



Cuadernos Latinoamericanos de  
Administración  
ISSN: 1900-5016  
cuaderlam@unbosque.edu.co  
Universidad El Bosque  
Colombia

Amaya, Álvaro; Daza, Miguel; Díaz, Andrea; Sandoval, Andrea  
Modelo de adherencia al procedimiento de regulación de la urgencia médica en el Centro Regulador  
de Urgencias - CRUE de Bogotá, D.C. Colombia  
Cuadernos Latinoamericanos de Administración, vol. VII, núm. 12, enero-junio, 2011, pp. 21-29  
Universidad El Bosque  
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=409634365003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](http://redalyc.org)

# Modelo de adherencia al procedimiento de regulación de la urgencia médica en el Centro Regulador de Urgencias - CRUE de Bogotá, D.C. Colombia<sup>1</sup>

## Adhesion model procedure for regulation of medical emergency in the CRUE of Bogota, D.C. Colombia

## Modelo de aderência ao procedimento de regulação da urgência médica no CRUE de Bogotá, D.C. Colômbia

Álvaro Amaya.<sup>2</sup>  
Miguel Daza.<sup>3</sup>  
Andrea Díaz.<sup>4</sup>  
Andrea Sandoval.<sup>5</sup>

### Resumen

La atención prehospitalaria ha sido una de las áreas de intervención más críticas debido a su impacto social, es por ello que el funcionamiento de los centros de regulación médica, que son el pilar fundamental de dicha atención, deben contar con procedimientos claros para ejercer una adecuada regulación, debido a que esta tiene como objetivo priorizar y optimizar la atención de urgencias y emergencias y la mitigación del impacto en un eventual desastre. En el caso del CRUE de Bogotá la cantidad de despachos de móviles aumentó considerablemente, pasó de ser en 2007 de 103.691 despachos al 2009 a 213.913, considerando con estas cifras la necesidad de optimizar los recursos y verificar el cumplimiento de los procedimientos establecidos para la regulación médica. Se realizó un estudio descriptivo en donde se revisó y analizó el procedimiento de regulación de la urgencia médica, así mismo la forma de socialización e implementación del procedimiento, priorizando en el técnico regulador, cuyo perfil tiene más injerencia, evidenciando notables fallas en la forma tanto de implementación como evaluación del mismo, se propone un modelo de adherencia al procedimiento de regulación de la urgencia médica teniendo en cuenta todas las variables que influyen en el adecuado funcionamiento del centro regulador.

**Palabras Clave:** Atención prehospitalaria, procedimiento, adherencia, urgencia médica, CRUE.

### Abstract

Pre hospital care has been one of more critical areas of intervention because of it's social impact, that's why the operation of the medical regulation centers, which are the fundamental pillar of this attention , must have clear procedures in order to do an accurate regulation,because of their objective of prioritize and optimize an eventual disaster. In case of Bogota's CRUE , the amount of ambulance outputs considerably increase , it pass from 103691 in 2007 to 213913 in 2009 , considering this numbers, the need of optimizing the resources and verify the correct application of the established procedures for medical regulation. This is a descriptive study in which it was reviewed and analyzed the regulation procedure of medical urgency, and also, the ways of socialization

### Resumo

A atenção pré-hospitalária tem sido uma das áreas de intervenção mais críticas devido a seu impacto social. É por isso que o funcionamento dos centros de regulação médica, que são o pilar fundamental de tal atenção, deve contar com procedimentos claros para exercer uma adequada regulação, devido a que esta tem como objetivo priorizar e otimizar a atenção de urgências e emergências e mitigar o impacto em um eventual desastre. No caso do CRUE de Bogotá, a quantidade de envios de atendimentos móveis aumentou consideravelmente, passando de 103.691 envios em 2007 a 213.913 em 2009, considerando com estas cifras a necessidade de otimizar os recursos e verificar o cumprimento dos procedimentos estabelecidos para a regulação médica. Foi realizado um estudo descritivo onde se

Entregado el 14/03/2011 | Aprobado el 30/05/2011.2.

1. Trabajo de investigación descriptiva realizado por el grupo en la Especialización en Gerencia de Salud de la Universidad El Bosque.
2. Profesor Asistente. División de Postgrados y Formación Avanzada. Director Especialización Gerencia de la Calidad en Salud. Universidad El Bosque
3. Especialista en Gerencia de la Calidad. Universidad El Bosque.
4. Especialista en Gerencia de la Calidad. Universidad El Bosque.
5. Especialista en Gerencia de la Calidad. Universidad El Bosque.

and implementation of the procedure, prioritizing in the regulator technician, because those have the most interference profile. We evidenced notable faults in both implementation and evaluation; therefore we propose an adhesion model for regulation of medical urgency, considering all the variables that influence in the correct operation of the regulator center.

**Key words:** Pre hospital care, procedure, adhesion, medical emergency, CRUE.

revisou e analisou o procedimento de regulação da urgência médica, como também a forma de socialização e implementação do procedimento, priorizando o técnico regulador, cujo perfil tem mais ingerência. Foram evidenciadas notáveis falhas na forma tanto de implementação como de avaliação do mesmo. Propõe-se um modelo de aderência ao procedimento de regulação da urgência médica levando em conta todas as variáveis que influem no adequado funcionamento do centro regulador.

**Palavras-chave:** atenção pré-hospitalária, procedimento, aderência, urgência médica, CRUE.

## Introducción

Teniendo en cuenta la importancia y el impacto social que genera el manejo oportuno en la atención prehospitalaria a nivel del Distrito Capital y a su vez, la problemática en la racionalización de recursos con lo que se puede generar un aumento en los tiempos de respuesta de las móviles del centro regulador de urgencias y emergencias (CRUE), es importante contar con información que describa el grado de adherencia al procedimiento de la regulación de la Urgencia Médica por parte del personal encargado de la recepción y clasificación de la urgencia -Técnico Auxiliar en regulación médica-, siendo éste el actor principal del procedimiento, debido a que es la primera persona en recibir la información, clasificar el incidente y emitir el direccionamiento correspondiente de acuerdo al protocolo para generar una conducta oportuna en el despacho.

El propósito de este trabajo, es entonces, presentar una Propuesta de Medición de Adherencia al Procedimiento de la Regulación de la Urgencia Médica por parte del Técnico Auxiliar en Regulación Médica (TARM), personal encargado, para que dicha información sirva en la toma de decisiones de la institución y permita generar un plan de mejora con base en los hallazgos evidenciados.

Para la propuesta del modelo de adherencia, ha sido necesario tomar como referente el procedimiento para la regulación de la urgencia médica como documento base, el cual está soportado en guías y procedimientos establecidos por la institución. La forma de verificar dicho cumplimiento es auditar el sistema utilizado por los TARM, el cual carece de una parametrización de acuerdo al procedimiento, por lo cual se genera una dificultad a la hora de diseñar el papel de trabajo para evaluar la adherencia, creando la necesidad de diseñar este documento.

## Metodología

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, realizado en tres fases:

En la primera fase del estudio se identificaron los procesos y procedimientos de la regulación de los despachos móviles, con el fin de identificar los roles correspondientes a cada uno de los perfiles encargados de ejecutar dichas actividades.

En la segunda fase se ubicó la información correspondiente a la socialización del procedimiento a cada una de los TARM, así como la entrega del instructivo, revisándose cada una de las actas, y comparándose contra el listado de auxiliares contratados en la línea para determinar el porcentaje de socialización, definido como la entrega y la capacitación en el procedimiento de la regulación de la urgencia médica. En esta misma fase, se inició la búsqueda de información disponible por parte del CRUE sobre el estado actual del conocimiento del procedimiento de regulación de la urgencia médica para el despacho de móviles, basados en la evaluación realizada (Trazabilidad de los procedimientos, CRUE 2010). Continuando con la revisión, se valoró el árbol de causalidad propuesto por el DCRUE<sup>1</sup>, analizando las causas de demora en el tiempo de respuesta que tienen que ver con el desempeño del personal TARM en el centro regulador.

En la última fase se concluye con la elaboración del modelo para la adherencia en donde se describen cada uno de los pasos para la medición (muestra, periodicidad, tipo de auditoría, instrumentos de trabajo, forma de análisis y tabulación de los resultados).

## Resultados

Se inició el análisis de cada uno de los roles desempeñados por los diferentes perfiles, en el procedimiento

1. Árbol de causalidad, DCRUE 2010

de la regulación de la urgencia médica, en las actividades diarias de la institución, identificándose como el más importante el desempeñado por el TARM, debido a que este es el encargado de la recepción, clasificación y seguimiento del incidente según lo definido por el CRUE dentro del procedimiento para la regulación de la urgencia médica, del proceso de regulación de urgencias y emergencia. Así mismo, es el encargado del diligenciamiento de la planilla en el programa definido por la institución, por lo cual se consideró necesario centrar el desarrollo del modelo en dicho perfil.

Dentro de la revisión del procedimiento, se observó que el encargado del despacho según el procedimiento, cuando es definido el incidente como prioridad alta, es realizado por el médico regulador; sin embargo cuando no es clasificada como tal, el procedimiento no define quien debe realizar esta actividad, situación que al realizar el trabajo de campo (inspección ocular) en el centro regulador, es realizada por el TARM. Continuando con el análisis del procedimiento, se observó que no es claro en qué momento el TARM realiza la orientación y asesoría del incidente, sin embargo se evidenció en el instructivo que este se encuentra claramente definido. Con la revisión documental de la guía de regulación médica de urgencias y emergencias, la clasificación de prioridad de los incidentes por parte del NUSE, el cual da el código inicial, lo define en más de un 60% como prioridad alta, mientras que solo el 5% de los casos son definidos como prioridad baja, como se muestra en la figura 1.

Revisando el árbol de causalidad propuesto por el CRUE<sup>1</sup>, se identificó un tiempo prolongado en la respuesta del programa APH definiéndose como posibles causas las generadas por parte de la línea de regulación a la no adherencia a los procedimientos, lo cual sugiere la realización de un diseño y la aplicación de la auditoría para la evaluación de la adherencia a guías.

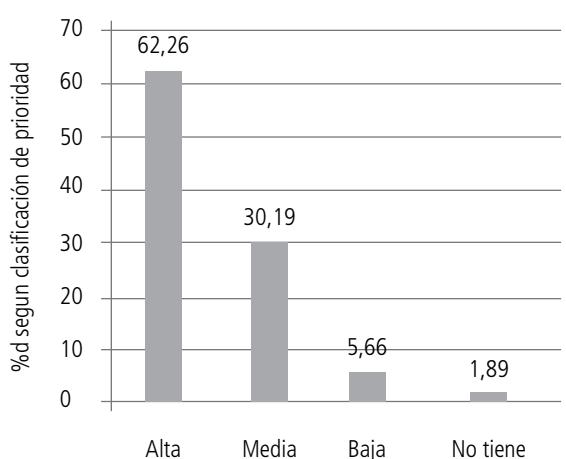


Figura 1. Clasificación de urgencia médica por parte del NUSE  
Fuente: Guía regulación médica de urgencias y emergencias.  
Código: 114RDO GUI 03 V.01, noviembre 2009

Teniendo como base el árbol de causalidad se consideró la revisión sistemática de la socialización a los TARM del procedimiento de la regulación de la urgencia médica, basados en las actas socialización vs el listado de TARM contratados al momento<sup>2</sup>, evidenciándose que la tercera parte de la población TARM no se le ha entregado de forma física el procedimiento, y de la misma manera no han tenido una socialización del mismo. Figura 2.

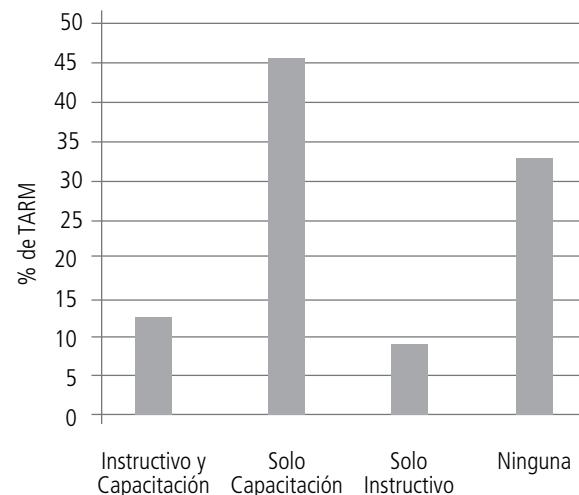


Figura 2. Socialización del procedimiento para la Regulación de la Urgencia Médica. Fuente: Los autores, septiembre 2010, revisión documental

Como se puede observar en la figura 2, el 58% de los TARM tuvieron capacitación en la regulación de la urgencia médica, pero solo al 13% se les entregó en instructivo; contrastando con el 9% a quienes se les entregó el instructivo mas no fueron capacitados.

Revisando la distribución del personal no socializado, se observó que un 42.1% correspondía al turno de la noche y el 31.6% al turno del tarde, lo cual representa más de 2/3 partes del total del personal no socializado, como se evidencia en la figura 3.

En el análisis de la evaluación realizada sobre el conocimiento del procedimiento por parte del personal TARM se demostró que el conocimiento es calificado como regular, según la tabla de ponderación, debido a que el resultado promedio encontrado es de 63 sobre 100 puntos,<sup>3</sup> en el personal TARM evaluado.

Para el personal que ingresa a la línea en las actividades de TARM se encuentra definida una inducción la cual se valoró, sin encontrarse específicamente una socialización al procedimiento para el despacho de la

2. Actas de socialización, CRUE diciembre 2009

3. Trazabilidad de los procedimientos, CRUE 2010

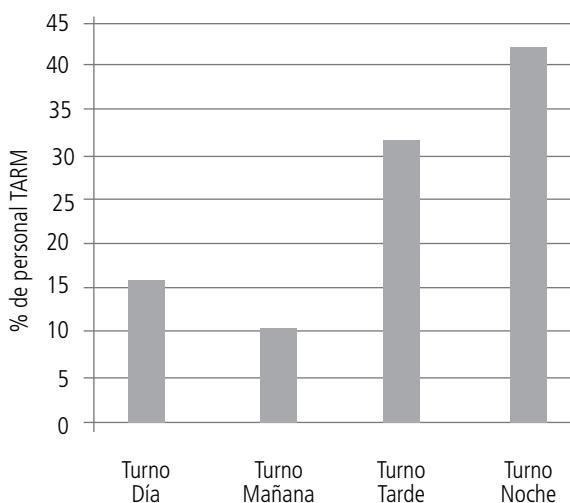


Figura 3. Distribución de personal no socializado por turnos.  
Fuente: Los autores, septiembre 2010 revisión documental

regulación de la urgencia médica, el cual es el pilar fundamental de su quehacer diario.

Dado los hallazgos evidenciados, se considera la necesidad de la creación de un modelo para determinar la adherencia real al procedimiento de la regulación de la urgencia médica por parte del TARM.

Se observó que en el quehacer diario de los TARM en el diligenciamiento del sistema definido por el CRUE, se dificulta la estandarización de las acciones debido a que este no cuenta con espacios de preguntas fijas por incidente lo cual genera una flexibilidad en el diligenciamiento, al ser espacios abiertos que permiten una consignación de datos de acuerdo al criterio de cada TARM esta debilidad se ve reflejado en los informes finales incompletos por cada incidente.

## Discusión

La revisión documental de la guía de regulación médica de urgencias y emergencias, sugiere en principio, que la orientación de los casos deba ser realizada por parte de un Médico Regulador, dada la presencia de una clasificación inicial mayor al 90% entre prioridad media y alta, situación que no está contemplada en el procedimiento de regulación de la urgencia médica. Por otra parte, se encuentra la incongruencia entre el procedimiento para la regulación de la urgencia médica y el instructivo, lo cual puede derivar en una confusión del personal al momento de la socialización, debido a que crean dos posibles formas de realizar el mismo procedimiento, sin ser excluyentes.

Con la revisión de los datos obtenidos, se encuentra la presencia de una falta de socialización considerable,

debido a que ésta es representada por la tercera parte del total del personal TARM que trabaja en la línea. Sin embargo el CRUE consideró realizar una evaluación al conocimiento de este procedimiento a todo el personal, lo cual crea, de inicio, una limitante para la evaluación, ya que si no hay una evidencia de socialización, no se debería de evaluar, y al ser realizada, produce un sesgo en los resultados obtenidos de la trazabilidad realizada por la DCRUE. Todo esto lleva a considerar que no existe una medición válida de adherencia al procedimiento de la regulación de la urgencia médica.

En cuanto a la socialización se observa que los turnos que más se ven afectados por la falta de la misma son aquellos que se encuentran en un horario diferente al de la mañana, esto crea la necesidad de diseñar estrategias con el fin de asegurar la capacitación de los turnos de la tarde y la noche que lleguen al 100% del personal. Las estrategias pueden ser crear espacios dentro del turno ya sea al inicio o al final del mismo, y que estos espacios pueden ser cubiertos por personal de la mañana o de la tarde.

Llama la atención la ausencia de una inducción específica para el personal de la línea, en donde se socialice el procedimiento para la regulación de la urgencia médica, creando de inicio una falta de estandarización para la realización de esta actividad, y un vacío al personal que ingresa a la institución, dejándole un libre albedrío a sus deseos para la realización de su actividad diaria.

El uso de la plantilla del sistema PROCAD crea en los usuarios una libertad para el diligenciamiento de los datos, dado que los ítems no cuentan con los espacios cerrados ni específicos para la realización de la actividad; esto genera una falta de estandarización en la información, viéndose reflejada al final de la consolidación en la falta de información de los registros obtenidos. Esto puede llegar a crear una limitante para el análisis de los LOGs por parte del personal auditor.

Con lo anterior se ve la necesidad de crear unos estándares mínimos para el diligenciamiento de la planilla, la cual debe incluir los pasos que se encuentran especificados en el procedimiento de la regulación de la urgencia médica, sin embargo si se cuentan con recursos económicos más amplios, se podría llegar a considerar el ajuste del sistema a uno más cerrado y orientado al desarrollo de la actividad de los TARM, lo cual produciría una mayor adherencia a los procesos realizados.

Las grabaciones de la atención de los incidentes generan la posibilidad de evidenciar hallazgos que no son posibles revisar por medio del LOGs como lo son el saludo, la forma de abordar al llamador, las preguntas que debe hacer el TARM por cada incidente y las recomendaciones que se le brindan al llamador; es por esto que en

el presente proyecto se le da una importancia alta a la auditoría a realizar de las grabaciones.

## Modelo propuesto

El modelo propuesto consta de 5 fases las cuales se identifican en la Figura 4, y se describen a continuación:

1. *Preparación:* Consiste en planear el equipo necesario para implementar el modelo (número de auditores necesarios) además en esta fase cada uno de los Auditores tendrá que realizar una revisión documental de los tres documentos base para la evaluación (procedimiento, guía, instructivo) así como apropiar el conocimiento y forma de aplicación de cada uno de los papeles de trabajo sobre los cuales se realizarán las auditorías, Tabla 1 y 2.

Es necesario que el personal Auditor tenga contacto con el centro operador (contacto directo) para que tenga una visión clara del funcionamiento de los procesos, es por esto que se recomienda asistir en un turno, a una cabina de TARM y visualizar el sistema de información así como la forma de atención y despacho de la llamada.

Además de la preparación documental, hay que tener en cuenta que los Auditores responsables de implementar el modelo deben contar con características de líder, las cuales faciliten el trabajo por medio de una comunicación asertiva, y ante todo una motivación del personal auditado; esta persona debe poseer una mente abierta a las observaciones o sugerencias por parte de los TARM, con el fin de que el modelo se vaya perfeccionando con aportes que los auditados realicen, ya que estos son los que verdaderamente conocen el procedimiento a fondo. Solo con estos componentes se asegurará un éxito en la implementación del modelo, evitando generar un ambiente punitivo y un clima desfavorable. Esta fase de preparación se propone tenga una duración que no supere tres días.

2. *Socialización:* En esta fase se propone realizar la entrega de documentos relacionados con la realización del procedimiento de la regulación de la urgencia médica, (Procedimiento y su respectivo instructivo, y la guía DCRUE Regulación Médica de Urgencias y Emergencias), la que se debe hacer a cada uno de los TARM, dejando constancia de la misma en un listado, el cual debe ser firmado por cada uno de los participantes. Esta entrega de documentación debe ir acompañada de una presentación por parte del equipo Auditor en donde se explique claramente a los TARM el objetivo del modelo

de evaluación así como cada una de las fases con el fin de que las personas estén informadas de las actividades que se realizaran así como los tiempos que se tiene para las mismas, en esta presentación se deberá motivar al personal y explicar la importancia de esta medición para la institución y para la población atendida.

Teniendo en cuenta la importancia del conocer el procedimiento por parte de los TARM, el presente modelo propone incluir dentro de la fase de socialización, incluir estas actividades en una inducción específica de puesto de trabajo, en donde se de a conocer el procedimiento con todas las fases propuestas, a las personas nuevas que ingresan al centro operativo.

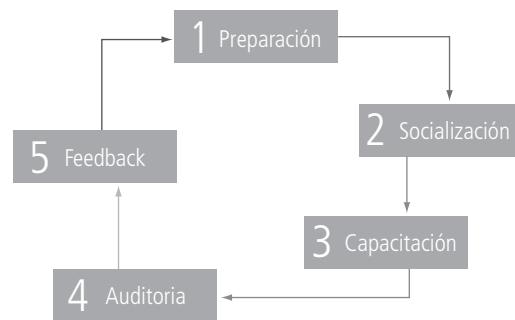


Figura 4. Ruta del Modelo de Adherencia. Fuente: elaborado por los autores, octubre 2010

3. *Capacitación:* Con el fin de lograr establecer la aceptación, y el entendimiento del procedimiento para la regulación de la urgencia médica, se debe realizar una capacitación a todos los TARM, en un tiempo no menor a 1 semana ni mayor a 2 semanas, de la entrega de los documentos. Esta capacitación debe ser de carácter obligatorio, en una jornada específica, y fuera del horario laboral, en una ubicación diferente al centro operador para garantizar la privacidad y concentración que esta requiere. Dicha capacitación debe ser realizada por un médico auditor con conocimientos en APH, y realizarse con una dinámica que incluya la participación de los TARM de manera activa, con explicación de los pasos del procedimiento con base en una casuística clínica basada en las 10 primeras causas de incidentes, incluyendo al menos un caso por cada una de la clasificación de prioridades (alta, media, baja). Al finalizar la capacitación se debe realizar una evaluación escrita basada en casos clínicos, esta debe ser realizada con opción de selección múltiple y debe tener al menos 5 preguntas y no más de 10, se resolverán las preguntas con el fin de despejar las dudas en ese mismo

instante y poder responder interrogantes que se generen en ese momento.

Esta capacitación debe tener una duración máxima de 3 horas, de forma continua en una sola sesión.

- Auditoría:** Se propone en el modelo, que la auditoría debe ser realizada con una periodicidad semestral con el fin de identificar una trazabilidad y así poder detectar las oportunidades de mejora, y producir un mejoramiento continuo en la calidad del servicio prestado. Esta auditoría debe ser realizada por un médico auditor, el cual debe haber cumplido de forma obligatoria con la fase de preparación propuesto en este modelo; esta auditoría debe realizarse en dos pasos simultáneos, la revisión del sistema (dada por los LOGS generados) y las grabaciones telefónicas de los incidentes. La razón de realizar esta auditoría conjunta es evaluar conjuntamente los datos registrados en el sistema y el desempeño comunicativo del técnico hacia el usuario, ya que esta es la única forma de determinar el cumplimiento integral del procedimiento.

La auditoría debe ser realizada según la muestra la cual debe ser calculada con base en los despachos mensuales (20.000 en promedio). Se recomienda tener en cuenta:

- Calcularla con una confiabilidad del 95% y un error muestral del 5%
- Como la variabilidad es desconocida, es decir no se tienen datos de la calidad del diligenciamiento por cada uno de los Técnicos de Regulación Médica, inicialmente se debe asumir la máxima varianza (variabilidad positiva = 0.5).
- Se utilizará Epi-info versión 6.0
- Una vez seleccionado el número muestral, se hace ordenamiento de los registros por fecha y anidado dentro de cada fecha por nombre del TARM
- Para seleccionar la muestra, se toma proporcionalmente al número de atenciones de cada TARM
- La Amplitud de la selección se hace dividiendo el número de atenciones de cada TARM sobre el número muestral proporcional a cada TARM.
- El arranque aleatorio (k) puede determinarse al azar.
- El cálculo de cada unidad de la muestra se hace con la formula  $(k, k+amplitud)$ , es decir el registro en la posición  $n1$  (primer

registro muestral)  $= (k)$ ,  $n2 = (k+amplitud)$ ,  $n3 = (n2+amplitud)$ , así hasta completar el total de las unidades muestrales por TARM.

Para la realización de este proceso se requiere contar con un equipo no menor a 4 médicos auditores, los cuales deben revisar cada incidente de manera integral, en el sistema y en la grabación, realizada según los papeles de trabajo propuestos en este modelo tabla 1y 3. Ésta auditoría debe ser realizada con una duración promedio por incidente de 15 minutos, y la realización total de la auditoría no debe superar treinta días; la socialización de los hallazgos no debe superar los treinta días con respecto a la culminación de la revisión.

Incidente	1	2	Consolidado por ítem	Porcentaje de Cumplimiento por ítem
Hora de creación	1	1	2	100%
Dirección completa	1	0	1	50%
Tipo de incidente	1	1	2	100%
Hora de transferencia al CRUE	1	1	2	100%
Confirmación de datos	1	0	1	50%
Confirmación de prioridad	1	0	1	50%
Orientación al diagnóstico	1	1	2	100%
Hora de paso a despacho	1	0	1	50%
Despacho móvil de acuerdo a prioridad	1	0	1	50%
<b>Totales</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>13</b>	
<b>Porcentaje de cumplimiento</b>	<b>81,82%</b>	<b>36,36%</b>	<b>72,22%</b>	

Tabla 1. Formato de evaluación de LOG. Fuente: Los autores, octubre 2010, revisión documental

Es por esto que, para la implementación del modelo propuesto se crea la necesidad de sensibilizar a los TARM sobre la importancia del diligenciamiento completo de la planilla del sistema, debido a que la falta de información consignada puede crear al TARM inconvenientes legales, si llegase a ocurrir una demanda por parte de algún usuario.

Incidente	1	2	Consolidado por ítem	Porcentaje de cumplimiento por ítem
Saludo al llamador	1	1	2	100,00%

Incidente	1	2	Consolidado por ítem	Porcentaje de cumplimiento por ítem
Confirmación de datos	1	0	1	50,00%
Preguntas por incidente	1	1	2	100,00%
Información al médico regulador	1	1	2	100,00%
Asesoria en salud	1	0	1	50,00%
Total	5	3	8	
Porcentaje	100%	60%	80%	

Tabla 2. Formato de evaluación de la grabación. Fuente: Los autores, octubre 2010.

Los instrumentos de trabajo para la auditoria se han diseñado en formato Excel Tabla 1 y 2. Esta herramienta debe ser diligenciada directamente en medio magnético por parte del Auditor al momento de la evaluación, esto con el fin de agilizar y sistematizar esta actividad facilitando la tabulación de la información; este formato evaluará el desempeño por cada uno de los técnicos, por cada una de los ítems evaluados, así como el total general. El instructivo para el diligenciamiento de los formatos de evaluación se señala en las tablas 3 y 4. La adherencia se definirá de forma porcentual con el fin de que la institución pueda plantear planes de mejora de forma individual por cada técnico, y así poder hacer un monitoreo del desempeño de forma individual y colectiva pensando en una mejora continua hasta lograr el 100% de la adherencia.

Verifique cada uno de los ítems a evaluar de acuerdo al criterio, si se encuentra diligenciado de forma completa la calificación será SI CUMPLE, de lo contrario NO CUMPLE.

ITEM A EVALUAR	CRITERIO
Hora de creación	Hora de creación en el sistema
Dirección completa	Se encuentra diligenciada la dirección de manera clara, ubicación geográfica definida por norte, sur, oriente u occidente, con barrio y/o localidad; Con punto de referencia definido como punto de fácil ubicación (CAI, Iglesia, Centro comercial, Estación de TM, Colegio, Hospital, Clínica, Cárcel, Río, Tiendas de Cadena, Universidades, parques, CADE), en vía pública definir orientación de la calzada.
Tipo de incidente	Se encuentra diligenciado el dato con un número determinado según el incidente, de acuerdo a lo definido en el NUSE
Hora de transferencia al CRUE	Hora registrada el sistema de la línea como la hora en la cual llega el incidente al CRUE
Confirmación de datos	Se conformaron los datos y son anotados en el sistema
Confirmación de prioridad	Se asignó la prioridad definida como alta, media o baja según el tipo de incidente

ITEM A EVALUAR	CRITERIO
Orientación al diagnóstico	Están consignadas las respuestas de acuerdo a la patología según lo definido en la guía
Hora de paso a despacho	Hora en la cual se registra el paso del incidente al área de despacho cuando el incidente requiere móvil
Despacho móvil de acuerdo a prioridad	según los datos es pertinente el despacho de móvil, y este es despachado de acuerdo a la prioridad
Tipo de cierre del incidente	Se diligenció alguna de las 3 (tres) posibilidades de cierre (Atendido, Cancelado, Fallido), y en caso del último se encuentra escrita la causa

Tabla 3. Instructivo para el diligenciamiento de la evaluación de adherencia al procedimiento de la regulación de la urgencia médica por parte del TARM en el sistema. Fuente: Los autores, octubre 2010.

Verifique cada uno de los ítems a evaluar, de acuerdo al criterio, si se encuentra diligenciado de forma completa la calificación será SI CUMPLE, de lo contrario NO CUMPLE.

ITEM A EVALUAR	CRITERIO
Saludo al llamador	Se realizó el saludo de acuerdo al definido por la institución (Secretaría de Salud Buenos días/tardes/noches en que podemos ayudarlo).
Confirmación de datos	Se pregunta de manera clara la dirección, ubicación geográfica definida por norte, sur, oriente u occidente, con barrio y/o localidad; Con punto de referencia definido como punto de fácil ubicación (CAI, Iglesia, Centro comercial, Estación de TM, Colegio, Hospital, Clínica, Cárcel, Río, Tiendas de Cadena, Universidades, parques, CADE), si es en vía pública se pregunta por la orientación de la calzada. Esta se hace en una sola oportunidad de manera amplia.
Preguntas por incidente	Se interroga de manera clara, según cada incidente, de acuerdo a la guía por patología
Información al médico regulador	En caso que se defina prioridad alta al incidente, el TARM notifica al médico sobre el incidente para definir el tipo de despacho
Asesoría en salud	Se dan recomendaciones al llamador de acuerdo al tipo de incidente reportado.

Tabla 4. Instructivo para el diligenciamiento de la evaluación de adherencia al procedimiento de la regulación de la urgencia médica por parte del TARM en la grabación. Fuente: Los autores, octubre 2010.

5. Feedback: Dentro del modelo se incluyó esta importante fase, debido a que es la manera de informar a cada uno de los TARM su desempeño, sus fortalezas así como sus oportunidades de mejora. El equipo auditor encargado de realizar esta tarea debe tener en cuenta nuevamente su rol de líderes.

## Conclusiones y recomendaciones

Con la revisión realizada sobre el conocimiento del procedimiento de regulación de la urgencia médica en los TARM, se puede concluir que, la única socialización que se realizó, no contó un cubrimiento del 100% del personal presentando así fallas en la cobertura y metodología de realización lo cual se refleja en el desempeño diario de los TARM.

Dentro del procedimiento hay actividades que los TARM no realizan según la descripción, y a su vez en el procedimiento no se describe una actividad que realiza el TARM, lo cual genera una discordancia entre lo que está escrito y lo que se ejecuta en el puesto de trabajo; es por esto que se recomienda una revisión completa del procedimiento en donde se conceda la posibilidad de participación a los TARM para poder definir las actividades que se incluirán en el procedimiento, para que de esta forma coincida de forma exacta lo escrito vs lo que se ejecuta.

El sistema de información utilizado por los TARM para la recepción de la llamada no se encuentra parametrizado con base en el procedimiento y guía de

regulación, es por ello que el diligenciamiento del mismo es muy subjetivo según la formación y experiencia de cada uno de los TARM, lo cual genera información incompleta a la hora de consolidar informes y dificulta la tarea de evaluar la adherencia al procedimiento. Aunque en el presente modelo se plantea la evaluación del procedimiento de regulación de la urgencia con base en el sistema actual, la recomendación es parametrizar el sistema con el fin de facilitar a los TARM el diligenciamiento y adherencia al procedimiento y guía de regulación.

No se cuenta con una inducción específica para los TARM en donde se incluya la socialización y evaluación del procedimiento, es por ello que esta situación permite que cada TARM inicie sus actividades con la inducción que le brinde uno de los compañeros antiguos, esto permite que cada TARM asuma las labores con los conocimientos propios y trasmitidos de otra persona mas no con un procedimiento estandarizado y aprobado, situación que aumenta el riesgo de cometer errores. Por todo lo anterior, el modelo incluye la actividad de inducción específica en puesto de trabajo para minimizar brechas en el conocimiento de la regulación.

## Bibliografía

Ayesha de Costa Et Al design of a randomized trial to evaluate the influence of mobile phone reminders on adherence to first line antiretroviral treatment in south India – the hiving study protocol, BMC Medical Research Methodology 2010, 10:25

Fandiño J y colaboradores Modelo de adherencia a la Política de Seguridad en el Servicio de Urgencias en una IPS tercer nivel. Bogotá, Paginas 11, 12.

Múnica Múnera Hernán Darío, Evaluación de la baja adherencia a guías médicas implementadas en la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Caldas Antioquia primer semestre 2008. Universidad de Antioquia, Medellín 2008

Base de datos NUSE Kristal Reporte 2009 Bogotá,  
Boletín Epidemiológico CRUE No 21 2010 Bogotá,  
PAGINAS 1,2

Dirección Participación y servicio al ciudadano SQS 2009. Bogotá,

Evaluación de Guías de Práctica Clínica AGREE Septiembre de 2001. Londres, Paginas 2,3.

Fundamentos de Atención Prehospitalaria 2004.  
Bogotá, Editorial Distribuna Página 30-45

Manual de regulación Médica SAME Buenos Aires 1998. , Paginas 62-65

NTC ISO 19011, 2002

<http://www.aibarra.org/Guias/1-18.htm>

<http://es.wikipedia.org/wiki/Protocolo>. 13 de marzo de 2010

<http://es.wikipedia.org/wiki/Racionalidad> Mayo 2010

Diccionario de la lengua española, 22<sup>a</sup> edición.  
Madrid <http://www.rae.es/rae.html>

[www.wikilearning.com](http://www.wikilearning.com) (Curso de atención Prehospitalaria). 2007

[www.valledelcauca.gov.co](http://www.valledelcauca.gov.co)

