

**OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD A TRAVÉS DEL  
PROCESO DE REFERENCIA DE LA POBLACIÓN REPORTADA AL  
CENTRO DE REGULACIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DEL  
DISTRITO DE BARRANQUILLA 2019**

Autores

Oscar Padilla Tetay  
Karen Callejas Hernández  
Silvana Ávila Tapia  
Rosa M España Guerrero

**UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR  
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN Y NEGOCIACIÓN  
MAESTRÍA EN AUDITORIA Y SISTEMA DE LA CALIDAD EN SERVICIOS DE  
SALUD  
BARRANQUILLA  
2020**

**OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD A TRAVÉS DEL  
PROCESO DE REFERENCIA DE LA POBLACIÓN REPORTADA AL  
CENTRO DE REGULACIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DEL  
DISTRITO DE BARRANQUILLA 2019**

Autores

Oscar Padilla Tetay

Karen Callejas

Silvana Ávila Tapia

Rosa M España Guerrero

**Trabajo de Grado para optar al título de Magister en Auditoria y sistemas de  
calidad en servicios de salud**

DIRECTOR DE PROYECTO:

GLORIA LASTRE AMELL

MARIELA SUAREZ VILLA

**UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR  
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN Y NEGOCIACIÓN  
MAESTRÍA EN AUDITORIA Y SISTEMA DE LA CALIDAD EN SERVICIOS DE  
SALUD  
BARRANQUILLA**

2020

**NOTA DE ACEPTACIÓN**

---

---

---

---

---

---

---

**Presidente del Jurado**

---

**JURADO**

---

**JURADO**

**Barranquilla, 2020**

## **ORIA**

Hoy miramos atrás y solo hay sentimientos de agradecimiento infinito a Dios por su inmenso amor y misericordia, porque nos permitió a pesar de las adversidades llegar hasta aquí y ver la realización de una meta cumplida; que aportara para enriquecer nuestro crecimiento personal y profesional.

Para nuestras familias, parejas e hijos por la confianza en que, si lográsemos llegar a la meta desde el día 1, quienes fueron los más afectados por la disponibilidad de tiempo en los duros días de estudio, gracias por la comprensión y entendimiento a nuestros esfuerzos y por las tantas noches en vela que estuvieron allí acompañándonos.

Para nuestra tutora por su apoyo en este proceso.

Y Finalmente a cada una de las personas Amigos, compañeros de trabajo que aportaron su solidaridad, en los tantos cambios de turno, apoyándonos para lograr cumplir este nuevo logro.

## TABLA DE CONTENIDO

Resumen _____	8
Abstrac_____	9
<b>CAPITULO I</b>	
1.1 Introducción _____	10
1.2 Planteamiento del problema_____	12
1.3 Justificación_____	16
1.4 Objetivo General y Específicos_____	19
1.5 Propósito_____	20
1.6 Marco teórico _____	21
1.6.2 Marco histórico _____	21
1.6.3 Marco conceptual _____	36
1.6.4 Marco Legal_____	41
<b>CAPITULO II ASPECTOS METODOLÓGICOS DEL PROYECTO</b>	
2.1 Tipo de estudios_____	48
2.2 Población de estudios _____	48
2.3 Criterios de inclusión y exclusión _____	48
2.4 Plan de Recolección _____	51
2.5.1 Fuente de Información _____	51
2.6 Consideraciones éticas _____	52
<b>CAPITULO III ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>	
3.1 Discusión _____	61
3.2 Conclusión _____	64
Referencias bibliográficas _____	67

### Lista de Tablas y gráficos

Tabla y grafico # 1. Sexo de la población reportada al centro de regulación de urgencias y emergencias del distrito de Barranquilla en el periodo 2019. **Página 60**

Tabla y grafico # 2. Edad por grupo etario de la población reportada al centro de regulación de urgencias y emergencias del distrito de Barranquilla en el periodo 2019. **Página 61**

Tabla y grafico # 3. Régimen en salud de la población reportada al centro de regulación de urgencias y emergencias del distrito de Barranquilla en el periodo 2019. **Página 62**

Tabla y grafico # 4. Nivel de complejidad reportada al centro de regulación de urgencias y emergencias del distrito de Barranquilla en el periodo 2019. **Página 63**

Tabla y grafico # 5. Sistema alterado de la población reportada al centro de regulación de urgencias y emergencias del distrito de Barranquilla en el periodo 2019. **Página 64**

Tabla # 6. Días de estancia en la institución hospitalaria de la población reportada al centro de regulación de urgencias y emergencias del distrito de Barranquilla en el periodo 2019. **Página 65**

Tabla # 7. Resultados de la remisión de la población reportada al centro de regulación de urgencias y emergencias del distrito de Barranquilla en el periodo 2019 **Página 66**

Tabla # 8. Resultados de la remisión y su relación con la hora de respuesta de la población reportada al centro de regulación de urgencias y emergencias del distrito de Barranquilla en el periodo 2019.

**Página 67**

## **Anexos**

Operacionalización de variables \_\_\_\_\_ 51

Cronograma \_\_\_\_\_ 66

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** la Oportunidad, definida en el artículo 3, como la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. **OBJETIVO:** Evaluar la oportunidad en la atención en salud a través del proceso de referencia de la población reportada al centro de regulación de urgencias y emergencias del distrito de Barranquilla 2019 **MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio descriptivo transversal retrospectivo, la población de estudio lo conformaron 1355 pacientes registrados en la base de datos del centro de regulación de urgencia y emergencias de Barranquilla , la muestra fue 987 y el muestreo por conveniencia **RESULTADOS:** El 63% de la población fue de régimen subsidiada, el 12,5% de régimen contributivo, El 70,3% de los atendidos en el fueron atendidos en una institución de Nivel II de complejidad. Además, el tiempo de respuesta mínima fue de 0 y máximo de 55 días, siendo la desviación estándar de 6,382 y la mediana de 1,00. **CONCLUSIÓN:** La oportunidad de la población reportada al centro de regulación de urgencias y emergencias del distrito de Barranquilla en el año 2019, según los datos analizados, identificando demoras en el tiempo de respuesta, esta no presenta el flujo correcto, adecuado y oportuno en los pacientes de todos los niveles de complejidad sin importar la patología o el sistema alterado.

**PALABRAS CLAVE:** Evaluación de la Calidad de Atención de Salud, Atención Integral de Salud, Prestación de Atención de Salud, Garantía de la Calidad de Atención de Salud. (DECS).

## ABSTRAC

**INTRODUCTION:** Opportunity, an important definition found in article 3, as the possibility that the user must obtain the services they require, without presenting delays that put their life or health at risk. **OBJECTIVE:** Evaluate the opportunity in health care through the referral process of the population reported to the emergency and emergency regulation center of the district of Barranquilla 2019 **MATERIAL AND METHOD:** Retrospective descriptive cross-sectional study, the study population was made up of 1355 patients in the database of the emergency and emergency regulation center of Barranquilla, the sample was 987 and the convenience sampling. **RESULTS:** 63% of the population was under the subsidized regime, 12.5% under the contributory regime. 70.3% of those cared for at CRUE, this being the highest percentage, were cared for at a Complex Level II institution. Furthermore, the minimum stay was 0 and the maximum was 55 days, with the standard deviation of 6.382 and the median of 1.00. **CONCLUSION:** The opportunity of the population reported to the emergency and emergency regulation center of the Barranquilla district in 2019, was deficient according to the analyzed data, identifying delays in response time, it does not present the correct, adequate and timely flow in the patients of all levels of complexity regardless of pathology or altered system.

**KEY WORDS:** Attention, Opportunity, Health, Quality Assurance of Health Care. (DECS).

## 1.1 INTRODUCCIÓN

La Calidad en el servicio de atención en salud, es un eje fundamental e importante dentro de los determinantes de la prestación de servicios de salud a los ciudadanos (1). La meta en Colombia ha sido siempre llevar salud a todas las comunidades y por lo tanto cubrir la mayor cantidad de población posible (2,3). En Colombia el Ministerio de la Protección Social deriva el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS), definiendo el principio de la Oportunidad, como la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud (4).

En un estudio realizado a hogares colombianos en el año 2016, acerca de la oportunidad de la atención de consulta médica general y con especialista presentó demoras del acceso que estos tenían a los servicios de salud, en la promoción de servicios preventivos alcanzó un 44%; en especial en los grupos del primer año de vida y hasta los 10 años. Para los servicios de urgencias y hospitalización, la percepción de atención de la necesidad estuvo entre el 82% y el 85%. No obstante, hubo percepción de mala y muy mala calidad de la atención hasta en un 36% (5).

Por lo tanto, la oportunidad en la atención en salud amparada por los estamentos legislativos como en el Decreto 2759 DE 1991 (6), por el cual se organiza y establece el régimen de referencia y contra referencia definido en el ARTICULO 2 como el Conjunto de Normas Técnicas y Administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario el servicio de salud, según el nivel de atención y grado de complejidad de los organismos de salud con la debida oportunidad y eficacia; y tiene como finalidad facilitar la atención oportuna e integral del usuario, el acceso universal de la población al nivel de tecnología que se requiera y propender por una racional utilización de los recursos institucionales(6)

Para llevar a cabo la oportunidad en la atención en los servicios de salud, en Colombia dentro del sistema de salud, se implementa los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres (CRUE), estas son unidades responsables de coordinar y regular en sus jurisdicciones, el acceso a los servicios de urgencias y la atención en salud de la población afectada en situaciones de emergencia o desastre (6). Ellos se encuentran reglamentados a través de la resolución 1220 de 2010, con la que se busca que en las Entidades Territoriales exista coordinación para la atención de emergencias o desastres, estandarización de procesos de referencia y contra referencia a través del fomento de la cooperación y articulación con los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema Nacional de Prevención y Atención de Desastres (SNPAD) (7).

Por lo anterior, esta investigación es importante porque evaluó la oportunidad en la atención en salud a través del proceso de referencia de la población reportada al centro de regulación de urgencias y emergencias del distrito de Barranquilla 2019 observando que día a día hay avances en el sistema de salud de Colombia, pero su atención sigue teniendo dificultades, la oportunidad que nos presenta el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS), debe ser para todos, brindándola con equidad, además de ser efectiva y oportuna.

Asimismo, esta investigación estuvo enmarcada en el paradigma cuantitativa, este estudio es una investigación descriptiva transversal de tipo retrospectivo, la población de estudio son los pacientes registrados en la base de datos del centro de regulación de urgencia y emergencia del distrito de Barranquilla durante el año 2019, con el objetivo de evaluar la oportunidad en la atención en salud a través del proceso de referencia de la población reportada al CRUE con una población total de 1355 pacientes, con una muestra de 987 reportes seleccionado por tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia; teniendo en cuenta variables sociodemograficas, numero total de solicitudes y resultado de las remisiones.

## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Colombia el Ministerio de la Protección Social emana el Decreto “Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS), se destaca la definición para oportunidad, termino ubicado dentro del cuerpo de la norma en el artículo 3 del SOGCS, numeral 2, el cual reza: Oportunidad. “Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios”. (4)

Concepto definido a la orientación y la comprensión hacia la visión de la oportunidad como la posibilidad que tiene el usuario de recibir una respuesta en salud a las necesidades que le apremien en un momento determinado, y como se observaba en la definición de calidad en los servicios de salud, quien provee no exponga al solicitante a ningún tipo de riesgo en la integralidad de la salud, por retrasos inoperantes en la atención en la salud.

Por lo tanto, la atención (o asistencia) de la salud es el “conjunto de procesos a través de los cuales se concreta la provisión de prestaciones y cuidados de salud a un individuo, un grupo familiar, una comunidad y/o una población (8). Es por ello por lo que la atención en salud no es ajena a la Ley Estatutaria n° 1751 de 2015 por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, como lo expresa en su capítulo 1 en su Artículo 1, donde “la presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. Y en su Artículo 2: el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El

Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado (9).

En consonancia, al contexto en salud cabe resaltar la participación de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres (CRUE) como unidades de carácter operativo no asistencial, responsables de coordinar y regular en sus jurisdicciones, el acceso a los servicios de urgencias y la atención en salud de la población afectada en situaciones de emergencia o desastre de acuerdo con los eventos que se presenten (10). Por lo cual, la oportunidad en la atención en salud amparada por los estamentos legislativos, en el Decreto 2759 de 1991, por el cual se organiza y establece el régimen de referencia y contra referencia definido en el Artículo 2 como el Conjunto de Normas Técnicas y Administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario el servicio de salud, según el nivel de atención y grado de complejidad de los organismos de salud con la debida oportunidad y eficacia; y tiene como finalidad facilitar la atención oportuna e integral del usuario, el acceso universal de la población al nivel de tecnología que se requiera y propender por una racional utilización de los recursos institucionales (11).

Los sistemas nacionales de salud en muchos de los países del mundo se han organizado bajo la estrategia de niveles de atención médica o escalonamiento de los servicios dentro de los cuales encontramos las unidades operativas del primer nivel (clínicas, unidades de Medicina Familiar o Salud Familiar, centros de salud, etc.), que brindan atención específica y de carácter ambulatorio, resuelve del 80 a 85% de los problemas de salud más frecuentes, con tecnología de baja complejidad (11).

En cuanto a los hospitales generales, clínicas de especialidades o policlínicos que corresponden al segundo nivel, son responsables de resolver el 10-15% de los problemas de salud referidos por el primer nivel de atención o consultados espontáneamente a través de los servicios de Urgencias y requieren tecnología de mediana complejidad. El tercer nivel de atención lo conforman “Los Institutos Nacionales de Salud y Centros Médicos de Especialidades los cuales están diseñados para resolver el 5% de los problemas de salud que requieren tecnología de alta complejidad (10).

De acuerdo, a la situación en general que se presenta en el país es importante conocer que el Sistema General De Seguridad Social está conformado por dos componentes importantes el régimen contributivo y el subsidiado; siendo el régimen subsidiado el que cobija la atención en salud a la población pobre no afiliada, y vulnerable, población que no cuenta con capacidad económica y se encuentra en los niveles de estrato más bajo de las sociedades. Cabe resaltar que la gran mayoría de esta población pertenecen a recién nacidos, población indígena, población desmovilizada, mujeres gestantes, población de la tercera edad, y población extranjera no regularizada. En general población vulnerable sin capacidad de pago. (12); y el régimen contributivo es el sistema de salud por el cual toda persona es vinculada por medio de un contrato de trabajo, empelados independientes, servidores públicos, pensionados y jubilados que tienen capacidad de pago, aportan al sistema de salud pagando los servicios de EPS que corresponde a la ley. Siendo así a su vez se da la contratación de servicios a las IPS que prestan los servicios de salud a las personas afiliadas y a sus beneficiarios (13).

En artículos relacionados a los modelos de atención en salud en la región andina resaltan el impacto de los modelos de atención en las mejoras y garantía del derecho a la vida y la salud de los pueblos indígenas citados en estudios a la población andina (14). En la región Caribe Colombiana, es posible identificar que las problemáticas relacionadas con el acceso se mantienen, y en la mayoría de los casos hasta tienden a profundizarse. La problemática asociada al funcionamiento del Sistema de Salud en el Caribe Colombiano trae consigo los fallos ya característicos del sistema a nivel nacional, así como las

consideraciones particulares de la región asociadas a la mala administración de los recursos que financian la salud, la falta de políticas de largo plazo y la ausencia de sistemas de información, monitoreo y seguimiento tanto del sistema como de la salud de los habitantes de la región Caribe (15).

Es por ello, que el proceso de referencia bien sea de un nivel de menor complejidad a mayor complejidad, el acceso a una unidad de cuidados intensivos, la disponibilidad de camas, la aceptación por parte de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), los tiempos de respuestas y aun más de situaciones que ponen en riesgo la vida de los individuos que así lo requieren, individuos que fallecen a la espera de un servicio. En concordancia con lo anterior, la investigación busca, mediante la aplicación de métodos analíticos, teorías y conceptos de gestión administrativa, evaluar la oportunidad del sistema de referencia en el área del CRUE del Distrito de Barranquilla, servicio que tiene una connotación crítica en la oportunidad en la atención a los servicios de salud de la población, situación que genera un problema actual y que se está presentando, día a día incrementa con el aumento de la población con problemas de salud, y en donde está siendo insuficiente la respuesta por parte de las IPS, dentro del esquema de salud integral que es la meta del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Por lo cual se formula la siguiente pregunta del problema:

### **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la calidad del proceso de referencia en la oportunidad de la atención en salud de la población reportada al Centro De Regulación De Urgencias Y Emergencias del Distrito de Barranquilla durante el año 2019?

### 1.3 JUSTIFICACIÓN

El Centro Regulador De Urgencias y Emergencias (CRUE) del Distrito de Barranquilla es el ente encargado de establecer condiciones y requisitos para la operación, organización, y el funcionamiento de las Entidades Prestadoras De Servicios De Salud (EPS) u IPS en situaciones de urgencias, emergencias y desastres buscando de esta manera que exista una adecuada y oportuna regulación de pacientes coordinación para la atención de emergencias o desastres, estandarización, de procesos de referencia y contra referencia y la adecuada integración de los recursos relacionados con estos eventos, a través del formato de cooperación y la articulación de los diferentes actores del sistema de salud.

El Centro Regulador de Urgencias y Emergencias del distrito de Barranquilla **CRUE** dependencia adscrita a la Secretaria de Salud que coordina, orienta y vigila la adecuada prestación de servicios de salud alrededor del sistema de Referencia y Contrarreferencia dentro de la Red servicios de Urgencias en Salud del Distrito de Barranquilla. Esta oficina dispone de varios canales de atención al público con el propósito de garantizar medios efectivos de interacción con la población de Barranquilla y de esta forma resolver efectivamente inquietudes y requerimiento El CRUE, como la única entidad pública del sector salud que presta servicios de atención inicial de urgencias y emergencias del Distrito de Barranquilla, tiene un proceso de referencia para garantizar la remisión de pacientes al nivel de complejidad requerido para su atención; dando cumplimiento al Decreto 2759 de diciembre 11 de 1991 que reglamenta el sistema de referencia y contrarreferencia (16).

Por consiguiente, en el estudio de Ramírez y Viana (16), refirió que en una ESE de Colombia hubo 255 remisiones de las cuales 102 (40%) no fueron autorizadas por el Centro Regulador de Urgencias, lo que obligó a los médicos de la ESE a referir a los

pacientes a cualquier IPS receptora hicieran o no parte de la red de servicios, muchas de estas no surtieron efecto y los pacientes fueron contra referidos sin recibir ninguna clase de atención médica, convirtiéndose en el mal llamado paseo de la muerte en el que durante este mismo periodo de tiempo fallecieron 3 de esas personas cuyas remisiones no fueron autorizadas.

Por otra parte, en otro estudio de Mazo y Salazar (17). arrojo en sus resultados que al revisar desde el área de Calidad y Sistemas de información la manera de realizar la gestión integral de ingresos y egresos de pacientes desde el Sistema de Referencia y Contrareferencia, realizar un sistema articulado desde un software integrado al egreso y la cama, permitiendo mejorar el flujo de cama, ocupación de los diferentes servicios y la oportunidad. Así mismo, en otra variable expreso que se debe buscar la manera de dar continuidad en el personal de los diferentes servicios, permitiendo mayor empoderamiento, sentido de pertenencia, que las áreas tengan un mejoramiento continuo desde el mismo personal (17).

En otro estudio, realizado por Morales Parra (18), donde al realizar la búsqueda en los archivos de la oficina administrativa y de la gerencia de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Girón, no se encontraron estudios de indicadores de oportunidad para la atención en el servicio de urgencias como una labor de autocontrol institucional; pero sí se tiene un estándar acordado con las entidades pagadoras con las cuales se tiene contratos vigentes de un tiempo promedio total de 15 minutos/paciente para los mismos procesos. Además, indagaron en otras IPS, de primer nivel de atención de la región por estándares de referencia de oportunidad del servicio de urgencias evaluado en el mismo período y con los mismos procesos, encontrándose que en la Institución 1 el tiempo promedio de oportunidad de la atención de los pacientes que ingresan al servicio de urgencias es de 12.68 minutos/paciente, en la IPS 2 es de 13.94 minutos/paciente y en la IPS 3 es de 12.41 minutos/paciente (18).

Según el indicador de oportunidad evaluado en la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Girón en el presente estudio, se encuentra que el tiempo promedio total de la atención en el servicio de urgencias es de 39.00 minutos/paciente, y comparado con el tiempo promedio total en los mismos procesos de las IPS 1, 2 y 3, muestra que la oportunidad de la atención de los pacientes en el servicio de urgencias no es óptima (19).

Por lo tanto, este estudio evaluó el principio de la oportunidad en la atención en salud de la población, medir los tiempos de respuesta solicitados a través del proceso de referencia; revisar si las instituciones de salud del distrito están respondiendo a las diferentes solicitudes de referencia que son apoyadas por el CRUE Distrital con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes que tienen una enfermedad, y requieren con urgencia ser trasladados a una institución de salud que tenga un mayor nivel de complejidad.

Por otro lado, el estudio aportara desde lo social tratar de mejorar el sistema y poder aportar documentos que mejoren en la definición y estructuración del proceso, además de documentar los registros de control, manuales de apoyo entre otros con el objetivo de lograr una gestión adecuada del proceso de referencia del CRUE del Distrito de Barranquilla. Y desde lo político que es principio de oportunidad se logre parcialmente su potencial en salud, es decir que nadie quede desfavorecido para lograr la atención en un servicio en salud. En cuanto a lo académico, capacitar recursos humanos con capacidad para diseñar, organizar y dirigir procesos de evaluación y control de gestión en organizaciones de salud, aportando los instrumentos necesarios a los niveles responsables de tomar decisiones para valorar la marcha de las actividades y las acciones correctivas necesarias (18).

## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1 OBJETIVO GENERAL:**

Evaluar la oportunidad en la atención en salud a través del proceso de referencia de la población reportada al centro de regulación de urgencias y emergencias del distrito de Barranquilla 2019

### **1.4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Caracterizar la población objeto de estudio según la edad, sexo,
2. aseguramiento y régimen de afiliación reportada en el CRUE
3. Describir el tiempo de respuesta según motivo de remisión, hora de respuesta y diagnóstico del paciente para la atención en salud
4. Identificar el resultado de la remisión y su relación según el tiempo de respuesta de la población reportada en el Centro de Regulador de Urgencias CRUE.

## 1.5 PROPÓSITO

Los resultados de esta investigación servirán para implementar estrategias metodológicas encaminadas al desarrollo de conocimientos, habilidades y destrezas en las áreas de calidad, gestión, control y aseguramiento de la calidad en salud, que necesariamente deben estar fundamentadas en la efectividad de los servicios de salud, el mejoramiento de la gestión gerencial y la contención de costos de no-calidad.

## 1.6 MARCO TEÓRICO

### 1.6.1 Marco Histórico

Con la creación de la **ley 100 de 1993**, la cual empieza a regir en 1994, aparece en su artículo 3o. el termino DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL, El Estado garantiza a todos los habitantes del territorio nacional, el derecho irrenunciable a la seguridad social con sus componentes Pensiones, Salud, Riesgos Profesionales y Servicios Sociales complementarios (20). Así mismo aparece unos meses antes la ley 60 (agosto de 1993) dando impulso a la descentralización de la prestación del servicio de salud de parte del estado, dejando la responsabilidad a las alcaldía y gobernaciones (20).

La Ley 100 de 1993 en Colombia, se convierte en la base del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-, definido como: “el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que disponen la persona y la comunidad, para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad”(21).

El SGSSS se concibe con el objetivo de regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso a toda la población a dicho servicio, en todos los niveles de atención, en este sentido y dentro del marco de este sistema aparece el término calidad, definido como la provisión de servicios de salud de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo, considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios. Esta definición centrada en el usuario involucra aspectos como accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención, que se deben considerar en la prestación de los servicios de salud a la población colombiana (22).

Para entender más el término calidad debemos ir a sus orígenes.

En el siglo, XIX Florence Nightingale, inició un proceso de reformas para la mejora de la calidad de la atención en los hospitales. Las medidas incluían: limpieza, saneamiento básico, mejoras en la calidad de la alimentación y en su manipulación, así como el establecimiento de una férrea disciplina y organización en la rutina hospitalaria. Este enfoque simple, fue una verdadera revolución en la época, que produjo una drástica disminución de la mortalidad intrahospitalaria (22).

Algunos autores consideran que los mayores aportes de Florencia Nightingale han sido la influencia notable en la formación de los enfermeros profesionales, tales como la importancia de la educación sanitaria para fomentar un entorno agradable, la constante observación de los diversos problemas de salud, el mantenimiento de conductas éticas hacia el paciente, la necesidad de la prestación de servicios a domicilio, la realización de actividades organizativas y de administración, además de la imprescindible investigación científica para el desarrollo de la ciencia (23).

Pero en realidad es a principios de la década de los 80, Avedis Donabedian formuló una base general para analizar la calidad en el campo de la atención de la salud. Este modelo

se basa en la teoría general de sistemas y se utiliza con éxito en las instituciones de salud. El modelo de Donabedian ha sido aplicado a un gran número de hospitales en todo el mundo, por ello, se lo considera como una de las máximas autoridades en el campo de la calidad del área de la salud (22).

Según Advenís Donabedian publicó su primer artículo sobre la calidad de la atención médica en 1966 y ha producido los análisis más innovadores sobre este campo de investigación. Realizó una de las aportaciones más sustanciales al estudio de la calidad en el ámbito de la salud con un carácter multifactorial, donde la calidad es una propiedad de o un juicio sobre la unidad definible de la atención técnica e interpersonal. La calidad se puede evaluar en la medida en que se es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios. Propone tres enfoques para evaluar la calidad de la atención sanitaria, los cuales son estructura, proceso y resultado (22), Estos atributos son de actividades que garantizan la verificación de servicios accesibles y equitativos de manera óptima, logrando poner a disposición de los usuarios los recursos necesarios para el uso de los servicios y logrando la satisfacción de estos con la atención recibida. (24).

El autor analiza las ventajas de la utilización de resultados como indicadores de calidad de los procesos, al aportar datos concretos, planteando el problema de la fiabilidad de los resultados. En cuanto a la estructura, considera que puede abarcar procesos administrativos de distinta índole, la evaluación así entendida se basaría en la adecuación de las instalaciones y equipos, la idoneidad del personal médico y su organización, la estructura y organización administrativa (25).

La evaluación de la estructura se dirige hacia el marco en el cual se encuentra el apoyo de la institución de salud, es decir, qué tipo de recursos son los que utiliza para desarrollar sus funciones y satisfacer la demanda de sus servicios. Otro aspecto es la accesibilidad de los servicios, y dificultad en el uso de estos, por parte de la población demandante. Los obstáculos observados para que los usuarios hagan uso de los servicios son: económicos, culturales, sociales y/o geográficos. (26).

La evaluación del proceso incluye todos los métodos que se realizan para reconocer, diagnosticar y establecer ciertas acciones directas o indirectas que contribuyan a alcanzar las metas de la institución. Es necesario medir en esta fase tres componentes: el uso, la calidad y la productividad. El primero señala la proporción de la población demandante que hizo contacto con un determinado servicio durante un periodo. Es recomendable que la medición del uso de los servicios de salud sea en un lapso mínimo de un año, con el fin de medir las variaciones que presenta la demanda en los diferentes servicios que constituyen la institución de salud (26)

La evaluación de los resultados es la medición del objetivo final o razón de ser de los servicios de salud, ya que, por medio de esta verificación, la institución se legitima ante el sector; esto es, habrá de demostrar que los servicios que se prestan responden a una demanda prioritaria de la sociedad. Dentro de los criterios que se utilizan para medir los resultados, encontramos la cobertura, la eficacia y la eficiencia. La interrelación e interpretación de estas variables nos permite formular juicios acerca de la efectividad de los servicios que presta la institución de salud (27).

Esta formulación la realizó por primera vez en 1966, no como atributos de calidad, sino como enfoques a la adquisición de información con respecto a la presencia o ausencia de los atributos que contribuyen a definir la calidad (21).

#### **1.6.1.1 Calidad en salud en Colombia.**

En Colombia se expide el decreto **1011 de 2006** este establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, del Sistema General de Seguridad Social, entendida como: la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”. Para efectos de evaluar y mejorar la **Calidad** de la

Atención de Salud, se deberá cumplir con las siguientes características: **Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia, Continuidad y** con cuatro componentes adicionales: habilitación, auditoría, acreditación y el sistema de información para la calidad en salud (28).

Sin embargo los derechos de muchos usuarios eran vulnerados, recurriendo a la tutela figura jurídica que se utiliza como garantía constitucional del derecho que tiene toda persona a la protección judicial de sus derechos fundamentales, en el 2008 la corte constitucional a través de **la sentencia T-760 ordeno** a las entidades responsables de la salud en Colombia corregir las fallas que presentaba el sistema de salud pública, como actualización en el plan obligatorio de salud unificando gradualmente los dos regímenes, (contributivo y subsidiado) contribuyó al fortalecimiento de la política pública en salud estableciéndose como punto de partida para las siguientes reformas del sistema de salud colombiano (29).

En enero de 2011 **aparece la ley 1438** cuyo objeto es el fortalecimiento del SGSSS a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención primaria en Salud permita la acción coordinada del estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor **calidad**, servicio incluyente y equitativo, dando a conocer nuevos principios como el prevalencia de derechos a las madres gestantes, niños y adolescentes, enfoque diferencial reconociendo las diferentes etnias, víctimas discapacidades y condiciones de la población colombiana, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país (28).

Es por ello, que los principios consagrados en el artículo 153 de la Ley 1438 de 2011, obligan al estado colombiano y a los actores del SGSSS a ofrecer unos servicios encaminados a generar bienestar a toda la población, sin embargo no ofreció los cambios esperados ni el impacto en beneficio de los actores del sistema, y decide fortalecer con

una nueva reforma con la sanción de **la Ley Estatutaria en salud 2015** cuyo objeto es garantizar el derecho fundamental a la salud, estipulando derechos y deberes de las personas relacionadas con la prestación del servicio en salud, enfatizando en las obligaciones del estado y en su artículo 6 los elementos y principios del derecho fundamental a la salud, como son: Elementos: Disponibilidad, Aceptabilidad, Accesibilidad, Calidad e idoneidad profesional (9).

### **Principios:**

**Universalidad:** Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida (9).

**Pro homine:** Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas (9).

**Equidad:** El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección (9).

**Continuidad:** Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua (9).

**Oportunidad:** La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones (9).

**Prevalencia de derechos:** El Estado debe implementar medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes (9).

**Progresividad del derecho:** El Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación,

la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano (9).

**Libre elección:** Las personas tienen la libertad de elegir sus entidades de salud dentro de la oferta disponible según las normas de habilitación (9).

**Sostenibilidad:** El Estado dispondrá, por los medios que la ley estime apropiados, los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho fundamental a la salud (9).

**Solidaridad:** El sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades (9).

**Eficiencia:** El sistema de salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población (9).

**Interculturalidad:** Es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades (9).

**Protección a los pueblos indígenas:** Para los pueblos indígenas el Estado reconoce y garantiza el derecho fundamental a la salud integral, entendida según sus propias cosmovisiones y conceptos, que se desarrolla en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) (9).

**Protección pueblos y comunidades:** indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palanqueras se garantizará el derecho a la salud como fundamental y se aplicará de manera concertada con ellos, respetando sus costumbres (9).

Entre los principios consagrados en la Ley Estatutaria, el derecho fundamental a la salud debe tener continuidad, esta incluye a la oportunidad como un principio e integra la **calidad** como un elemento (31).

En tal sentido, la oportunidad es incluida como característica del SOGCS definida en el decreto 1011 de 2006 como la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios” (31). La ley estatutaria la define como: “La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones”.

### **1.6.1.2 Proceso de referencia y contra referencia**

Para dar continuidad a nuestras referencias históricas este proceso es citado por Erika Ramírez vuelvas y Nirlis Guzmán en su investigación y citando al autor principal. De la Garza Villaseñor, Lorenzo. *De los templos y santuarios a los hospitales*, donde fue preciso remontarse a la época antigua, imperio greco romano: “Así como sucedió en Grecia, en la Roma tanto republicana como imperial, los centros en donde se llegaban a congregar a enfermos eran los templos consagrados a Esculapio y en ellos recibían consejo y asistencia” (30).

“En un principio los legionarios romanos enfermos o heridos eran enviados a las casas de los ricos o a las tiendas de los campamentos de campaña para su atención y el estado pagaba todos los gastos que generaran, posteriormente se les enviaba a sus casas para su convalecencia y restablecimiento; pero a medida que el imperio creció se empezó a desarrollar un sistema de dispensarios militares llamados “Valetudinaria” que puede catalogarse como el protohospital, de acuerdo a cierto número de historiadores. Los Valetudinaria eran de dos tipos: uno para los esclavos enfermos situados en los latifundios y el otro eran los lazaretos militares distribuidos de acuerdo con la ubicación de las legiones o ejércitos; ambos seguramente se constituyeron para recuperar el mayor número de hombres posible y devolverlos a sus trabajos y deberes lo más rápido que se pudiera. Posteriormente se convirtieron en hospitales que se localizaron en puntos

estratégicos existiendo uno por cada legión. Por último, sitios similares aparecieron para los empleados del Estado y sus familias en las ciudades provinciales” (30).

“Luego de la caída del imperio romano, y con el inicio de la edad media, los hospitales se asociaron casi que con exclusividad a las órdenes religiosas. La Iglesia Católica construyó, regentó y mantuvo con exclusividad numerosos hospitales en los distintos reinos europeos durante más de diez siglos. Durante este período, la idea de la remisión de los enfermos se sustentaba en la necesidad y conveniencia del tratamiento a seguir, como a razones de índole cultural (30).

“Posteriormente, con el resurgir de la medicina clásica durante el renacimiento (s. XV), se reanudó la terapéutica como principal práctica en los hospitales. Pero no sería sino hasta la consolidación de los estados burgueses a partir del siglo XVII cuando se asumiría que los hospitales eran responsabilidad del Estado (aunque la Iglesia continuó administrando la mayoría) y ello supuso el inicio de prácticas más coordinadas de remisión de pacientes según las necesidades de tratamiento y la posibilidad de pagar por ello. En este sentido, Pedraza Calvo plantea que la nobleza y los grandes burgueses pagaban viajes a los sitios de descanso y hospitalización que mejor promesa de curación ofrecieran. Para los pobres, el confinamiento en los hospitales de caridad era la única alternativa” (30).

En el siglo XVIII, las batallas dejaban un abrumador balance de muertos. Ello se debía no sólo al mortífero armamento de la época, sino también a la tardanza con que se atendía a los heridos, quienes debían esperar que finalizara la lucha para que los recogieran, y eso sólo si habían ganado los suyos; en caso contrario, podían ser desvalijados y rematados por el enemigo o abandonados a una cruel agonía (32).

En plena revolución francesa un joven y valiente médico francés llamado **Dominique Jean Larrey** (1766-1842) ideó un sistema para reducir esos tiempos de espera. Formado en medicina y especializado en cirugía, en 1792 Larrey se unió al ejército revolucionario que combatía en la frontera alemana y allí se percató de la mala organización de los servicios de salud en el frente. Por ello imaginó un sistema de carros tirados por caballos

que llevaran con prontitud al paciente al hospital de campaña para operarlo en las siguientes 24 horas (32).

Las ambulancias de Larrey se utilizaron por primera vez en julio de 1793, durante el sitio de Maguncia. Un general escribió entonces que habían ayudado "a salvar a muchos valientes defensores de nuestro país". Otro joven general, Napoleón Bonaparte, se fijó en el sistema y se llevó consigo a Larrey en su campaña de Italia (32).

Con el advenimiento de la sociedad industrial a partir del siglo XVIII supuso el crecimiento de las ciudades y de la población en ellas residentes, lo cual condujo a la aparición de hospitales más grandes y con una estructura muy similar a la actual. La remisión de pacientes continuó, sin embargo, siendo considerada como un recurso menor en el proceso de tratamiento de las enfermedades. No obstante, en Londres (Inglaterra), a mediados del siglo XVIII ya existían las ambulancias para el transporte de los pacientes entre los diversos hospitales que funcionaban en la ciudad y este proceso obedecía básicamente a que el paciente buscaba un mejor doctor que podía estar en un hospital diferente o a razones de sanidad y confinamiento de pacientes con patologías contagiosas severas (epidemias) en sitios apartados (30).

Sería en el siglo XX, durante la Primera Guerra Mundial (1914-1918) cuando se empezaría a utilizar de manera organizada el sistema de ambulancias para el traslado de los heridos de las zonas de guerra hacia los hospitales militares y civiles en zonas alejadas del conflicto. La disponibilidad de nuevos procedimientos médicos, medicamentos y comunicaciones (radio y teléfono) hicieron posible la coordinación del traslado de heridos a una escala hasta entonces desconocida. El automóvil y el avión serían durante la primera postguerra los avances significativos en la remisión de pacientes y su papel se acentuaría con el estallido de la Segunda Guerra Mundial (1939) (30).

Durante el conflicto bélico, los servicios de salud militares de las fuerzas Aliadas lograron coordinar una estrategia de remisión de pacientes que sería el prototipo de los sistemas de referencia y contrarreferencia actual, con traslados que obedecían a los criterios de

atención adecuada y mejor ubicación de los recursos técnicos y tecnológicos, cubriendo enormes distancias y con mayor efectividad en la remisión (30).

En Colombia los pacientes llegaban a los centros asistenciales por sus propios medios no había un sistema organizado público de ambulancias que permitiera trasladar las personas desde el lugar del incidente, (domicilio o vía pública), hasta los pocos hospitales de la época. Las condiciones en que llegaban a los servicios de urgencias no eran los más adecuados, puesto que recibían asistencia por familiares o ciudadanos que desconocían por completo los primeros auxilios y se guiaban de remedios caseros o procedimientos que habían pasado de generación en generación. Los organismos de socorro tradicionales como Cruz Roja Colombiana y Defensa civil eran los encargados de asistir las víctimas, en desastres naturales, accidentes aéreos, vehiculares y atentados terroristas (33).

En el país, la remisión de pacientes entre los hospitales públicos empezó a darse como práctica frecuente a partir de la década de 1940 con la implementación de las ambulancias para el traslado de enfermos según la gravedad que revestía el paciente. Este sistema empezó a operar en ciudades como Bogotá y Medellín, siendo que hacia la década de 1970 constituían los dos principales referentes en materia de remisión oportuna de pacientes según las necesidades de atención. No obstante, sería hasta las dos últimas décadas del siglo XX cuando se constituiría el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, como se conoce hoy día (30).

En el 2015 la ley estatutaria fue enfática en declarar la salud como un derecho fundamental, y obliga a todo prestador a brindar la atención inicial de urgencias, no obstante, el **decreto 4747 de 2007** ya había dado indicaciones precisas del proceso de atención en urgencias, en su artículo 10, Sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias "Triage" (34).

El Ministerio de la Protección Social definirá un sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, denominado "Triage", el cual será de obligatorio cumplimiento

por parte de los prestadores de servicios de salud que tengan habilitados servicios de urgencias y de las entidades responsables del pago de servicios de salud en el contexto de la organización de la red de prestación de servicios, solo hasta el 2015 se expide **la resolución 5596** define los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes, la categorización y sus respectivos tiempos de atención en los servicios de urgencias, el mismo decreto 4747 en su artículo 17 hace referencia a la disponibilidad de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen los recursos y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones (34).

Con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención, es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud la consecución de institución prestadora de servicios de salud receptora que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos, así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes. La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remitente hasta que ingrese en la institución receptora. Cuando el transporte se realice en una ambulancia debidamente habilitada, que no dependa de la IPS remitente, la entidad que tiene habilitado el servicio de transporte será responsable de la atención durante el mismo, con la tecnología disponible de acuerdo con el servicio de ambulancia habilitado, hasta la entrega del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable del pago, corresponde a las direcciones territoriales de salud, regular los servicios de urgencias de la población de su territorio y coordinar la atención en salud de la población afectada por emergencias o desastres en su área de influencia. El Ministerio de la Protección Social establecerá las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los centros reguladores de urgencias, emergencias y desastres, - CRUE (34).

Los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres, CRUE, son parte de la Red Nacional de Urgencias y apoyo del Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres (SNPAD), el cual fue creado mediante el Decreto 919 de 1989 como un conjunto de entidades públicas, privadas y comunitarias que se integran con el

objeto de dar solución a los problemas de seguridad de las poblaciones que presenten riesgos en su entorno físico por fenómenos naturales y antrópicos, respetando la autonomía regional y local establecido así en la **resolución 1220 de 2010**, la cual le da forma a los CRUE, dictando las condiciones y requisitos para la organización operación y funcionamiento de estos (35).

El sistema de referencia y contra referencia es uno de los pilares estratégicos que toda entidad promotora de salud debe consolidar, controlar y vigilar con el fin de garantizar al usuario oportunidad, accesibilidad y continuidad en sus tratamientos logrando preservar y cuidar la salud del afiliado como el objetivo máximo y razón de ser de una EPS (36).

La Referencia y Contra referencia, como estrategia administrativa asistencial permite y facilita un flujo correcto, adecuado y oportuno de pacientes, entre los diferentes niveles de complejidad y que se encuentra justificado a partir de un correcto diagnóstico médico inicial, del profesional remitir (36).

Además, **la referencia** es el traslado, envío de pacientes, elementos de ayuda diagnóstica, de un prestador de servicios de salud, a otro, que pueda ser un complemento diagnóstico, o para que se preste una atención por lo general, con unas condiciones superiores de resolución a las que ofrecía el ente remitir, dicha remisión ,o derivación de un paciente de un centro de menor complejidad o capacidad para resolver una situación determinada, a uno de menor, igual o mayor complejidad en lo que tiene que ver con los diagnósticos, asistencia y/o tratamientos, se da por que los recursos existentes en ese primer nivel de atención, no satisfacen las necesidades por las cuales esa persona ha consultado, bien porque de su atención se han generado requerimientos especializados o porque hay necesidad de apoyos tecnológicos, carentes en dicho nivel (36).

La falta de efectividad de esta gestión se debe a la baja disponibilidad y acceso en cuanto a uso de tecnologías avanzadas que permitan un mejor y oportuno diagnóstico (equipos dañados, falta de infraestructura y personal capacitado en el manejo de equipos). Las distancias entre la IPS que remite y la que recibe y viceversa, así como el transporte. Los

proveedores de ambulancias son limitados para la cantidad de remisiones que se hacen y las IPS que existen para lo cual la **OMS** ha definido que una ciudad debe contar con una ambulancia por cada 25 mil habitantes, recayendo en el “*paseo de la muerte*”, ese recorrido trágico que hace un paciente de una institución a otra, con sus propios medios económicos debido a que no lo atiende por temas de afiliación o convenio entre IPS y EPS, a travesando incluso en ocasiones la ciudad en todos sus puntos cardinales sin lograr ser tratado diligentemente, con dignidad, pues la salud NO es un SERVICIO es un DERECHO (37).

## 1.6.2 Marco de Antecedentes

### 1.6.2.1 Antecedentes Nacionales

Acosta R, Menciona en su estudio, Gestión Clínica del Proceso de Referencia de un Hospital de Mediana Complejidad ubicado en el Departamento de Cundinamarca, Colombia, cuyos resultados, mostraron que la oportunidad de la referencia y traslado es más eficiente para los servicios de ginecología, cirugía pediátrica y cuidado intensivo neonatal y los servicios con mayor frecuencia de remisión son medios diagnósticos, ortopedia, cirugía general y ginecología. Los resultados de riesgo clínico evidencian mayor prioridad en la transferencia de pacientes gestantes con estados hipertensivos y pacientes con trauma (38).

Por su parte Sánchez Cano, presenta sus resultados sobre la pertinencia de las remisiones y contra remisiones generadas en la red adscrita de servicios de salud de la ciudad de Manizales Caldas durante el año 2013, hallando que el 46 % de las remisiones no fueron pertinentes en la decisión médica el 53,1% de las remisiones, solicitaron especialidades ofertadas, en su gran mayoría, por un segundo nivel de complejidad, como son Ginecobstetricia, Medicina Interna, Pediatría, Cirugía General, el 43.8% de las remisiones de Assbasalud, demandaron especialidades de tercer nivel de complejidad y 3.2% demandaron especialidades o servicios de cuarto nivel de complejidad. La especialidad más demandada en el rango de edad de 19 a 59 años es Psiquiatría con un 37,4% de demanda. La especialidad más demandada en los mayores de 60 años es la

Medicina Interna, y representó el 30 %. El 67,3 % de las remisiones, según la causa de la pertinencia de las remisiones y contra remisiones generadas en la red adscrita de servicios de salud, fue el requerimiento de tratamiento y valoración por especialista, la segunda causa de remisión fue la interconsulta con un 16,9 %, la tercera causa de remisión fue la necesidad de intervención quirúrgica con un 6,2%. En el 45% de todas las solicitudes de remisión no contaron con la disponibilidad de cama inmediata (39).

### **1.6.2.2 Antecedentes Internacionales**

Ali Ali en su estudio menciona, que Influencia de los tiempos de respuesta prehospitalarios en la supervivencia de los pacientes politraumatizados en Navarra. Considerando el objetivo en determinar las variables relacionadas con la mortalidad en dichos pacientes y la influencia de los tiempos de respuesta de los Servicios Médicos de Emergencia en dicha mortalidad. Para ello se analizaron los datos del Registro “Mayor Trauma de Navarra” (cohorte retrospectiva de pacientes politraumatizados atendidos por el sistema sanitario de Navarra) durante los cuatro años comprendidos entre 2010 y 2013. De los 217 casos de trauma disponibles para el análisis, fallecieron 42 (19%). En el análisis multivalente no se encontró asociación significativa entre los diferentes tiempos de respuesta y la mortalidad: llegada a la escena (odds ratio (OR) 1,0; intervalo de confianza al 95% (IC) de 0,99 a 1,01), en el escenario (OR 1,00; IC 95% de 0,98 a 1,02) y tiempo total (OR 1,00; IC 95% de 0,99 a 1,01). Las variables que influyen en la mortalidad son la edad del paciente y la gravedad de las lesiones medidas por el Triage-Revised Trauma Score (T-RTS) prehospitalario y el New Injury Severity Score (NISS). La mortalidad de los pacientes politraumatizados atendidos por el sistema de emergencias en nuestra región está influida por la edad, y por la intensidad de la agresión sufrida determinada por el T-RTS prehospitalario y por el NISS. Los tiempos de respuesta prehospitalarios no influyen significativamente (40).

De otro modo, nos plantea Condori Coaquira. tiempo de respuesta y su relación con el escenario de atención prehospitalaria del sistema de atención móvil de urgencias, Tacna (Perú), cuyos resultados fueron: en el 57,7% de las atenciones prehospitalarias

obtuvieron un tiempo de respuesta de 9 a 16 minutos y con el 79,8% (porcentaje acumulado) el tiempo de respuesta fue menor a 16 minutos. Así mismo, el escenario de atención prehospitalaria predominante fueron las referencias con un 47,8%. Concluyendo que existe relación entre el tiempo de respuesta y el escenario de atención prehospitalaria, con una confiabilidad del 95% y significancia  $p < 0,05$  (41).

### 1.6.3 Marco Conceptual

**Aceptabilidad:** Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica, así como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades (9).

**Accesibilidad:** Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural (9).

**Ambulancias de traslado básico:** vehículos destinados al transporte de usuarios cuyo estado clínico actual sea estable y permita el traslado cumpliendo condiciones básicas. El recurso humano de esta ambulancia es: conductor y auxiliar de enfermería y/o técnico en atención prehospitalario (37).

**Ambulancias de traslado medicalizado:** son unidades móviles para el traslado de usuarios críticos o inestables con una dotación del alto nivel tecnológico para continuar la atención mientras llega a su destino. El recurso humano debe estar conformado por: conductor, enfermera jefa, auxiliar de enfermería y/o técnico de atención prehospitalaria y médico (37).

**Apoyo tecnológico:** es el requerimiento temporal de recursos humanos, de dotación o insumos, de un organismo a otro, para contribuir a la eficiencia y eficacia en la prestación de servicios, de conformidad con el principio de subsidiariedad, evitando así el desplazamiento de usuarios (37).

**Atención en salud:** se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades,

procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población (42).

**Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.** Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios (4).

**Calidad e idoneidad profesional:** Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas (9).

**Calidad de la atención en salud:** Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios (4).

**Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres, CRUE:** es una unidad de carácter operativo no asistencial, responsable de coordinar y regular en el territorio de su jurisdicción, el acceso a los servicios de urgencias la atención en salud de la población afectada en situaciones de emergencia o desastre (43).

**Condiciones de capacidad tecnológica y científica.** Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud (4).

**Referencia y contra referencia.** 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 (34).

**Referencia:** es el envío de pacientes 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 de respuesta a las necesidades de salud (34).

**Contra referencia** 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 (34).

**Entidades responsables del pago de servicios de salud:** Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales (34).

**EPS:** Entidad promotora de salud. Son las entidades responsables de la afiliación, y la prestación de servicios en salud (44).

**IPS:** Institución prestadora de servicios; son las instituciones encargadas de prestar los servicios de salud en su nivel de salud correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados dentro de la presente ley (44).

**Modelo de atención.** Comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y

recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutive, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contra referencia (34).

**Oportunidad.** La posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud (4).

**Pertinencia.** Grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales (4).

**Prestadores de servicios de salud.** Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes. Para los efectos del presente Decreto se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud (4).

**Pro homine:** es un principio que implica que la interpretación jurídica debe buscar el mayor beneficio para el ser humano, es decir, que debe acudirse a la norma más amplia o a la interpretación extensiva cuando se trata de derechos protegidos y, por el contrario, a la norma o a la interpretación más restringida, cuando se trata de establecer límites a su ejercicio, se contempla en los artículos 29 de la convención americana sobre derechos humanos.

**Red de prestación de servicios:** Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico y coordinado en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia (34).

**Seguridad.** Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias (4).

**SGSSS:** Sistema general de seguridad social en salud. Es un conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, que procuran la prestación del servicio y fijan condiciones de acceso en todos los niveles de atención, bajo el fundamento de garantizar la atención integral a toda población.

**Sistema único de habilitación:** Definido como el conjunto de normas, requisitos y procedimientos, mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera, es de obligatorio cumplimiento (4).

**Sistema único de acreditación:** Entendido como el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa. El proceso es voluntario (4).

**Sistema de información para la calidad:** El cual será implantado por el ministerio, con el fin de estimular la competencia por calidad. Todos los componentes y características están enfocados en brindar una atención con calidad, intervienen en los resultados finales, de esta manera los nuevos planteamientos se orientan a modelos de gestión, con la excelencia del sistema en conjunto (4).

**Traslado de usuario emergente:** usuario que por su condición crítica requiere ser trasladado a otra IPS, que tenga el recurso humano y tecnológico para continuar con la atención de su cuadro clínico, sin esperar la ubicación por el proceso de referencia y contra referencia (34).

**Triage;** en los servicios de urgencia es un Sistema de Selección y Clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles que consiste en una valoración clínica breve que determina la prioridad en que un paciente será atendido. El "Triage", como proceso dinámico que es, cambia tan rápidamente como lo puede hacer el estado clínico del paciente (45).

**Verificación de derechos:** procedimiento por medio del cual se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que requiere el usuario y el derecho de este a ser cubierto por dicha entidad. Este procedimiento de verificación de derechos debe ser posterior a la selección y clasificación del usuario por "Triage" y no podrá ser causa, en ninguna circunstancia para posponer la atención inicial de urgencias (46).

#### **1.6.4 Marco Legal**

Para la construcción de este marco legal se realizó una revisión de marco normativo del sistema general seguridad social en salud de Colombia, atención de urgencias y proceso de referencia de pacientes, y políticas de migración en Colombia, en lo que se podría citar:

#### **1. Constitución política de Colombia de 1991. Título I. de los principios fundamentales.**

**Artículo 44.** Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de

abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia (47).

**Artículo 48.** La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social (47).

**Artículo 49.** La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control (47).

**Artículo 100.** Los extranjeros disfrutarán en Colombia de los mismos derechos civiles que se conceden a los colombianos. No obstante, la ley podrá, por razones de orden público, subordinar a condiciones especiales o negar el ejercicio de determinados derechos civiles a los extranjeros. Así mismo, los extranjeros gozarán, en el territorio de la República, de las garantías concedidas a los nacionales, salvo las limitaciones que establezcan la Constitución o la ley (47). Los derechos políticos se reservan a los nacionales, pero la ley podrá conceder a los extranjeros residentes en Colombia el derecho al voto en las elecciones y consultas populares de carácter municipal o distrital (47).

Se puede decir que fue la constitución de 1991 quien da los pilares para fundamentar la salud como un derecho, describe 3 principios fundamentales, eficiencia, universalidad y

solidaridad que fueron las bases para la ley 100 de 1993 y para el sistema de salud colombiano. Así establece y menciona a los habitantes del territorio nacional como beneficiarios de estos derechos y enfatiza en el ciclo vitales dándole importancia y relevancia a cada uno de estos, construyendo un piso jurídico para cuando sean vulnerados.

## **2. Ley 100 de 1993**

Luego de la construcción de la constitución política de Colombia en el año 1991, la cual actúa como propulsor de los grandes cambios en salud de Colombia con la descentralización del sistema, se crea la Ley 100 de 1993 esta contempla el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. La norma establece el cambio en el sistema de salud de Colombia, estableciendo nuevas pautas para el sistema general de pensiones, riesgos laborales con la aparición de las ARP, hoy ARL, sistema general de seguridad social en salud y complementarios. tiene por objeto regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención (20).

En su artículo 157 establece que todo colombiano participará en el servicio esencial de salud que permite el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Unos lo harán en su condición de afiliados al régimen contributivo o subsidiado y otros lo harán en forma temporal como participantes vinculados (20). La atención de estos afiliados a las EPS será por medio de las IPS adscritas a estas, la atención de urgencias en todo el territorio nacional, la libre escogencia y traslado entre Entidades Promotoras de Salud.

En el capítulo III. Establece el régimen de beneficios; en el parágrafo 5, habla del Sistema de referencia y contra referencia, donde el gobierno regulara la atención de urgencias. En el artículo 168 reglamenta la atención inicial de urgencias; que será prestada por toda IPS en el país, sin necesidad de contrato, ni orden previa (FOSYGA) (20). Título IV. En su artículo 227 Control y Evaluación de la Calidad del Servicio de Salud. Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema

obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica de obligatorio desarrollo en las Entidades Promotoras de Salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios (20).

Por lo tanto, la ley 100 ha sido una de las más grandes reformas que se ha realizado en el país, aumento la cobertura, le dio acceso a los pobres a ser atendidos en casi iguales condiciones que los adinerados, protección financiera del costo de la enfermedad, para las llamadas enfermedades catastróficas, descentralizo el sistema con algunas ventajas que luego se convirtieron en problemas para los actores del sistema que atrajo nuevas reformas (20).

### **3. Ley 1438 de 2011.**

Esta ley fortalece el SGSS, a través de un modelo de prestación de servicios en el marco de la atención primaria en salud, dicta nuevos principios, dando a conocer el enfoque diferencial, fortalece las acciones de promoción y prevención, descentralizándolas aún más, y estableciendo el plan decenal de salud pública a cargo del ministerio salud, unificado con acciones sectoriales a cargo de los municipios y gobernaciones, esta ley marco la diferencia de todas las reformas a la ley 100 del 93 por la unificación del régimen en salud (48).

### **4. Ley 1751. Estatutaria en salud de 2015.**

Esta ley promueve la salud como un derecho, cuyo objeto es garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. En su artículo 5°. Permite conocer claramente las obligaciones del Estado: donde el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud (9).

Artículo 9°. Determinantes sociales de salud. Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el

mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud. Dentro de los reportes realizados para la referencia de pacientes no teniendo en cuenta el régimen de afiliación, o la EPS vinculase realizan gestiones pertinentes en pro de garantizar en primera instancia el acceso a salud (9).

Artículo 17. Autonomía profesional. Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo, así como determinar si la condición del paciente requiere de un mayor nivel de complejidad, así como apoyos diagnósticos (9).

Con la expedición de esta ley se observa que fue sin duda una reforma definitiva, que se detiene en los problemas que se observaba, se vivía como usuario, en las diferentes IPS y EPS del país, establece distintas disposiciones en materia de prohibición de la negación a la prestación del servicio de salud, así mismos derechos de las personas, deberes de la EPS, y fortalece los principios de la ley 1438 (9).

5. **Decreto 4747 de 2007.** Decreto 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 como la regulación del sistema de referencia y contrareferencia (37).
6. Posteriormente la **Resolución 1220 de 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. buscando que por parte de 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 y la adecuada integración de los recursos relacionados con estos eventos. Esta resolución es quien

dicta los requisitos y condiciones para el funcionamiento de los CRUE, define, funciones, implementación y financiación (35).

7. **En el año 2015 surge la resolución 5596** la cual tiene como objetivo establecer los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias "Triage", para ser aplicado en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, como un Sistema de Selección y Clasificación de pacientes, sus objetivos a nivel institucional, el personal encargado de realizarlo, las responsabilidades por parte de las IPS y EPS, y la importancia de este para realizar una adecuada priorización (45).
  
8. **Resolución 5797 de 2017.** Por medio de la cual se crea un Permiso Especial de Permanencia. Artículo 1°. Creación. Créase el Permiso Especial de Permanencia (PEP), el cual se otorgará únicamente a los nacionales venezolanos. Que en consideración de la política de la Región y del Gobierno nacional de propender y promover una política migratoria ordenada, regular y segura, se hace necesario garantizar la seguridad y el respeto de los derechos de nacionales y extranjeros mediante la creación de un instrumento que permita al Estado colombiano preservar el orden interno y social, evitar la explotación laboral y velar por el respeto de la dignidad humana (49).
  
9. **Resolución 926 de 2017:** Por la cual se reglamenta el desarrollo operación por la cual se reglamenta el desarrollo y operación del sistema de emergencias médicas Artículo 18. Organización y operación de los centros reguladores de urgencias, emergencias y desastres. Sin perjuicio de las funciones asignadas a las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas, las administradoras de riesgos profesionales, las entidades que administran regímenes de salud especiales y de excepción y a los prestadores de servicios de salud, corresponde a las direcciones territoriales de salud, regular los servicios de urgencias de la población de su territorio y coordinar la atención en salud

de la población afectada por emergencias o desastres en su área de influencia. El Ministerio de la Protección Social establecerá las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los centros reguladores de urgencias y emergencias y desastres, - CRUE (46).

**10. Resolución 926 de 2017:** Por la cual se reglamenta el desarrollo operación por la cual se reglamenta el desarrollo y operación del sistema de emergencias médicas Artículo 18. Organización y operación de los centros reguladores de urgencias, emergencias y desastres. Sin perjuicio de las funciones asignadas a las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas, las administradoras de riesgos profesionales, las entidades que administran regímenes de salud especiales y de excepción y a los prestadores de servicios de salud, corresponde a las direcciones territoriales de salud, regular los servicios de urgencias de la población de su territorio y coordinar la atención en salud de la población afectada por emergencias o desastres en su área de influencia. El Ministerio de la Protección Social establecerá las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los centros reguladores de urgencias y emergencias y desastres, - CRUE (46).

**11. Resolución 926 de 2017:** Por la cual se reglamenta el desarrollo operación por la cual se reglamenta el desarrollo y operación del sistema de emergencias médicas Artículo 18. Organización y operación de los centros reguladores de urgencias, emergencias y desastres. Sin perjuicio de las funciones asignadas a las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas, las administradoras de riesgos profesionales, las entidades que administran regímenes de salud especiales y de excepción y a los prestadores de servicios de salud, corresponde a las direcciones territoriales de salud, regular los servicios de urgencias de la población de su territorio y coordinar la atención en salud de la población afectada por emergencias o desastres en su área de influencia. El

Ministerio de la Protección Social establecerá las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los centros reguladores de urgencias y emergencias y desastres, - CRUE (46).

## CAPITULO II

### ASPECTOS METODOLÓGICOS DEL PROYECTO

#### 2.1 Tipo de Estudio

Esta investigación está enmarcada en el enfoque cuantitativo, siendo este una forma estructurada de recopilar y analizar datos obtenidos de distintas fuentes. La investigación cuantitativa implica el uso de herramientas informáticas, estadísticas, y matemáticas para obtener resultados.(52)

**Descriptivo** el cual busca especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población(52).

**Transversal** Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento unico (52) y retrospectivo cuyo diseño de la investigación se dio posterior al reporte de los pacientes al CRUE; y los datos se obtuvieron de archivos o bases de datos de lo que los sujetos o los profesionales refieren. (52) analizando los datos de variables recopiladas en del año 2019 del proceso de referencia y contrarreferencia a través del CRUE en la población del Distrito de Barranquilla, tomado la información previa existente con respecto al tema, utilizando la descripción de variables en un grupo por un periodo de tiempo.

**2.2 Población de estudio:** Un total de 1355 Pacientes registrados en la base de datos del Centro Regulador De Urgencias y Emergencias del distrito de Barranquilla durante el año 2019

**2.3 Muestra:** estuvo representado por 987 pacientes reportados en la base de datos del Centro De Regulación De Urgencias y Emergencias del distrito de Barranquilla durante el año 2019

**2.3.1 Muestreo:** Muestreo no probabilístico por conveniencia “el elemento se autoselecciona o se ha seleccionado debido a su facil disponibilidad”(Kinnear y Taylor 1998, pg, 405) (53), fue seleccionado por la información disponible en el periodo 2019 en el cual se desarrolló la investigación.

## 2.4 Criterios De Inclusión y Exclusión:

### 2.4.1 Criterios De Inclusión:

- Pacientes reportados al Centro regulación de Urgencias y emergencias del distrito de Barranquilla en el periodo 2019.
- Información clara y completa en la base de datos de los pacientes reportados al CRUE que dieron respuesta a cada una de las variables propuesta

### 2.4.2 Criterios De Exclusión:

- Pacientes con documentos erróneos evidenciados en la búsqueda de Adress.
- Duplicidad de pacientes en trámite de referencia.
- Información incompleta de los pacientes reportados al CRUE.

## VARIABLES OPERACIONALIZACION DE VARIABLES (ANEXO)

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES					
MACROVARIABLE	VARIABLE	DEFINICION	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION	CRITERIOS DE MEDICION
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	Edad	Número de años cumplidos del paciente en el momento del estudio	Cuantitativa	Razón	por grupos etarios
	Sexo	característica que diferencia al hombre de la mujer según sus genitales	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
	Régimen de Afiliación	Clasificación según la EPS	Cualitativa	Nominal	Contributivo Subsidiado

		del paciente que participan en el estudio			
TIEMPO DE RESPUESTA	Servicio	Interconsulta y servicio que solicita la IPS remitente para la valoración del paciente	Cualitativa	Nominal	Retinología Apoyo Diagnostico Cardiología Cirugía Endocrinología Gastroenterología Ginecología Hematología Hemodinamia Hospitalización Infectología Medicina Interna Nefrología Neumología Neurología Oftalmología Oncología Ortopedia Otorrinolaringología Pediatría Psiquiatría Retinología Toxicología UCI Unidad de quemados Urología
	Horas de Respuesta	Tiempo en que la IPS receptora acepta la remisión del paciente	Cuantitativa	Razón	menos de 24 horas    25 - 48 horas 49 - 72 horas 73 - 96 horas 97 horas y mas
	Diagnóstico del paciente	Enfermedad que determina el estado de gravedad del paciente al que se solicita la remisión	Cualitativa	Nominal	Circulatorio Respiratorio Digestivo Reproductor Osteomuscular Neurológico Cardiovascular Endocrino

					Inmunológico Hematológico Tegumentario Urinario Linfático Visual Genitourinario
PROCESO DE REFERENCIA	Número de solicitudes	Total, de solicitudes hechas al centro regulador de urgencias	Cuantitativa	Interval	Número total (1355) de remisiones reportadas al CRUE en el año 2019
	Resultado de la Remisión	Proceso final del trámite de remisión	Cualitativa	Nominal	Ubicado Alta Medica Remisión Suspendida Alta Voluntaria Falleció Remitido Como Urgencia Vital A Mayor Nivel De Complejidad

## 2.5 Plan De Recolección De Información

### 2.5.1 Fuentes De Información:

**2.5.1.1 Fuente primaria:** la información se obtuvo de la base de datos de pacientes reportados al Centro Regulador De Urgencias Y Emergencias del distrito de Barranquilla.

**2.5.1.2 Fuente secundaria:** Estuvo constituida por la revisión de diferentes artículos científicos de revistas indexadas, libros de auditoria en salud, leyes y decretos de normas, y libros de metodología de la investigación.

### 2.5.1.3 PROCEDIMIENTO O TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la técnica de recolección de la información: se tomo la consulta de sistemas de información: siendo necesario el acceso a la base de datos que contenía información y recursos para el desarrollo de la investigación (53)

**Instrumento:** el instrumento utilizado para la recolección de la información fue mediante una base de datos que diligencia el CRUE, donde a medida que van ingresando las remisiones registradas de las gestiones realizadas por turno de cada uno de los pacientes reportados en el CRUE del año 2019.

**2.6 Consideraciones Éticas:** Los aspectos tenidos en cuenta en la investigación fue el tratamiento de datos personales: de acuerdo con los datos obtenidos para el análisis de la información se codifico y se adoptaron para garantizar la confidencialidad y custodia de la información obtenida. Todo ello amparado en lo reglamentado en la ley estatutaria 1581 de 2012, decreto 1377 de 2013, sobre el tratamiento de datos personales (50).

### **Plan de Recolección de la información**

Primeramente, se solicitó al CRUE distrital de Barranquilla, la base de datos con la información de los pacientes reportados a este en referencia durante el año 2019, Esta información es de recolección y diligenciamiento diario las 24 horas del día por los profesionales de turno. Dicha solicitud se hizo mediante la radicación de un documento para al obtener la base de datos, dando a conocer que esa información sería utilizada con fines totalmente académicos para la realización del proyecto de investigación para la maestría en Auditoria y Sistemas de Calidad en Servicios de Salud.

Obtenido el permiso para la utilización, procedimos con la unificación de la información en un solo documento, debido a que encontramos que cada profesional por turno diligencia un cuadro de Excel independiente pero que contiene la misma información, encontrando que los pacientes pendiente gestión repetidos en cada entrega de turno. Con base a la información que se obtuvo de los pacientes reportado al CRUE se clasifico la información se teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, se identificaron las variables a estudiar cómo fueron las características sociodemográficas, motivo de remisión y tiempo de respuesta de las remisiones.

Esta revisión inicio el día 27 de enero, finalizo el 21 de agosto del 2020. Debido a que había duplicidad de mucha información con descripción de lo que se gestionaba en cada turno; la cual debía validarse uno a uno para identificar cual fue la última persona que realizo gestión y tener en cuenta ese dato puntualmente para poder incluir ese paciente en la investigación. Por último, teniendo los datos organizados, se verifico el documento de identificación de cada uno de los pacientes en Adress y de esta forma se identificaron dos factores; si coincidía el numero digitado en la base de datos con el nombre del paciente, encontrando errores lo que automáticamente convertía el dato en criterio de exclusión. Por otra parte, validamos el régimen de seguridad social al que pertenecen bien sea subsidiado o contributivo. Posterior a lo anteriormente descrito, iniciamos con el procesamiento y tabulación de la información

## **2.7 Plan de procesamiento y tabulación de la información**

Este aspecto fue realizado por los investigadores, donde diseñaron una matriz en Excel, consignando las siguientes variables: nombre, edad, numero de documento, EPS, hora de la revisión, motivo de la remisión, EPS que solicita el servicio Posterior a la identificación de cada una de las variable, la base datos fue exportada a un software SPSS versión 25

- Características sociodemograficas con las variables edad con naturaleza cuantitativa y nivel de medición razon, sexo y regimen de afiliación con naturaleza cualitativa nivel de medición nominal.
- Tiempo de respuesta: las variables identificadas servicio de naturaleza cualitativa, con nivel de medición nominal, hora de respuesta cuantitativa nivel de medición de razón, Diagnostico del paciente cualitativa nominal.
- Proceso de referencia: las variables numero de solicitudes 1355 en total y resultado de la remisión de naturaleza cuantitativa, nivel de medición nominal.

## **2.8 Plan de presentación y análisis de la información**

Una vez tabulada la información, se procedió a diseñar las tablas de frecuencia de acuerdo a la naturaleza de la variable y su análisis se efectuó en porcentaje, mediana y desviación estándar. A continuación, se presenta las tablas y gráficas.

### **CAPITULO III**

#### **ANÁLISIS DE RESULTADOS**

##### **3.1 PRESENTACION DE RESULTADOS Y ANALISIS**

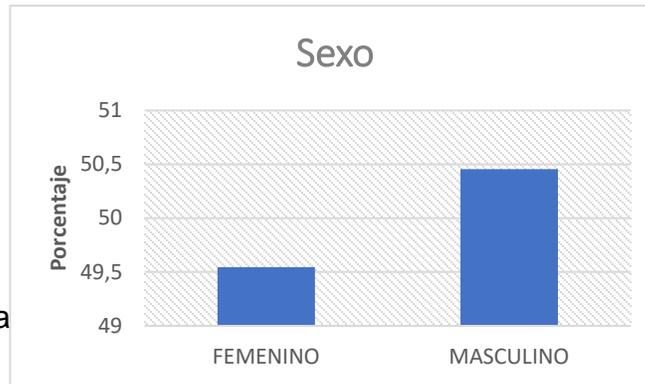
###### **Tabla y grafico 1.**

###### **Variables sociodemográficas**

**Oportunidad en la atención en salud a través del proceso de referencia de la población reportada al centro de regulación de urgencias y emergencias del distrito de Barranquilla según sexo**

<b>Sexo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Femenino</b>	489	49,5%
<b>Masculino</b>	498	50,5%
<b>Total</b>	987	100,0%

**Fuente:** Base de datos de pacientes reportados al Centro Regulador De Urgencias Y Emergencias del distrito de Barranquilla.



**Fuente:** Tabla  
1

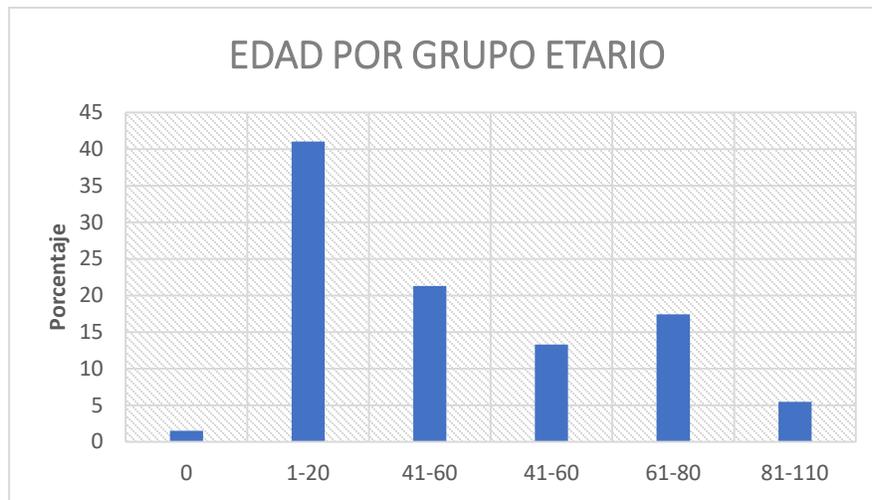
De acuerdo con los datos reportados al centro de regulación de urgencias y emergencias del distrito de Barranquilla en el periodo 2019, el mayor porcentaje correspondió al sexo masculino y con menor porcentaje el sexo femenino.

### Tabla y grafico 2.

**Oportunidad en la atención en salud a través del proceso de referencia de la población reportada al centro de regulación de urgencias y emergencias del distrito de Barranquilla 2019 según edad**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
<b>0</b>	15	1,5%
<b>1-20</b>	405	41,0%
<b>41-60</b>	210	21,3%
<b>41-60</b>	131	13,3%
<b>61-80</b>	172	17,4%
<b>81-110</b>	54	5,5%
<b>Total</b>	987	100,0%

**Fuente:** Base de datos de pacientes reportados al Centro Regulador De Urgencias Y Emergencias del distrito de Barranquilla.



Fuente: Tabla 2.

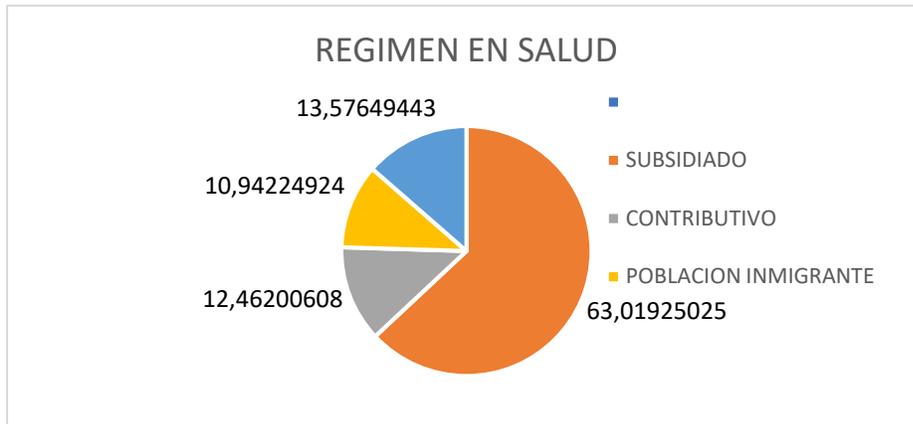
Se observa en la población objeto de estudio que el mayor porcentaje que se le realiza la referencia, se encuentra entre la edad 1-20 años, seguido del grupo etario 41-60 años.

**Tabla y grafico 3.**

**Oportunidad en la atención en salud a través del proceso de referencia de la población reportada al centro de regulación de urgencias y emergencias del distrito de Barranquilla 2019 según régimen de salud**

<b>Régimen En Salud</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Subsidiado</b>	622	63,0%
<b>Contributivo</b>	123	12,5%
<b>Población Inmigrante</b>	108	10,9%
<b>Población Pobre No Asegurada</b>	134	13,6%
<b>Total</b>	987	100,0%

**Fuente:** Base de datos de pacientes reportados al Centro Regulador De Urgencias Y Emergencias del distrito de Barranquilla.



Fuente: Tabla 3.

Se destaca que la población que mayormente acceden al servicio de salud de referencia es el régimen subsidiado, seguida de la población pobre no asegurada accede a su derecho de recibir una atención en salud.

Tabla y grafico 4.

**Oportunidad en la atención en salud a través del proceso de referencia de la población reportada al centro de regulación de urgencias y emergencias del distrito de Barranquilla 2019 según nivel de complejidad**

NIVEL DE COMPLEJIDAD	Frecuencia	Porcentaje
Nivel I	9	0,9%
Nivel II	694	70,3%
Nivel III	284	28,8%
<b>Total</b>	<b>987</b>	<b>100,0%</b>

**Fuente:** Base de datos de pacientes reportados al Centro Regulador De Urgencias Y Emergencias del distrito de Barranquilla.



Fuente: Tabla 4.

Se evidencia que el CRUE realiza su referencia a la población objeto de estudio es hacia el II nivel de complejidad de atención de salud, seguida del III y I nivel de atención.

**Tabla 5.**

**Diagnóstico de la población reportada al centro de regulación de urgencias y emergencias del distrito de Barranquilla en el periodo 2019.**

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>CIRCULATORIO</b>	85	8,6%
<b>RESPIRATORIO</b>	161	16,3%
<b>DIGESTIVO</b>	112	11,3%
<b>REPRODUCTOR</b>	119	12,1%
<b>OSTEO-MUSCULAR</b>	76	7,7%
<b>NEUROLOGICO</b>	108	10,9%
<b>CARDIOVASCULAR</b>	125	12,7%
<b>ENDOCRINO</b>	53	5,4%
<b>INMUNOLOGICO</b>	73	7,4%
<b>HEMATOLOGICO</b>	6	0,6%
<b>TEGUMENTARIO</b>	25	2,5%
<b>URINARIO</b>	35	3,5%
<b>LINFATICO</b>	2	0,2%
<b>VISUAL</b>	4	0,4%
<b>GENITOURINARIO</b>	3	0,3%

<b>Total</b>	987	100,0%
--------------	-----	--------

**Fuente:** Base de datos de pacientes reportados al Centro Regulador De Urgencias Y Emergencias del distrito de Barranquilla.

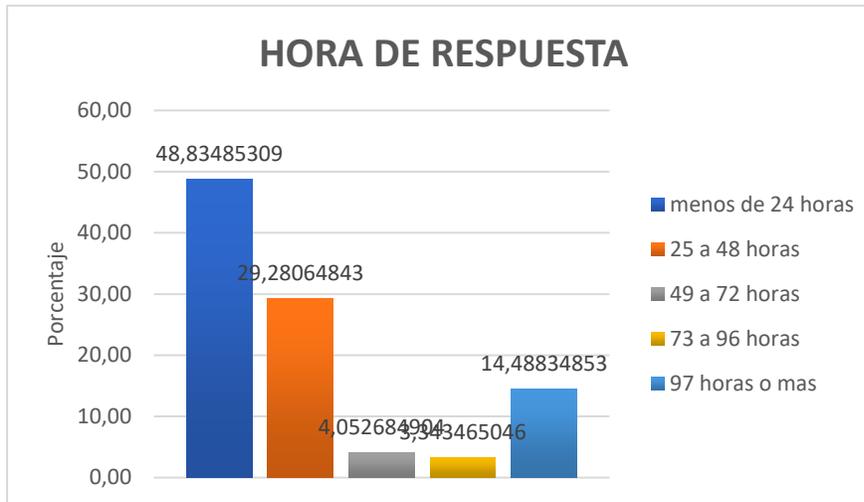
Se demuestra que el mayor porcentaje que fue reportada al CRUE fue por una alteración en el sistema respiratorio con un 16,3%, cardiovascular 12,7% y reproductor 12,1%

### 3.1.1 Tabla 6

**Horas de respuesta de la población reportada al centro de regulación de urgencias y emergencias del distrito de Barranquilla en el periodo 2019.**

<b>HORAS DE RESPUESTA</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
menos de 24 horas	482	48,83%
25 a 48 horas	289	29,28%
49 a 72 horas	40	4,05 %
73 a 96 horas	33	3,34%
97 horas o mas	143	14,49%
<b>TOTAL</b>	<b>987</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Base de datos de pacientes reportados al Centro Regulador De Urgencias Y Emergencias del distrito de Barranquilla.



Fuente: Tabla 6

La hora de respuesta que predominó fue de menos de 24 horas con un porcentaje de 48,83%, seguido de 25 a 48 horas con un porcentaje de 29,28%, pero además un 14,4% tuvo un tiempo de respuesta de 97 horas o más siendo este el mayor tiempo de espera entre la población objeto de estudio.

### 3.1.2 Tabla 7.

**Servicio solicitado de la población reportada al centro de regulación de urgencias y emergencias del distrito de Barranquilla en el periodo 2019.**

SERVICIO SOLICITADO	Frecuencia	Porcentaje
RETINOLOGIA	1	0,1%
APOYO DIAGNOSTICO	19	1,9%
CARDIOLOGIA	4	0,4%
CIRUGIA	199	20,2%
ENDOCRINOLOGIA	1	0,1%
GASTROENTEROLOGIA	12	1,2%
GINECOLOGIA	81	8,2%
HEMATOLOGÍA	11	1,1%
HEMODINAMIA	2	0,2%
HOSPITALIZACION	4	0,4%
INFECTOLOGIA	1	0,1%
MEDICINA INTERNA	90	9,1%
NEFROLOGIA	4	0,4%
NEUMOLOGIA	5	0,5%
NEUROLOGIA	17	1,7%
OFTALMOLOGÍA	7	0,7%

ONCOLOGIA	49	5,0%
ORTOPEDIA	44	4,5%
OTORRINOLARINGOLOGIA	2	0,2%
PEDIATRÍA	73	7,4%
PSIQUIATRIA	27	2,7%
RETINOLOGIA	1	0,1%
TOXICOLOGIA	3	0,3%
UCI	313	31,7%
UNIDAD DE QUEMADOS	8	0,8%
UROLOGIA	9	0,9%
<b>Total</b>	<b>987</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Base de datos de pacientes reportados al Centro Regulador De Urgencias Y Emergencias del distrito de Barranquilla.

En cuanto al servicio solicitado, el 31,7% fue por causa de ingreso a UCI siendo este de mayor frecuencia seguido del 20,2% que fueron remitidos a cirugía.

**Tabla 8.**

**Resultados de la remisión y su relación con la hora de respuesta de la población reportada al centro de regulación de urgencias y emergencias del distrito de Barranquilla en el periodo 2019.**

RESULTADO DE REMISION	HORAS DE RESPUESTA					Total
	Menos de 24 horas	25 a 48 horas	49 a 72 horas	73 a 96 horas	97 horas o mas	
Ubicado	398 (60,5)	165 (25,1%)	13 (32,5%)	12 (1,9%)	69 (10,5%)	657 (68,6%)
Alta Medica	17 (7,14%)	62 (44,2%)	19 (13,5%)	10 (7,4%)	32 (22,8%)	140 (14,1%)
Remisión Suspendida	25 (26,3%)	42 (44,2%)	5 (5,2%)	9 (9,4%)	14 (14,7%)	95 (9,6%)
Alta Voluntaria	19 (41,3%)	10 (21,7%)	1 (2,1%)	0 (0,0%)	16 (34,7%)	46 (4,6%)
Falleció	20 (45,5%)	8 (18,1%)	2 (4,5%)	2 (4,5%)	12 (27,2%)	44 (4,45%)
Remitido Urgencia Mayor Complejidad Cómo Vital Nivel De A De	3 (60%)	2 (40%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	5 (0,5%)
<b>Total</b>	<b>482 (48,8%)</b>	<b>289 (29,2%)</b>	<b>40 (4,0%)</b>	<b>33 (3,3%)</b>	<b>143 (14,4%)</b>	<b>987 (100%)</b>

**Fuente:** Base de datos de pacientes reportados al Centro Regulador De Urgencias Y Emergencias del distrito de Barranquilla. Software spss v.25

En la tabla número ocho se pudo identificar datos significativos en cuanto a la hora de respuesta y el resultado de remisión, se puede observar que el 60,5% de los pacientes remitidos fueron ubicados con un tiempo de respuesta de menos de 24 horas, por otro lado un 34,7% de los paciente que pidieron una alta voluntaria tuvieron un tiempo de respuesta entre 97 y mas horas, por ultimo se puede destacar la rapidez de la remisión en aquellos pacientes de urgencia vital a mayor nivel de complejidad , atendidos con un tiempo de respuesta de menos de 24 horas y entre 25 a 48 horas con un porcentaje de 60% y 40% respectivamente.

Tabla # 9

**Tiempo de espera en respuesta de la solicitud de remisión al centro de regulación de urgencias y emergencias del distrito de Barranquilla en el periodo 2019.Días**

<b>TIEMPO DE ESPERA EN RESPUESTA DE LA SOLICITUD</b>	
Mediana	1.00
Desviación estandar	6.382
Minimo	0
Maximo	55

**Fuente:** Base de datos de pacientes reportados al Centro Regulador De Urgencias Y Emergencias del distrito de Barranquilla. Software spss v.25

Tiempo de espera en la solicitud de remisión al centro de regulación de urgencias y emergencias del distrito de Barranquilla en el periodo 2019 en días fue de 0 y máximo de 55 días, siendo la desviación estándar de 6,382 y la mediana de 1,00.

### 3.2 DISCUSIÓN

Al caracterizar la población objeto de estudio, en cuanto a la oportunidad en la atención en salud a través del proceso de referencia de la población reportada al centro de regulación de urgencias y emergencias del distrito de Barranquilla se comparo Sobre una muestra de 543 pacientes en una investigación que lleva por titulo ¿Son inadecuadas las remisiones urgentes a cardiología desde atención primaria? De canarias España , no evidenciaron diferencias significativas en la distribución de edades según sexo, la demanda fue homogénea en su distribución mensual. Dato similar a los resultados obtenidos en la presente investigación Masculino 50.5% y femenino 49.5% sin diferencias significativas entre ambos. (54)

De acuerdo a un estudio titulado REMISION DE PACIENTES EN UNA UNIDAD REGIONAL DE SALUD, COLOMBIA' obtuvieron El proceso de remisión entre niveles fue

poco eficiente, pues el máximo porcentaje alcanzado (entre el primer y el segundo nivel) fue de 39,8 %; los demás fueron inferiores a esta cifra. Refutando esto se considero el resultado de una investigación por Alcira Cantillo identificando el 59% de las referencias se dieron a a clínicas II nivel se da en la Región Pacífico Centra. Acorde a los resultados obtenidos con un 70.3% de solicitud a un segundo nivel de atención.(54)

De acuerdo a lo analizado se identifico que el 41 % de los pacientes reportados en CRUE se encontraban en el grupo etario de 1-20 años Los datos anteriormente mencionados fueron similares a una encuesta realizada a la población colombiana, en esta se identificó que la población que frecuentemente accedía a los servicios de salud se encontraba en los grupos del primer año de vida hasta los 10 años, también se halló un uso elevado en la edad de 20 años (55).

De acuerdo a los resultados obtenidos se obtuvo que el 63% de las solicitudes realizadas son pacientes con afiliación al régimen subsidiado por encima de los reportados al régimen contributivo con un 12.5%, resultados similares a los identificados en el estudio de percepción de la calidad en la prestación de servicios de salud con enfoque seis SIGMA. En donde el 50 % está afiliado a un régimen de cobertura de salud subsidiado por el Estado, usualmente dirigido a persona de bajos recursos, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado, mientras que el 40 % tiene un régimen contributivo, que es la forma de afiliación para personas con alguna vinculación laboral, como los trabajadores formales e independientes, los pensionados y sus familias.(56)

En cuanto al nivel de complejidad se evidencia que la población objeto de estudio acudió frecuentemente a una institución de complejidad nivel II en un 70,3%, seguida del nivel III en un 28,8% y por último al nivel I con un 0,9%. En un estudio de Moreno et al, (57). realizado en un hospital de primer nivel, los pacientes manifestaron en por medio de una

encuesta, tener satisfacción en el tiempo de respuesta un 77, 92% (57). Lo anterior fue similar al estudio de Santolalla, P. M. (57). En un hospital de alta complejidad evaluó la calidad de atención en salud, evidenciándose que el 45,1% estaba satisfecho con la atención en salud (58).

Por otro lado, La población objeto de estudio reportada al CRUE, accedió por una alteración en el sistema respiratorio y cardiovascular con porcentajes de 16,3% y 12,7%. Resultados distintos al estudio de Pinet L. et al (55) que evalúa la oportunidad que tienen los pacientes en el centro de urgencia del distrito federal, quienes ingresan con mas frecuencia aquellos con diagnósticos como diabetes, hipertensión arterial y cardiopatías en un 30% (59).

En cuanto al tiempo de respuesta, el de mayor frecuencia es de menos de 24 horas con un 48,33% seguido 25 a 48 horas con un 29,28% y el 14,49% de 97 horas y más, estos resultados son similares al de Agip Rojas L (60) realizado en el centro de coordinación y regulación de urgencias del hospital nacional Guillermo alemán Irigoyen, de los cuales identificaron que el tiempo de respuesta con mayor frecuencia es de mas de 1 horas con 43% seguida de entre 30 a 45 minutos con un 10,64 %. (60).

Por otra parte, el motivo de remisión de los pacientes reportados al CRUE, en un 20,2% fue por causa de una cirugía, otro 21,7% fue por ingreso a una unidad de cuidados intensivos, siendo estas los motivos mas comunes. El anterior resultado es similar al estudio de Agip Rojas L (61) pacientes atendidos por el CRUEN del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, la mayoría fueron por cirugía en un 30%, seguido de Pediatría con un 20% y por unidad de cuidados intensivos en un 11% (61).

Por último, los resultados de la remisión identificamos que el 65,9% fueron ubicados y el 14,9% se les dio el alta médica. Aunque observamos la deficiencia en la atención del servicio con el 4,7% de pacientes que decidieron pedir el alta de manera voluntaria y el 4,5% de los pacientes fallecieron en la espera, relacionándolo con el tiempo de respuesta el 60,5% de los pacientes remitidos fueron ubicados con un tiempo de respuesta de

menos de 24 horas, por otro lado, un 34,7% de los pacientes que pidieron una alta voluntaria tuvieron un tiempo de respuesta entre 97 y más horas. Estos resultados son similares a un estudio de Ramírez y Viana , mencionaron que en el 2010 se presentaron 255 remisiones en una ESE de los cuales el 40% no fueron autorizadas, muchos de estos pacientes fueron remitidos a cualquier EPS y otros se encontraban sin recibir ninguna clase de atención medica llevando a 3 de estos pacientes a la muerte (18). En otro estudio realizado Fraga-s. Et al (62). Aplicaron una encuesta a diferentes centros de regulación de urgencias especializados, de los cuales el 70% de estos presentaron un tiempo de respuesta adecuado en su servicio de atención (62).

### 3.3 CONCLUSIÓN

Se logró caracterizar la población objeto de estudio según la edad, aseguramiento y régimen de afiliación reportada en el CRUE

- Se alcanzo a describir el tiempo de respuesta según el motivo de remisión teniendo en cuenta el diagnostico del paciente y servicio solicitado para la atención en salud con mayor prevalencia a unidad de cuidados intensivos
- Se identificó el resultado de la remisión de la población y su relación según el tiempo de respuesta, observamos que el tiempo de respuesta tuvo relación con resultado de la remisión debido a que en gran medida fueron ubicados en menos de 24 horas posteriores a la solicitud.
- De acuerdo a la evaluación realizada a la oportunidad en la atención a través del CRUE se concluyo que existen demoras en cuanto a las respuesta oportuna de la remisiones; ameritando acciones de mejoramiento continuo en aspectos de gestión de la calidad.

### MARCO ADMINISTRATIVO

.PRESUPUESTO

RECURSOS HUMANOS: Investigadora asesora

Estudiantes asignados al proyecto

RECURSOS MATERIALES: Hojas, tintas, impresoras, computadores, lapiceros, memorias USB, engrapadora, cinta, resaltador

Tabla 1. Costo de los materiales utilizados

MATERIALES CANTIDAD COSTO

HOJAS 1500 27.000

TINTA 2 60.000

IMPRESORA 2 800.000

COMPUTADORES 4 5.000.000

LAPICEROS 10 2.500

MEMORIAS USB 4 60.000

RESALTADOR 2 1.500

## ANEXOS

**ANEXO 1 CARTA DE AUTORIZACIÓN SOLICITUD BASE DE DATOS.**



ALCALDÍA DE  
BARRANQUILLA / Soy BAC



Barranquilla, 6 de enero de 2020

**Señores:**

Oscar Padilla Tetay  
Karen Callejas Hernández  
Silvana Ávila Tapia  
Rosa España Guerrero  
Maestranter Universidad Simón Bolívar en Auditoria y sistemas de calidad en servicios de salud.

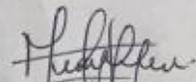
**Asunto:** Respuesta petición EXT – QUILLA—19-152954

**Cordial Saludo,**

Por medio de la presente damos respuesta a la petición EXT – QUILLA—19-152954, por medio de la cual se realizó la solicitud de la base de datos de referencia y contrareferencia del año 2019 del centro regulador de urgencias y emergencias del distrito de Barranquilla.

Se hace entrega en medio magnético de dicha información bajo confidencialidad, que debe ser empleada para fines académicos únicamente, teniendo en cuenta las políticas de privacidad de los entes de control, como lo es la secretaria de salud distrital.

Cordialmente,



**MARGARITA MONSALVE SALAS.**  
Jefe Oficina  
Atención al Ciudadano y Gestión Documental  
Secretaría General  
Calle 34 N° 43 – 31



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gutiérrez, C. El sistema de salud colombiano en las próximas décadas: cómo avanzar hacia la sostenibilidad y la calidad en la atención. Cuadernos de fedesarrollo. 2018;(60): 115. Disponible en: <https://www.repository.fedesarrollo.org.co/handle/11445/3556>
  2. Cano, Sara M., Giraldo, Alvaro, Forero, Constanza, Concepto de calidad en salud: resultado de las experiencias de la atención, Medellín, Colombia. Revista Facultad Nacional de Salud Pública [Internet]. 2016;34(1):48-53. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12043924004>
  3. Colombia. Ministerio de la Protección social. Ley 1438 de 2011: Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Ministerio; 2011. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf)
  4. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006 por el Cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá D.C.: El Ministerio; 2006. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf)
  5. Caicedo Rivera, J. M., Uribe Vásquez, Y. Y., & Álvarez, M. Informe de gira académica-Análisis comparativo de la atención brindada al adulto mayor con enfermedad coronaria en los sistemas de salud colombiano: subsidiado y contributivo. Uni Sant Tomas. 2016. Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/4393?show=full>
  6. Arrivillaga, Marcela et al. Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos. Gaceta Sanitaria [online]. 2016; 30 (6):415-420. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.008>
  7. Boletín electrónico para los actores del sistema de salud en Colombia no. 25 – abril 23 de 2013. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/Forms/tienda%20terminos.aspx?RootFolder=%2fsites%2frid%2fLists%2fBibliotecaDigital%2fRIDE%2fDE%2fCOM&FolderCTID=0x012000D4CDD61CAE671A41B3532ECA51ACD38>
- E

8. Tobar F. La atención de la salud. Organización mundial de la salud.2017. Disponible en: <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/la-atencion-de-la-salud>
9. Ley Estatutaria en salud 1715. Congreso de Colombia Bogotá 16 de febrero de 2015. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)
10. DECRETO 2759 DE 1991. Por el cual se organiza y establece el régimen de referencia Y contrarreferencia. Disponibel en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%202759%20DE%201991.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%202759%20DE%201991.pdf)
11. Silverman M. Optimización del proceso de Referencia y Contrarreferencia entre los niveles de la atención. Evaluación de la implementación de un sistema de comunicación electrónico. Maestría en Salud Pública, orientación en Sistemas Municipales. Universidad Nacional de la Plata. Argentina. 2007. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/5392>
12. Barquín M. Dirección de hospitales. 6ª ed. InterAmerican Mc Graw Hill. 1992; 25-35. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookID=1492>
13. Fontalvo Herrera Tomás J, Mendoza Mendoza Adel A, Visbal Cadavid Delimiro A. Evaluación del comportamiento de los indicadores de productividad y rentabilidad en las empresas prestadores de salud del Régimen Contributivo en Colombia. Salud, Barranquilla [Internet]. 2016 Sep [cited 2020 Nov 17] ; 32( 3 ): 419-428. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-55522016000300006&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522016000300006&lng=en).
14. Ministerio de salud y protección social, boletín informativo régimen subsidiado.2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/boletin-aseguramiento-i-trimestre-2017.pdf>
15. Ministerio de salud. Boletín electrónico para los actores del sistema de salud en Colombia no. 25 – abril 23 de 2013. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/Forms/tienda%20terminos.aspx?RootFolder=%2fsites%2frid%2fLists%2fBibliotecaDigital%2fRIDE%2fDE%2fCOM&FolderCTID=0x012000D4CDD61CAE671A41B3532ECA51ACD38E>
16. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 2759 de diciembre 1991 por el cual se reglamenta el sistema de referencia y contra referencia. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%202759%20DE%201991.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%202759%20DE%201991.pdf)

17. Constitución política de Colombia 1991. Disponible en: <https://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Colombia/colombia91.pdf>
18. Ramírez E., Viana Guzmán N. evaluación del sistema de referencia y contra-referencia en el servicio de urgencias de la empresa social del estado hospital local Arjona. Universidad de Cartagena .2012. Disponible en: <https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/401/Evaluacion%20sistema%20referencia%20y%20contrarreferencia%20ERIKA%20Y%20NIRLIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Norela S., Salazar E. Sistema de Referencia y Contra referencia Hospital Marco Fidel Suárez, Bello, Antioquia. Universidad de Antioquia. 2016. Disponible en: [http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/5513/1/MazoSandra\\_2016\\_ReferenciaContrareferencia.pdf](http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/5513/1/MazoSandra_2016_ReferenciaContrareferencia.pdf)
20. Ley 100. Congreso de la república. Bogotá. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diciembre 23 de 1993. ART 3 Y 8. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>
21. Guerrero, R., gallego, A. I., Becerril-Montekio, V., & Vásquez, J. Sistema de salud de Colombia. Salud pública Méx. 2011; 53( 2 ): 144-155. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800010&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800010&lng=es).
22. Chávez Cruz, A, Molina Regalado L. *Evaluación de la calidad de atención en salud mediante el modelo de Avedis Donabedian, en el área de emergencia del Hospital Paravida de Julio a diciembre 2014*. Maestría thesis, Universidad de El Salvador.2015. Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/11055/>
23. Naranjo-Hernández Y, Álvarez-Rodríguez R, Mirabal-Requena J, Álvarez-Escobar B. Florence Nightingale, la primera enfermera investigadora. Rev Arch Méd Camagüey. 2020;24(3): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/6810>
24. Jiménez Cangas Leonor, Báez Dueñas Rosa María, Pérez Maza Benito, Reyes Alvarez Iliana. Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. Rev Cubana Salud Pública . 1996; 22( 1 ): 15-16. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34661996000100008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661996000100008&lng=es).

25. Donabedian A. Estructura, proceso y resultado de la attention sanitaria. Evaluating the quality of medical careo Milbank Mem Fund Q 1966; 44:166-203. Disponible en: <https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2016/02/Monografico-Avedis-1parte.pdf>
26. Hernández-Torres, F., Alcántara-Balderas, M. A., Aguilar-Romero, M. T., Martínez-Molina, R., & Hernández-Carrillo, J. M. (2011). Niveles de evaluación de la calidad de la atención a la salud en el marco de la planeación estratégica del sector público. *Revista CONAMED*. 2011; 16(4): 188-198. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=59765>
27. Naranjo-Hernández Y, Álvarez-Rodríguez R, Mirabal-Requena J, Álvarez-Escobar B. Florence Nightingale, la primera enfermera investigadora. *Rev Arch Méd Camagüey*. 2020;24(3): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/6810>
28. Gustavo Nicolás Páez Luis Felipe Jaramillo. Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia. Ministerio de protección social. 2015. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/Forms/todos%20los%20items.aspx?Paged=TRUE&p\\_dc\\_ispartof=&p\\_ID=1255&PageFirstRow=101&SortField=dc%5Fispartof&SortDir=Asc&&View=%7B11D53DF9-D15A-4E4D-A04C-75416FA2A392%7D](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/Forms/todos%20los%20items.aspx?Paged=TRUE&p_dc_ispartof=&p_ID=1255&PageFirstRow=101&SortField=dc%5Fispartof&SortDir=Asc&&View=%7B11D53DF9-D15A-4E4D-A04C-75416FA2A392%7D)
29. Ministerio de salud y protección social sentencia T-760/08. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Sentencia%20T-760/SENTENCIA%20T760%20-2008.pdf>
30. Ramírez E., Viana Guzmán N. evaluación del sistema de referencia y contra-referencia en el servicio de urgencias de la empresa social del estado hospital local Arjona. Disponible en: <https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/401/Evaluacion%20sistema%20referencia%20y%20contrarreferencia%20ERIKA%20Y%20NIRLIS.pdf;jsessionid=D6A08701E40C800BA32524207875EA4A?sequence=1>

31. Foronda López, C. M., & Morales Ospina, D. Caracterización de la oportunidad de la atención en el servicio de urgencias de la Clínica Sagrado Corazón durante el primer semestre de 2017.2018. Disponible en: [http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/11547/1/ForondaCarolina\\_2018\\_OportunidadAtencionUrgencias.pdf](http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/11547/1/ForondaCarolina_2018_OportunidadAtencionUrgencias.pdf)
32. Sicilia E. *Las primeras ambulancias de la historia*. Rev National geographic.2019. Disponible en: [https://historia.nationalgeographic.com.es/a/primeras-ambulancias-historia\\_12539](https://historia.nationalgeographic.com.es/a/primeras-ambulancias-historia_12539)
33. Ramos k. Historia de la atención prehospitalaria en Colombia. Corporación universitaria adventista. Unac.2016. Disponible en: <http://repository.unac.edu.co/handle/11254/454>
34. Decreto 4747. Ministerio de la protección social. Bogotá. 7 de diciembre de 2007. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Decreto-4747-de-2007.pdf>
35. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1220 de 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. Bogotá D.C.: El Ministerio; 2010. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201220%20DE%202010.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201220%20DE%202010.pdf)
36. Guerrero, R., gallego, A. I., Becerril-Montekio, V., & Vásquez, J. Sistema de salud de Colombia. *Salud pública de México*. 2011; 53, s144-s155.
37. Mahecha López, D. L. ¿Cuáles son las acciones de mejora que deben implementar las EPS con su sistema de referencia y contra referencia, para que la atención sea oportuna y de calidad?. Unimilitar. 2017. Disponible en: <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/16298/MahechaLopezDianaLorena2017.pdf;jsessionid=97E17DD5914CBB43A7C05577C47DC350?sequence=1>
38. Acosta, R., & Miralba, S. Gestión clínica del proceso de referencia de un hospital de mediana complejidad ubicado en el departamento de Cundinamarca, Colombia (Doctoral dissertation, Universidad del Rosario).2019. Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/20307>

39. Sánchez Cano, G., & Piedrahita Gutiérrez, C. A. . Pertinencia de las remisiones y contra remisiones generadas en la red adscrita de servicios de salud de la ciudad de Manizales Caldas durante el año 2013. Uniautónoma. 2014. Disponible en: <http://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/handle/11182/91>
40. Ali Ali, B., Fortún Moral, M., Belzunegui Otano, T., Teijeira Álvarez, R., Reyero Díez, D., Cabodevilla Górriz, A. Influencia de los tiempos de respuesta prehospitalarios en la supervivencia de los pacientes politraumatizados en Navarra. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2015; 38(2) : 269-278).
41. Condori Coaquira, Y. L., Laricano Gutiérrez, D. J. Tiempo de respuesta y su relación con el escenario de atención prehospitalaria del sistema de atención móvil de urgencias, Tacna–2017. Disponible en: Condori Coaquira, Y. L., & Laricano Gutiérrez, D. J. (2019). Tiempo de respuesta y su relación con el escenario de atención prehospitalaria del sistema de atención móvil de urgencias, Tacna–2017
42. DECRETO 2759 DE 1991. Por el cual se organiza y establece el régimen de referencia Y contrarreferencia. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%202759%20DE%201991.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%202759%20DE%201991.pdf)
43. Ali Ali, B., Fortún Moral, M., Belzunegui Otano, T., Teijeira Álvarez, R., Reyero Díez, D., Cabodevilla Górriz, A. Influencia de los tiempos de respuesta prehospitalarios en la supervivencia de los pacientes politraumatizados en Navarra. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2015; 38(2) : 269-278).
44. Ministerio de salud y protección social, Atributos de la calidad en la atención en salud. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ATRIBUTOS-DE-LA-CALIDAD-EN-LA-ATENCI%C3%93N-EN-SALUD.aspx>
45. resolución 5596. Ministerio de salud y protección social. Bogotá. 24 de diciembre de 2015 Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%205596%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%205596%20de%202015.pdf)
46. Decreto 1288. Departamento administrativo de la presidencia de la república. Bogotá. 25 de julio de 2018. Disponible en: <https://bu.com.co/es/noticias/decreto->

[1288-de-](#)

[2018#:~:text=Se%20emite%20el%20decreto%201288,sobre%20el%20retorno%20de%20colombianos.](#)

47. Tobar Federico. La atención de la salud. 2017. Disponible en: <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/la-atencion-de-la-salud>
48. Ley 1438 de 19 de enero 2011. Art . Disponible en: <http://www.cres.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=Kqx9VH2UW7o%3D&tabid=224>
49. Resolución 5797 de 017. Por medio de la cual se crea un Permiso Especial de Permanencia. Disponible en: <https://www.migracioncolombia.gov.co/normativa/download/16-resoluciones-2017/70-resolucion-5797-pep-venezolanos>
50. **Congreso de Colombia.** Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales., Ley estatutaria 1581 del 2012. Disponible en: [https://www.defensoria.gov.co/public/Normograma%202013\\_html/Normas/Ley\\_1581\\_2012.pdf](https://www.defensoria.gov.co/public/Normograma%202013_html/Normas/Ley_1581_2012.pdf)
51. Arrivillaga, M., Aristizábal, J. C., Pérez, M., Estrada, V. E. Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos. *Gaceta Sanitaria.* 2016; (30): 415-420.
52. Sampieri R. Metodología de la investigación sexta edición. Disponible en: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
53. Sampieri R., Collado y Lucio 2003. Metodología de la investigación capítulo III Disponible en: [http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/meni/jure\\_s\\_jr/capitulo3.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/meni/jure_s_jr/capitulo3.pdf)
54. Valdes M.T, Marrero F. ¿Son inadecuadas las remisiones urgentes a cardiología desde atención primaria? SEMERGEN. 2010. Vol. 36. Núm. 8. páginas 419-484 Canarias, España

55. Ortega, J. R. Factores asociados al nivel de satisfacción sobre la calidad de atención de pacientes afiliados al SIS en establecimientos del primer nivel de atención. Arequipa 2019.Unsa. 2020. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/11086>
56. Pérez Pulido M, Orlandoni G percepción de la calidad en la prestación de servicios de salud con enfoque seis SIGMA.Revista Cubana de Salud Pública. 2018;44(2):325 - 343 SANTANDER COLOMBIA.
57. Moreno Zamora, S. A., Gámez Calderón, M. E., & Pinzón Espitia, O. L. *Satisfacción del cliente externo con la prestación de servicios de salud en el área de urgencias de un hospital de primer nivel de complejidad* (Doctoral dissertation, Universidad del Rosario).2018. Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/18491>
58. Santolalla, P. M. Calidad de atención del personal de salud y satisfacción del paciente en el servicio de resonancia magnética del Hospital de Alta Complejidad Trujillo, 2015. *UCV-SCIENTIA*. 2016; 8(2): 119-123.
59. Pinet, L. M. Atención prehospitalaria de urgencias en el Distrito Federal: las oportunidades del sistema de salud. *salud pública de México*. 2005; 47(1): 64-71.
60. Agip Rojas, J. M. (2018). Gestión de enfermería del centro regulador y coordinador nacional de emergencias y urgencias de ESSALUD según niveles de prioridades en el hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen Lima, 2017.
61. Fraga-S JM, Asensio-Lafuente E, Illescas-F GJ. Resultados de una encuesta sobre los servicios médicos de urgencias prehospitalarias realizada en México. *Gac Med Mex*. 2007:143(2):123-130.

