porque si dejan lo que no toca, amanecemos con un montón de pacientes para darle salida a las 6:00 de la mañana. Me dicen: pues que llegó hace 4 horas, ¿qué hace acá? Entonces, digamos que sí es una estrategia educativa que ha rendido frutos muy buenos. Esto va de la mano con nuestro sistema de facturación para urgencias. Total, que, si el médico se pone creativo a pedir una cantidad de exámenes innecesarios y estancias innecesarias, pues mi servicio se quiebra. Entonces toca estarlos entrenando, tanto para que tengan una buena gestión clínica, porque esto además repercute claramente en la parte económica" [Entrevista 4, coordinadora urgencias, 2025].

4.4. Aspectos para fortalecer en el sistema de salud

4.4.1.1. Gestión del riesgo en salud

Para los participantes, fortalecer la gestión del riesgo en salud, particularmente por parte de las EPS es un aspecto crucial. Señalan la necesidad de mejorar los procesos, procedimientos e informes clínicos y administrativos destinados a detectar, monitorear, evaluar, mitigar y prevenir riesgos para los pacientes, especialmente en los prestadores de baja complejidad. Esta carencia, advierten, contribuye de manera directa a la sobreocupación.

> "Es una gestión de riesgo fracasada: hipertensos y diabéticos mal controlados, factores de riesgo cardiovascular sin identificación. Me queda difícil decir la proporción, porque en la alta complejidad lo que nosotros vemos es la consecuencia de una falta de gestión de riesgo adecuada, de planes de promoción y prevención desde la perspectiva social. Eso tiene muchas explicaciones. ¿Pero qué vemos nosotros? El trauma, que en sí mismo es una mala gestión de riesgos, especialmente el trauma por violencia, el trauma penetrante. En la enfermedad cerebrovascular hay carencia de gestión adecuada de factores de riesgo. Todas las comorbilidades neuro-cardio-vasculares de enfermedades crónicas: infarto con y sin elevación del ST, falla cardíaca agudizada, enfermedad renal crónica agudizada, trastornos metabólicos de otras índoles. Entonces, yo creo que el impacto es gigantesco". [Entrevista 1, coordinador urgencias, 2025].

> "Tenemos un aumento de urgencias y hospitalizaciones por causas que antes no eran tan marcadas. La principal razón que hemos evidenciado es la falta de disponibilidad de medicamentos, sobre todo en pacientes crónicos. Ahí estamos rompiendo el principio de APS: no estamos dando tratamiento oportuno. Y no es un problema de nivel de atención; puede ser en baja, media o alta complejidad. No se está prestando atención de forma oportuna y continua, y eso nos está trayendo descompensaciones y progresión de patologías que llevan a mayor atención en urgencias y hospitalizaciones". [Entrevista 20, Representante de aseguradoras, 2025].

> "Otro tema, […] tiene que ver con cuál es el diseño de la red que le está entregando la EPS a cada uno de los afiliados. ¿Cuál es el nivel de información? ¿Cuáles son los accesos expeditos que tiene esa población? ¿Cómo estar haciendo para captar efectivamente a las personas antes de que tengan que venir acá al servicio de urgencias? Eso tiene que ver todo con el diseño de la red y, mejor dicho, con la garantía efectiva de una red que tiene todos los niveles de

complejidad y de resolutividad. Eso no lo estamos viendo". [Entrevista 13, Representante de prestadores, 2025].

4.4.1.2. Redes integrales e integradas que se ajusten a la necesidad de los pacientes

Los participantes señalaron la baja integración entre los servicios baja complejidad y la atención especializada, de mediana y alta complejidad, lo cual se relaciona con dos problemas principales. Por una parte, los problemas financieros ocasionan la pérdida de convenios entre las EPS e IPS. Esta situación impide que los usuarios accedan a diversos centros de atención, concentrando los servicios en un solo lugar. Como consecuencia, se genera una crisis en los hospitales y clínicas a los cuales las EPS no han pagado, los cuales, según los relatos, se ven presionados a cerrar algunos servicios o incluso la totalidad de la institución.

> "Si yo no les recibo los pacientes a [una EPS] con la que tengo un contrato […] me caen encima y me dicen: "¿Cómo así que no me va a aceptar? Si usted es mi red para esto. Yo firmé un contrato con usted para esto". Yo tengo que decir sí, lo tengo que aceptar. ¿Y dónde los meto? No sé. Me tengo que organizar para poder aceptar los pacientes. Además, como ellos pagan, entonces nadie quiere perderlos. Pero mire los otros prestadores. Entonces tengo el problema ahorita con una entidad [otra EPS], que perdió los prestadores de mediana complejidad porque no les está pagando. Entonces ahora yo soy prestador de mediana, alta y baja complejidad en todas las cosas. Y ya no tiene entrega de medicamentos, entonces todos terminan acá por los medicamentos".

> "Entonces termino siendo la única red viable para esa entidad y entregando todos los medicamentos y atenciones que requieren los pacientes. Entonces funcionan muy bien esas redes integradas, siempre que sea una entidad [que mantenga funcionando sus convenios]". [Entrevista 6, coordinador urgencias, 2025]

> "A veces llega un paciente de alguna EPS, para generalizar, y recibe la atención iniciando urgencias. Pero después se dice: "No, es que aquí no hay convenio". Y muchas veces el problema del convenio es porque ese asegurador le debe un volumen de millones o miles de millones al hospital, motivo por el cual se perdió la relación contractual. Ese paciente de urgencias no pasa y queda en un trámite de remisión. Una remisión bajo un asegurador que ha repetido esta historia durante muchos años y no tiene convenio con ninguna institución en la ciudad. Entonces: "Te vamos a remitir a este lugar" … que no existe, porque casi no hay instituciones que tengan convenios con esa EPS. Y el paciente queda ahí en

> urgencias. […] En el mundo real de nuestra ciudad eso no es tan fácil. No es tan fácil si usted no tiene convenio en una institución y tiene la desventaja de estar en un asegurador con muy pocos convenios. Usted está muy mal respaldado, y como paciente va a sufrir mucho". [Entrevista 2, coordinador urgencias, 2025].

El segundo problema está asociado a la distribución desigual de los recursos, que concentra la infraestructura en aquellas zonas del país e incluso en ciertos sectores de una misma ciudad, donde resulta más lucrativo mantenerla. En consecuencia, los servicios especializados suelen localizarse en áreas de estratos socioeconómicos medios y medio-altos, lo cual limita la disponibilidad para la población en general y obliga a los usuarios a desplazarse a lugares donde los servicios son compartidos por varios aseguradores, reduciendo la oportunidad y calidad en la atención.

> "Cada año tenemos una crisis. Eso ya es desde el 2009, que yo estoy allá. La gente, hoy en día, este año, se asustó porque le iban a cerrar […] Y uno dice: 'No, es la crisis de este año, tranquilos, que en pocos meses vamos a estar otra vez atendiendo gente'. Y en efecto, ya estamos llenos nuevamente.
> Pero cuando la clínica dice: 'No, voy a cerrar puertas porque no tengo cómo pagar o no tengo cómo atender', pues definitivamente la red enseguida lo nota. La red enseguida se estalla". [Entrevista 5, coordinador urgencias, 2025].

Las redes integrales de prestadores de servicios de salud habilitadas en cada EPS reflejan estas carencias estructurales, ya que en muchas zonas del país la infraestructura de urgencias es insuficiente. Frente a esta situación, se ha promovido la telesalud como alternativa para superar las barreras geográficas y de especialización. Sin embargo, su implementación no ha sido sencilla: persisten dificultades técnicas y de conectividad que han limitado su efectividad. Aun así, algunos entrevistados señalaron que su fortalecimiento resulta clave, no como una estrategia marginal, sino como un componente básico en el sistema que permita ampliar la cobertura, mejorar la oportunidad en la atención y compensar la ausencia de supraespecialistas en determinadas regiones.

> "Tenemos que fortalecer la telesalud en el país. […] ¿Teníamos intensivistas en todos lados permanentemente en COVID? No. Teníamos intensivistas que, a través de telesalud, apoyaban a nuestros centros. […]. Esto implica también una reevaluación de cómo estamos concibiendo que debe ser la atención y los mínimos de habilitación dentro de las instituciones. ¿Realmente necesitamos cardiólogos en todas las ciudades? No creo. ¿Estamos nefrólogos en todas las ciudades? No creo. Nunca lo vamos a lograr. Necesitamos fortalecer el trabajo mancomunado y articulado entre las diferentes profesiones y especialidades. Y

> COVID nos lo enseñó. Pero ¿qué pasó? Se cayó COVID y se cayeron esos esfuerzos". [Entrevista 20, Representante de aseguradoras, 2025].

A ello se suma que las redes suelen estructurarse con base en los departamentos de residencia de los pacientes, ignorando las particularidades territoriales. En algunos municipios, el centro de atención de mediana o alta complejidad más cercano se encuentra en un departamento distinto, lo que se convierte en una barrera tanto para los usuarios como para los prestadores. Esto obliga a traslados más largos y costosos, afectando económicamente a las familias y a las instituciones. En este escenario, los usuarios terminan gestionando por sí mismos su acceso a otros hospitales.

> "La atención prehospitalaria podría optimizarse si existiera una gestión territorial de la red asistencial, pero realmente muy articulada desde los municipios hasta la ciudad de […]. La verdad, el primer avance que nosotros hicimos —lo que le contaba— fue podernos articular con el Instituto Departamental de Salud a través de la red primaria del municipio. Pero sí falta fortalecer el tema en los municipios, porque muchos pacientes llegan acá, confirmaron que firmaron altas voluntarias o porque los sacaron. Y hemos encontrado casos en los que los sacan en las ambulancias de los municipios y los dejan cerca al hospital". [Entrevista 3, coordinadora urgencias, 2025].

> "Nosotros tenemos límites con [una ciudad] que queda más o menos a 15 minutos de [nuestro municipio], y la red de segundo nivel principal de ellos es [otro municipio lejano], que queda más o menos a 45 o 60 minutos. Entonces, si usted le dice a un paciente de […]: "Bueno, tiene un dolor abdominal, está sospechando apendicitis y lo va a remitir", ese paciente no tiene el proceso de referencia al hospital de nosotros, sino que se direcciona al hospital [del municipio lejano]. Pues los familiares enseguida dicen: "¿Pero por qué me lo van a remitir allá, que me queda más lejos?". Entonces deciden solicitar salida voluntaria y se ingresan a la institución de nosotros para poder dar solución". [Entrevista 11, coordinador urgencias, 2025].

Un ejemplo relatado por una entrevistada evidenció que la EPS había contratado, como parte de su red de mediana complejidad, un hospital pediátrico, lo cual resulta inadecuado para la atención de adultos y genera congestión en servicios que no corresponden a las necesidades reales del paciente.

> "Tengo [una entidad], y su convenio es con nosotros. Somos su único centro de urgencias. Entonces, nos llega el adulto y yo lo quiero remitir, pero me dicen: "Es que el convenio es con ustedes mismos". Pero es que yo no atiendo adultos.

> Entonces, es una vaina ridícula que no entiendo. ¿Cómo hacen un convenio para atender, para ofertar una cosa que igual no se tiene?". [Entrevista 4, coordinadora urgencias, 2025]

Otro elemento crítico se observa en el proceso de traslado gestionado a través de los CRUE en los casos en que las EPS no indican oportunamente el destino del paciente conforme a su red contratada, como se estipula en la Resolución 1220 de 2010 (23). En la práctica, el CRUE termina definiendo la red para garantizar la atención; sin embargo, si la EPS no autoriza el pago de lo gestionado se generan dificultades administrativas posteriores, relacionadas con los convenios y los pagos.

> "Con las EPS, digamos que hay veces que no responden a los pacientes, especialmente en casos que requerimos sacar de urgencia, o sea, en la siguiente hora. Nunca contestan. Nos toca ubicar al paciente en el lugar por la caja correspondiente. Pues sabemos que en el que ese no había contrato, nos hemos basado en esa norma, sí, pero, se olvidan del paciente. Y nosotros, tratando de luchar para conseguir una cama, para conseguir un servicio, duramos días. ¿Sabes? ¿12 días buscando la cama? Ese paciente se nos muere. Bueno, se nos muere en una red nuestra. Y la EPS nunca se manifestó. Por supuesto, después la investigación de la Superintendencia va hacia el CRUE, de por qué no se pudo ubicar al paciente. Y nosotros, pues no teníamos red. La red pública está colapsada, la red privada también, por lo menos en el departamento, en todos los servicios, sobre todo en el de alta complejidad. Entonces, digamos que ahí se evidencia la falta de comunicación y trabajo en equipo con la EPS". [Entrevista 19, Subdirección de CRUE, 2025].

4.4.1.3. Fortalecer la autoridad sanitaria

En las entrevistas se identificaron diversas necesidades relacionadas con el papel de la autoridad sanitaria en la regulación y supervisión de las redes de servicios contratadas por las EPS. La primera de ellas se vincula con la habilitación de especialidades en las instituciones que cuentan con determinado especialista, pero no con el conjunto de servicios complementarios que garanticen una atención integral por esa especialidad.

> "Siento que la capacidad instalada se ha medido como se viene haciendo la habilitación. Es decir, si usted tiene el sello de habilitación de neurología, de cirugía general, de cardiología… pero no se tiene en cuenta realmente las capacidades de las instituciones para realizar X procedimiento. Yo puedo tener el

> neurólogo, pero si no tengo el equipo para hacer el examen, me da lo mismo. Y eso no tenemos cómo evaluarlo. Entonces, muchas referencias se hacían pensando en la parte de habilitación, y resulta que al final la IPS donde llegaba el paciente no tenía la capacidad. O se buscaban los pacientes, o se buscaban ubicar de acuerdo a lo que definían que había disponible por el tema de sobreocupación" [Entrevista 20, Representante de aseguradoras, 2025].

En este sentido, remitir a un paciente a una institución que no dispone de dichos servicios resulta ineficiente y genera reprocesos y barreras en el acceso. Por ello, se resaltó la importancia de que la autoridad sanitaria revise y ajuste los criterios de habilitación, de modo que contemplen no solo la presencia de un profesional, sino también la disponibilidad del paquete de servicios necesarios para resolver efectivamente los problemas de salud.

Así mismo, los entrevistados plantearon que la autoridad sanitaria debería fortalecer los mecanismos de inspección, vigilancia y control sobre los contratos y convenios establecidos por las EPS. De acuerdo con varios entrevistados, dichos convenios responden en gran medida a criterios de mercado y a la capacidad financiera de las instituciones, lo que genera exclusión y precariedad en la prestación. Varios testimonios dieron cuenta de que la crisis financiera de algunas IPS provoca que los aseguradores limiten los convenios o que, en la práctica, los usuarios no sean recibidos en determinados centros de atención. Esta situación pone de manifiesto la necesidad que perciben los actores de avanzar hacia una conformación de redes de referencia y contrarreferencia que sea operativa y funcional, y no acuerdos contractuales fragmentados.

> "La autoridad sanitaria la tiene la entidad territorial, o sea, el CRUE. Y tiene mucho que ver este asunto con una potestad que tienen las entidades territoriales o la autoridad sanitaria en las regiones, y es la verificación de la habilitación. La verificación de la habilitación de las redes ofrecidas e instaladas, las reales y las que ofrecen, digamos, las EPS. Yo creo que de ahí parten los temas. Cuando hay una autoridad sanitaria fuerte, que está constantemente verificando que sí hay una red efectiva y que coincide con lo que se ofreció, usted puede tener el CRUE funcionando muy bien". [Entrevista 13, Representante de prestadores, 2025].

Los participantes subrayaron que una autoridad fuerte y presente, que realice inspecciones constantes y confronte la red ofrecida con la realmente instalada, constituye un requisito para garantizar las redes integrales. Sin embargo, se insistió en que la inspección no debe entenderse únicamente como un mecanismo sancionatorio orientado al cierre de servicios. Por el contrario,

debería orientarse también al acompañamiento y al fortalecimiento institucional, promoviendo la calidad y la sostenibilidad de los servicios habilitados.

> "El sistema, así mismo, permite que tú capitalices en base al dinero, que cierres, y abras servicios de aquellos que sí te produzcan. Por ejemplo, la clínica donde yo estoy, hace muchos años decidió cerrar gineco-obstetricia porque eso no produce plata. Entonces la cerramos […] y básicamente nadie dice nada. Como que, bueno, cerramos y ya. Venga. Pero entonces, ¿y las maternas a dónde van a ir? Ah, no sé. El Estado tiene que resolver y me va a entender. Entonces uno dice: aquí hay algo que no anda bien. Y eso… o sea, tú básicamente tienes problemas de referencia y contrarreferencia con eso. Y si cada institución va cerrando servicios, ¿a dónde vas a remitirlo? No hay pa' dónde remitir" [Entrevista 5, coordinador urgencias, 2025].

4.4.1.4. Estandarización de la medición de la sobreocupación y de los centros reguladores de urgencias

Para los entrevistados, la responsabilidad de la estandarización en las mediciones de sobreocupación debe recaer en la rectoría. Aunque las instituciones presentan diferencias en recursos y capacidades, los datos solicitados para la medición deben ser los esenciales, pero al mismo tiempo suficientes, de modo que permitan que todo el sistema "hable el mismo idioma".

> "Mira, si sale una norma desde el Ministerio de Salud que obligue a los hospitales o a las unidades de urgencias, puedes reportarlo. Te pueden hacer cualquier tipo de reporte. Lo que pasa es que hay que saber qué pedir, porque a veces como nos pasó a nosotros cuando empezamos a pedir lo de la escala NEDOCS, se pide un montón de cosas. Y sabemos que están súper ocupados, entonces también hay que mirar: ser minimalistas, pero que la información que nos den sí sirva para tomar acciones". [Entrevista 8, Academia y sociedades científicas, 2025].

> "Que podría ser adaptable a cada institución de acuerdo a su funcionamiento y sus necesidades, porque todas no son iguales. Pero sí podría tener... como esto igual son bases de datos para efectos prácticos, y mirando más allá, casi que organismo de control como la Secretaría. Y no sé si a este punto pudiera hacerlo el CRUE, casi que podría tener un tablero". [Entrevista 2, coordinador urgencias, 2025].

En esta misma línea, si bien los CRUE cuentan con funciones definidas desde la normativa, en la práctica sus capacidades varían ampliamente en relación con los recursos tecnológicos, el personal disponible y la cantidad de ambulancias.

Reducir estas brechas resulta fundamental para que los CRUE puedan ejercer de manera más sólida su rol como representantes de la autoridad sanitaria y, al mismo tiempo, garantizar un uso más equitativo y eficiente de los recursos.

> "Lo que pasa es que como no todos tienen la misma estructura, hay dificultades ocasionalmente para que todos podamos llevar como ese mismo anclaje y poder dar una respuesta efectiva. Los CRUE trabajan muy bien. Pero sí pienso que hay que hacer un seguimiento más desde la parte normativa, y tratar, de cierta forma que los que están en sedes grandes puedan tener como la misma estructura, o al menos los mismos protocolos de atención". [Entrevista 7, subdirección de CRUE, 2025].

De ahí que la implementación de protocolos claros de clasificación del riesgo, junto con el diseño y aplicación de guías de manejo prehospitalario y hospitalario, se constituya en una herramienta clave. Estos instrumentos no solo permiten optimizar los recursos disponibles, sino que también aseguran que los pacientes con mayores necesidades reciban la atención prioritaria, contribuyendo así a garantizar el derecho a la salud de la población.

> "Por falta de protocolos, el CRUE no tiene protocolos de atención de pacientes ni de atención prehospitalaria. Ni Colombia tiene protocolos. Entonces, por eso estamos apoyando el diseño de protocolos de atención prehospitalaria para todas las patologías que existen en atención prehospitalaria, para ver si tomamos esos temas. En la parte administrativa: faltan guías y protocolos. El IETS debería hacerlo a través de las asociaciones, como lo dice el artículo 98 de la Ley 1438. El IETS, junto con las asociaciones de profesionales y colegios profesionales, debería crear protocolos y guías en atención prehospitalaria". [Entrevista 16. Asociación gremial, 2025].

5. Conclusiones y recomendaciones

Esta investigación concluye que la sobreocupación, además de representar una problemática de altísima exigencia para el personal de salud, responde a problemáticas estructurales del sistema de salud colombiano. Está estrechamente relacionada con determinantes sociales como el alcance de las políticas de salud y de atención primaria, el envejecimiento y otros cambios poblacionales y demográficos, las condiciones socioeconómicas, las normas y valores culturales, así como con las particularidades territoriales y la capacidad instalada en salud, entre otros factores. Todo ello se refleja en los servicios de urgencias.

No obstante, los profesionales de las IPS que cuentan con servicios de urgencias, al enfrentarse con una problemática que ha aumentado paulatinamente con los años, han buscado fortalecer sus procesos internos para mitigarla acumulando aprendizajes diversos y replicables. En ese sentido, y a pesar de las limitaciones propias de cada institución entrevistada, se identificó que entre las estrategias más sobresalientes estuvo el uso de sistemas informáticos que permiten monitorear y actuar en tiempo real o casi real (máximo con 4 a 6 horas de rezago según el concepto de uno de los expertos entrevistados), según el número de pacientes en cada fase de atención y en cada servicio. Estas herramientas facilitan la reorganización interna; y, en instituciones que activan áreas de expansión y profesionales de apoyo, ayudan a amortiguar la sobreocupación.

Los expertos entrevistados expresaron valores entre el 50 % y el 70 % para describir la proporción de pacientes de triages IV y V que consultan a urgencias. A pesar de esto, por el corto tiempo que suele tener su estadía en el servicio de urgencias (inferior a 3 horas según una entrevista), pueden no ser percibidos como síntoma de ocupación o como parte de la problemática de sobreocupación; sin embargo, según nuestro modelo teórico son una causa de sobreocupación porque generan una alta demanda sobre el servicio que reducirá el tiempo y el personal disponibles para los triages I al III; estos últimos sí fueron situados en el centro del problema de la sobreocupación en las entrevistas, lo que puede tener que ver con que, por sus características clínicas, generan una mayor presión mental sobre el equipo tratante.

Dentro de las soluciones, que se recomienda replicar a nivel nacional, se ha optado por redirigir los pacientes triage IV y V hacia servicios de consulta prioritaria y ambulatoria ubicados en sedes contiguas de la misma IPS o de la red de prestadores de la EPS de cada paciente, según los modelos de contratación entre cada prestador y cada asegurador. Estas estrategias, con diferentes niveles de consolidación, evidencian la necesidad de rectoría y gobernanza para apalancar un trabajo articulado entre la autoridad sanitaria, la disponibilidad de consulta externa de las EPS y la integración con los servicios de urgencias de las IPS, de modo que la respuesta sea integral y eficaz para los pacientes.

Esto también se relaciona con la garantía efectiva para cada paciente de una red de prestadores suficiente en todos los grados de complejidad, y la disponibilidad

de la información sobre esta, para que los pacientes puedan conocer y acceder fácil y oportunamente a su red.

Así como la necesidad de fortalecer el papel de la autoridad sanitaria en el trabajo articulado entre IPS y CRUE, así como entre IPS y EPS, que en la actualidad evidencia la existencia de acuerdos formales, pero también informales. Lo que incluye el fortalecimiento de la rectoría y gobernanza del sistema de emergencias médicas, homogenizando el heterogéneo accionar actual de los CRUE, con el sustento normativo existente y estableciendo los mismos protocolos de atención para todos los CRUE, protocolos claros de clasificación prehospitalaria del riesgo, y guías de manejo para el personal de salud prehospitalario.

Aunque esta investigación no se enfocó en los servicios de transporte asistencial de pacientes, los relatos de los actores también apuntan una necesidad de fortalecer la coordinación, inspección, vigilancia y control de estos, incluidas ambulancias públicas y privadas, y servicios de atención médica domiciliaria. Asimismo, se identificó la oportunidad de abrir camino a modelos de atención en los que el personal de estos servicios esté cualificado para brindar atención resolutiva en el sitio donde está el paciente de manera que no todos los pacientes necesiten ser llevados a los servicios de urgencias.

En las entrevistas se expresó que la formación en urgencias y atención prehospitalaria, del talento humano encargado de brindar esta atención, debe ser fortalecida. Al decir de uno de los entrevistados, esta formación debería estar acompañada por las instituciones nacionales que desarrollan guías de práctica clínica, para incluirlas en la formación académica, y en los procesos de educación continua.

Otros temas recomendados para la educación médica continuada fueron: estrategias de rehidratación, patología pediátrica aguda no crítica, entrenamientos en clasificación de triage y uso riguroso de guías de práctica clínica. Igualmente, se recomendaron temáticas claves para los profesionales de medicina de la atención ambulatoria, que evitarían las complicaciones recibidas con frecuencia en urgencias: identificación y gestión del riesgo en condiciones crónicas no transmisibles y sus comorbilidades neuro, cardio, nefro y cerebro vasculares, y gestión del riesgo en trastornos metabólicos de otras índoles.

Asimismo, la ampliación de las salas ERA durante los picos respiratorios, narrada en una de las entrevistas, sugiere la recomendación de desarrollar una alternativa de educación continuada dirigida a médicos no especializados que trabajen en urgencias para que repliquen esta experiencia exitosa. Bajo una premisa, compartida por varios entrevistados, de evitar la costumbre de canalizar o acostar pacientes que no siempre lo necesitan (por ejemplo, triage IV y V), dado el considerable incremento en la duración de las estancias cuando se opta sistemáticamente por estas conductas; las guías, lineamientos o protocolos que orienten manejos alternativos más ágiles, y las directrices para el uso idóneo de recursos como las sillas habilitadas en los ambientes de transición, las salas de inhaloterapia, las de nebulización, y las de administración de medicamentos sentados hacen parte de las alternativas para este cambio.

Las descripciones de los entrevistados sobre las implicaciones de no llevar a los pacientes al servicio de urgencias idóneo según su necesidad clínica enseña que en urgencias el concepto de acceso oportuno no siempre significa llevar el paciente al servicio más cercano sino, ante todo, al que tenga la mejor capacidad de resolver su urgencia; lo que requiere del desarrollo de herramientas informativas y procesos para la sincronización de tres elementos: 1. La distancia, con información que permita georreferenciar a la totalidad de prestadores del país; 2. El tiempo, según el tipo de transporte terrestre, fluvial o aéreo requerido por los pacientes, y las características territoriales; y 3. Las características del servicio idóneo para cada paciente. Para, así, seleccionar el idóneo más cercano y con la mejor accesibilidad geográfica.

Junto con una rectoría desde los CRUE como orientador de la operación coordinada y en red de todos los prestadores de su territorio, para que toda la red pueda identificar al prestador de servicios de urgencias menos congestionado. Un hallazgo que respalda esta necesidad fue el voluminoso número de solicitudes de remisión que se pueden estar dando diariamente en el país (300 a 400 según solo uno de los servicios entrevistados).

Al respecto, se necesita una transición de las RIPSS en su forma de operación actual - en la que cada EPS conforma su red de prestadores – hacia figuras que pongan a disposición de cualquier paciente todas las IPS de su territorio (servicios de urgencias y prestadores de mediana y alta complejidad receptoras de remisión). Las entrevistas mostraron que las experiencias de la pandemia por COVID-19 en cuanto a la coordinación de las UCI en cabeza de los entes territoriales sembraron lecciones para esto.

Lo anterior cuenta con una oportunidad de viabilidad cercana en el actual contexto de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud – RIITS creadas por el Decreto 858 de 2025 y en proceso de reglamentación.

Una solución complementaria es establecer cursos de acción precisos para el manejo de pacientes con patologías específicas, como los eventos coronarios, oncológicos o cerebrovasculares, o la estandarización del manejo del dolor en urgencias. Estos cursos de acción pueden ser específicos del espacio intramural, o amplios para la operación de las redes de prestadores (ej, red de prestadores para ACV), pero, en todo caso, con la rectoría del Ministerio de Salud.

De otro lado, las heterogeneidad de los métodos, herramientas y sistemas de información usados por los entrevistados para medir y monitorear la sobreocupación enseñó que, para tomar decisiones al ritmo de los servicios de urgencias es ideal contar con información interoperable, que puede provenir de una historia clínica interoperable e incluso de digiturnos interoperables (de la sala de espera de urgencias) para alimentar el sistema de información en tiempo real, sin que el personal de urgencias realice procesos o registros adicionales.

Esta misma heterogeneidad suscita un reto nacional porque algunos servicios ya cuentan con sus propios desarrollos o han adquirido paquetes de software que sería necesario armonizar con las soluciones que se creen para el país, y que sea viable la articulación y diálogo en tiempo real entre actores (CRUE, prestadores, aseguradores).

En este contexto, el equipo desarrollador encuentra recomendable transitar los caminos de la estrategia CIGA - descritos en este informe - para articular EPS e IPS a través de una plataforma que no requiere interoperabilidad sino la autenticación de cada usuario.

Otras alternativas, derivadas de la aplicación de ingeniería de flujo y optimización de procesos industriales tipo Lean Six Sigma, se pueden apoyar en tableros unificados de seguimiento a pacientes, basados en el levantamiento previo de la ruta de atención del paciente dentro del servicio de urgencias, identificando en ella los puntos críticos y las barreras de atención, y midiendo los respectivos tiempos de atención y de espera. Que también se pueden adecuar para el cálculo reiterado de escalas como la NEDOCS.

Los tiempos dispuestos en el CIGA para la atención de los pacientes de triage IV (dentro de las 24 horas siguientes a su clasificación en urgencias) y V (dentro de las 72 horas siguientes) son parámetros que el equipo desarrollador considera adecuados como referencia para sopesar los resultados de las mediciones de los tiempos de espera de estos pacientes, para los cuales la reglamentación nacional no estipula plazos precisos. Las mismas fueron usados en la interpretación de los resultados de la encuesta a servicios de urgencias realizada por el grupo desarrollador de este proyecto.

Adicionalmente, las y los entrevistados insistieron en que es necesario aumentar los incentivos a la oferta en salud, a fin de prevenir el cierre de servicios que, al no contar con la capacidad financiera para sostenerse, pueden desaparecer y poner en riesgo el acceso a la salud de las poblaciones más vulnerables.

Las dificultades expresadas en las entrevistas sobre la operación de servicios de telemedicina y telesalud, programas de hospitalización domiciliaria y de consulta prioritaria en áreas adyacentes al servicio de urgencias, en IPS de baja complejidad, o a través de la EPS de cada paciente, para la derivación de casos de triage IV y V, por las barreras administrativas atribuidas a las EPS, confrontan la amplia experiencia y recomendación internacional – descrita en el "Informe de resultados de la revisión de alcance" que también es producto de este proyecto de investigación – según la cual es provechoso contar con este tipo de soluciones de cuidado primario (primary care) para prevenir y gestionar la sobreocupación en urgencias.

Pero las mismas entrevistas vislumbran soluciones que pueden ser lideradas por las entidades territoriales departamentales, distritales o municipales de salud, como la expedición de reglamentaciones que garanticen la apertura de agendas, o el establecimiento de mecanismos financieros que garanticen el pago de este tipo de servicios – reconocidos en la literatura como *fast track* –, los de programas de hospitalización domiciliaria, y de telemedicina.

Con un costeo diferencial para atención domiciliaria y de telemedicina ya que, según la experiencia de los entrevistados, no se pueden aplicar las mismas tarifas de estas atenciones en la modalidad intramural o presencial, agregando los costos diferenciales según cada territorio; según los relatos, si se quiere impulsar la viabilidad operativa, como mínimo, en la atención domiciliaria se debe agregar el costo del transporte, y en la telemedicina el costo de dotar

masivamente al país con tecnologías como los monitores de grado médico, en las IPS remisoras y prestadoras que habiliten telemedicina en urgencias.

Así como trabajo intersectorial con el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, para asegurar la conectividad que respalde la telesalud en todos los territorios.

Una experiencia de las IPS de alta complejidad, que depende de las gestiones de las EPS y del fortaleciminto de la capacidad instalada en la mediana y baja complejidad, fue remitir pacientes para hospitalización hacia la mediana y baja complejidad luego del manejo inicial requerido en la alta complejidad o en caso de pacientes con abandono social.

A estas se suma la cirugía ambulatoria priorizada, en la que se le da salida al paciente quirúrgico que cumple ciertos criterios clínicos y sociales, para que regrese a la cirugía de manera programada. Esta medida, útil cuando se debe solicitar material quirúrgico o cuando la especialidad tratante no se encuentra disponible (ej. fin de semana) reduce hospitalizaciones, baja el riesgo de infección intrahospitalaria de esos pacientes, permite ahorrar recursos y descongestiona las urgencias.

Una alternativa más fue la ampliación de las áreas físicas de urgencias a través de una figura viable de la normatividad nacional de habilitación, que permite acivar zonas de expansión o la reconversión de áreas no asistenciales, para su uso por el servicio de urgencias, o como "sala de egresos". Estas se describieron como una buena opción para atender allí pacientes urgentes durante los periodos críticos de sobreocupación o para ubicar los pacientes que están en proceso de remisión, en gestión administrativa de su egreso, o pacientes que no se han podido hospitalizar por falta de camas o por pendientes administrativos (*boarding*, según la literatura). Su operación puede delimitarse a las horas pico y exige esfuerzos para expandir igualmente el equipo humano y demás recursos de operación.

Las anteriores se pueden complementar con otras estrategias de gestión dinámicas y flexibles adaptadas a la demanda real del servicio de urgencias, por ejemplo, formas de planificación estratégica en las que el personal de urgencias se programa según la tendencia horaria de la sobreocupación, y se reubica de manera dinámica en áreas y procesos clave como triage, admisiones y

revaloraciones, durante los picos de alta demanda. Esta planeación depende en buena medida de un sistema de información interoperable.

La planificación estratégica también puede abarcar la adecuación de los horarios y procesos de servicios diagnósticos como la ecografía, para adecuarlos a las dinámicas de demanda de urgencias, con ampliación de franjas horarias, barridos para identificación de pendientes en las horas pico y el uso de radiotransmisores e incluso fax para la comunicación entre los pisos y servicios de una misma IPS.

Así como el uso de POCT en urgencias, donde se compartieron experiencias exitosas con las pruebas de embarazo, los marcadores de isquemia cardíaca, la glucometría, el Dímero D y el BNP. Mismas que, sin duda, requieren un respaldo desde los entes rectores para fomentar no solo su uso basado en evidencia sino su sostenibilidad financiera, incorporando adecuadamente los mecanismos que garanticen su pago, dadas las dificultades compartidas en las entrevistas en este sentido financiero.

Con respecto al triage, hubo acuerdo en que, independientemente de quién lo realice - profesionales de medicina, enfermería, o paramédicos - debe ser realizado por personas altamente capacitadas y con experiencia. Se recomienda contar con el apoyo de un médico general resolutivo o un urgenciólogo – según las características de la IPS - encargado de resolver los casos de triage dudosos, y de coordinar el servicio de urgencias. También, considerar ajustes dinámicos en el número de personas a cargo del triage, por ejemplo, pasar de uno a tres enfermeros en triage durante los periodos de alta consulta o redirigir provisionalmente al triage a los médicos de los consultorios mientras se libera el represamiento en esta valoración de ingreso.

En cuanto a las alternativas de gestión al interior de los servicios de urgencias dirigidas a agilizar o facilitar el flujo (*througput*) de los pacientes, se identificó la opción de un gestor administrativo que identifica y resuelve posibles demoras. Este es similar a los enfermeros navegantes - documentados en el "Informe de resultados de la revisión de alcance" generado en este mismo proyecto - quienes acompañan, orientan y apoyan a los pacientes durante su estancia en urgencias.

También se identificó la orientación telefónica a pacientes antes de su consulta a urgencias, que se podría articular con el triage prehospitalario descrito en la revisión sistemática de literatura.

A estos se suman los protocolos de altas tempranas y seguras en pacientes con una duración previsible de hospitalización, en los que el equipo interdisciplinario del servicio, clínico y administrativo anticipa gestiones que monitorean y agilizan el flujo y egreso, coordinando acciones incluso con áreas diagnósticas.

Ahora bien, también se destacó el trabajo preventivo y de gestión que se debe fortalecer en la atención ambulatoria no urgente para que estos casos no terminen llegando a las urgencias. Y se señalaron los fenómenos actuales de deudas a los prestadores, y de no entrega o entrega inoportuna de medicamentos, sobre todo en pacientes crónicos, que requieren acciones del gobierno y de todas las instituciones involucradas en los procesos financieros del sistema. De igual forma, se mencionaron otras recomendaciones de ajuste al sistema de salud relacionadas con la habilitación de especialidades; inspección, vigilancia y control a la realidad de las redes de prestadores habilitadas, no solo desde un enfoque punitivo sino ante todo de mejora de la calidad y sostenibilidad de los servicios habilitados; y un rol más activo de la autoridad sanitaria ante los cierres de servicios por razones de rentabilidad financiera con el fin de que estos no pongan en riesgo el acceso oportuno efectivo a ese tipo de servicios, como los pediátricos o de ginecología y obstetricia.

Con esta síntesis de conclusiones y recomendaciones, se ha sustentado la comprensión de la sobreocupación en urgencias como una consecuencia de las problemáticas de operación y estructurales del sistema de salud. Los servicios de urgencias son independientes y a la vez interdependientes, su entrada y salida hacen parte del engranaje de entradas y salidas de los demás servicios del sistema de salud. Por lo tanto, el control de la sobreocupación en urgencias depende de la optimización de todas las entradas y salidas del sistema de salud.

Esta sección cierra con una recomendación de orden transversal y estructural: el cuidado del talento humano que labora en urgencias, mediante la gestión y reglamentación de condiciones de trabajo y laborales dignas y óptimas.

Referencias

1. Burkholder TW, Hill K, Calvello Hynes EJ. Developing emergency care systems: a human rights-based approach. Bull World Health Organ. 1 de septiembre de 2019;97(9):612-9.
2. Organización Mundial de la Salud. 72a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra; 2019.
3. Defensoría del Pueblo. Derecho a la Salud Monitoreo a los servicios de urgencias de IPS en Colombia. 2020 p. 145.
4. Comité de derechos económicos, sociales y culturales. Observación general N° 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas; 2000.
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 412. Por el cual se reglamentan parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones. 1992.
6. Congreso de la República de Colombia. Ley 1751. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la. salud y se dictan otras disposiciones. [Internet]. 2015. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley 1751 de 2015.pdf
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3100. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. 2019.
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud. Resolución 3100. Anexo técnico. 2019.
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2718. Por la cual se establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de/a Unidad de Pago por Capitación (UPC). 2024.
10. Corte Constitucional de Colombia. Auto 584. 2022.
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5596. Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias «Triage». 2015.
12. Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, Solberg LI, Lurie N, Camargo CA. A conceptual model of emergency department crowding. Ann Emerg Med. agosto de 2003;42(2):173-80.
13. Ratti MFG, Martínez B. Fenómeno de crowding en central de emergencias: una problemática mundial. Rev Hosp Ital B Aires. 2017;37(4):155-6.
14. Estrada-Atehortúa AF, Zuluaga-Gómez M. Estrategias para la medición y el manejo de la sobreocupación de los servicios de urgencias de adultos en instituciones de alta complejidad con altos volúmenes de consulta. Revisión de la literatura. Iatreia. 1 de enero de 2020;33(1):68-77.
15. GAO. Hospital Emergency Departments. Crowded Conditions Vary among Hospitals and Communities [Internet]. 2003. Report No.: GAO-03-460. Disponible en: https://www.gao.gov/products/gao-03-460
16. Castro Canoa, Jenny A., Cohen Olivella, Eliecer, Lineros Montañez, Alberto, Sánchez-Pedraza, Ricardo. Escala NEDOCS para medir congestión en urgencias: Estudio de Validación en Colombia [Internet]. [Bogotá, D. C.]: Universidad del rosario; 2010. Disponible

en: https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/e4b5cc9c-3ea7-46f8-9558-007ff40ef115/content
17. Restrepo-Zea JH, Jaén-Posada JS, Espinal Piedrahita JJ, Zapata Flórez PA, Restrepo-Zea JH, Jaén-Posada JS, et al. Saturación en los servicios de urgencias: Análisis de cuatro hospitales de Medellín y simulación de estrategias. Rev Gerenc Políticas Salud. junio de 2018;17(34):130-44.
18. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes sociales de la salud [Internet]. 2025 [citado 1 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud
19. Patton MQ. Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice. SAGE Publications, Inc.; 2014.
20. Creswell J. Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches. Tercera. Lincoln: SAGE Publications, Inc.; 2013.
21. Congreso de Colombia. Ley estatutaria 1581 de 2012. Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales. [Internet]. oct 17, 2012. Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=49981
22. Alcaldía de Medellín. Decreto 1217. Por medio del cual crea el centro de direccionamiento de Medellín como una estrategia para apoyar el acceso a los servicios de salud de los pacientes clasificados como triage III, IV y V en los servicios de urgencias de las IPS de alta y mediana complejidad. 2016.
23. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1220. Por la cual se establecen las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres, CRUE. 2010.

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

Estudio - Estrategia para la gestión y control de la sobreocupación en los servicios de urgencias a nivel nacional

1.1 Información acerca del estudio

En el marco de un contrato con el Ministerio de Salud y Protección Social, estamos llevando a cabo un estudio mixto concurrente cuyo objetivo es diseñar estrategias para la gestión y el control de la sobreocupación en los servicios de urgencias a nivel nacional. En este ejercicio, se desarrollará una exploración cualitativa con actores clave del sistema de salud, la técnica seleccionada para esta fase es la entrevista semi-estructurada.

1.2 ¿En qué consiste la entrevista semi-estructurada?

La entrevista semi-estructurada busca explorar aspectos clave relacionados con la sobreocupación en los servicios de urgencias.

Los objetivos de la entrevista son:

1) Indagar sobre la experiencia de su institución frente a la sobreocupación en los servicios de urgencias y las formas en que esta ha sido medida.
2) Comprender cómo su institución ha diseñado e implementado estrategias para mitigar el problema de la sobreocupación.
3) Explorar las lecciones aprendidas durante las situaciones de sobreocupación, con especial énfasis en el contexto de la emergencia por COVID-19.

1.3 ¿Qué tengo que hacer si participo en la entrevista?

Conceder el espacio para el desarrollo de la entrevista de forma virtual a las personas de la Jefatura de Métodos Cualitativos e Investigación Social del IETS de máximo 1 hora.

1.4 ¿Puedo retirarme del proceso de manera voluntaria en cualquier momento?

Sí. Puede estar de acuerdo con participar al inicio y después cambiar de opinión. Esto no supondrá ningún problema, ni conllevará ningún perjuicio para usted.

Puede contactarse con la investigadora principal de este estudio. A continuación, se indican sus datos de contacto.

Dra. Adriana Ardila
Cra. 45 #108a-50 / Bogotá, Colombia
adriana.ardila@iets.org.co

Anexo 2. Estrategias de entrada para la gestión de la sobreocupación

Nombre de la intervención	Detalles de la intervención	Fuente
Unidades móviles de atención primaria en salud	Vehículos dotados con personal clínico capacitado (sin ser necesariamente ambulancias), para atender en sitio casos de baja complejidad clínica, evitando la congestión innecesaria de los servicios de urgencias y mejorando la oportunidad de atención.	Entrevista 9, coordinador urgencias.
Ampliación de horarios y agendas de la consulta ambulatoria	Extender los servicios de salud más allá de los horarios tradicionales para mejorar el acceso y la cobertura, especialmente en zonas con alta demanda o dificultad de acceso.	Entrevista 13, Representante de prestadores Entrevista 15. Funcionaria de entidad territorial Entrevista 17. Funcionario de gestión de servicios de salud.
Líneas de orientación telefónica	Es ideal tener líneas de orientación telefónicas que no impliquen necesariamente el traslado al servicio de urgencias, estas deben implementarse por las EPS.	Entrevista 17. Funcionario de gestión de servicios de salud.
Educación al paciente	Realizaron campañas de socialización del uso racional de los servicios de urgencias, clasificación del triage.	Entrevista 10, coordinadora urgencias Entrevista 14, Academia y sociedades científicas.
Educación al paciente	Campañas de educación en articulación con EPS para el uso racional de los servicios de urgencia y espacios de capacitación para las personas que realizan el triage, para que aumenten su pertinencia, efectividad y eficacia al clasificar a los pacientes.	Entrevista 17. Funcionario de gestión de servicios de salud.
Gestión de ingresos	Se le explica al paciente sobre los tiempos de espera prolongados (entre 12 y 24 horas).	Entrevista 5, coordinador urgencias. Entrevista 6, coordinador urgencias.

Fuente: elaboración propia.

Anexo 3. Estrategias de flujo para la gestión de la sobreocupación

Nombre de la intervención	Detalles de la intervención	Fuente
Triage por enfermero y apoyo de urgenciólogo	Evidenciaron que los enfermeros bien entrenados realizan un triage más eficiente que los médicos, en caso de duda se consulta al urgenciólogo.	Entrevista 5, coordinador urgencias.
Triage basado en recursos	Es una estrategia orientada a mejorar la gestión de los recursos en un contexto de emergencias como el COVID-19, en la que se hacia la valoración del paciente y de acuerdo con los recursos terapéuticos disponibles como los ventiladores se priorizaba a quien se dirigía la terapia.	Entrevista 8, Academia y sociedades científicas.
Estandarización del proceso de admisión	Las referencias se manejan mediante un proceso de solicitud por correo electrónico y llamada telefónica para identificar que la documentación evidencie las necesidades del paciente y corresponda a los servicios que ofrece la entidad.	Entrevista 10, coordinadora urgencias.
Derivación según "rutas" funcionales	La experiencia de las rutas oncológicas, se identifica el tumor, se realizan las acciones para diagnosticarlo y estabilizar al paciente y se le da salida con cita por EPS en su ruta de cáncer colorrectal.	Entrevista 6, coordinador urgencias.
Urgencias específicas de cuidados paliativos	Útil para la población oncológica contar con servicios específicos que pueden hacer drenaje de derrame pleural, titulación del dolor, etc.	Entrevista 14, Academia y sociedades científicas.
"Rutas" de manejo por enfermedad	Un espacio de urgencias integrado, que concentra las herramientas diagnósticas y de manejo para distintos síntomas, como ocurrió en la pandemia con las salas respiratorias y no respiratorias, y que permite resolver en un solo lugar casos como dolor torácico con acceso a electro, radiografía y troponina.	Entrevista 14, Academia y sociedades científicas.
Gestión de casos	Tratamiento en sillas (administración de medicamentos sentados)	Entrevista 1, coordinador urgencias.
Aumento de la capacidad de expansión	Las instituciones han fortalecido el servicio de urgencias mediante la ampliación de su capacidad de expansión, lo que incluye el despeje de áreas críticas para reubicar pacientes en situaciones de sobreocupación.	Entrevista 5, coordinador urgencias Entrevista 10, coordinadora urgencias.

Nombre de la intervención	Detalles de la intervención	Fuente
Redirección de pacientes a zonas de urgencias menos ocupadas	El hospital se ha expandido, por lo que la jefe de urgencias identifica con el listado de cada servicio donde hay menos pacientes para reorganizarlos y que no demoren tanto en ser valorados.	Entrevista 11, coordinador urgencias.
Área específica para pacientes remitidos a la alta complejidad	Existe un espacio destinado para los pacientes de alta complejidad de su propia red de hospitales que no requiere aprobación de los especialistas de la clínica.	Entrevista 18, director científico de la IPS.
Horario extendido de toma de ecografías	Servicios extendidos de toma de ecografías hasta las 10pm. Con inicio de tomas ecográficas a las 6am para asegurar que los pacientes que no pudieron contar con esta imagen diagnóstica sean vistos.	Entrevista 11, coordinador urgencias.
Salas ERA en centros médicos	Se implementó la sala ERA en los servicios de urgencias de baja complejidad, con entrenamiento a médicos en estrategia ERA y con insumos sencillos: inhaladores y la silla.	Entrevista 4, coordinadora urgencias.
Planificación estratégica del talento humano asistencial	El sistema permite reconocer en qué momento se está retrasando la atención. Lo ideal es un triage de menos de 40 minutos, si existen médicos sin consulta de urgencias estos pasan a apoyar triage y compensan el trabajo.	Entrevista 6, coordinador urgencias.
Planificación estratégica del talento humano asistencial	Se analiza periódicamente el mapa de calor por horarios y días para ajustar la cantidad y jornada del personal en triage, admisión, egresos y remisiones, asegurando cobertura adecuada según la demanda real.	Entrevista 9, coordinador urgencias.
Planificación estratégica del talento humano asistencial	La institución refuerza el equipo en días de alta demanda mediante la contratación de médicos de apoyo para revaloraciones, auxiliares para detectar condiciones críticas antes del triage, y jefes de apoyo según necesidad. Esto permite priorizar pacientes según su estado clínico y no solo por orden de llegada.	Entrevista 11, coordinador urgencias.
Habilitación de servicio de telemedicina	Se compraron los equipos, se habilitó el servicio y se desarrolló el piloto en uno de los municipios alejados del área de influencia y no se ha implementado porque no ha habido acuerdo IPS- EPS.	Entrevista 3, coordinadora urgencias.
Monitoreo: Tasas y porcentaje de ocupación	El sistema de la institución permite identificar las camas ocupadas y dividirlas por las camas reportadas en el REPS. La medición se realiza entre 7 a 9am y se reporta al CRUE.	Entrevista 3, 4, 11 coordinadores de urgencias
Uso de NEDOCS	La escala permite saber en qué nivel de sobreocupación se encuentran y las conductas que se pueden tomar.	Entrevista 5, coordinador urgencias

Nombre de la intervención	Detalles de la intervención	Fuente
Uso de NEDOCS/EDWIN	La utilidad de estas escalas depende de que las personas conozcan que es la medición, para que sirve y que se evalúe en distintos momentos.	Entrevista 8, Academia y sociedades científicas
Uso de NEDOCS	El hospital utiliza un sistema de gestión de colas que mide en tiempo real la sobreocupación en ingreso y egreso, lo que permite priorizar recursos, redistribuir talento humano y activar contingencias.	Entrevista 9, coordinador urgencias
Monitoreo: Tasas y porcentaje de ocupación	En un drive revisan el número de pacientes que están en observación sobre la capacidad instalada, y evaluamos en qué riesgo de sobreocupación estamos.	Entrevista 10, coordinadora urgencias
Intervenciones multifacéticas	Metas propias que establecía la clínica, como tiempo de espera de atención no mayor a 60 minutos, que promueven acciones como: Salidas precoces Parar cirugía programada.	Entrevista 1, coordinador urgencias
Herramientas *Lean Six Sigma* (5S, mapeo de flujo de valor, A3, Kaizen)	Utilización de percentil 75 de ocupación para plantear metas de gestión (tiempos de espera y tiempos de atención).	Entrevista 1, coordinador urgencias
Herramientas *Lean Six Sigma* (5S, mapeo de flujo de valor, A3, Kaizen)	Mediante Takt time y con ayuda de Power BI definir el número de personas requeridas para suplir la demanda	Entrevista 1, coordinador urgencias
Coordinación de servicio de urgencia por urgenciólogo/Urgenciólogos en triage	Contar con urgenciólogos en el triage y/o coordinando el servicio de urgencias mejora la eficiencia al permitir una priorización clínica más precisa y una atención más ágil.	Entrevista 2, coordinador urgencias Entrevista 3, coordinadora urgencias
Herramientas *Lean Six Sigma* (5S, mapeo de flujo de valor, A3, Kaizen)	Estudio de ingeniería de flujo para determinar los puntos en donde disminuía el flujo del paciente en urgencias, también detectaron que la clasificación más frecuente era triage III.	Entrevista 5, coordinador urgencias
Estandarización del manejo del dolor en urgencias	Estandarizar las titulaciones del dolor con dosis únicas de medicamentos permite que todos los profesionales puedan manejarlo, dar pronta salida al paciente con dolor crónico y evitar que se quede esperando interconsultas.	Entrevista 14, Academia y sociedades científicas
Tablero Unificado de seguimiento a pacientes	En el tablero se encuentran todos los pacientes de urgencias, desde el triage hasta la hospitalización de urgencias. Cuenta con datos como: triage de ingreso, últimas evoluciones, especialidad tratante, dieta,	Entrevista 2, coordinador urgencias

Nombre de la intervención	Detalles de la intervención	Fuente
	último profesional que lo vio, tiempo en el servicio, alertas respecto a alergias, exámenes de laboratorio, entre otros.	
POCT/POC-US	Se han priorizado los paraclínicos que tienen mayor evidencia en el diagnóstico y pronóstico de urgencias, como marcadores de isquemia cardíaca, pruebas de embarazo, glucometría, dímero D y BNP.	Entrevista 2, coordinador urgencias
Sistema integrado de entrega de turnos	La herramienta muestra en tiempo real pacientes pendientes por admisión o triage, activos y hospitalizados (incluidos pediátricos), lo que permite calcular la capacidad instalada y la ocupación.	Entrevista 6, coordinador urgencias
Tableros de control del estado de ocupación de urgencias	Los tableros de control tienen una actualización cada 2 horas. Mediante estos sacan porcentajes ocupacionales, identifican las estancias prolongadas de más de 24 horas, y las IPS con mayores problemas de sobreocupación.	Entrevista 18, director científico de la IPS
Tubo neumático para que las muestras lleguen al laboratorio	Se implementó la tecnología para organizar el proceso de recepción de muestras y disminuir el tiempo de tránsito de estas.	Entrevista 6, coordinador urgencias

Fuente: elaboración propia.

Anexo 4. Estrategias de salida para la gestión de la sobreocupación

Nombre de la intervención	Detalles de la intervención	Fuente
Gestión de altas en contexto de emergencia funcional	Se declara emergencia funcional y se toman medidas: Altas tempranas, solicitud de horas extras al personal, se apoya a médicos en toma de decisiones de salida, etc.	Entrevista 4, coordinadora urgencias.
Programas de alta temprana y hospitalización domiciliaria	Altas antes de las 11 am, familiares informados con anticipación; destete de oxígeno previo al cambio de turno para definir egreso o trámite de hospitalización domiciliaria.	Entrevista 4, coordinadora urgencias.
Sala de egresos	Se baja al niño con salida que solo está pendiente de los trámites administrativos y pago.	Entrevista 4, coordinadora urgencias.
Activación de los sistemas de remisión	Se inician trámites de remisión temprana a los pacientes que se puedan remitir.	Entrevista 5, coordinador urgencias.
Altas seguras	Se coordina con el equipo de radiología y laboratorio para que se enfoque en los pacientes con posibilidad de alta.	Entrevista 5, coordinador urgencias.
Acciones legales a familiares de paciente abandonado	El hospital ha demandado a las familias que abandonan al paciente en su institución.	Entrevista 5, coordinador urgencias.
Cirugías diferidas	Experiencia en diferir cirugía de ortopedia con criterios específicos: paciente estable, que puede regresar, etc. Se da salida con inmovilización, analgesia y se opera en las primeras 32 horas.	Entrevista 6, coordinador urgencias.
Protocolo de alta temprana y/o hospitalización en casa	Se priorizan pacientes clínicamente estables que pueden continuar su manejo en un entorno domiciliario seguro.	Entrevista 9, coordinador urgencias.
Contrarremisión (flujo de pacientes)	Una vez termina el manejo en la institución de alta complejidad se contrarremite a la IPS de mediana o baja complejidad que remitió al paciente.	Entrevista 10, coordinadora urgencias.
Alta temprana y flujo de pacientes	Se reorganizó la ronda de hospitalización de medicina interna, sumando un internista para las interconsultas y el área de urgencias. Así se favorecen las altas tempranas de hospitalización y se liberan camas.	Entrevista 11, coordinador urgencias.

Nombre de la intervención	Detalles de la intervención	Fuente
Hospitalización en casa	Se priorizan pacientes clínicamente p. ej. Pacientes con administración de antibiótico una vez al día, pueden continuar su manejo en un entorno domiciliario seguro.	Entrevista 14, Academia y sociedades científicas.
Tablero de salidas	Mediante el tablero saben que paciente esta por salir y eso permite cuidar el proceso: llenar epicrisis, boleta de egreso, etc.	Entrevista 18, director científico de la IPS.
Modalidades de tele consulta triage IV-V	Requiere una buena clasificación de triage, unida a la información de los signos vitales, puede resolver los problemas de disponibilidad de derivación de los pacientes a atención ambulatoria.	Entrevista 14, Academia y sociedades científicas.
Sala de estancia prolongada	Para los pacientes de difícil resolución administrativa (la EPS no autoriza la hospitalización) se creó una zona especial, en la cual se podía seguir el manejo sin ser hospitalizado.	Entrevista 1, coordinador urgencias.
Centro de gestión de referencias y contrarreferencias de la red	El centro de referencia y contrarreferencia coordina el traslado de pacientes entre IPS de la red según sus necesidades de internación o especialistas.	Entrevista 18, director científico de la IPS.

Fuente: elaboración propia.