

## EDITORIAL

### La ocupación de los servicios de urgencias: un indicador de eficiencia del sistema de salud

#### Emergency department occupancy: an indicator of health system efficiency

En el mundo, en las últimas décadas, el número de casos con diagnóstico de cáncer se ha ido incrementado y, gracias a la eficacia de los tratamientos —que aumentan la supervivencia—, la prevalencia de pacientes ha aumentado, así como la demanda de atención tanto de los supervivientes como de los casos nuevos. Cuando reciben un diagnóstico de cáncer o cuando viven situaciones agudas, como dolor o sufrimiento, o cuando presentan síntomas asociados al tratamiento y no encuentran otras alternativas de atención, los pacientes y sus familiares utilizan los servicios de urgencias. La necesidad de disminuir el volumen del uso no planeado de urgencias oncológicas es una prioridad para los sistemas de salud (1,2).

Las urgencias de los pacientes con cáncer están divididas en tres grandes grupos: las primarias, provocadas por la enfermedad; las secundarias, asociadas al tratamiento, y las no oncológicas. Las primeras se subdividen en las metabólicas—síndrome de lisis tumoral, hipercalcemia maligna, síndrome inadecuado de hormona antidiurética—, las hematológicas—neutropenia febril, síndrome de hiperviscosidad— y las estructurales —síndrome de vena cava superior, compresión de la médula espinal—. Las secundarias se asocian a la quimioterapia—extravasaciones, neutropenia, mucositis— o a eventos adversos asociados a la radioterapia o la inmunoterapia. Las urgencias no oncológicas pueden ser secundarias a comorbilidades como infecciones, eventos cardiovasculares y neurológicos (3,4).

La complejidad del control en el uso del servicio de urgencias, particularmente de los pacientes con cáncer, ha sido un tema importante en la literatura (1-10). Se ha encontrado que los servicios comunitarios y de apoyo social reducen el número de consultas a Urgencias Oncológicas (UO) de

pacientes al final de vida (7). De acuerdo con un estudio realizado en Inglaterra, en un centro de cáncer que atiende una población de 1,2 millones de habitantes, el uso de urgencias por los pacientes con cáncer es complejo y está determinado por múltiples factores que se refuerzan mutuamente y determinan la frecuencia de uso (10); dichos factores son: a) La habilidad aprendida y la capacidad del paciente y su familia para el control de los síntomas. b) La gestión efectiva del cuidado primario, que incluye la atención domiciliaria como el primer nivel de atención. c) La efectividad de los cuidados ofrecidos por los cuidadores. d) La capacidad de la oferta del servicio de urgencias. e) La capacidad de las camas hospitalarias. f) La oportunidad de los pacientes con cáncer para el acceso a los médicos especialistas en los servicios ambulatorios. g) La prevención de los eventos agudos por los médicos tratantes. h) El soporte dado en el momento de los egresos hospitalarios. El estudio inglés mencionado enfatiza en actuar sobre estos determinantes antes que ampliar los servicios de urgencias.

En Colombia, en la última década, la tendencia de la oferta de servicios de salud oncológicos ha sido creciente y más de la mitad de los servicios oncológicos son de consulta externa, es decir, que más del 65% de las instituciones que habilitan servicios de tratamiento para el cáncer definen su oferta en al menos un solo tipo de servicio (11,12). Solo el 6,5% de las instituciones cuentan de forma integral con servicios de quimioterapia, radioterapia, cirugía oncológica y urgencias generales. Este desbalance en el bajo promedio de servicios habilitados por institución hace evidente la fragmentación de las modalidades terapéuticas oncológicas, lo cual dificulta la coordinación institucional e interpone barreras de acceso, afecta la calidad en la atención (11,12), aumenta los costos

y disminuye la supervivencia (13). Por otra parte, no todas las instituciones o centros de cáncer en el país tienen servicios de urgencias.

El Instituto Nacional de Cancerología (INC) cuenta con un Grupo de Atención Inmediata al paciente con Cáncer (GAICA), un servicio de urgencias único en el país, pues solo recibe pacientes con cáncer y presta el servicio de atención 24 horas todos los días, para los pacientes con UO. El servicio ha ido incrementado su capacidad instalada; sin embargo, ha sido una realidad la habitual sobreocupación de sus espacios, lo cual genera una imagen bastante compleja.

A comienzos de la década de los noventa, el INC creó el GAICA como un servicio de 24 horas para pacientes con cáncer en el marco del fortalecimiento de la infraestructura de servicios ambulatorios; antes, los pacientes eran atendidos directamente en las consultas. Es así como en el nuevo edificio ambulatorio se abrió una consulta con acceso fácil desde el exterior, con dos consultorios y unas camillas de observación, que para esa década se consideraban suficientes. En esa década se implementó la Ley 100 de 1993 y el INC solo podía atender pacientes de acuerdo con los procesos contractuales; el único servicio que se mantuvo de puertas abiertas fue el de GAICA. Progresivamente, desde entonces se fue incrementado su uso, al convertirse en una entrada al sistema, pues de manera automática y con menos retrasos, los aseguradores autorizaban los servicios. A comienzos de la década del 2000, y con el apoyo económico de la Fundación Ellen Reigner de Casas, fue necesario realizar la primera ampliación del servicio.

Diez años después, y ante la permanente sobreocupación del servicio, se hizo una consultoría con Fedesalud con el fin de que hiciera un análisis para evaluar si ampliar el servicio de urgencias iba a mejorar la calidad de la atención. Entre las recomendaciones generadas por la consultoría se planteó que:

No se debe ampliar el número de camas en el servicio de urgencias, camas que terminan destinadas a la hospitalización de pacientes con cáncer avanzado para los que se plantea otra respuesta en el modelo de atención [...]. Si la respuesta a esta congestión es incrementar espacios, camas o camillas, para dar respuesta a la grave problemática actual, se corre el peligro de agravar el fenómeno de congestión y desviación de la función de un servicio de urgencias, donde

ningún paciente debe permanecer más allá de 48 horas [...]. La problemática evidencia igualmente que el paciente y la familia no tienen el apoyo necesario para el cuidado del paciente en el hogar y reingresan a repetición cuando los niveles de ansiedad que produce la enfermedad, sin la asesoría y el apoyo permanente de expertos, superan la capacidad de manejo de la familia (14).

Frente a la existencia de instituciones que ofrecen atención a pacientes con cáncer sin incluir urgencias, la consultoría recomendó:

La respuesta a esta problemática debe incluir la modificación de los requisitos de habilitación para la atención de pacientes con cáncer, actividad que debe liderar el INC como organismo asesor del Ministerio de Salud y Protección Social, para garantizar que las instituciones garanticen la integralidad de la atención por estas patologías (14).

Es claro que los centros especializados en atención de pacientes con cáncer deben contar con servicios de atención 24 horas, los siete días de la semana, para apoyar las complicaciones generadas por la enfermedad o por el tratamiento; desafortunadamente, en Colombia este no se considera un requisito obligatorio de habilitación, pues los servicios oncológicos pueden *disponer* en otra institución del servicio de urgencias. Para lograr disminuir la sobreocupación innecesaria del servicio de urgencias se requiere realizar un trabajo coordinado con la red de urgencias de los hospitales y clínicas de la ciudad.

Hasta 2015, los niños compartían el espacio físico del servicio de urgencias oncológicas para los adultos; en ese año el servicio de GAICA realizó una expansión de su capacidad exclusiva para los menores, y fue trasladado y ampliado en el quinto piso, donde se encuentra ubicado el servicio ambulatorio de pediatría oncológica. Con base en esta modificación se mejoró la oportunidad de inicio del tratamiento de urgencias, particularmente crítico en los casos de neutropenia febril.

Con el objetivo de dar cumplimiento a lo establecido por la normatividad para la certificación como Unidades de Atención de Cáncer Infantil (UACAI) (Resolución 1477 de 2016), en 2017 la Secretaría Distrital de Salud realizó una visita de auditoría de seguimiento de requisitos de habilitación; en dicha visita se exigió al INC que el servicio de GAICA

cumpliera todos los criterios para un servicio de urgencias generales, es decir, que contara con la sala de yesos, sala de hidratación, sala IRA, entre otros, que no son necesarios para los pacientes con cáncer; el grupo directivo tomó la decisión de acatar lo ordenado frente al riesgo de cierre del servicio. En ese contexto, se hizo la ampliación y remodelación del área de atención de urgencias con una inversión total de 2837758401 pesos colombianos (710000 dólares). El área de 698 m<sup>2</sup> aproximadamente tuvo una ampliación de un 36% en su capacidad instalada; se renovaron y modernizaron todas las tecnologías, equipos de ventilación mecánica, gases medicinales, instalaciones eléctricas, instalaciones hidrosanitarias, cableado estructurado, mobiliario, dotación y demás equipos. Esta área fue diseñada inicialmente para atender 35 pacientes y se aumentó hasta 70.

De manera concomitante, en 2018, el INC se alió con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para resolver el problema de la sobreocupación con una perspectiva de análisis interno. Con ellos se desarrolló un nuevo modelo de atención con tres herramientas: la navegadora, la torre de control y el *triage* conjunto. La *navegadora*, es una enfermera que se ubica en la sala de espera para orientar al paciente en su ruta de atención y con ello evita el ingreso de pacientes que no requieren el servicio. La *torre de control*, que simula una torre de manejo de tráfico aéreo con dos “enfermeras controladoras” que monitorean el tránsito clínico, desde el ingreso hasta la salida del paciente en pro de la oportunidad de la atención. El *triage consulta*, con médico y enfermera, para asegurar celeridad en el diagnóstico e inicio del tratamiento de pacientes con urgencias. La desaturación del servicio de urgencias fue del 60,4%; se evitó que cientos de pacientes que no requerían el servicio ingresaran y se priorizó la atención de los casos críticos. Este modelo fue reconocido por el presidente de la República y por el Departamento Administrativo de la Función Pública con el Premio Nacional de Alta Gerencia para el INC, en 2018.

Los pacientes con neoplasias hematológicas de alto riesgo requieren atención inmediata, particularmente cuando no se cuenta con camas disponibles. La atención inmediata se necesita para realizar la estadificación diagnóstica, el pronto inicio en los ciclos de tratamiento, el control del riesgo de infecciones fatales, así como la frecuente necesidad de soporte transfusional. Es así como el INC inauguró en 2021 una Unidad Ambulatoria de Atención Prioritaria Especializada para pacientes con este tipo de neoplasias.

En 2022, el servicio de urgencias realizó 12631 consultas a 6156 pacientes; cerca del 40% correspondió a pacientes nuevos que en su mayoría no deberían ingresar para su atención a GAICA. Que los pacientes nuevos ingresen por urgencias es un indicador de la insuficiente respuesta de la oportunidad del diagnóstico y remisión oportuna de los servicios de salud y de la gestión del riesgo que deben realizar los aseguradores para facilitar el acceso a las citas con los especialistas. La revisión de la literatura muestra que en los países de alta incidencia de cáncer, uno de cada cinco pacientes con cáncer es diagnosticado en un servicio de urgencias, lo cual se asocia con peores experiencias y desenlaces clínicos comparado con otras rutas diagnósticas (6,8,9). El alto porcentaje de pacientes nuevos que llegan a urgencias es un indicador de la falta de resolutivez que tiene el sistema para garantizar un diagnóstico oportuno por otras rutas diferentes al servicio de urgencias; esta situación ha sido creciente. Quizás también por la pandemia, GAICA se constituyó en la puerta de entrada a la atención para los pacientes con cáncer que vieron limitado su acceso a los servicios de salud. Tres de cada diez pacientes con cáncer que llegan a GAICA requieren ser hospitalizados y cerca del 3% fallece. GAICA intenta remitir a los pacientes que no tienen urgencias oncológicas a la red de hospitales y clínicas de Bogotá y solamente se logra con éxito una remisión menor al 5% de los que cumplen estos criterios.

En este número, la *Revista Colombiana de Cancerología* publica un artículo titulado “Análisis de la satisfacción percibida en la atención de salud brindada a usuarios del servicio de urgencias en una institución oncológica en Colombia” con autoría de Juliana María Duque-Ramírez et al., que midió el nivel de satisfacción de los usuarios atendidos en el área de urgencias del INC y para ello recolectó información de 344 pacientes atendidos en el primer trimestre de 2022, la mayoría de ellos (65,4 %) pertenecientes al régimen subsidiado. Mediante la aplicación de un instrumento de Percepción de Calidad de Usuarios de Servicios de Salud (PECASUSS) se evaluaron 15 dimensiones de calidad. El nivel de satisfacción se midió en una escala de 1 a 5, en la que los valores cercanos a 1 representaban la peor percepción, y aquellos cercanos a 5, el nivel más alto de satisfacción.

De acuerdo con el estudio, el 82,3% de los pacientes calificaron la atención recibida con altos puntajes de satisfacción. Este estudio resulta relevante y coincide con las encuestas que se realizan en la institución, lo

cual muestra que a pesar de la gran sobreocupación de pacientes en GAICA, los pacientes más vulnerables encuentran en el INC una entidad que responde a sus necesidades de atención.

Para finalizar, se considera necesario que el sistema de salud fortalezca los factores determinantes del uso de los servicios de urgencias como la atención primaria, la atención domiciliaria, la atención prioritaria en consulta externa, el apoyo social, los cuidados paliativos extramurales, así como la extensión hospitalaria, aspectos que la próxima reforma de salud espera poder resolver.

## Referencias

- Lee SY, Ro YS, Shin SD, Moon S. Epidemiologic trends in cancer-related emergency department utilization in Korea from 2015 to 2019. *Sci Rep.* 2021;11(1):21981. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-01571-1>
- Dufton PH, Gerdtz MF, Jarden R, Krishnasamy M. Methodological approaches to measuring the incidence of unplanned emergency department presentations by cancer patients receiving systemic anti-cancer therapy: a systematic review. *BMC Med Res Methodol.* 2022;22(1):75. <https://doi.org/10.1186/s12874-022-01555-3>
- Higdon ML, Atkinson CJ, Lawrence KV. Oncologic emergencies: Recognition and initial management. *Am Fam Physician.* 2018;97(11):741-8. PMID: 30215936
- Sadik M, Ozlem K, Huseyin M, AliAyberk B, Ahmet S, Ozgur O. Attributes of cancer patients admitted to the emergency department in one year. *World J Emerg Med.* 2014;5(2):85-90. <https://doi.org/10.5847/wjem.j.isn.1920-8642.2014.02.001>
- Restrepo-Zea JH, Jaén-Posada JS, Espinal JJ, Zapata PA. Saturación en los servicios de urgencias: Análisis de cuatro hospitales de Medellín y simulación de estrategias. *Rev. Ger. Pol. Sal.* 2018;17(34). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps17-34.ssa>
- Gallogly JA Jr, Weber AK, Mazul AL, Brinkmeier JV, Massa ST. Inferior outcomes associated with emergency department presentation for head and neck cancer surgery☆. *Oral Oncol.* 2022;129:105894. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2022.105894>
- Leniz J, Henson LA, Potter J, Gao W, Newsom-Davis T, Ul-Haq Z, et al. Association of primary and community care services with emergency visits and hospital admissions at the end of life in people with cancer: a retrospective cohort study. *BMJ Open.* 2022;12(2):e054281. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054281>
- Herbert A, Abel GA, Winters S, McPhail S, Elliss-Brookes L, Lyratzopoulos G. Cancer diagnoses after emergency GP referral or A&E attendance in England: determinants and time trends in Routes to Diagnosis data, 2006-2015. *Br J Gen Pract.* 2019;69(687):e724-e30. <https://doi.org/10.3399/bjgp19x705473>
- Hong AS, Chang H, Courtney DM, Fullington H, Lee SJC, Sweetenham JW, et al. Patterns and results of triage advice before emergency department visits made by patients with cancer. *JCO Oncol Pract.* 2021;17(4):e564-e74. <https://doi.org/10.1200/op.20.00617>
- Chen H, Walabyeki J, Johnson M, Boland E, Seymour J, Macleod U. An integrated understanding of the complex drivers of emergency presentations and admissions in cancer patients: Qualitative modelling of secondary-care health professionals' experiences and views. *PLoS One.* 2019;14(5):e0216430. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216430>
- Murcia E, Aguilera J, Wiesner C, Pardo C. Oncology services supply in Colombia. *Colomb Med (Cali).* 2018;49(1):89-96. <https://doi.org/10.25100/2Fcm.v49i1.3620>
- Suárez A, Aguilera J, Salguero EA, Wiesner C. Pediatric oncology services in Colombia. *Colomb Med (Cali).* 2018;49(1):97-101. <https://doi.org/10.25100/2Fcm.v49i1.3377>
- Gamboa Ó, Buitrago G, Patiño AF, Agudelo NR, Espinel LS, Eslava-Schmalbach J, et al. Fragmentation of care and its association with survival and costs for patients with breast cancer in Colombia. *JCO Glob Oncol.* 2023;9:e2200393. <https://doi.org/10.1200/go.22.00393>
- Fundación para la Investigación y el Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social (Fedesalud), Instituto Nacional de Cancerología. Contrato 040 de 2011 para el "Diseño y construcción de un Modelo de Atención Integral al Paciente con Cáncer en el INC E.S.E.". [Internet]. Bogotá; 2011. Disponible en: <https://fedesalud.org/proyectos/>

Carolina Wiesner-Ceballos<sup>1</sup>, Jairo Aguilera-López<sup>2</sup>

- Directora General, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D. C., Colombia.
- Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D. C., Colombia.

### Citación:

Wiesner-Ceballos C, Aguilera-López J. La ocupación de los servicios de urgencias: un indicador de eficiencia del sistema de salud. *Rev Col Cancerol.* 2023;27(4):401-4. <https://doi.org/10.35509/01239015.1028>

### Correspondencia:

Carolina Wiesner Ceballos

Dirección General, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D. C., Colombia.

Correo electrónico: [direccion@cancer.gov.co](mailto:direccion@cancer.gov.co)