



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**ACCESO Y OPORTUNIDAD DE ATENCIÓN EN
URGENCIAS A LESIONADOS EN INCIDENTES
VIALES MEDELLÍN 2018**

Autor
José Angel Camargo Gutiérrez

Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
“Héctor Abad Gómez”
Medellín, Colombia
2020



**Acceso y oportunidad de atención en urgencias a lesionados en incidentes
viales Medellín 2018**

José Ángel Camargo Gutiérrez

**Trabajo de investigación para optar por el título profesional de
administración en Salud con Énfasis en Gestión en Servicios de Salud**

Asesor

**Juan David Arango Urrea Esp, Msc Profesor Facultad Nacional de Salud
Pública**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública**

“Héctor Abad Gómez”

Medellín

2020

Tabla de contenido

1.	Planteamiento del problema.....	12
2.	Justificación.....	17
3.	Objetivos.....	19
3.1.	Objetivo General	19
3.2.	Objetivos Específicos	19
4.	Marco normativo.....	20
4.2.	Legislación en atención Pre hospitalaria.....	22
4.3.	Servicio de Atención Prehospitalaria.....	23
5.	Marco Contextual.....	24
6.	Marco referencial.....	28
7.	Marco Conceptual.....	32
7.1.	Organismo responsable	35
7.2.	Recursos humanos	35
7.3.	Sistemas de información	36
7.4.	Equipo y tecnología.....	36
7.5.	Estructura financiera	36
7.6.	Comunicaciones.....	37
7.7.	Espacio físico	37
7.8.	El sistema de salud colombiano y la atención prehospitalaria.....	38
7.9.	Acceso a servicios de salud en la lógica de la multicausalidad.....	41
8.	Metodología.....	44
8.1.	Naturaleza del estudio.....	44

8.2.	Diseño.....	44
8.3.	Población y muestra.....	45
8.3.1.	Población participante.....	45
8.3.2.	Muestra y muestreo	45
8.4.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	46
8.4.1.	Instrumento de recolección de la información.....	46
8.4.2.	Técnica para la recolección de la información	47
8.4.3.	Fases de trabajo de campo.....	47
8.4.4.	Técnicas para análisis y sistematización de la información	49
9.	Consideraciones éticas.....	49
10.	Resultados y discusión.....	52
10.1.	Descripción del proceso: como emergen los resultados	52
10.1.1.	Primera fase	52
10.1.2.	Segunda fase	53
10.2.	Matriz Analítica: Una propuesta para comprender mejor el fenómeno.....	53
10.2.1.	Capítulo I: El contexto	54
10.2.2.	Capitulo II: las causas	66
10.2.3.	Capitulo III: El fenómeno central	75
10.2.4.	Capitulo IV: las consecuencias.....	81
11.	Conclusiones.....	90
12.	Recomendaciones y futuros estudios.....	92
	Referencias	93
	Anexos	105

Listado de cuadros

Cuadro 1. Relación de estaciones del cuerpo oficial de bomberos por comuna.	26
---	----

Listado de figuras

Figura 1. Instituciones prestadoras de servicios de salud habilitadas en Medellín, según su naturaleza jurídica, 2015.....	25
Figura 2. Modelo teórico conceptual en acceso efectivo a servicios de salud en la lógica del derecho a la salud	43
Figura 3. Matriz de relación entre las 11 categorías analíticas	54

Glosario

Acceso a urgencias: Posibilidad que tiene el Usuario para utilizar los servicios de salud en el área de urgencias.

ADRES: Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

Atención Prehospitalaria: Conjunto de actividades, procedimientos, recursos, intervenciones y terapéutica, encaminada a prestar atención en salud en el sitio de ocurrencia del evento médico o traumático.

Atención de urgencia: Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.

Comunicaciones: Red de comunicaciones, centros de referencia y contra referencia.

CRUE: Centros reguladores de urgencias y emergencias. Encargados de determinar el centro asistencial al que se traslada el paciente de acuerdo con la lesión, y la disponibilidad de recursos.

DAGRD: Departamento administrativo para la gestión del riesgo de desastres.

Equipo y tecnología en salud: Equipos y materiales utilizados para la atención del paciente.

Estructura financiera: Distribución de los recursos de la financiación de una entidad ya sea pública o privada.

FONSAT: El Fondo del Seguro Obligatorio de incidentes viales que garantiza la universalidad de la cobertura del SOAT.

Incidente vial (IV): Evento que transfieren energía cinética entre superficies inertes y vivas en corredores de movilidad. Causan lesiones fatales y no fatales, con efectos en salud, bienestar y productividad.

Oportunidad en salud: 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.

Percepción: Mecanismo individual que realizan los seres humanos que consiste en recibir, interpretar y comprender las señales que provienen desde el exterior, codificándolas a partir de la actividad sensitiva.

Recursos humanos: Conjunto de personas encargadas de la atención del paciente (médico, auxiliar de enfermería, tecnólogo en atención pre-hospitalaria o enfermero profesional)

Red de urgencias: Conjunto articulado de prestadores de servicios de urgencias, ubicados en un espacio geográfico, con distinta capacidad de resolución, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional, a través de los Centros Reguladores de Urgencia y Emergencias.

Regulación: Es el conjunto de actividades y procedimientos basados en la prioridad de la atención en salud de los pacientes de acuerdo con el riesgo y la gravedad clínica, para lo cual se debe tener en cuenta los recursos disponibles y el factor tiempo.

Registro Clínico Pre hospitalario: Documento escrito en papel, medio digital o las dos, en la cual se registran los datos pertinentes y procedimientos realizados en los pacientes.

Regulación médica: Acompañamiento constante por el médico y/o urgentólogo durante la atención, desde la central de regulación por vía radio o teléfono.

Salud Pública: Constituida por un conjunto de políticas que busca garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones dirigidas tanto de manera individual como colectiva ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo.

Servicio de urgencia: Es la unidad que presta servicios de salud para situaciones de urgencias, disponible las 24 horas en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud.

Sistema de salud: Es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud.

SOAT: Seguro Obligatorio para Incidentes viales.

Referencia y contra referencia. Conjunto de procesos, procedimientos y

actividades técnicas 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.

TAPH: Tecnólogo en Atención Prehospitalaria.

TUM: Técnico en urgencias Medicas

Urgencia: Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva, tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.

Resumen

Contexto: El acceso a servicios de salud es un tema de creciente preocupación, en el caso colombiano ha ganado importancia frente al aseguramiento. **Objetivo:** Describir la percepción del personal de atención prehospitalaria del Cuerpo de Bomberos y Secretaria de Salud, sobre el acceso y oportunidad que experimentan los lesionados en incidentes viales, para ingresar a la red de urgencias de Medellín.

Material y métodos: investigación cualitativa con énfasis en la percepción de quienes son los encargados de trasladar a lesionados en incidentes viales, y que hacen parte del servicio de Atención Prehospitalaria de Medellín. **Resultados:** Se

identificaron múltiples barreras de acceso para que los lesionados en incidentes viales reciban una atención oportuna e integral. Algunas barreras están relacionadas con la comunicación efectiva, el talento humano y otros recursos necesarios en el nivel pre hospitalario y hospitalario. La mayoría de las barreras se dan en el acceso real, durante la búsqueda y continuidad del tratamiento. **Discusión**

y conclusiones: los actores recurren a estrategias para solventar las barreras de acceso. El análisis cualitativo de los conceptos de acceso y oportunidad permite identificar alternativas que pueden servir de insumo para políticas en salud.

Palabras clave: Servicios de Salud, Personal paramédico, Incidente vial, urgencias.

Abstract

Context: Access to health services is a matter of growing concern, in the Colombian case it has gained importance compared to insurance. **Objective:** To describe the perception of the prehospital care personnel of the Fire Department and Health Secretary, regarding the access and opportunity experienced by those injured in road incidents, to enter the Medellín emergency network. **Material and methods:** qualitative research with emphasis on the perception of those who are in charge of transferring those injured by a road incidents, who are part of the Pre-hospital Care service of Medellín. **Results:** Multiple access barriers were identified so that those injured in a road incident receive timely and comprehensive care. Some barriers are related to effective communication, human talent and other necessary resources at the pre-hospital and hospital level. Most of the barriers are in the real access, during the search and continuity of the treatment. **Discussion and conclusions:** the actors resort to strategies to solve the access barriers. The qualitative analysis of the concepts of access and opportunity allows us to identify alternatives that can serve as input for health policies.

Key words: Health Services, Paramedical personnel, Road incident, emergencies.

1. Planteamiento del problema

Cada año en incidentes viales fallecen más de 1,3 millones de personas y entre 20 y 50 millones sufren traumatismos, convirtiéndose en la primera causa mundial de discapacidad que, además, repercute de manera directa sobre la economía de los países con unos costos estimados para los gobiernos del 1% al 3% del Producto Nacional Bruto, así como las afectaciones sociales y familiares derivadas de la pérdida de capacidad física de los afectados (1).

En Colombia, en 2015, al Instituto Nacional de Medicina Legal fueron reportados 52.690 casos atendidos por incidentes viales; las lesiones fatales corresponden a un total de 6.884 (13,07%), afectando en su mayoría a población entre 15 y 49 años de edad y las lesiones no fatales reportan un total de 45.806 personas lesionadas (86,93%) (2).

En los últimos años, se ha presentado en Medellín un incremento en el número de hechos viales totales; para el año 2015 se presentó un total de 277 víctimas mortales, para un consolidado de 0,75 fallecidos por día; de los cuales los más afectados son los conductores y acompañantes de motocicleta, personas con edades entre los 20 y 39 años quienes representan aproximadamente el 80% de los muertos bajo esta condición (3)

Los incidentes viales en Medellín reciben atención en el sitio del evento por parte de las autoridades competentes, que involucra a instituciones municipales tales como: Bomberos Medellín, Secretaria de Salud, Secretaria de Movilidad y Policía Nacional. La intervención en salud en el sitio del incidente es otorgada por personal entrenado y calificado técnica y académicamente en atención pre- hospitalaria, para dar respuesta a situaciones de emergencia en vía pública o lugares fuera del ámbito hospitalario donde se presenten lesionados; teniendo como principal objetivo:

garantizar una atención en salud oportuna y efectiva y realizar traslado a centro asistencial de ser necesario, teniendo en cuenta el tipo de aseguramiento (SOAT – ADRES), y el nivel de complejidad que se requiera (3).

La oportunidad y el acceso deben ser garantizadas para darle continuidad a la atención del paciente, en las condiciones de complejidad y tiempo requerido en cada situación; si no se garantiza, el trabajo realizado en la escena del incidente deja de ser efectivo. Es aún más complejo cuando el hospital de nivel apropiado más cercano, no tiene la disponibilidad para atender al lesionado, lo que hace necesario entonces que desde la central de regulación, se realicen llamadas telefónicas a clínicas y hospitales de la ciudad que cuenten con el nivel requerido, mientras el paciente está en una ambulancia esperando recibir una atención oportuna e integral, a la que tiene derecho como paciente afectado en incidente vial que ha contratado el seguro SOAT, o en su defecto por el FONSAT (4).

El personal de atención pre-hospitalaria está en la capacidad de brindar una atención inicial e instaurar un tratamiento básico o avanzado con apoyo médico vía radio o celular. Cada minuto en la calle es determinante tanto para el paciente como para familiares y personal asistencial; debido a que existen lesiones que pueden complicarse si no logran diagnosticarse a tiempo para recibir el tratamiento definitivo (5).

El oportuno acceso a los servicios de urgencia, esta mediado por la capacidad instalada, la cultura frente al uso racional de los servicios por parte de los ciudadanos, sistemas de atención domiciliaria, y también por la demanda de servicios que genera el programa de atención pre-hospitalaria de ciudad (6).

El personal de atención pre-hospitalaria percibe de forma directa, la situación que experimentan los lesionados en incidentes viales antes de ser trasladados al servicio de urgencias; entendiéndose como percepción aquel proceso sensorial

afinado por las emociones, las intenciones, los valores, las experiencias, las actitudes, las expectativas y el saber, que puede exteriorizarse motriz, simbólica y lingüísticamente (7).

El punto crítico de esta investigación es el acceso a los servicios de urgencias y atención oportuna para lesionados de incidentes viales, quienes experimentan situaciones derivadas del proceso de atención, regulación y traslado a centros asistenciales, que puede ser crucial en la primera hora de ocurrido el incidente, conocida como la hora dorada en la atención pre-hospitalaria, en la que pueden desencadenarse complicaciones clínicas que lleguen a causar muerte o discapacidad (8).

La atención en la escena, llega a ser importante porque los sistemas prehospitalarios han sido diseñados para extender los servicios médicos hospitalarios a la población, a través de la interacción de una compleja red de transporte, comunicación, recursos materiales y humanos, recursos económicos y participación pública; estos sistemas pueden ser diseñados de distintas maneras, dependiendo de la disponibilidad, capacidad y calidad de recursos, y con base en las necesidades de la comunidad, de acuerdo con leyes y reglamentos establecidos (9).

Por esta razón, en Colombia en el año de 1994, el entonces Ministerio de Salud crea los Centros Reguladores de Urgencias CRU (como inicialmente se llamaron). En la actualidad, se cuenta con 24 CRUE en el país, a cargo de los departamentos, con la reconocida necesidad de continuar con el desarrollo de estos centros en el sistema de salud, para dinamizar los sistemas de referencia y contra referencia, la coordinación de los sistemas de atención pre hospitalaria, y muy importante la coordinación de las emergencias y desastres del sector salud (9).

Estos centros de regulación, permiten la interacción de los hospitales y clínicas entre

si y de estos con los sistemas de atención prehospitalarios locales. Cuyo funcionamiento esta mediado a través de protocolos interinstitucionales. El CRUE debe tener acceso a información sistematizada que le permita realizar la coordinación, integración y regulación de la atención de salud en forma oportuna y adecuada y apoyar el sistema de vigilancia epidemiológica (10).

Instituciones locales donde puede encontrarse elementos que pudiesen aportar con su conocimiento en las situaciones derivadas de incidentes viales (entre otras), son el cuerpo de Bomberos de la ciudad de Medellín y la Secretaría de salud con su programa de Atención pre hospitalaria (APH) operado por Metrosalud. Ellos, representan un organismo encargado de salvaguardar la vida de las personas y llevarlas a la entidad hospitalaria del nivel de complejidad requerido, donde puedan ser atendidas. Desde la escena del incidente vial hasta el ingreso a la entidad hospitalaria es competencia del programa APH de ciudad, una vez ingresado el paciente a la sala de urgencias, es responsabilidad de la entidad receptora la continuidad del tratamiento iniciado en el ámbito pre hospitalario (10).

Para llevar a cabo este proceso es necesario de personal, recursos, comunicaciones, etc. dentro de estas herramientas transversales a la atención de pacientes se encuentra el centro regulador, como unidad de carácter operativo no asistencial, responsable de coordinar y regular en el territorio de su jurisdicción, el acceso a los servicios de urgencias y la atención en salud de la población afectada en situaciones de emergencia, por lo tanto, son un punto crítico del sistema de atención pre hospitalaria que debe ser considerado en esta investigación (9).

Para obtener la información necesaria de los principales actores en el ámbito pre hospitalario, en esta investigación se buscó conocer la percepción de los prestadores de Atención Prehospitalaria, quienes aportaron información de acuerdo a sus experiencias, y conocimiento del sistema, puntos fuertes y débiles que afectan esta área de la atención en salud.

Para poder entender esta problemática, surge la siguiente pregunta de investigación que busca describir:

¿Cuál es la percepción de los TAPH del Cuerpo de Bomberos y Secretaria de Salud, sobre el acceso y oportunidad de ingreso a la red de urgencias para lesionados en incidentes viales de Medellín-2018?

2. Justificación

Según la normatividad vigente los servicios de salud otorgados a las víctimas de incidentes viales, son los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios, suministrados a la víctima por un prestador de servicios de salud habilitado, destinados a lograr su estabilización, tratamiento y la rehabilitación de secuelas y patologías generadas como consecuencia de los mencionados eventos, así como el tratamiento de complicaciones resultantes de los mismos; para la investigación se resalta la atención inicial de urgencias como ese momento del vital importancia para el diagnóstico oportuno y el manejo óptimo de las lesiones (10).

La presente investigación da la oportunidad de expresión a aquellas personas que tiene la vivencia diaria, de atender lesionados en incidentes viales y cuya memoria guarda las diferentes situaciones que se desprenden del modelo de salud y de atención en salud que existe en Colombia, y lo que se presenta en Medellín con respecto al tema.

Los incidentes viales y su afectación en salud a ciudadanos de Medellín motivan la realización de esta investigación donde se busca obtener información de fuente primaria, que permita evidenciar si existen barreras para que los lesionados en incidentes viales, reciban atención en urgencias en términos de oportunidad.

La APH, representan un gran reto en materia de salud pública, debido al crecimiento alarmante de accidentalidad vial, con consecuencias en la salud de los ciudadanos. La morbilidad y mortalidad a causa de lesiones por incidentes viales merece una mirada desde la administración en salud, al ser considerado como una problemática que afecta no solo al accidentado y su entorno, sino que impacta de alguna manera la economía y el desarrollo de los países. Actualmente esta problemática desde el punto de vista de los TAPH y TUM no se ha estudiado a profundidad (9).

El tema de involucrar a los TAPH en ejercicios investigativos es de gran relevancia, ya que se pueden obtener datos del sistema y al mismo tiempo estimular el desarrollo de un pensamiento crítico por parte del personal pre-hospitalario hacia el modelo de atención en salud existente, sus fortalezas y debilidades. Así, los proveedores de APH brindaran atención médica pre-hospitalaria al mismo tiempo que valoran el acceso fácil y oportuno de sus pacientes a la red de urgencias de la ciudad (9).

3. Objetivos

3.1. Objetivo General

Describir la percepción de los TAPH de Bomberos y Secretaria de Salud, sobre el acceso y oportunidad que experimentan los lesionados en incidentes viales, para ingresar a la red de urgencias de Medellín, 2018.

3.2. Objetivos Específicos

Analizar la percepción de los TAPH acerca del acceso y la oportunidad brindada a los lesionados en incidentes viales en la red de urgencias de Medellín 2018.

Realizar propuestas de mejora a partir de las experiencias de los TAPH con respecto al acceso oportuno a la red de urgencias de Medellín para lesionados en incidentes viales.

4. Marco normativo

El Artículo 48 de la Constitución Política de Colombia establece que se debe garantizar a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social, al igual que el Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley (12).

Por su parte, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) es el encargado de definir los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud que deben desarrollar las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y las Empresas Promotoras de Salud (EPS) (12).

En la Sentencia T-384/13 se habla sobre la accesibilidad a servicios médicos requeridos con necesidad-, una persona requiere un servicio de salud con necesidad, cuando el mismo es indispensable para el mantenimiento de su salud, integridad y la vida en condiciones dignas (13,14).

En cuanto a la oportunidad en la prestación del servicio de salud- La Sala reitera que las EPS deben cumplir con el deber de oportunidad en la prestación de los servicios médicos. También habla sobre el derecho a la salud en cuanto a su vulneración por demora injustificada en la atención debido a trámites administrativos, la entidad prestadora de salud no debe anteponer trámites administrativos que obstaculicen el acceso al servicio (13,14).

Ley 33 de 1986 creó el seguro por daños a las personas causados en incidentes viales, será obligatorio y el perjudicado tendrá acción directa contra el asegurador (15,16).

Decreto 1032 de 1991 Regula integralmente el seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en incidentes viales como obligatoriedad para transitar en el territorio nacional, con atención obligatoria por parte de los hospitales monto cubierto por el fondo de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (FONSAT) y FOSYGA el cual fue reglamentado por el Decreto 2878 de 1991, disposiciones éstas que se encuentran incorporadas en los Artículos 192 y siguientes del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993). Las cuales fueron modificadas y adicionadas parcialmente por el artículo 244 de la Ley 100 de 1993 (17).

Decreto 2423/96 Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario. Las tarifas del presente Manual están actualizadas al valor del Salario Mínimo Diario Legal Vigente (SMDLV) (18).

Decreto 3990 de 2007 Se reglamenta la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos e incidentes viales del FOSYGA, se establecen las condiciones de operación del aseguramiento de los riesgos derivados de daños corporales causados a las personas en incidentes viales, eventos catastróficos y terroristas, las condiciones generales del seguro de daños corporales causados a las personas en incidentes viales, SOAT, y se dictan otras disposiciones (19).

Resolución. 13049 de 1991 Por la cual se fijan normas y procedimientos y se adoptan los modelos de reclamación uniformes para el reconocimiento y pago por la prestación de servicios de salud correspondientes al seguro obligatorio de incidentes viales (19).

En la circular externa 14 de 1995 se habla sobre el derecho a la atención de urgencias, estableciendo que el estado tiene el deber de garantizar a todos los habitantes del Territorio Nacional la atención inicial de urgencias. En efecto, ninguna

IPS podrá negarse a prestar la atención inicial de urgencias (20).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales, en uno de sus enfoques promueve que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos bajo términos de: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica (asequibilidad) y acceso a la información (21).

4.1. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud

Fue construida por el Ministerio de Salud y Protección Social, para determinar los lineamientos estratégicos sobre los cuales se debe regir la prestación de los servicios en Colombia. La política detalla las estrategias y líneas de acción establecidas para el logro de los objetivos propuestos (17).

4.2. Legislación en atención Pre hospitalaria

Según la Resolución número 3100 DE 2019 “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud” (22). Se establece en el “numeral 11.6.2 “Servicio de transporte Asistencial”, donde el personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios cuenta con la autorización expedida por la autoridad competente, para ejercer la profesión u ocupación.

4.3. Servicio de Atención Prehospitalaria

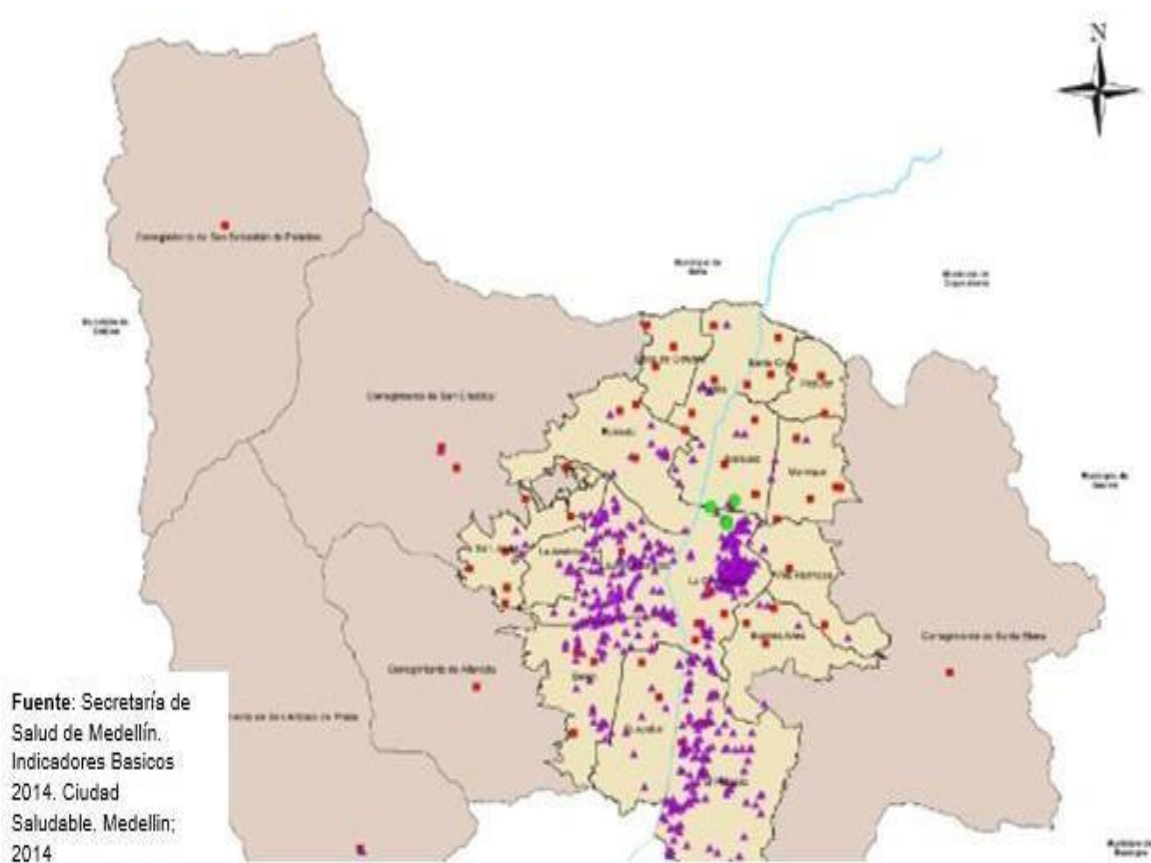
- Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con:
- Tecnólogo en atención prehospitalaria o técnico profesional en atención prehospitalaria o profesional de la medicina.
- El talento humano en salud cuenta con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en soporte vital avanzado. (22).

5. Marco Contextual

La presente investigación se realiza en la ciudad de Medellín capital del departamento de Antioquia. Tiene una distribución político-administrativa de 16 comunas y 5 corregimientos (23) y conforma junto con otros 9 municipios el área metropolitana del Valle de Aburrá (24). En cuanto a la economía Medellín sobresale como centro financiero, comercial, industrial y de servicios de Colombia principalmente sectores de confección, eléctrico, telecomunicaciones, textil entre otros; además es uno de los principales centros culturales y la segunda ciudad más habitada del país (25).

Para la realización del proyecto se tiene en cuenta la red de instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) disponible en Medellín según su naturaleza jurídica, lo que para el año 2015 indicó un total de 981 instituciones 917 privadas, 60 públicas y 4 mixtas (26).

En cuanto el sistema de atención prehospitalaria de la ciudad, éste se encuentra relacionado con el proyecto estratégico que está en cabeza de la Secretaría de Salud a partir del acuerdo municipal 021 de 2004 que creó la red de atención de urgencias y emergencias para Medellín. Asimismo, el programa de atención prehospitalaria comenzó en 2011 buscando fortalecerse con el trabajo interinstitucional en la línea de emergencias 123 salud, con relación para la prestación del servicio entre el Departamento Administrativo de Gestión del Riesgo de Desastres (DAGR), la ESE Metrosalud, la policía nacional, secretaria de movilidad y las IPS teniendo como beneficiarios a toda la población de Medellín (27).



**CONVENCIONES
IPS habilitadas Medellín**

- PUBLICAS
- ▲ PRIVADAS
- MIXTAS

Figura 1. Instituciones prestadoras de servicios de salud habilitadas en Medellín, según su naturaleza jurídica, 2015.

Fuente: Secretaría de salud de Medellín: Indicadores básicos 2014, ciudad saludable, Medellín 2014.

Relacionado con lo anterior, el proyecto de atención prehospitalaria es operado por la ESE Metrosalud que cuenta en la ciudad con 10 centros de salud ubicados en Belén, Castilla, Doce de octubre, Manrique, Buenos Aires, San Javier, San Antonio de Prado, Santa Cruz y nuevo Occidente; pero la sede administrativa del programa

de atención prehospitalaria se encuentra en el Barrio Campo Valdes (28). En lo referente al cuerpo oficial de bomberos de la ciudad el cual cuenta con personal pre hospitalario (29), éste es coordinado por la subdirección de manejo de desastres que pertenece al Departamento Administrativo de Gestión del Riesgo de Desastres (DAGR) (30).

Cuadro 1. Relación de estaciones del cuerpo oficial de bomberos por comuna.

COMUNA	ESTACION DE BOMBEROS
3 – Manrique	Campo Valdés
5 – Castilla	Caribe
6 – Doce de Octubre	Doce de Octubre
9 – Buenos Aires	Buenos Aires
10 - Candelaria	Libertadores
12 – La América	La Floresta
15 - Guayabal	Central Escuela - Guayabal
80 – San Antonio de Prado	San Antonio de Prado

Fuente: Propio del autor

Cabe aclarar que, si bien son 8 las estaciones del cuerpo oficial de bomberos de Medellín, no todas tienen en su equipo de trabajo personal de atención pre hospitalaria. También ocurre en el contexto de la ciudad que no necesariamente personas graduadas de atención pre hospitalaria sean las únicas que cumplan funciones de esta índole, pues también se cuenta con bomberos graduados en técnica, tecnología o pregrados en área de la salud, y que apoyan la atención de lesionados a nivel Prehospitalario (31).

Finalmente, sin ser el lugar de acción principal del personal de atención prehospitalaria, es importante resaltar que la prestación de servicios de ambulancias en la ciudad de Medellín se encuentra regulada por el acuerdo 20 del 22 de julio de 2001 en el que se reglamenta la necesidad de “Adoptar El Manual De

Normalización Del Componente De Traslado Para La Red Nacional De Urgencias”
implementación que está a cargo de la Secretaría de Salud (32).

6. Marco referencial

Teniendo en cuenta la importancia que tiene en el contexto actual la atención prehospitalaria debido a la alta accidentalidad en la ciudad de Medellín, el personal pre hospitalario es quién se encuentra capacitado de manera técnica y académica y quien tiene la facultad para prestar el servicio una vez ocurrida la emergencia en vía pública, para posteriormente realizar el traslado a un centro hospitalario de ser así necesario. Así mismo la continuidad de la atención del paciente depende de la oportunidad de acceso a los servicios de urgencias, pues de no ser así dejaría de ser efectiva la atención dada previamente al tener que esperar que sea posible su atención en ese u otro servicio de urgencias al que pueda ser trasladado después de cumplir el protocolo establecido para esto.

De esta manera, es útil hacer un recorrido y análisis a las investigaciones realizadas a nivel internacional, nacional y local, relacionado con este tema con el fin de generar una mirada integral a la investigación que se encuentra en proceso de realización.

En primer lugar, se destacan los estudios llevado a cabo a nivel mundial, por lo que se resalta un estudio en España titulado “Factores pronósticos relacionados con la mortalidad del paciente con trauma grave: desde la atención pre- hospitalaria hasta la Unidad de Cuidados Intensivos” realizado por J. González Robledo y otros en 2015, el cual aunque se centra en los pronósticos asociados a traumas graves, hace un análisis para llegar a los resultados desde la atención prehospitalaria hasta la oportunidad de ingreso al hospital y tratamiento (33). Por otro lado, si bien se hizo un rastreo no se encontraron investigaciones que se relacionaran con ésta en Estados Unidos.

Para continuar el hilo conductor en la ubicación geográfica, en México se

encontraron dos estudios que abren el panorama de la presente investigación, uno se titula “Factores asociados con la gravedad de lesiones ocurridas en la vía pública en Cuernavaca, Morelos, México” realizado por Elisa del Carmen Hidalgo-Solórzano y otros en 2005 y pretendió encontrar los factores asociados con la gravedad de las lesiones acontecidas en vía pública y que requirieron atención en urgencias en varios hospitales de Cuernavaca (34).

El segundo denominado “El reporte de cuidados prehospitalarios y el estándar de atención: Estudio retrospectivo de un servicio de ambulancias privado de la ciudad de México” realizado por Luis Mauricio Pinet Peralta en 2005 enfocado en el cumplimiento de protocolos como diligenciar documentos y su relación con la atención médica desde la atención prehospitalaria y la necesidad de atención en un centro de urgencias estipulado en tiempos de respuesta y nivel de atención (35).

Ahora, es pertinente centrarse en América Latina, específicamente el sur del continente comenzando por Ecuador donde se encontró una investigación titulada “Atención pre-hospitalaria en emergencias por el Servicio Integrado de Seguridad ECU 911” realizada por Paul Sebastián Alulema Zurita y otros en 2017 que enfatizó su desarrollo en el servicio de atención pre-hospitalaria y su tiempo de respuesta la cual implica acciones y toma de decisiones de las que depende la atención de las personas accidentadas, entre las que se encuentra su traslado a un servicio de urgencias de un centro hospitalario cuando es necesario (36).

En lo relacionado con sur américa, en Brasil se encontró un estudio realizado por Waleska Antunes da Porciúncula Pereira y otro en 2009 titulado en español “el trabajo en equipo en la atención pre-hospitalaria a las víctimas de incidentes viales la cual se concentró en Porto Alegre y analizó el trabajo en equipo al momento de atender a víctimas de incidentes viales, el cual corresponde a identificar las actividades realizadas por cada equipo, el trabajo en equipo y la relación con otras áreas entre las que se encuentra el personal de servicios de urgencias a donde llega

el equipo de atención pre-hospitalaria con el herido que requiere atención en hospital (37).

Por otro lado, es pertinente aclarar que no son demasiados los estudios relacionados con la presente investigación, pero realizando un riguroso rastreo se encontró una investigación en El Salvador que, aunque no se relaciona directamente tiene elementos que pueden dar una lectura crítica a la investigación realizada actualmente, ésta tiene por título “conocimientos, actitudes y prácticas de los cuerpos de socorro en la atención prehospitalaria de trauma por incidentes viales. Situación en el salvador: área metropolitana” con Estephany Carolina Castellón Valencia y otras como autoras y realizada en 2016 la cual tuvo en cuenta la importancia de la atención prehospitalaria teniendo en cuenta la alta accidentalidad del país con el fin de que se haga una evaluación y atención extra-hospitalaria que posibilite evaluar, tratar y trasladar a servicios de urgencias donde finalmente son atendidas las personas de acuerdo con la gravedad de las lesiones (38).

Finalmente se realizó una búsqueda al interior del país siendo predominantes los estudios relacionados con la atención médica como tal enfocada a las lesiones y traumas y no a la relación existente entre dicha atención en la vía y la oportunidad de atención en los servicios de urgencias. Siendo así, en correspondencia con la investigación que se realiza se encontró en la ciudad de Medellín un estudio con un grado de relación bastante amplio aunque se enfoca más en la atención en vía pública como tal, titulado “Oportunidad de atención prehospitalaria de las víctimas de eventos de tránsito, zona centro de Medellín 2009” realizada por Karen Iveth Colón y otros la cual trabajó el aspecto de la atención de los hechos de accidentalidad por el personal pre-hospitalario e indaga por la forma cómo son recibidos en los centros hospitalarios (39).

Entonces sin ser su dirección la atención en el servicio de urgencias percibida por

el personal de atención prehospitalaria, si abre el panorama respecto a la investigación que se hace actualmente.

7. Marco Conceptual

La Atención pre hospitalaria es el conjunto de actividades, procedimientos, recursos, intervenciones y terapéuticas, encaminadas a prestar atención en salud a aquellas personas que han sufrido una alteración aguda de su integridad física o mental, causada por trauma o enfermedad de cualquier etiología, tendiente a preservar la vida y a disminuir las complicaciones y riesgos de invalidez y muerte, en el sitio de ocurrencia del evento y durante su traslado hasta la admisión en la institución asistencial. Por su idoneidad y competencia, debe ser brindada por un Profesional, Tecnólogo o Técnico en Atención Prehospitalaria (40).

La organización de servicios médicos de emergencia prehospitalarios puede basarse en dos sistemas: el angloamericano y el franco-alemán. El primero brinda el servicio médico a través de técnicos en urgencias médicas (TUM) y paramédicos, que funcionan como extensión médica. Los pacientes son transportados a salas de emergencia en donde son evaluados con el fin de identificar el área de especialidad más adecuada para que reciban tratamiento definitivo. En contraste, el sistema franco alemán utiliza médicos como proveedores prehospitalarios y los pacientes son recibidos directamente en los servicios de especialidad, habiendo sido evaluados en el campo por el equipo pre hospitalario, que incluye TUM paramédicos, enfermeras y médicos especialistas, entre otros (8).

En el caso colombiano el sistema que predomina es el sistema anglosajón o americano, por lo tanto, quien da la atención Prehospitalaria, puede ser Tecnólogo en atención Prehospitalaria o técnico profesional en atención Prehospitalaria o auxiliar en enfermería, en cualquier caso, con certificado de formación en soporte vital básico, en caso de que el servicio de atención Prehospitalaria cuente con Medico, este debe tener el certificado actualizado de soporte vital avanzado.

Para transporte terrestre el conductor cumple con lo que determine para su actividad la autoridad de tránsito terrestre y adicionalmente cuenta con certificado de formación en primeros auxilios (22).

Los incidentes viales causan traumatismos múltiples, que pueden ser leves, moderados o severos, con compromiso vital o funcional en el traumatizado. El interés creciente en la investigación y manejo de las víctimas de trauma se ha visto cristalizado con la creación de varias asociaciones orientadas en esta área de la medicina (41).

La OMS cuenta con una división denominada “Acciones de Emergencia y Humanitarismo” como parte de su interés en la atención de las víctimas de desastres y laboran muy de cerca con la Cruz Roja Internacional cuando ocurren desastres mayores. Otra de estas asociaciones es la International Trauma Anesthesia and Critical Care Society (ITACCS) fundada en 1988, estableció su matriz en Estados Unidos de Norteamérica. ITACCS ha extendido su interés en Europa y en Asia. En 1994 ITACCS formó en América Latina una filial denominada Sociedad Latinoamericana de Trauma, Anestesia y Cuidado Crítico (LATACCS), cuyo objetivo ha sido definido como “Evitar muertes y prevenir daño funcional a través del desarrollo de centros locales de atención al traumatizado (42).

A pesar de que el acceso a la atención es una de las principales preocupaciones de las políticas sanitarias, se trata de un concepto mal definido, que se confunde con términos como accesibilidad, disponibilidad o búsqueda de atención. Se observan dos tendencias: aquellos autores que definen el acceso como el ajuste entre las características de los servicios y de la población y los que lo equiparan con la utilización de los servicios. Dentro de este enfoque, una de las propuestas teóricas más utilizada es la desarrollada por Aday y Andersen, que distingue entre acceso realizado - utilización efectiva de servicios -, y potencial - factores que predisponen y capacitan el uso de servicios.

Entre los marcos teóricos de acceso adaptados al modelo de competencia regulada destaca el desarrollado por Gold, que incorpora algunos elementos relacionados con las aseguradoras que influyen en el acceso. La reforma del sistema de salud colombiano ha sido un proceso largo y complejo, que ha dado lugar a numerosos análisis (43).

El acceso a los servicios de salud es uno de los retos más importantes que tienen principalmente los sistemas de salud de los países de mediano y bajo ingreso; definido como la capacidad que desarrolla una persona o grupo de personas para buscar y obtener atención médica (44). Además de este concepto, otros autores como Andersen lo definen como la “capacidad de utilizar los servicios de salud cuando y donde sea necesario” (45); para Cromely y McLafferty el acceso es el “poder de disponer de los recursos del servicio de salud” (46); para Dixon-Woods et ál., la forma más útil de entender el acceso es a través del concepto de candidatura, o candidacy, que describe la elegibilidad de las personas para la asistencia sanitaria, determinada por ellas mismas y por los servicios de salud (47). Entre las aproximaciones al acceso se destaca el carácter multidimensional del concepto, pues este incluye cuestiones como disponibilidad, accesibilidad, acomodación y aceptabilidad, lo cual hace posible acercamientos multidisciplinarios y transversales desde varios campos o disciplinas del conocimiento, que pueden incluir la salud pública, la antropología, la psicología y la economía, entre otras (48).

Aunque en Colombia existen varios estudios sobre acceso al sistema de salud, realmente pocos profundizan en factores de contexto o en la perspectiva de los actores sobre los aspectos que determinan el acceso.

Además del acceso a servicios de salud, es importante conocer la oportunidad en la atención de aquellos pacientes e identificar 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 (49).

Se conoce como la hora de oro a el intervalo de tiempo que se extiende desde el momento en que se produce la lesión, hasta los sesenta minutos posteriores en los que una atención sanitaria lo más rápida posible permite salvar un gran número de vidas. Lo que ocurra durante esa hora puede significar la diferencia entre la vida y la muerte ya que en ella se pueden originar lesiones irreparables que ocasionarán la muerte del paciente incluso en los días posteriores (42).

Hasta el momento existen matrices específicas para conocer de una manera más clara cómo funciona y cómo es posible probabilizar la garantía de acceso y oportunidad del servicio Prehospitalario de salud; como lo muestra un estudio realizado en México, que evalúa la atención Prehospitalaria, y que nos dará herramientas para determinar si algunas de esas categorías afectan el acceso y la oportunidad de atención en urgencias a lesionados en incidentes viales. Para ello el estudio propone las categorías siguientes: organismo responsable, recursos humanos, sistemas de información, equipo y tecnología, estructura financiera, comunicaciones, espacio físico y regulación médica. A continuación, se definen en detalle (8):

7.1. Organismo responsable

Entidad encargada de la atención en el sitio de la emergencia y hasta la entrega a una entidad de mayor respuesta. Según datos de la secretaria de seguridad pública (SSP), de México La responsabilidad de regular estos servicios no está claramente especificada, aunque la responsabilidad de proveer el servicio se le atribuye parcialmente al campo de la seguridad pública (8).

7.2. Recursos humanos

De acuerdo con la NOM, las acreditaciones y certificaciones como TUM, en sus respectivos niveles son responsabilidad de las instituciones que los emplean o

entrenan, sin mencionar los requerimientos de capacitación necesarios (horas mínimas, áreas de capacitación no habilidades especiales) para la práctica de la profesión, como ocurre en otros países con sistemas médicos de urgencia más eficientes y desarrollados (8).

7.3. Sistemas de información

Un problema similar ocurre con la documentación, pues no existen guías ni requerimientos específicos para el campo prehospitalario, lo que permite que algunos servicios públicos y privados entreguen datos de atención con poca información de utilidad médica, sin especificar los procedimientos realizados, el nivel de atención brindado o la información médico-legal (rechazo, liberación de responsabilidad) que proteja a pacientes o practicantes (8).

7.4. Equipo y tecnología

La contribución de vehículos para urgencias con el fin de mejorar la calidad de los servicios sin considerar tiempos de respuesta, capacidad clínica, la estructura de los cargos y subsidio local no es suficiente para mejorar el desempeño del sistema; este es un principio básico de administración de servicios prehospitalarios bajo el modelo de utilidad pública de sistemas de alto rendimiento (8).

7.5. Estructura financiera

Los recursos disponibles deben ser administrados con base en información que lo justifique, pues si se intentan resolver los errores del sistema sin medir las determinantes adecuadas las posibilidades de éxito disminuyen. No se puede realizar planeación sin conocer la cantidad y calidad de los recursos disponibles, incluyendo vehículos, personal y recursos tecnológicos, así como fondos económicos, capacitación y regulación médica (8).

7.6. Comunicaciones

La red de comunicaciones en un servicio pre hospitalario (o servicios prehospitalarios) es de vital importancia, pues es por medio de esta red como los usuarios acceden a los servicios, como los TUM obtienen datos del paciente y como el paciente es transferido a un Hospital adecuado, entre otras muchas funciones. Esta red debe incluir a todos los servicios de ambulancia y a los hospitales que tengan un área de urgencias, con el objeto de coordinar todos los servicios de manera adecuada y brindar la mejor atención posible a los pacientes (8).

7.7. Espacio físico

Ya sea un servicio de bomberos o un servicio de ambulancias público, privado o voluntario, la existencia de un espacio físico exclusivo del servicio prehospitalario es indispensable, administrativa y operativamente (8).

Regulación médica

Los servicios prehospitalarios deben contar con un médico urgentólogo, de preferencia, responsable de la atención médica que se brinde a bordo de cada ambulancia y que funcione como el director médico (8).

Del anterior modelo se pueden resaltar algunos apartados, como también tener claro que en otros la ciudad de Medellín comparativamente posee un modelo de atención pre hospitalario mejor estructurado que inicio en el 2005, a cargo del cuerpo de bomberos de la ciudad bajo la coordinación del sistema municipal para la prevención y atención de desastres (SIMPAD), hoy DAGRD, y que en 2011 fue trasferido a la secretaria de salud, operado por Metrosalud, hoy con el programa APH de ciudad, se ha venido desarrollando y mejorando sus procesos. Son sus integrantes quienes pueden dar juicios de valor a las diversas situaciones que se pueden presentar de acuerdo a como ellos las perciben.

La percepción se puede considerar como la capacidad de los organismos para obtener información sobre su ambiente a partir de los efectos que los estímulos producen sobre los sistemas sensoriales, lo cual les permite interactuar adecuadamente con su ambiente (6).

Así, algunos pensadores han considerado que la percepción depende fundamentalmente de la naturaleza misma de los sistemas perceptivos, mientras que otros han defendido que son las características de los estímulos las que determinan el modo en que ocurre la percepción (6).

7.8. El sistema de salud colombiano y la atención prehospitalaria

El concepto de Atención Prehospitalaria no existía, sólo se hablaba de primeros auxilios si la atención era llevada a cabo por fuera del hospital. Los organismos de socorro tradicionales como Cruz Roja Colombiana y Defensa Civil eran los encargados de asistir las víctimas de los desastres naturales, incidentes aéreos o vehiculares y atentados terroristas, sus integrantes recibían instrucción mediante cursos cortos en primeros auxilios básicos. Los cuerpos de Bomberos oficiales y voluntarios del país se dedicaban exclusivamente a la extinción de incendios estructurales, forestales y algunas modalidades de rescate (vehicular o alturas), algunas instituciones incluían primeros auxilios básicos en la formación de los bomberos (10).

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 urgencia 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 y que poco o nada servían; algunos de estos empeoraban el cuadro clínico del paciente (10).

A principios del mes de enero de 1987 en la ciudad de Santiago de Cali, la Corporación Grupo Especial de Rescate (G.E.R.), Organismo adscrito a la Defensa Civil Colombiana, convocó un selecto grupo de profesionales de la Salud, agremiados en la Asociación Profesional Médica “ASPROMEDICA” en su condición de docentes de la Universidad del Valle, médicos asistenciales con amplia experiencia en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario del Valle Evaristo García, y médicos especialistas integrantes de la Sociedad Panamericana de Trauma, para investigar, plantear y perfeccionar el primer programa de capacitación en Atención Pre-hospitalaria de alto nivel del que se tenga conocimiento en Colombia (10).

Por otra parte, de manera conceptual, la APH es un componente estructural de los sistemas de servicios de emergencias médicas (SSEM) y puede ser definida “como el conjunto de actividades, procedimientos, recursos, intervenciones y terapéutica pre-hospitalaria encaminadas a prestar atención en salud a aquellas personas que han sufrido una alteración aguda de su integridad física o mental, causada por trauma o enfermedad de cualquier etiología, tendiente a preservar la vida y a disminuir las complicaciones y los riesgos de invalidez y muerte, en el sitio de ocurrencia del evento y durante su traslado hasta la admisión en la institución asistencial, que puede incluir acciones de salvamento y rescate”.

Además de lo anterior, es necesario resaltar que la APH en el contexto de los SEM, comprende todos los servicios de salvamento, atención médica y transporte que se presta a enfermos o accidentados fuera del hospital y constituye una prolongación del tratamiento de urgencias hospitalarias (11).

La Red de Prestación de Servicios de Salud, de acuerdo con la definición oficial del

Ministerio de la Protección Social, es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del sistema de Referencia y Contrareferencia, establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos (50).

Es así que, para brindar esta atención de salud, por parte del área de urgencias, debe de existir un mecanismo para acceder al sistema y notificar el evento, por parte de los centros de regulación en integración con un mecanismo de traslado asistencial a un establecimiento de salud para su manejo hospitalario en caso de ser necesario. Por esta razón en Colombia surge el CRUE como sistema regulador no asistencial que permita una mejor calidad del servicio de salud (50).

Como se ha venido explicando, en la actualidad el Estado Colombiano ha realizado importantes desarrollos para garantizar el acceso oportuno de la población a los servicios de salud, en especial, en situaciones donde las personas requieren de toda la disposición institucional para resolver de forma rápida problemas que plantean la diferencia entre la vida o la muerte (50).

Este es el caso de la atención de urgencias y emergencias, donde se ha trabajado para fortalecer los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias -CRUE. Su fortalecimiento se da con acciones para mejorar su capacidad técnica, tecnológica, logística y normativa. Si bien aún falta precisar algunos aspectos normativos y financieros, los CRUE avanzan con el acompañamiento del Ministerio de Protección Social y, cuando se requiere, con la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud -OPS (50).

El Ministerio de Protección Social, define al CRUE de la siguiente manera:

El Centro Regulador de Urgencias, Emergencias, 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 y la atención en salud de la población afectada en situaciones de emergencia o desastre (9).

Existen diferentes modelos para explicar y evaluar el acceso a los servicios de salud, algunos de los modelos más usados son:

7.9. Acceso a servicios de salud en la lógica de la multicausalidad

Factores y niveles como ejes explicativos; este fue realizado por Aday y colegas, donde definen el acceso como un proceso multicausal hasta alcanzar los servicios de salud, con algunos factores ambientales como el Sistema de Salud y el ambiente externo, unas características de la población (demográficos, estructura social, creencias en salud) los cuales deben tener unos recursos necesarios ya sean (comunitarios, personales y familiares), así como también influye su comportamiento en salud, sus prácticas y uso de los servicios y finalmente unos resultados como su estado de salud percibido, estado de salud evaluado y satisfacción del consumidor (51).

También se encuentra el modelo de accesibilidad de Julio Frenk, en el cual diferencia accesibilidad de disponibilidad y acceso, que para el autor es un dominio más amplio que reúne características de los recursos y de la población. Define la accesibilidad como el proceso de buscar y recibir atención, se trata de un continuo entre la disponibilidad de recursos y la capacidad de producir servicios, y la utilización que representa el consumo real (44).

Entre ellos existen como fenómenos intermediarios como la resistencia que serían

los conjuntos de obstáculos a la búsqueda y obtención de la atención y el poder de la utilización en este caso el poder de la compra y el precio de un servicio.

Arivillaga y Borreo critican este modelo, puesto que la noción de compensación entre resistencia a los obstáculos, y el poder de utilización de la población para mantener la accesibilidad es comparable a la noción de auto-regulación en la lógica del mercado (52).

Otro modelo es sobre el de Acceso a servicios de salud en la lógica de “mínimos decentes” Servicios básicos de salud (Enthoven 4, 1980); Asistencia sanitaria esencial (Gibbard 6, 1982); Atención mínimamente decente (Wlazer 3, 1983); Atención básica de la salud (Hiatt 5, 1987). Donde nos habla del acceso como la habilidad para asegurar un conjunto de servicios específicos, de un nivel específico de calidad, con un nivel específico máximo de inconvenientes personales y costos, y en posesión de una cantidad específica de información (53).

Este modelo no atiende las necesidades de la población y contrasta con atención óptima. Su acceso está determinado por decisiones políticas que pueden resultar arbitrarias y con serias implicaciones éticas y de garantía de la atención y el derecho a la salud.

Finalmente nos encontramos con el modelo propuesto por Marcela Arrivillaga y Yadira Eugenia Borrero, es un modelo basado en el modelo teórico conceptual en acceso efectivo a servicios de salud en la lógica del derecho a la salud, este modelo tiene cuatro pilares importantes los cuales son: Aceptabilidad, disponibilidad, accesibilidad y calidad, para esta investigación nos guiaremos en base a este modelo para la evaluación del acceso a los servicios de salud (53). El esquema conceptual de este modelo lo presentamos a continuación:



Figura 2. Modelo teórico conceptual en acceso efectivo a servicios de salud en la lógica del derecho a la salud.

Fuente: Arrivillaga M, Borrero Y. Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013

8. Metodología

8.1. Naturaleza del estudio

Para la presente investigación, la metodología propuesta es de tipo cualitativa, puesto que se enfoca en comprender un fenómeno, explorándolo desde la perspectiva de los participantes. Las investigaciones cualitativas son estudios que se conducen básicamente en ambientes naturales, donde los participantes se comportan como lo hacen en su vida cotidiana, en un ambiente natural y en relación con su contexto (54).

La investigación se apoya en el método histórico hermenéutico; como su nombre lo indica está basada en la historicidad y su esteticismo, puesto que busca interpretar un fenómeno o una realidad de un contexto concreto, busca comprender realidades y percepciones humanas tal como son (54).

8.2. Diseño

Esta investigación se realizó a través de un Estudio de Caso de diseño fenomenológico, que como se mencionó, se pretende comprender las experiencias de personas sobre un fenómeno o múltiples perspectivas de este sin la intención de manipular su ambiente, como un fenómeno contemporáneo dentro de un contexto de la vida real (55,56).

El objeto de estudio son individuos que hayan compartido la misma experiencia, ya que estudia la vivencia del ser humano en una determinada situación a su vez procura interrogar las experiencias vividas y los significados que el personal prehospitalario le atribuye al fenómeno.

8.3. Población y muestra

8.3.1. Población participante

La población estuvo constituida por personal del grupo de tecnólogos del programa de atención prehospitalaria de la ciudad de Medellín, pertenecientes a la secretaría de salud y TAPH de bomberos Medellín, entre las dos instituciones en el año 2018 contaban con 115 integrantes en ejercicio.

8.3.2. Muestra y muestreo

Para realizar la entrevista, se trabajó a través de un grupo de discusión, por lo que se escogió de manera intencional a 14 TAPH entre las dos instituciones (Bomberos y Secretaría de Salud), ya que para realizar dicha técnica solo es posible llevarla a través de un grupo pequeño de participantes (57). Además, se buscó solo aquellas personas que cumplan con los criterios de participación y exclusión con relación a los objetivos de la investigación.

- **Criterios de participación:** personas con perfil de tecnólogo en atención prehospitalaria que pertenezca al programa de atención prehospitalaria de ciudad y TAPH de bomberos Medellín de la ciudad de Medellín laborando actualmente. Además de cumplir dicho criterio, haya tenido la posibilidad de trabajar o conocer los procedimientos realizados en el área de regulación y ambulancia.
- **Criterios de exclusión:** personal tecnólogo en atención pre-hospitalaria del programa APH de ciudad y del cuerpo de bomberos Medellín con antigüedad en el cargo menor a 3 años; personal que haya desempeñado su función en solo una de las dos áreas mencionadas en el criterio de inclusión.

8.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

8.4.1. Instrumento de recolección de la información

En primer lugar, se realizaron entrevistas; La entrevista fenomenológica es un instrumento valioso para la recolección de datos en investigaciones cualitativas orientadas a la comprensión del mundo vivido de las personas (58). Es necesario señalar que, aunque el propósito primordial de la investigación es recoger algunos datos, en una entrevista fenomenológica también es importante tener presente que se trata de un diálogo, de una interacción, que afecta a los dos participantes, dicho diálogo tiene también la intención de que la transcripción de la entrevista sirva de materia prima con la que el investigador busca entender el mundo desde perspectiva del entrevistado, y desmenuzar los significados de sus experiencias para obtener datos relevantes y captar los pensamientos, los sentimientos y las intenciones de los mismos (59).

- **Diario de campo**

Se usó el diario de campo; instrumento utilizado para registrar aquellos hechos que son susceptibles de ser interpretados. En este sentido, el diario de campo es una herramienta que permite sistematizar las experiencias para luego analizar los resultados.

Por otra parte, para construir las preguntas que se realizaron en la entrevista, se tomó en cuenta la matriz planteada en el ensayo de Luis Pinet, mismas que también se han utilizado en otros estudios donde se quiere conocer el funcionamiento del servicio de salud prehospitalario desde adentro (8).

8.4.2. Técnica para la recolección de la información

Para recolección de información, se optó por la técnica de “grupos focales” o “focus group”. Estos son “un conjunto de personas que tienen características comunes o un perfil compartido que es relevante para recolectar los datos que nos interesan”. Según los expertos, se considera que lo usual y óptimo es que no sean más de 15 personas, es decir, son grupos pequeños en los que se plantea el formato de entrevista no estructurada con sólo una guía flexible de preguntas. Con este tipo de técnica, se busca reconstruir el “Yo Grupal” y el sentido social de un tema (57), en este caso, la percepción de acceso y oportunidad para atención en urgencias a lesionados por incidentes viales en la ciudad de Medellín.

8.4.3. Fases de trabajo de campo

Selección de los participantes. Para convocar a los participantes se envió una invitación por correo institucional a 50 personas, informando acerca de la temática de la investigación. Luego, de las personas que informaron estar interesadas y que cumplían con los requisitos de participación y de exclusión, se procedió a seleccionar las personas necesarias para el grupo focal. Al no alcanzar la sustracción teórica para el análisis, se realizó una segunda fase a otro grupo de participantes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Acceso al campo. Primero, para realizar el grupo de discusión, se solicitó prestado el auditorio del Cuerpo Oficial de Bomberos Medellín, ubicado en el barrio Guayabal, Cr 65 N° 7 - 55; donde el tiempo estimado de duración fue de 3 horas, acompañado de refrigerio para los participantes.

Al inicio de la intervención, se entregó el consentimiento informado para ser firmado, así como el aviso de confidencialidad de la participación en la investigación, y permiso para la grabación de la entrevista. Estos requerimientos se señalaron previo

a la invitación de los participantes.

- ***Registro de información***

Para poder respaldar la información y posteriormente analizarla, se procedió a grabar las entrevistas. Para ello, se utilizó una grabadora de voz con aislante de sonidos externos y así, poder facilitar que el audio sea entendible.

Durante la entrevista, también se contó con un cuaderno para notas de campo, donde se apuntaron los detalles importantes de cómo se dio el proceso de investigación y cómo este se relacionó con lo que se pretendía encontrar, así como con lo teórico.

Posterior, se procedió a transcribir la entrevista y las notas, en un documento de Word; y con ayuda del programa Express Scribe, software que posee controles especializados para transcripción de audios.

- ***Análisis de la información***

Con la información recogida ya capturada y ordenada, se procedió a realizar la codificación y categorización de la entrevista. Esto se realizó con ayuda del software Atlas Ti, programa de base de datos, que está diseñado para segmentar datos en unidades de significado; codificar datos y así poder construir “familias” de significados que permitan construir nuevos conocimientos. El investigador agrega los datos o documentos primarios (en este caso, los documentos de Word) y con el apoyo del programa se codifica la entrevista con el esquema que se haya diseñado.

8.4.4. Técnicas para análisis y sistematización de la información

Como ya se mencionó, el estudio tiene una base en el análisis cualitativo, con un enfoque en la interpretación y la hermenéutica. Esto solo es posible mientras el diseño fenomenológico se articule en un conjunto de capítulos o secciones que en su totalidad deben dar cuenta de modo coherente, secuencial e integrador, de todo el proceso investigativo (60).

Por este motivo, es que se elabora un conjunto de tópicos esquematizados, a partir de los que se recoge y organiza la información, ya que el investigador es quien le otorga significado a los resultados de su investigación. Es así como, se distinguen según los expertos, en categorías que denotan un tópico en sí mismo, y las subcategorías, que detallan dicho tópico en micro aspectos. Estas categorías y subcategorías pueden ser apriorísticas, es decir, construidas antes del proceso recopilatorio de la información, o emergentes, que surgen desde el levantamiento de referenciales significativos a partir de la propia indagación; sin embargo, para efectos de esta investigación no se utilizaron categorías apriorísticas, sino que se buscó que estas surgieran durante el estudio (60).

9. Consideraciones éticas

Esta investigación es de carácter cualitativo en la cual se abordó un problema de Salud Pública a partir de un estudio de caso en la ciudad de Medellín. Se aclara que no se realizó experimentos ni ensayos clínicos.

De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, en el artículo 11 la presente investigación se clasifica como *investigación con mínimo riesgo*.

Al trabajar con entrevistas es evidente que los participantes pueden verse afectados al remover sentimientos de las experiencias vividas en un momento dado, sin embargo, con los principios que encontramos en él informe de Belmont, especialmente el de respeto y no maleficencia logramos disminuir los riesgos. En caso de ser necesario por alguna crisis que presentara el participante se contó con el apoyo de una psicóloga, si esto no fuese suficiente se remitiría a la IPS, apoyando y acompañando al participante hasta la superación su crisis.

La investigación realizada tiene un alto valor académico y social, ya que aporta al sistema de salud local, lo que logra impacto positivo de la salud pública de la ciudad. Ayudar a resolver esta problemática constituye no solo un reto sino una obligación desde la administración en salud.

Para los participantes de esta investigación, quienes son tecnólogos en atención pre hospitalaria, que en su vida laboral son los encargados de brindar una atención inicial en salud a lesionados en incidentes viales; esta investigación pretende contribuir a la formulación de políticas, procedimientos y protocolos interinstitucionales que faciliten el desarrollo de su trabajo y resalten la importancia de esa atención inicial y la continuidad en un centro asistencial del nivel requerido sin trabas y contratiempos que dificulten el desempeño de la labor del APH y tengan consecuencias en la salud de sus atendidos.

La población seleccionada para esta investigación, la constituyen 14 tecnólogos en atención pre hospitalaria adscritos a la secretaria de salud en el programa de APH, y/o tecnólogos en atención pre hospitalaria adscritos al cuerpo oficial de Bomberos Medellín. Todos los participantes son mayores de edad, quienes manifiestan tener una buena salud física y mental, debido al riesgo que cualquier estudio supone, ya que al trabajar con seres humanos existe un riesgo mínimo, según el principio ético propuesto por el señor Ezequiel Emanuel de selección equitativa del sujeto. Para esta selección no hay distinción de raza, sexo, o condiciones económicas.

Una vez expresados los beneficios sociales de esta investigación, queda claro que los participantes en ella no recibieron ningún tipo de beneficio económico, lo cual quedó explícito en el consentimiento informado.

Frente al tratamiento de la información se plantea que: este trabajo investigativo, no constituye licencia para invadir la privacidad de los participantes, está basado en la responsabilidad y seriedad, manteniendo la confidencialidad y el anonimato, evitando transgredir los acuerdos hechos con los informantes, no abordándolos en condiciones que no les permita tener control sobre lo que dicen y hacen (61).

También fue necesario acordar con anterioridad qué aspectos se observarían e incluirían en el proyecto de investigación dando a conocer el borrador de la información recolectada, antes de hacer la entrega definitiva y hacer con ellos acuerdos que logren la refinación de los datos que deberán ser incluidos, teniendo precaución para lograr la minimización de los riesgos inherentes al trabajo. Para el desarrollo de la presente investigación se contemplaron los siguientes principios éticos.

- **No maleficencia:** No se realizaría ningún procedimiento que pueda perjudicar a la población investigada.
- **Justicia:** El trabajo se realizó sin ningún tipo de discriminación, tratando a

todos los participantes con igual consideración y respeto.

- **Autonomía:** En la investigación, sólo se incluyó el personal que aceptó voluntariamente participar y se respeta la decisión de querer permanecer dentro de la misma.
- **Principio de confidencialidad:** Si el personal que participa en la investigación quiere mantener su anonimato, se le respetará su decisión y no se será revelada su identidad (61).
- **Principio de Justicia distributiva:** Quien cumple con los criterios de participación ya descritos y quiso participar, le fue permitido participar de esta investigación. De igual manera y de acuerdo con este principio no se indujo o sugirió respuestas a los participantes, aunque estos fuesen colegas o estuviesen inscritos en el área de la salud. Esto con la garantía de no presentar conflictos de interés que pudieran generar desviaciones o sesgos en las respuestas (62).

10. Resultados y discusión

El presente capítulo pretende poner de manifiesto los resultados obtenidos a raíz de la investigación y contrastarlos con la postura de los investigadores y de otros autores.

El querer enlazar los resultados con la discusión obedece no solo a una postura epistemológica asumiendo que el investigador nunca dice nada ubicándose por fuera del estudio, sino también a una propuesta fresca y creativa de comprender mejor la pregunta de investigación y los objetivos que de ella se han derivado.

A continuación, se describirá brevemente el proceso para llegar a los resultados obtenidos:

10.1. Descripción del proceso: como emergen los resultados

Para obtener los resultados de esta investigación se desarrollaron dos fases, cada una de las cuales buscaba información de los directamente involucrados en la atención de lesionados en incidentes viales de la ciudad de Medellín.

10.1.1. Primera fase

La primera fase de la investigación se desarrolló a partir de la aplicación de un instrumento en un grupo focal, del cual participaron 8 miembros activos del servicio de APH de ciudad, y APH del cuerpo de Bomberos de Medellín.

De la transcripción de la entrevista realizada en el grupo focal, se obtuvo un código por cada párrafo de transcripción, para un total de 144 códigos. Dichos códigos se agruparon en 7 categorías, y de estas categorías se logró extraer 20 patrones.

10.1.2. Segunda fase

Una vez concluida la primera fase, y con la necesidad de profundizar en algunos puntos encontrados en ella, se realiza la segunda fase de la investigación, en la que se aplica un segundo instrumento de manera individual a seis nuevos participantes.

De la transcripción de dichas entrevistas se obtuvo un código por cada párrafo, para un total de 97 códigos, estos códigos se agruparon en 8 categorías, para luego de estas categorías extraer 16 patrones.

A partir de la información obtenida en las dos fases de la investigación, los autores presentan a continuación el contexto, fenómeno y consecuencias del mismo.

10.2. Matriz Analítica: Una propuesta para comprender mejor el fenómeno

El acceso a servicios de salud y la atención oportuna a lesionados en incidentes viales, está atravesado por un contexto. (Siguiendo página)

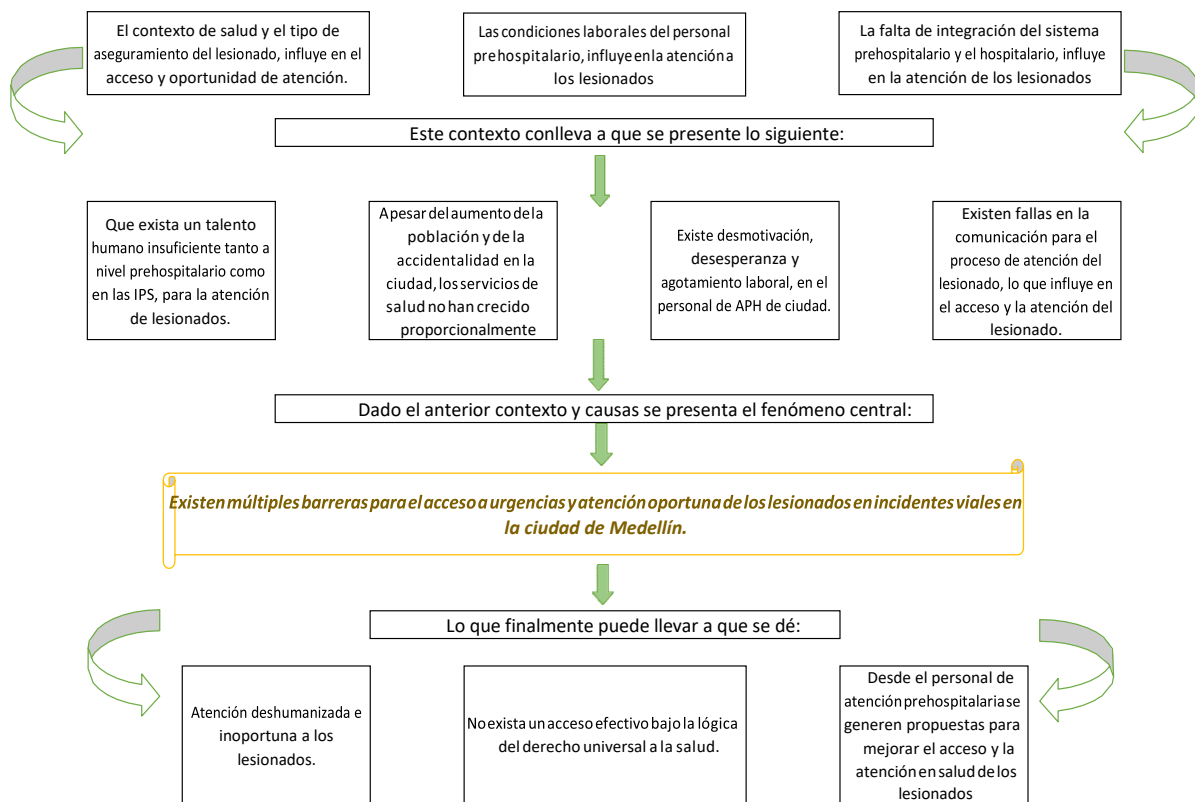


Figura 3. Matriz de relación entre las 11 categorías analíticas

A continuación, se presentan los resultados de esta investigación, es decir cada una de las categorías analíticas con las respectivas subcategorías que las componen.

10.2.1. Capítulo I: El contexto,

Categoría N°1

El contexto de salud y el tipo de aseguramiento del lesionado, influyen en el acceso y oportunidad de atención

El sistema de salud colombiano tiene algunas ventajas frente a otros países, ya que

garantiza su cobertura universal, sin embargo, cuando se topa con la realidad estas ventajas se ven empañadas por lo complejo que se ha tornado el sistema de salud en nuestro país, por lo cual, aunque todas las personas pueden ir a las instituciones de salud para ser valorados por un médico cuando presenten alguna enfermedad, el servicio que se presta en ocasiones no es el adecuado ni oportuno. (19)

Según la Superintendencia Nacional de Salud, en la CIRCULAR EXTERNA No. 014 de 1995, mediante la cual se imparten “instrucciones que permitan garantizar el acceso a la atención inicial de urgencias y a la atención de urgencias, así como orientar al sector salud sobre la forma de garantizar la financiación de este tipo de atención”, señaló que la atención de víctimas en incidentes viales, “deberá ser integral, y la remisión a otros centros asistenciales anteriores sólo podrá hacerse si la entidad no cuenta con la capacidad o los recursos para la complejidad del caso” (63).

Se puede evidenciar una pérdida del horizonte, cuando se comienza a ver a las instituciones de salud convertirse en una empresa a las que más allá de su propósito social, les interesa más obtener una utilidad por la prestación de sus servicios; uno de los participantes de nuestro estudio relata lo siguiente:

“La salud en Colombia, es un negocio. Por lo tanto, si el lesionado no está asegurado, no tiene SOAT, ya se sabe que la regulación será complicada” E79

La percepción que tiene el personal pre hospitalario nos muestra que desde un primer momento no importa si el usuario requiere atención inmediata después de un incidente vial, pues su preocupación va más allá, y se divide entre los asegurados y no asegurados. Por lo anterior es preocupante que pase a un segundo plano el bienestar de la comunidad afectada, procurando asegurar que la atención será cubierta en términos económicos.

"Al hospital lo que le interesa es saber si tiene todos los documentos completos, si le puede cobrar, o si le falta algo" para saber quién pagará la atención del paciente". E50

Quienes regulan los pacientes a los centros asistenciales, reconocen que las preguntas más relevantes para aceptar el paciente es la documentación, con especial énfasis en la vigencia del seguro del accidentado, más allá de las lesiones y la cercanía con el centro asistencial.

"quienes tienen SOAT vigente tienen ciertas preferencias para ubicarles centros asistenciales y niveles de complejidad". E21

El Estatuto del sistema financiero Artículo 193. "ASPECTOS ESPECIFICOS RELATIVOS A LA POLIZA. 1. Coberturas y cuantías. La póliza incluirá las siguientes coberturas: a) Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios por lesiones con una indemnización máxima de quinientas (500) veces el salario mínimo legal diario vigente al momento del incidente."

En el caso de las víctimas en incidentes viales que involucren vehículos no identificados o no asegurados, la cobertura completa está a cargo desde el primero de agosto de 2017 por la ADRES, entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente, entidad que entro a reemplazar al FOSYGA.

Por tanto, no importa si la victima está asegurada o no, esta debe ser atendida sin ningún tipo de restricción, sin embargo, se puede evidenciar barreras administrativas, que pueden llegar a entenderse si pudiéramos ver la problemática desde el lado de la IPS.

"existen muchas diferencias, si no tiene SOAT ya se sabe que va a tener problemas de regulación" E75

El personal asistencial de los servicios de urgencias juega un papel importante en la generación de algunas barreras, puesto que no inicia atención en aquellos pacientes que pueden esperar, hasta tener certeza que los mismos serán ingresados administrativamente, caso que ocurre con menos frecuencia en pacientes con urgencia vital, quienes en la mayoría de los casos reciben atención a pesar de no estar ingresados al sistema. La preocupación radica en aquellos pacientes que parecen leves, pero que tienen lesiones que van evolucionando hasta complicar su cuadro clínico, puesto que cuando se intervienen ya pueden tener afectaciones no reversibles.

"...El medico pregunta si hay documentos completos para poder atender al paciente" E43

Cada actor en el sistema pretende hacer su función de acuerdo a los procedimientos internos de su institución, el talento humano del programa APH, de referencia y contra referencia, de admisiones, de los servicios de urgencias, cada quien con su realidad que puede generar barreras en la atención de los lesionados en incidentes viales. El estrés que genera dichas barreras, puede llegar a enfrentar a las personas desde su postura, exigiendo lo que cada uno requiere del otro, y en medio de esta situación se encuentra un paciente que requiere solución a su problema de salud.

"Entonces el administrativo me dijo: no sé de dónde tiene que sacar los papeles, pero me los busca para poder recibirle el paciente" E78

En el entorno pre hospitalario, se acuden al incidente vial las entidades encargadas (bomberos, programa APH de ciudad, Movilidad, PONAL), desconociendo si el paciente está o no asegurado por SOAT, en cualquier situación, se le brinda una atención inicial, luego se procede al traslado, donde se hace importante el tipo de aseguramiento. La Atención de incidentes viales en Medellín, es un servicio de ciudad que pretende brindarse con calidad y que se ha posicionado en Colombia

por su organización y por ser prestado de manera ágil y efectiva por parte de las entidades responsables, antes mencionadas, sin reparo de las condiciones de aseguramiento de los afectados.

"El programa de APH atiende a todos los que necesitan sin tener en cuenta el aseguramiento, pero los hospitales ponen problema" E76

A pesar que el seguro no es indispensable para acceder a los servicios pre hospitalarios, si es un aliciente poder contar con la documentación completa y vigente, puesto que esto beneficiara el proceso de ubicación del paciente en una IPS.

"si se tienen los documentos completos, solo se le pasan a los de admisiones y ya ellos se encargan" E82

Hay diversas compañías aseguradoras para los casos de incidentes viales, todas bajo la misma regulación y cobertura, que, mediante un proceso de validación del caso, hacen el pago respectivo por los servicios de transporte, gastos médicos y quirúrgicos, material de osteosíntesis entre otros, que haya sido necesarios para la atención del asegurado.

Lo importante para las IPS es si el paciente tiene documentos completos o no. Si tiene documentos completos es indiferente que compañía aseguradora sea. E83

A pesar de existir una póliza del estado para aquellos casos en los que el lesionado no tiene SOAT; el no tener la póliza ha sido una barrera de acceso percibido por los proveedores de atención pre hospitalaria.

"El paciente tiene el SOAT vencido, eso va a ser una traba para la recepción del paciente, el paciente no tiene pase, va a ser una traba para recibirlo, dicen que

están colapsados, si no hay cobertura, o documentación completa las instituciones son las que ponen las trabas para la atención” E28

La situación con los lesionados por incidentes viales es un tema que ha preocupa a la administración municipal, en busca promover mecanismos que logren reducir el impacto que genera la problemática.

En debate realizado en el concejo de Medellín, el día 16 de marzo de 2018, se presentó con preocupación las siguientes cifras: El crecimiento del parque automotor en la ciudad, que en más de 10 años pasó de 478.000 vehículos a 1'400.000, no solo conlleva impactos de movilidad o ambientales, sino también de mayor accidentalidad. (62)

Derivado de los incidentes viales, “El año pasado murieron 258 personas por diversas colisiones de tránsito, 122 iban en moto, 113 eran peatones y 14 ciclistas” (64).

No solo eso. De los 30.000 heridos en incidentes viales, cerca de 14.000 asistieron a un servicio médico, de los cuales, 3.800 fueron heridos graves. “Esto afecta la competitividad de la ciudad debido a las falencias que presenta el sistema de salud” (65)

Según el Observatorio Nacional de Seguridad Vial, el año pasado hubo un total de 41.667 incidentes viales en Medellín, le sigue Bogotá con 33.707 y Cali con 15.552, todas ellas, ciudades grandes, con necesidad de que se haga intervenciones, que impacten positivamente, para prevenir un deterioro de la calidad de vida de los afectados, que, en la mayoría de los casos, pertenecen a la fuerza laboral que incentiva el desarrollo de las comunidades (65).

Más allá de las cifras alarmantes, es importante que estos lesionados puedan

acceder al sistema de salud de manera oportuna y recibir atención integral, ya que cuentan con respaldo de una póliza SOAT, o en su defecto la del Estado Colombiano ADRES, a la que tienen derecho de acuerdo a la normatividad vigente. Del contexto anterior y de otros en torno al sistema de salud de nuestro país, cabe dar lugar a la siguiente crítica sobre el evidente fracaso de la ley 100 y sus consecuentes reformas, de acuerdo con Villar:

“Desde que César Gaviria decreto las “reformas estructurales de la economía” un puñado de negociantes de la salud y el sector financiero se han venido enriqueciendo con cada una de las reformas que se han implementado en el sistema de salud, mientras la inmensa mayoría de la población colombiana se hunde cada día más en la pobreza. Hospitales públicos cerrados, enfermedades infecciosas que resurgen, otras cuyos índices se disparan, despido de trabajadores, pálidas campañas de vacunación, centros de investigación científica clausurados, enfermos que deben resignarse a morir en sus casas son las nefastas consecuencias de la Ley 100” (66).

Categoría N°2

Las condiciones laborales del personal de atención prehospitalaria del programa APH de ciudad, influye en la atención a los lesionados.

Los resultados obtenidos en una investigación de clima laboral en la costa norte del país, entre empleados contratados directamente y otros por contratos outsourcing, o de prestación de servicios; pueden explicarse considerando la existencia de un componente teórico que muestra que las relaciones entre el tipo de contrato son influyentes en la percepción que tiene el trabajador sobre su medio (67) .Este componente es estudiado por la teoría del contrato psicológico, esta teoría manifiesta que el nivel de expectativas al cual se enfrenta cada trabajador es mediado por el tipo de vinculación laboral que tenga, manifiesta que esta clase de vinculación tiene

connotaciones negativas, toda vez que es percibida socialmente como de alto riesgo, vinculada con un menor salario y en cercanía a un carácter discriminante, sin embargo en la productividad puede no generar una diferencia significativa, pues se mantiene la expectativa del trabajador que el hacer bien su trabajo, le pueda cambiar su condición contractual (68).

Por ética profesional, la condición contractual no debería influir en la atención de los pacientes por parte del personal asistencial, pero son muchos los casos en los que el trabajador no está en condiciones físicas ni mentales para la prestación del servicio y de igual manera debe cumplir con sus funciones, ya sea porque no es posible un cambio de turno, porque una incapacidad repercute en su salario o porque no es posible hacer uso de la figura de calamidad, debido al tipo de contratación que se maneja actualmente. Situaciones que repercuten negativamente.

"Personalmente me llegó a pasar que uno empieza a bajar esa ética profesional, ya te empieza como a importar poco, ya no lo haces como al inicio como con esa..., ese anhelo, como con esa preocupación, como algo tan apersonado y empiezas como a..., como también a restarle importancia" E49

En una investigación realizada por estudiantes del CES en el 2008 y la cual fue publicada por la revista de la universidad en el 2010, se observa como el personal de APH carece de garantías laborales y esto puede influir notoriamente en la prestación de los servicios (69)

Por lo anterior, las condiciones laborales si pueden influir directamente en la atención de los pacientes, dado que el estado emocional es un factor influyente en la aptitud y actitud del personal, otro factor es el deterioro mental por las exposiciones a casos trágicos y traumáticos a los que se enfrentan día a día, los cuales deben ser manejados por profesionales en salud mental y en ocasiones no

cuentan con ese apoyo. (69)

"En el programa por lo menos, me incluyo, hay muchos compañeros que tenemos problemas ya psiquiátricos que, por ejemplo, yo en estos momentos estoy manejando antidepresivos y todo el rollo, pero realmente mi detonante ocurrió en lo prehospitalario" E58

El ámbito en el que se desarrolla la labor, es en algunas ocasiones son ambientes hostiles, donde la comunidad exige del respondedor a emergencias, la solución a cualquier situación que les esté afectando.

"la atención prehospitalaria es demasiado desgastante y demandante porque tú eres psicólogo, tú eres psiquiatra, tú eres enfermero, tú eres APH, tú eres socorrista, tú eres el auxiliar, tú eres el camillero, tú eres todo en un solo paquete" E32

Esto es lo que concluye la investigación y arroja datos muy importantes acerca de las condiciones laborales, la motivación y la estabilidad necesaria para construir metas profesionales y familiares que requieran una seguridad económica a mediano y largo plazo, evitando la incertidumbre que generan los contratos a corto plazo, y la constante rotación de personal, a pesar de que ha cobrado fuerza la labor ejercida por estos profesionales y ser una ciudad pionera en el sistema de emergencias prehospitalario.

"Y entonces uno ahora siente que, pese a que la situación está supuestamente más conformada, las cosas siguen funcionando a media marcha, ¿sí?, nosotros somos pocos para la sociedad y somos un poco menos inclusive para el tema de la salud, ¿sí?, desde tipo de contratación" E39

Según Katheryn Parra Muñoz, abogada especialista en contratación estatal, la

contratación por prestación de servicios, es un tipo de contrato “de carácter civil que lo diferencia claramente del laboral, en el que un profesional ofrece sus servicios a un contratante para realizar un proyecto, meta o labor específica a cambio de una remuneración u honorarios (dinero) en un tiempo determinado” (70).

Y es que, de acuerdo con el Código Sustantivo del Trabajo, si en su contrato se establece además de la actividad que usted realiza, del cargo y del salario; un horario específico de trabajo, órdenes, registro de ingreso y salida, hasta parámetros de vestir que sean específicos; usted puede reclamar un contrato laboral directo (71)

Las empresas o entidades que lo contratan de esta forma no están obligadas a pagar primas, cesantías, pensión, EPS, riesgos profesionales y cajas de compensación familiar. Esto, sin mencionar que bajo esta modalidad no tendrá derecho a disfrutar de vacaciones pagas y si usted requiere un permiso por algunos días, la empresa podría suspender su contrato, es decir, por los días en que usted se ausente no recibirá remuneración del salario pactado (72).

Esta situación ha generado en gran parte de los empleados del programa APH de ciudad, una sensación de desmotivación, zozobra e inconformidad, debido a lo importante de la labor para la ciudad. En contraste el personal de APH del Cuerpo Oficial de Bomberos Medellín, gozan de un contrato directo e indefinido, que les da una cierta seguridad y bienestar que desean retribuir a la institución que los contrató, mediante el desarrollo de sus funciones.

Esta es una desigualdad sentida por parte de los funcionarios del programa APH de ciudad, que, a pesar de recibir un salario bien remunerado según percepción general, si se hace necesario para ellos, unas mejores garantías, acompañamiento psicológico, apoyo institucional, mejorar el clima laboral, en términos generales un acompañamiento integral para el desarrollo de su labor, que evite el sentirse

quemados, agotados y desanimados profesionalmente.

“Las profesiones, medicina, ellos tienen sus métodos para descargar esa carga laboral, ¿cierto?, psicología lo tiene, incluso hasta los socorristas manejan apoyo al apoyo, ¿cierto?, pero la atención prehospitalaria, o sea, somos los héroes que no necesitamos, entonces nos cargamos nos cargamos, nos llenamos de síndrome de Burnout”E98

Categoría N°3

La falta de interacción del sistema pre hospitalario, con el hospitalario, influye en la atención a los lesionados.

El área prehospitalaria es una subespecialidad de la medicina de emergencias y desastres que trata de la atención del paciente fuera del ámbito hospitalario por profesionales de la salud. La atención de emergencias pre hospitalarias, comprende la realización de actos encaminados a proteger la vida de las personas, y consiste en la atención y estabilización del paciente enfermo o lesionado en el sitio del incidente, trasladándolo luego, con soporte básico o avanzado de vida, a un centro asistencial; constituye el momento, dentro de la historia natural de los incidentes viales o la enfermedad, en el que se brinda prevención secundaria, es decir, acciones dirigidas a disminuir o limitar la gravedad de las lesiones o descompensación; por lo que el tratamiento y traslado se convierten en un punto crucial durante esta etapa.

Por otro lado, la función del Servicio de Urgencias es valorar al paciente para, posteriormente, diagnosticarlo, tratarlo, evaluarlo y así decidir si el paciente se ingresa o se manda a casa con los cuidados que debe seguir.

En Urgencias, se da prioridad a situaciones que ponen en riesgo la vida del

paciente, es por ello que el orden de atención a los pacientes sigue un código de priorización.

La interacción entre estas dos disciplinas de la salud, es indispensable para que el paciente pueda recibir un tratamiento óptimo. Es necesario que de manera recíproca estas dos áreas mantengan comunicación, y continuidad en el servicio que se da inicio en el sitio de la emergencia y que termina en una institución hospitalaria (73).

"En Colombia falta mucho la unidad de...(pausa), y el complemento entre el médico y la atención prehospitalaria, o sea juntar la prehospitalaria con lo hospitalario" E22

Cada individuo que se encuentre inmerso en alguna de estas disciplinas ha de dar cumplimiento a los procedimientos, protocolos y convenios efectuados en aras de mejorar el acceso y la oportunidad de la atención de lesionados. Sin embargo, a pesar de que el servicio de atención prehospitalaria se presta en la ciudad hace más de una década, aun no parece lograr posicionarse y obtener el reconocimiento por parte de los otros actores del sistema de salud. Depende el sistema de la subjetividad de quien preste el servicio, más allá de los estándares de calidad en la prestación de servicios de salud que debiera existir en todo momento.

"La institución cambia dependiendo del médico que está de turno, entonces uno llega a ciertas instituciones y como ya hay médico que ya uno lleva mucho tiempo viendo, mirando, los conoce, ya conoce los nombres y uno dice «Está el médico tal», «¡Ay!, qué bueno», porque si estuviera fulanito de tal cambia completamente el acceso a ese paciente... Definitivamente cambia" E18

Para que se logre una interacción entre el servicio pre hospitalario y el hospitalario se necesita voluntad y compromiso institucional como punto de partida, más allá de acuerdos y convenios que se firmen, es necesario un verdadero cumplimiento de lo

pactado. Si es necesario realizar una veeduría o seguimiento a cada institución para que la misma cumpla con los compromisos y responsabilidades propias, para que el sistema de salud funcione.

"Lo otro son los reportes que muchas veces hay clínicas que no se reportan al 123 con la información adecuada, entonces por decir algo «No tengo los rayos X, no tengo el especialista», y cuando es una urgencia de este tipo y uno llega a la institución porque muchas veces no responden al llamado del módulo, pero por georreferencia es el sitio más cercano y te dicen. ¿Por qué lo trajo acá? E4

La comunicación entre el sistema pre hospitalario y hospitalario, debe ser constante y confiable.

10.2.2. Capítulo II: las causas

Este contexto conlleva a que se presente lo siguiente:

Categoría N°4

Existe un talento humano insuficiente tanto a nivel pre hospitalario como en las IPS, para la atención de lesionados.

El hecho de que el talento humano sea insuficiente para atender a los lesionados sea a nivel pre hospitalario u hospitalario, hace que los pacientes tengan que esperar mucho tiempo para ser atendidos y tratadas sus lesiones.

"Se han tenido por ejemplo tiempos de espera, yo tuve pues, no sé si es el récord, de pronto a alguien le ha tocado más, de esperar ocho horas...(pausa) dos pacientes con trauma de cráneo, la una con ojo de mapache y el otro con una epistaxis." E24

Se hace evidente para el personal del programa APH de la ciudad que, en el área de urgencias de algunos centros asistenciales, el personal está muy ocupado con otros pacientes, y no hay quien pueda encargarse una vez llegan con los lesionados en incidentes viales trasladados en sus ambulancias. Y en otros centros asistenciales solo ven que llegan las ambulancias, pero no se acercan a recibir el paciente al punto de no tener certeza cuanto tiempo hay que esperar.

"Cuando uno sabe que lleva seis horas solamente esperando, uno dice « ¿Cuál es el punto?, ¿es porque somos nosotros?, ¿sí?, ¿es porque es APH?, porque es 123, o es porque realmente no tienen capacidad" E80

El tiempo afecta directamente la evolución de lesiones, el diagnóstico oportuno de otras y disminuye la capacidad de respuesta del servicio pre hospitalario.

"De todas maneras mientras pasa el proceso se pierde tiempo, mientras tú llegas y hablas con el uno y le dices «Este es un triage dos» o «Hágame un triage», « ¡Ah!, espérese yo atiendo a este paciente y después de que este paciente salga te hago el triage», y uno va contando tiempo y eso va sumando contra el paciente, cuando quieres verlo el paciente está descompensado" E63

Los sistemas sanitarios enfrentan importantes retos para su fortalecimiento, los Recursos Humanos en Salud representan uno de ellos y sin excepción preocupa a la totalidad de los países en el mundo, incluso en los sistemas de salud bien financiados, la disponibilidad de las personas adecuadas en los lugares adecuados, con las competencias correctas, es un reto clave (74).

Medellín por su parte no es ajena a esta problemática, puesto que sus entidades de respuesta no cuentan con la cantidad recurso humano de acuerdo con el número de habitantes, puesto que ni Bomberos, ambulancias de programa APH y personal en IPS, son suficientes. Los estándares internacionales establecen que es

recomendable 1 bombero por cada 1000 habitantes; actualmente hay 1 por cada 13.000 habitantes, haciendo la operación de total de población según proyección del DANE a 2019, sobre el total de bomberos de la ciudad (75). Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud manifiesta que para dar cumplimiento a los Objetivos de Desarrollo del Milenio y garantizar una amplia cobertura de servicios de salud a la población, se requiere contar mínimo con 25 profesionales de la salud por cada 100.000 habitantes, Esto sería lo ideal para la prestación de un servicio público eficiente (75).

Las instituciones prestadoras de servicios de salud siempre deben contar con el personal capacitado y entrenado para estar en el servicio de urgencias como lo exige la Resolución 2003 de 2014, igualmente con los servicios que ofrezca deben estar habilitados y cumplir con todos los requisitos que la norma pide (22).

Categoría N°5

A pesar del aumento de la población y de la accidentalidad en la ciudad, los servicios de salud no han crecido proporcionalmente. Desde que se conformó el departamento de atención prehospitalaria en Bomberos Medellín en el año 2005, el personal que aun labora en la institución, tiene la percepción de que las entidades hospitalarias no han crecido a la par de la necesidad de ciudad, sin embargo, las cifras de accidentalidad si tienden a aumentar año tras año, con algunas variaciones positivas en el presente año con respecto al anterior, según cifras de la secretaria de movilidad (76).

De acuerdo con la dependencia que controla el tránsito de la capital antioqueña, durante 2018 han ocurrido 12.729 incidentes viales en los que se han visto relacionados moteros, disminuyendo las cifras con respecto al año anterior cuando ocurrieron 13.986 en el mismo lapso de tiempo. Es decir, 1.257 menos, un saldo que motiva a las autoridades a seguir intensificando la labor pedagógica para salvar

vidas (76).

Para el personal de APH bomberos y secretaria de salud, a pesar de percibir que no ha habido un crecimiento y oferta de servicio adecuado a la par del crecimiento poblacional y el número de lesionados, si han evidenciado que algunas instituciones tratan de ofertar servicios de calidad, y se han fortalecido y mejorado a través de los años.

“Medellín tiene hospitales considerados muy buenos en el país” E12

Se debe analizar de manera más profunda, la suficiencia de establecimientos hospitalarios y oferta de servicios, en relación con la población y demanda de los mismos.

“La infraestructura no es deficiente, pero si puede ser insuficiente para la demanda” E53

A pesar de ser una percepción general, alienta un poco saber que en el país somos referentes en atención de lesionados a pesar de tener carencias en varios aspectos, entre ellos infraestructura.

“En comparación con otras ciudades Medellín está bien en cuanto a infraestructura de servicios de urgencia” E55

Categoría N°6

Existe desmotivación, desesperanza y agotamiento laboral, en el personal de APH de ciudad.

Se encontró en la presente investigación, que los tecnólogos en Atención

Prehospitalaria del programa APH de ciudad, se encuentran desmotivados, por falta de reconocimiento a su labor, por su tipo de contratación, por los horarios de cambios de turno, entre otros aspectos; además la atención prehospitalaria es una labor desgastante y en muchos momentos riesgosa y estresante, pero que no es valorada de esta manera en el contexto administrativo interno y personal de las instituciones de salud.

“Falta reconocimiento a la labor prehospitalaria y unas mejores condiciones laborales”. E13

La modalidad de trabajar por turnos rotativos, diurnos y nocturnos ha evidenciado tener unas consecuencias para la salud física y mental de los trabajadores, según un estudio realizado en la universidad Javeriana, acerca de la influencia del trabajo por turnos en la salud y la vida cotidiana, se evidenció que, dentro de las principales alteraciones, se encontraron trastornos musculo-esqueléticos, abortos, problemas del sueño, entre otros de menor importancia; sin embargo en cuanto a las actividades cotidianas, las relaciones interpersonales, los quehaceres domésticos, el tiempo libre, la familia, la pareja y los amigos, son los aspectos más afectados en la vida de los trabajadores por turnos (77)

El carácter irritable, la tendencia a la depresión y los cambios hormonales son solo algunas de las consecuencias de no dormir bien. La alimentación irregular provoca problemas digestivos y también se relaciona esta situación con problemas cardiovasculares si la situación se prolonga en el tiempo (77)

“Los horarios de cambios de turnos no están pensados para personas que tienen familia”. E46

Son diferentes situaciones que hacen que un recurso humano especializado se sienta desmotivado, entre ellas el clima laboral es muy importante, teniendo en

cuenta que las buenas relaciones interpersonales facilitan el trabajo en equipo y mejoran la actitud del trabajador.

"La actitud muchas veces del personal médico, el problema para mí más grande que la sociedad en general no conozca los APH's, ni lo que significan ni realmente lo que hacen, la responsabilidad que tienen es que tristemente la mayoría de los médicos no tienen ni idea, ni qué es el APH, ni qué conocimientos tienen, ni qué responsabilidades tienen, entonces menosprecian tu trabajo, critican tu trabajo"

E13

Hay quienes piensan que no ser valorados no debe afectar la prestación del servicio a la comunidad, que los problemas internos no son culpa de los ciudadanos a los que se atiende.

"No se valora, ni se reconoce el trabajo en ocasiones, pero no debe importar mucho eso, siempre se debe brindar lo mejor" E57

Sin embargo, con el tiempo los prestadores de Atención prehospitalaria, han empezado a notar que es necesario tomar otras carreras u empleos debido a que no se sienten valorados, respetados y apoyados como debería ser, que requieren estabilidad, para lograr sus metas en lo familiar y profesional, y que todos esos factores han generado emociones que pueden llegar a influir en el desarrollo diario de su labor.

"Vos terminas de hacer esto porque de pronto te guste, digamos que en algunos casos terminas haciéndolo porque te toca, porque vos no sentís un respeto de la sociedad, eso es muy importante en el ámbito social, que a vos te respeten como profesional, que te respeten como trabajador, eso no existe acá" E13

A pesar de que la mayoría de prestadores de Atención Prehospitalaria aman su

labor, han sentido la necesidad de buscar alternativas, para generar algún tipo de seguridad profesional y bienestar a futuro, al ver que en el ámbito pre hospitalario carecen de garantías, que talvez puedan encontrar en otra carrera profesional, arte u oficio.

"Definitivamente yo no me puedo quedar como APH, yo tengo que estudiar otra cosa, tengo que dedicarme a hacer otra cosa que en el futuro me dé las posibilidades de tiempo para poder estar con mi familia"E64

Quienes desempeñan esta labor perciben y logran difundir este sentimiento negativo hacia el reconocimiento de la profesión, que puede llegar a generar una mala atmosfera para quien este seleccionando una carrera profesional y haya visto en esta área de la salud una opción de formación.

"Yo a la gente que está estudiando pre hospitalario o que pretenden yo les ruego, yo les ruego, les suplico que no estudien esto, y es en serio, no es un chiste"E68

Se encontró también en esta investigación que hay prestadores de atención prehospitalaria que están afectados o han experimentado grado de afectación psicológica, debido a situaciones que han venido enfrentando durante su desempeño laboral.

"Yo no tengo un cuadro depresivo, aunque en algún momento lo tuve, pero sí tengo un trastorno del sueño, entonces yo, o sea, literalmente yo no duermo, yo me puedo acostar a las diez u once de la noche, pero muy seguramente a las dos de la mañana yo ya me voy a despertar y así sienta mucho sueño no puedo dormir" E36

Según las Guías Básicas de Atención Médica Prehospitalaria *"El bienestar del personal de atención prehospitalaria, situaciones comunes para el tipo de trabajo*

en el área de la APH como incidentes con multitud de lesionados, incidentes automovilísticos, emergencias en espacios confinados, incendios estructurales, trauma en niños y adolescentes, amputaciones, casos de abuso sexual y muerte de compañeros de trabajo y de otras personas del sector de atención de emergencias, se convierten en situaciones estresantes para el personal que están involucrados en estos incidentes.” (73).

Una investigación que se llamó: *“Prevalencia de estrés laboral en el personal asistencial Prehospitalario del programa de sistema de atención móvil de urgencias – Instituto de Gestión de servicios de salud (SAMU–IGSS) 2015”*. arrojó como resultado que de un total de 158 empleados de atención prehospitalaria, el 67.7% se encontraron con algún grado de estrés laboral, lo que es una cifra considerable, teniendo en cuenta la influencia que el estrés tiene sobre la prestación del servicio y sobre su vida personal (78).

De acuerdo con la investigación anterior, es importante considerar que los prestadores de asistencia prehospitalaria, en diferentes lugares del mundo enfrentan situaciones, que van repercutiendo en su vida diaria, y que es importante brindar un apoyo desde la parte administrativa para mitigar esos efectos en el personal asistencial.

Categoría N°7

Existen fallas en la comunicación para el proceso de atención del lesionado, lo que influye en el acceso y en la oportunidad del mismo al sistema integral de salud.

Las comunicaciones son un soporte fundamental en la atención de urgencias y la atención prehospitalaria, ya sea en el trabajo rutinario, como también y de manera muy especial en presencia de eventos no previstos, como desastres y catástrofes.

Existe la comunicación vía radio, teléfono móvil y fijo desde la central de regulación del 123, para con las ambulancias, bomberos e instituciones de salud sin embargo hay momentos en los que el sistema parece no ser efectivo.

” El punto muchas veces es la fluidez de la comunicación o la rapidez de la comunicación, eso sí cambia muchas veces de una persona a otra” E36

Siendo el problema más notorio al tratar de comunicarse con las IPS, para regular los pacientes en incidentes viales. Es por esta razón que en momentos no se tiene certeza de recursos disponibles para la recepción del paciente en algunas IPS.

” Ellos no tienen estandarizado y protocolizado para nosotros, y «esta es la línea del 123, contéstela y diga “sí”, contéstela y diga “no”» E88

En la central de regulación del programa APH de ciudad, se tienen varias responsabilidades, una muy importante es regular al paciente, lo que significa lograr ubicar IPS que cuente con los recursos necesarios de acuerdo a la situación clínica del paciente. Para esto, ellos deben establecer comunicación vía telefónica con la IPS, para verificar la disponibilidad de recursos y solicitar la posibilidad de enviar al paciente que se encuentra en la ambulancia, en algún lugar de la ciudad a la espera de ser ubicado y continuar o iniciar tratamiento. El no poder establecer comunicación oportuna ha sido percibido como una barrera que retrasa la atención en salud a los lesionados de incidentes viales en Medellín.

“Porque como no contestan las líneas, yo no tengo claro si su servicio está lleno, yo no tengo claro si usted tiene la disponibilidad” E5

Aunque existen protocolos interinstitucionales que buscan dar respuesta a esta problemática y que son tratados en forma regular por comisiones de salud, en la ciudad de Medellín, de estos protocolos no se verifica el cumplimiento. Tampoco

tiene líneas o sistema de radiocomunicaciones en el servicio de urgencias para comunicación con las ambulancias o el centro de regulación de manera directa.

“Lo otro son los reportes, que muchas veces hay clínicas que no se reportan al 123 con la información adecuada, entonces por decir algo «No tengo el rayo X, no tengo el especialista», y cuando es una urgencia de este tipo y uno llega a la institución porque muchas veces no responden al llamado del módulo, pero por georreferencia es el sitio más cercano y te dicen «Es que en estos momentos no tengo el especialista, en este momento no tengo los rayos X» E4

La percepción de los proveedores de APH de Medellín, y lo que se conoce de otras ciudades principales a través de congresos y medios de comunicación es, que el despacho y comunicación de centro regulador con ambulancias es bueno, sin embargo, la comunicación con las IPS debe mejorar para lograr un acceso oportuno a la institución del nivel requerido.

"Es muy efectivo el módulo realmente para nosotros, porque si nos comparamos con otras ciudades, las otras ciudades de Colombia no tienen un CRUE, entonces es, las ambulancias privadas escuchan radio del 123 y la que primero llegue, entonces desde ese punto ya le damos un aspecto más humano a Medellín" E1

10.2.3. Capítulo III: El fenómeno central

El acceso a los servicios de salud, es uno de los retos más importantes que tienen principalmente los sistemas de salud de los países. En este contexto, Colombia ha significado una experiencia interesante pues en el país se busca que el acceso pueda realizarse mediante la cobertura del seguro de salud; para el caso de los lesionados en incidentes viales, por medio del SOAT. Después de más de dos décadas de iniciarse el proceso de reforma, las estadísticas hablan de una cobertura muy cercana a la cobertura universal del seguro. Sin embargo, es creciente la

preocupación sobre el acceso, sobre la equidad y sobre la calidad, así que la propia legislación y la jurisprudencia han hecho más explícito el propósito esencial de garantizar el acceso y han reconocido a la salud como un derecho humano fundamental (79).

Según una investigación titulada “Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia”, concluye que las barreras de acceso a los servicios de urgencias en la ciudad de Medellín son multicausales desde la poca cobertura al seguro como el nivel socioeconómico y la educación, así como problemas administrativos, accesibilidad geográfica y la calidad en la atención (80).

Cosa distinta para lesionados en incidentes viales, quienes presenta la necesidad de acceder al sistema de salud, debido a una situación súbita, en cualquier lugar de la ciudad, y que dependen del sistema de salud pre hospitalario encargado de mediar el acceso a los servicios de urgencias

Entre las aproximaciones al acceso se destaca el carácter multidimensional del concepto, pues este incluye cuestiones como disponibilidad, accesibilidad, acomodación y aceptabilidad, lo cual hace posible acercamientos multidisciplinarios y transversales desde varios campos o disciplinas del conocimiento, que pueden incluir la salud pública, la antropología, la psicología y la economía, entre otras (80). Por lo tanto, es importante que, al analizar el fenómeno central, se haga desde una perspectiva general, teniendo en cuenta que es un sistema interdependiente, que puede fallar por la intervención de cualquiera de los actores de la cadena.

Dado el anterior contexto y causas, se presenta el fenómeno central:

Categoría N°8

Existen múltiples barreras para el acceso y atención oportuna de los lesionados en incidentes viales de la ciudad de Medellín.

Hasta esta parte cada una de las categorías se han ido entrelazando y confluyendo entre sí para llegar a la que es nuestra categoría central y por supuesto la que más se ha enriquecido a lo largo de la investigación, evidenciando que son muchos los factores que podrían intervenir en una atención oportuna; desde el tiempo que tarda los organismos encargados de la respuesta prehospitalaria en llegar a la escena, la congestión y cierre de vías, el trayecto desde el lugar del incidente vial hasta la IPS receptora y el acceso a la atención en salud.

Las comunicaciones deben fluir para alertar a las instituciones de la gravedad del paciente y recursos que va necesitar como una forma de recortar esos tiempos que van en contra de la salud de los lesionados.

Existen barreras humanas, administrativas, de comunicación, de infraestructura entre otras que se lograron identificar en este estudio y las cuales limitan un acceso oportuno de los lesionados a la atención de salud integral.

"«Entonces el vigilante no puede dejar aquí tanta gente», entonces empiezan a formarse y engranarse un montón de situaciones que se salen solo de la parte médica, el médico lo llama cuando tiene el ingreso, cuando no tiene el ingreso no existe, si usted no recoge un ficho, si usted no tiene un ficho usted para el sistema no existe, el ficho no llega." E41

La falta de documentación del paciente o seguro del vehículo, se convierte en una barrera administrativa de acceso al sistema hospitalario, ya que los hospitales son empresas que requieren ingresos para mantenerse, por lo tanto deben asegurar el pago por los servicios prestados, y si el paciente se mantiene estable hay tiempo antes de iniciar algún tratamiento para definir a quien corresponde el pago.

*"O es la de admisiones que dice «El que no tiene la (***) completa no lo puedo ingresar», o tienes una persona en situación de calle «¡Ah!, es que no tiene Seguridad Social». E31*

El análisis del acceso a los servicios de salud a partir de la lógica de la justicia social y el derecho a la salud, propone varios puntos de vista; para Paula Braveman y Gruskin, el derecho a la salud es el marco para la institucionalización y organización de los sistemas de salud, lo que necesariamente incluye la prestación de servicios de salud; Braveman ratifica este enfoque, cuando plantean que la equidad en salud es un asunto de derechos humanos; Ruger, tiene una visión alternativa de equidad y justicia en el acceso a servicios de salud incluye un propósito ético de asegurar las condiciones sociales en las cuales todos los individuos tengan la capacidad de ser saludables, examinar las injusticias en el nivel de los recursos sanitarios, la calidad de esos recursos y su capacidad para permitir el funcionamiento eficaz (80).

El acceso y atención oportuna de condiciones de salud es un derecho promulgado desde la luz de la normatividad Colombiana, desde el enfoque de necesidad, equidad y universalidad, sin embargo el contraste con la realidad es desalentador, y se evidencia por la cantidad de tutelas interpuestas por los usuarios para acceder a servicios de salud, y las barreras frecuentes para los lesionados en incidentes viales hace necesario en ocasiones usar herramientas legales para lograr ingresar al paciente al sistema hospitalario.

"A mí me ha tocado, llamar a Derechos Humanos para que me atiendan a un paciente en una institución porque le están negando la atención, porque no tiene EPS, porque es un habitante de calle, porque no tiene Seguridad Social, porque no tiene acompañante." E38

Las barreras administrativas, generan malestar no solo al paciente, sino al personal de ambulancia y familiares, que generalmente se traduce en tiempo de espera y

trámites dispendiosos. Vargas et ál (80) resalta de manera específica la importancia de las barreras administrativas y estructurales del sistema para comprender la problemática del acceso en Colombia, sin embargo los participantes de esta investigación perciben respecto a los obstáculos, además de las barreras administrativas, la mala utilización de los servicios, la “baja disponibilidad de profesionales o de servicios”, “red insuficiente de IPSs para trauma”, “déficit en comunicaciones”, y “actitud poco colaboradora de prestadores en recepción y urgencias”, entre otras.

“Ponen la traba y es «venga, te voy a poner a voltear, o venga que primero le voy a hacer el ingreso particular, cuando usted me traiga todo entonces yo le hago el ingreso” E41

Esos tiempos de espera sin recibir tratamiento definitivo pueden generar un deterioro en las condiciones del paciente, que luego pueden ser irreversibles; por esta razón se aborda el concepto de la hora dorada, concepto introducido en los años 70´s por el Dr. R. Adams Cowley, y principio usado por primera vez en la guerra de Vietnam, expuesto en el PHTLS, literatura por excelencia en el ámbito de la Atención Prehospitalaria, y que se aplica también en la medicina; indica este concepto, que él paciente debe recibir atención hospitalaria dentro de los primeros 60 minutos, contados a partir del inicio del trauma, so pena de sufrir lesiones irreversibles o la muerte. En diferentes documentos se describen la importancia de la “hora dorada” donde se afirma que el paciente tiene mayor probabilidad de sobrevivir si recibe un cuidado adecuado en la primera hora (81).

Una forma de garantizar una respuesta médica oportuna, tiene que ver con el recurso humano disponible, que suele ser diferente para los turnos diurnos, nocturnos, fines de semana y festivos.

“Solamente con una persona, con el médico que esté en triage usted ya sabe si

ese paciente va a tener la oportunidad, o sea, va a ser atendido oportunamente o si a ese paciente le va a tocar esperar solo porque el médico llegó y se asomó y vio a los de APH y « ¡Ah!, los voy a poner a esperar» E19

Cada actor en el sistema se mueve a su ritmo, y cada uno requiere cumplir con procedimientos y políticas internas; como investigadores pensamos que es una de las falencias que existe, debido a la desintegración del mismo sistema. Para que funcione como un todo, debe existir un protocolo de actuación general, que integre a los actores que intervienen en la atención de lesionados por incidentes viales; con lineamientos claros de funciones para cada proveedor sin afectar quien realmente es la pieza fundamental del servicio; el lesionado en incidente vial, sin importar si presenta un trauma leve, moderado o severo, lo más importante es que pueda recibir oportunamente respuesta a sus necesidades, por lo menos aplicando el derecho a un mínimo decente, que se considera “adecuado” para la atención. La lógica de los mínimos decentes, contrasta con una atención optima, oportuna y de calidad, sin embargo, se hace aceptable ante la inequidad, desigualdad, y la deficiente atención integral que se presenta y se acepta para algunos autores una “atención mínimamente decente”, “servicios básicos de salud”, “atención básica de la salud” o “asistencia sanitaria esencial” (82).

"¿Realmente en quienes sí hay problema?, en los pacientes que no tienen lesiones potencialmente graves, ahí es donde usted se toma su tiempo, ahí donde el dolor aumenta porque la estadía en la sala de espera mientras el de admisiones le da por hacerle el ingreso si mientras espera al guarda porque necesita al guarda, entonces fíjate que no solo tiene el componente del triage, del médico, sino que tiene el componente de «Movilidad», «El de admisiones necesita los documentos para facturar». E17

Muchas barreras como las mencionadas son equivalentes al viejo conocido “paseo de la muerte”, que ha cobrado la vida de cientos de colombianos, quienes no

podieron acceder al sistema para recibir una atención en salud, o que simplemente ingresaron cuando ya sus lesiones eran irreversibles. La ley 1751 o también llamada ley estatutaria fue creada para contrarrestar las barreras en el acceso a los servicios de salud, exaltando el derecho a la salud como fundamental, autónomo e irrenunciable, y exigiendo a las IPS la atención de lesionados, sin dilaciones, con igualdad en el trato, sin discriminación, sin trabas, sin posibilidad de que se niegue el servicio de urgencias por falta de pago previo, de documentos o de afiliación (83).

10.2.4. Capítulo IV: las consecuencias

Categoría N°9

Atención deshumanizada y en muchos casos inoportuna a los lesionados en incidentes viales en Medellín. El diccionario de la Real Academia Española define humanizar como “hacer humano, familiar y afable a alguien o algo”, humano como “comprensivo, sensible a los infortunios ajenos” y humanización como “la acción y efecto de humanizar o humanizarse” (84).

Si por humanización se entiende como una acción ética que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud, y estos valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y proteger las relaciones en sintonía con la dignidad de todo ser humano. Entonces comprendemos que es darle la importancia al lesionado como un sujeto, no como un cliente, y va más allá de la tibia preocupación de las directivas institucionales al evaluar su atención de acuerdo al buzón de sugerencias y quejas y reclamos, sino que tiene que ver con la ética profesional y la sensibilidad por el otro (85).

Existe atención deshumanizada tanto a nivel pre hospitalario como a nivel hospitalario de acuerdo a lo encontrado en las entrevistas realizadas a los proveedores de atención prehospitalaria responsables del servicio en la ciudad.

Existe trato deshumanizado incluso entre personal asistencial, al no valorar el trabajo del otro, y continuarlo de forma oportuna. Se siente impotencia por parte del personal que traslada pacientes, porque reconocen que las barreras del sistema actual han generado desenlaces fatales que pudieron evitarse.

"Es muy triste, es algo mental y emotivamente agotador cuando nosotros no somos médicos, pero ya tenemos mucha experiencia y conocemos de la clínica de un paciente, cuando llegas donde un paciente que es una urgencia vital, pero tiene muchas posibilidades de vida, donde se le trabaja mucho a ese paciente y lo llevas al hospital y el paciente no muere porque sus lesiones estaban muy graves y no tenía posibilidades, sino porque hubo una demora en la atención" E17

Es de gran importancia tener en cuenta la preparación de los profesionales en salud para la concientización y sensibilización con respecto a la atención de los usuarios, que debe realizarse en el contexto de la ética y los valores, de este modo se pretende atender al paciente y suplir sus necesidades a nivel físico, emocional, intelectual y social. Por otra parte, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las universidades y organizaciones que forman profesionales en salud, implementen capacitaciones en humanización y que dichas temáticas sean fundamentales en la atención y formación del personal, así se logra que las personas y usuarios de la salud sean considerados como seres humanos en un sentido global (83).

En las Jornadas sobre humanización de la atención sanitaria desarrolladas en Madrid en 1985, El profesor Raventós Torras director de INSALUD señaló que: "un sistema sanitario humanizado es aquél cuya razón de ser es estar al servicio de la persona y, por tanto, pensado y concebido en función del hombre" (86).

Avedis Donabedian (1993) ubica la interacción de profesionales y pacientes en el centro del universo de la atención sanitaria, porque es ahí donde tienen lugar los

procesos y las decisiones más críticas de calidad. Y dice así: “aquí se genera la calidad, porque la atención no se puede concebir como algo que entrega el médico y acepta el paciente, debería tratarse del producto de la participación libre, igual y totalmente informada de ambos (87).

La falta de sensibilización frente a los procesos sociales, que incluyen un adecuado tratamiento de los procedimientos en salud, infiere la presencia de algunos elementos que atentan contra la calidad de vida de los usuarios. Es importante en todo momento entender la situación de otro, para actuar de manera que nos gustaría que nos ayudaran.

Los proveedores de atención prehospitalaria, son conscientes del trato deshumanizado en algunas ocasiones por ellos mismos o sus compañeros de trabajo, que puede atribuirse a la carga laboral, al clima laboral, la desmotivación y muchos otros factores personales y laborales que generan reacciones y respuestas no tan amables hacia pacientes, familiares y comunidad.

«Yo acepto que a veces me estreso con los familiares y los curiosos, les contesto fuerte, aunque pues ellos, no entienden el proceso y solo acosan, entonces uno quisiera poder llevarse al paciente rápido, pero ¿para dónde?» E58

En conclusión, hablar de humanización en la calidad de la atención clínica en salud, es poner toda la producción de sus servicios al alcance de la mano de los pacientes, y no al contrario, recuperar la dignidad humana, no es otra cosa que, concentrar todos los esfuerzos en el sujeto del paciente y no en su exterior.

La reflexión de este apartado ha de ser generar conciencia en los prestadores de salud, para que caigan en el error del sistema de salud que hace ver a la los pacientes como clientes, desde el punto de vista de capital, más allá de la solución de los problemas de salud a una persona que requiere recuperar su fuerza laboral,

sus objetivos y vida cotidiana normal, pues generalmente hay una familia que requiere de su óptima recuperación física y emocional después de sufrir una situación traumática.

Categoría N°10

No existe un acceso efectivo a los servicios de salud bajo la lógica del derecho universal a la salud. Los planteamientos en esta lógica conceptual, superan el concepto mismo de acceso y lo llevan a principios éticos de justicia social, de equidad en salud, y de derecho a la salud. Bajo esta lógica todos los usuarios sin importar condición social, ubicación geográfica, y demás situaciones, tiene derecho a un acceso efectivo a servicios de salud cuando lo requiera.

Se percibe que el acceso a servicios de urgencias en Medellín no es tan efectivo como se quisiera, puesto que los pacientes no ingresan al servicio de urgencias más cercano del nivel de complejidad requerido en todas las ocasiones, sino que son regulados a diferentes centros asistenciales donde sean aceptados por el médico encargado, si después de un tiempo de insistir en ubicar hospital no hay respuesta, se traslada al paciente por georreferencia, esto quiere decir al más cercano del nivel requerido.

En particular, el derecho universal a la salud constituyen uno de los derechos humanos, y como se ha visto vulnerado la OMS se ha comprometido a incorporar los derechos humanos en los programas y políticas de atención de salud, tanto en los ámbitos nacional como regional, para lo cual tendrá en cuenta los determinantes subyacentes de la salud como parte de un enfoque integral de la salud y los derechos humanos fortaleciendo a las instituciones de salud para lidiar con la pobreza y la salud de sus poblaciones, por medio de estrategias entre las que se encuentran la institucionalización de esta perspectiva en las rutinas y acciones de todo el sector salud; el fortalecimiento y expansión de las funciones de la salud

pública, más allá del acceso mismo, creando las condiciones necesarias para la salud; y la implementación de un financiamiento equitativo del acceso a los servicios, que logre un acceso efectivo (88).

«Yo pregunto ¿de qué sirve que le reciban el paciente en urgencias?, si se demoran para iniciarle tratamiento hasta que tenga la papelería y admisiones lo ingrese, para que le aparezca en el sistema al médico, este tiempo cuenta para el paciente y para otro que esté esperando en la calle una ambulancia» E49

El acceso a servicios de salud en Colombia es un derecho fundamental y este debe prestarse de manera integral, hasta la rehabilitación del paciente, esto implica un acceso oportuno e integral, cosa que no es posible en la mayoría de los casos como se ha venido evidenciando en los resultados de esta investigación (83).

El servicio de salud en Colombia presenta unas tensiones particulares que son efecto del andamiaje institucional creado en 1993. Esto hace que la prestación del servicio esté atravesada, al mismo tiempo, por una lógica técnica, y una lógica política, puesto que tanto el estado como el mercado constituyen actores centrales en el funcionamiento del sistema. En ese mismo sentido, el derecho a la salud constitucionalmente consagrado se diluye en la lógica del mercado que convierte la salud en un servicio y a los ciudadanos en clientes. (89)

Un acceso efectivo requiere del sistema una respuesta óptima de acuerdo a la necesidad del paciente y la ubicación del sitio donde sufrió las lesiones. Sin embargo, no se da cumplimiento a la normatividad por diversas situaciones propias del sistema y sus autores.

«Yo pienso que la regulación de pacientes, les ha dado a los hospitales la posibilidad de negar el servicio, entonces muchas veces hay que llegar hasta el mismo hospital que negó la recepción y sacarle la ley de recibir por cercanía y

nivel, y ahí si lo reciben, no tan de buena gana, pero lo reciben» E58

Se evidencia entonces que de acuerdo con el modelo teórico trabajado de “Acceso efectivo a servicios de salud en la lógica del derecho a la salud” (53).

Propuesto por Arrivillaga y Borrero los lesionados de la ciudad de Medellín no cuentan con un acceso efectivo bajo esta lógica, por el contrario, el sistema, las dinámicas de referencia, los canales comunicacionales, el sistema contractual, la insuficiencia en el talento humano contratado, la desmotivación en la práctica hace que no exista un goce de este derecho para quienes han malogrado su salud en la vía pública por un incidente vial. Tanto la disponibilidad, como la accesibilidad, la calidad y la aceptabilidad quedan en entre dicho con los hallazgos de este estudio.

Es definitivo que no existe igualdad y equidad para el acceso. Pues como se ha visto previamente, muchas veces se depende de un trámite administrativo por mencionar solo una de las múltiples barreras para acceder al sistema. Arrivillaga y Borrero hacen un llamado fuerte relacionado con esta situación:

“En contextos de justicia social y derecho a la salud se activa el principio de responsabilidad moral en todos los niveles y se justifica éticamente el principio de equidad en el acceso a los servicios de salud. El principio de equidad establece igual acceso real y efectivo a los cuidados de salud, preventivos y curativos” (53).

Categoría N°11

Desde el personal de atención prehospitalaria se generan propuestas para mejorar el acceso y la atención en salud a los lesionados en incidentes viales de la ciudad de Medellín.

Los proveedores de atención prehospitalaria de acuerdo a su experiencias y vivencias, tienen diferentes propuestas para mejorar condiciones que se

evidenciaron en esta investigación, algunas de estas propuestas han sido estructuradas pero no se han tenido en cuenta por el personal administrativo, sin embargo son conscientes de la necesidad de seguir insistiendo y aportando para que la atención prehospitalaria y el acceso de los lesionados por incidentes viales en la ciudad de Medellín, tome modelos ejemplos que han tenido un funcionamiento ideal en temas como la comunicación efectiva, el cumplimiento de procedimientos y protocolos existentes, modelos de contratación, horarios y lugares de cambios de turno, procedimientos de regulación directa con los centros asistenciales, estrategias para posicionar y reconocer la labor que se realiza en el ámbito pre hospitalario, la auditoria al cumplimiento de acuerdos interinstitucionales y demás propuestas realizadas por quienes tienen los argumentos para proponer mejoras desde su perspectiva como puede ser:

Desde lo administrativo

- Apoyo en todo momento, en igualdad, sin preferencias a todos los miembros del equipo de APH de ciudad.
- Mejorar condiciones laborales, la más importante, cambiar el tipo de contrato, que no favorece al talento humano, y genera desmotivación.
- Mantener un programa de apoyo psicológico permanente y actividades para mejorar el clima laboral y prevención o intervención de síndrome Burnout.
- Fortalecer el programa APH, mejorando la flota de ambulancias y motos de respuesta de cursos de actualización, capacitación y entrenamiento permanente.
- Buscar convenios efectivos con todas las IPS públicas y privadas de la ciudad para el acceso efectivo de pacientes.
- Generar programas de bienestar para el talento humano (convenios para aprovechamiento del tiempo libre).
- Visualizar un programa de Atención pre hospitalario con instalaciones propias y con todas las comodidades.

- Considerar aumentar la cantidad de recursos para mejorar la cobertura en la ciudad y corregimientos
- Cercanía con el personal APH
- Ser receptivos a propuestas del personal APH

Desde el talento humano

- Trato humanizado con los pacientes y personas de apoyo.
- Sentido de pertenencia.
- Compromiso constante con la institución, proponer y apoyar propuestas de mejoramiento continuo.
- Ética profesional en todo momento
- Fortalecer e integrar el trabajo en equipo
- Respeto y buen trato con los compañeros y directivos
- Actualización constante

Comunicaciones

- Comunicación directa con los servicios de urgencias vía radioteléfono.
- Radios de comunicación funcionando en todas las ambulancias.
- Radios portátiles disponibles en todo momento para el personal asistencial.
- Comunicación efectiva entre el modulo y las ambulancias

Infraestructura y logística

- Instalación central e instalaciones satélites independientes de otras instituciones
- Ambulancias más cómodas y nuevas, al igual que motos de mayor cilindraje para primera respuesta.

- En las IPS una infraestructura para trauma con prioridad para las ambulancias del programa APH de ciudad.

11. Conclusiones

Hay una buena coincidencia entre la noción que tienen los prestadores de atención pre hospitalaria acerca del acceso y atención oportuna comparada con los conceptos que ofrece la literatura, además de la importancia de generar un acceso real.

El servicio de Atención pre hospitalario bajo el modelo de prestadores con el perfil de tecnólogos en Atención pre hospitalaria, es pionero en Colombia, además de ser aceptado como un servicio digno de replicar en otras ciudades del país.

Existe un descontento generalizado por la falta de garantías laborales para los prestadores del servicio de APH de ciudad, lo que ha desencadenado una desmotivación, y una búsqueda constante de nuevas oportunidades.

El mayor número de barreras encontradas en el trabajo cualitativo corresponden al acceso real. Se destacan las barreras al acceso real por trabas administrativas, falta de infraestructura, falta de recursos profesionales y demora en la regulación. Todo esto impacta la garantía del acceso a los servicios de salud como lo esperan las personas: oportuno, equitativo, de calidad y sin obstáculos.

La posibilidad de que se presente síndrome de Burnout en los proveedores de atención pre hospitalaria se debe considerar y prevenir, puesto que seis de los participantes, confiesan en las entrevistas presentar signos y síntomas relacionados con agotamiento como una respuesta prolongada a factores estresantes interpersonales crónicos en el trabajo, cuyo resultado ha sido trastornos del sueño, desmotivación para ir a trabajar, cefalea entre otros síntomas, además dos de los seis están en tratamiento farmacológico para la depresión y la ansiedad.

El acceso y oportunidad de atención de urgencias a lesionados en incidentes viales, constituye un reto para los actores del sistema de salud, pero lo es aún más cuando con quien se está interactuando con instituciones, de allí la importancia de comprender que la salud es el resultado de los cuidados propios y hacia los demás, de asegurar que los derechos del lesionado, deben ir a la par de la calidad, de la satisfacción de las necesidades del usuario y la satisfacción de qué tan bien educados e informados estén los pacientes y proveedores de salud a la hora de salvaguardar el bienestar y calidad de vida de la población, que no busca otra cosa que el de fomentar un alto nivel de excelencia en servicio prestado a los pacientes que prevengan complicaciones que se hubiesen podido evitar.

La necesidad de la prestación del servicio de Atención prehospitalaria se hace cada vez más notoria para la administración municipal, teniendo en cuenta el aumento del parque automotor, y los incidentes viales.

Este trabajo investigativo deja ver el panorama desde la percepción de una parte de los involucrados, y es necesario generar un complemento que pueda proporcionar un análisis más detallado, a partir de estudios similares a los demás actores del sistema de salud.

12. Recomendaciones y futuros estudios

Conformar un equipo de trabajo interno que genere propuestas de mejoramiento que pretendan velar por las necesidades del recurso humano, y de la mano del área administrativa, buscar soluciones a las inconformidades que se dieron a conocer en esta investigación.

Son pocos los estudios que realizan un trabajo comparativo entre las percepciones de los distintos actores del sistema, por lo tanto, sería pertinente contrastar la percepción del personal de atención pre hospitalaria, con el personal de servicios de urgencias, que son la puerta de entrada a la atención definitiva.

Dar a conocer la problemática que se presenta con respecto al acceso y tratamiento oportuno de los lesionados en incidentes viales, a las autoridades municipales responsables de promover planes, programas y proyectos que logren responder de manera positiva, y beneficiar a la comunidad atendida en incidentes viales.

Referencias

1. Alves, Dalve Soria, Pinto, Ana María, Ponce de León, Marisela Café E. Estrategia de seguridad vial: Contribuyendo a disminuir la brecha de siniestralidad en América Latina y el Caribe [Internet]. [Consultado 2019 sep 27] Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44137/9789243563848_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Secretaría de Movilidad de Medellín. [Internet] Medellín: Plan de movilidad segura de Medellín; [consultado 2019 nov 15] Disponible en: https://www.medellin.gov.co/movilidad/documents/plan_movilidad_segura_medellin_2014_2020.pdf
3. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 3990 Colombia por el cual se reglamenta la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito del Fosygase y se establecen otras condiciones de operación y aseguramiento. Bogotá. [Internet]. Disponible en: <http://www.soatmundial.com.co/media/Decreto-3990-de-2007.pdf>
4. Corporación Universitaria Adventista [Internet]. Medellín: Atención Prehospitalaria UNAC; [Consultado 2019 nov 15] Disponible en: <https://www.unac.edu.co/landing/tecnologia-aph/>
5. Noticias RCN Radio. [Internet] Bogotá: RCN; [Consultado 2019 Nov 20] Disponible en: <https://www.rcnradio.com/colombia/antioquia/colapso-la-red-urgencias-hospitales-clinicas-medellin-no-tienen-capacidad-atender-una-emergencia>
6. Rivera J, Cueva R, Molero V. La percepción: conducta del consumidor: estrategias y tácticas aplicadas al marketing. Editorial; Madrid: ESIC capítulo 3.p.67–101.[Internet].Disponible en: <http://www.um.es/docencia/pguardio/documentos/percepcion.pdf>
7. Baptista FA. La hora de Oro: Prioridades de los servicios asistenciales [Internet]. Vol. 1. España; 2011. Disponible en: <https://www.Mscbs.gob.es/>

profesionales/saludPublica/prevPromocion/Lesiones/Jornadaaccidentetraffic
o/docs/LahoraOro.pdf

8. Pinet LM. Atención prehospitalaria de urgencias en el Distrito Federal: Las oportunidades del sistema de salud. *Salud Pública Mex* [Internet]. 2005;47(1):64–71. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v47n1/a10v47n1.pdf>
9. Colombia. Ministerio de la protección social. Resolución 1220 de 2010 por la cual se establecen las condiciones y requisitos para la organización, operación funcionamiento de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres, CRUE. *Diario Oficial*, 47679 (abr. 8 2010)
10. Ramos K, Quintero S, Gómez S. Historia De La Atención Prehospitalaria En Colombia [Internet]. Medellín: 2016. p. 1–60. [Consultado 15 nov 2019] Disponible en: <http://repository.unac.edu.co/bitstream/handle/11254/454/Producto.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
11. Ganica T, Mena L, Moreno J. Estudio Comparativo De Los Modelos De Atención Prehospitalaria entre Colombia y México. CES; 2015 [Consultado 15 nov 2019]. Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4481/2/Aph_Colombia_Mexico.pdf
12. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe, algunas lecciones de los años 80 y 90. 2002 Mar; 18 (4) *Cadernos de saúde pública* [Internet].:905–25. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n4/10176.pdf>
13. Ministerio de Salud. Atributos de la Calidad en la Atención en Salud [Internet]. [Consultado 2019 Nov 28]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/paginas/atributos-de-la-calidad-en-la-atención-en-salud.aspx>
13. Colombia. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-384-13 de conformidad con reiterada jurisprudencia constitucional, una persona requiere un servicio de salud con necesidad, cuando el mismo es indispensable para el mantenimiento de su salud, integridad y la vida en condiciones dignas. *Diario Oficial*, T-384-13 (Mar. 2018).

14. Paramédico rescate. La hora dorada [Internet]. [consultado 2018 mar 17] Disponible en: <http://fundacionrescate1-10.blogspot.com/2010/11/la-hora-dorada.html>
15. Colombia. Congreso de Colombia. Ley 33 de 1986 por la cual se modifica el Código Nacional de Tránsito Terrestre y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 37.336, (Feb 6 1986).
16. Ministerio de Salud y Protección Social [Internet] Bogotá: Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud Bogotá D.C; 2005. 1–78 p; [Consultado 2019 Nov 20]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Politica Nacional de Prestación de Servicios de Salud.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Politica%20Nacional%20de%20Prestaci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf)
17. Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia de 1991. por la cual se dictan los aspectos fundamentales: el entorno socio-político que condujo a la realización de la Asamblea Nacional Constituyente de 1991, y los aspectos principales tanto de la parte dogmática, como de la orgánica que contiene la Nueva Carta Política.
18. Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 41.148 (diciembre 23 1993).
19. Colombia. Ministerio de hacienda y crédito Público. Decreto 1032 de 1991 por el cual se regula integralmente el Seguro Obligatorio de Daños Corporales Causados a las Personas en incidentes viales. Diario Oficial 39.802 (Abril 18 1991).
20. Organización Mundial de la Salud. [Internet] [2019 nov 20]. Disponible en: <https://www.un.org/youthenvoy/es/2013/09/oms-organizacion-mundial-de-la-salud/>
21. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3100 de 2019 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. Diario Oficial, 51149 (Nov 26 2019).

22. Alcaldía de Medellín [Internet] Medellín: Datos generales de la ciudad de Medellín [consultado 2018 junio 10]. Disponible en: <https://www.medellin.gov.co/irj/portal/medellin?NavigationTarget=navurl://6488ef50a6787e1fdb4e42e62a46a67>
23. Área Metropolitana del Valle de Aburrá [Internet] Medellín: ¿Quiénes somos?; [consultado 2018 junio 10]. Disponible en: <https://www.metropol.gov.co/area/Paginas/somos/quienes-somos.aspx>
24. Alcaldía Medellín [Internet] Medellín: cómo vamos, así es Medellín [consultado 2018 junio 18]. Disponible en: <https://www.medellincomovamos.org/la-ciudad-2/>
25. Secretaría de Salud de Medellín [Internet] Medellín: Indicadores básicos 2014 Ciudad Saludable [Consultado 2019 nov 21] Disponible en: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportalDelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_19/IndicadoresyEstadsticas/Shared Content/Libros de indicadores/Indicadores Basicos 2014.pdf
26. Metrosalud [Internet] Medellín: Atención Prehospitalaria para Medellín (APH) [Consultado 2019 nov 21] Disponible en: <http://www.metrosalud.gov.co/metrosalud/pyp/102-aph>
27. Oficina asesora de planeación y desarrollo organizacional [Internet] Medellín: Plan de desarrollo 2012-2020 2a ed [consultado 2019 nov 19] Disponible en: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportalDelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_19/IndicadoresyEstadsticas/Shared Content/Libros de indicadores/Indicadores Basicos 2014.pdf
28. Montoya L, Alzate D, Sánchez A. Características De La Atención Prehospitalaria De Pacientes Con Arresto Circulatorio Secundario a Trauma En La Ciudad De Medellín Entre 2007 - 2009 [Internet]. Revista Universidad Ces. CES; 2011. Disponible en: [http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1191/2/caracteristicas de la atencion prehospitalaria de pacientes con arresto circulatorio secundario a.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1191/2/caracteristicas%20de%20la%20atencion%20prehospitalaria%20de%20pacientes%20con%20arresto%20circulatorio%20secundario%20a.pdf)
29. Alcaldía de Medellín [Internet] Medellín: Departamento Administrativo de

Gestión del Riesgo de Desastres 2018 [Consultado 2019 nov 19] Disponible en: <https://www.medellin.gov.co/irj/portal/medellin?NavigationTarget=navurl://698156a0192ca7655ab2cce3bc9291c7>

30. Urrego P, Alzate T, Ibarra A, Muñeto S. Proceso para la atención de pacientes con infarto agudo de miocardio por parte del personal prehospitalario de bomberos Medellín. [Internet]. CES; 2008. Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/257/1/Proceso_atencion_pacientes_infarto_agudo_miocardio.pdf
31. Concejo de Medellín [Internet] Medellín: Acuerdo 20 de 2001 Gaceta Oficial N. 1565 [consultado 2019 Dic 5] Disponible en: https://www.medellin.gov.co/normograma/docs/a_conmed_0020_2001.htm
32. Robledo J, Gonzalez F, García M, Sanchez M, Hernández F. Factores pronósticos relacionados con la mortalidad del paciente con trauma grave: desde la atención prehospitalaria hasta la Unidad de Cuidados Intensivos. Med Intensiva [Internet]. 2015;39(7):412–21. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es-content-articulo-S021056911400151X>
33. Hidalgo-Solórzano EDC, Hajar M, Blanco-Muñoz J, De La Luz Kageyama-Escobar M. Factores asociados con la gravedad de lesiones ocurridas en la vía pública en Cuernavaca, Morelos, México. Salud Pública Mex [Internet]. 2005;47(1):30–8. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v47n1/a06v47n1.pdf>
34. Peralta L. El reporte de cuidados prehospitalarios y el estándar de atención: estudio retrospectivo de un servicio de ambulancias privado de la Ciudad de México. Trauma [Internet]. 2005;8(2):37–43. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/trauma/tm-2005/tm052d.pdf>
35. Zurita P, Martínez R, Salas R, Martín G, Pérez J. Atención prehospitalaria en emergencias por el Servicio Integrado de Seguridad ECU 911. Enferm Investig [Internet]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6194272>
36. Pereira W, Lima M. Prehospital teamwork life support service for traffic

- accident victims. Rev da Esc Enferm [Internet]. 2009;43(2):319–26. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/en_a10v43n2.pdf
37. Valencia E, Villegas L, Guzmán K. Conocimientos, Actitudes Y Prácticas De Los Cuerpos De Socorro En La Atención Prehospitalaria De Trauma Por incidentes viales. Situación En El Salvador: Área Metropolitana [Internet]. Universidad José Matías Delgado; 2016. Disponible en: <http://redicces.org.sv/jspui/bitstream/10972/2877/1/0002299-ADTESCC.pdf>
38. Colón K, Colorado J, Estrada L. Oportunidad de la atención Pre-hospitalaria de las víctimas de evnetos de tránsito, zona cendro medellín 2009. [Internet]. Universidad de Antioquia; 2010. Disponible en: <https://www.slideshare.net/linaestrada19/oportunidad-del-proceso-de-atencin-pre-hospitalaria>
39. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 056 de 2015 por el cual se establecen las reglas para el funcionamiento de la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito Diario Oficial, 49394 (Ene. 14 2015).
40. Hernández Gamboa AE, Ardila YA. Clasificación de lesionados en tránsito, oportunidad en la atención y gasto hospitalario en una institución de salud de alta complejidad en el departamento de Santander (Colombia). Arch Med [Internet]. diciembre de 2017;17(2):350–60. Disponible en: <http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/2140>
41. Whizar V. La hora dorada del politraumatismo. [Internet] [Consultado 2019 Dic 5] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/250285858_La_hora_dorada_del_politraumatizado
42. Vargas L, Vázquez L, Mogollón A. Acceso a la atención en salud en Colombia. [Internet] [Consultado 2019 Dic 5] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000500001
43. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. Salud Publica Mex.1985;438–53.

44. Andersen R. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Heal Soc Behav.* 1995;36(1):1–10.
45. Cromley E, McLafferty S. GIS and Public Health. *Cartogr Geogr Inf Sci.* enero de 2003;30(3):291–2.
46. Dixon M, Cavers D, Agarwal S, Annandale E, Arthur A, Harvey J, et al. Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Med Res Methodol.* 2006;6(1):35.
47. Graves A. Un modelo para la evaluación de la accesibilidad geográfica potencial: un caso para SIG [Internet] [Consultado 2019 Ago 16]. Disponible en: <https://rnojournl.binghamton.edu/index.php/RNO/article/view/102/84>
48. Thompson I. Definición de Servicios [Internet] [Consultado 2019 Ago 16]. Disponible en: <https://www.promonegocios.net/mercadotecnia-servicios/definición-servicios.html>
49. Organización Panamericana de la Salud [Internet]: América Latina: Fortaleciendo el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE del Cauca OPS; [Consultado 2019 ago. 21] Disponible en: https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1222:fortaleciendo-el-centro-regulador-de-urgencias-y-emergencias-crue-del-cauca&Itemid=361
50. Andersen RM, Davidson PL, Ganz PA. Symbiotic relationships of quality of life, health services research and other health research. *Qual Life Res* [Internet]. octubre de 1994 [citado el 28 de noviembre de 2019];3(5):365–71. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7841969>
51. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad [Internet] [consultado 2019 nov 28]. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/422/411>
52. Arrivillaga M, Borrero Y. Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud. *scielo* [Internet]. [Consultado 2019 Nov 28] Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n5/1678-4464-csp-32-05-e00111415.pdf>
53. Rodríguez J. Métodos de investigación cualitativa (silogismo) [Internet]

- [Consultado 2019 nov 18]. Disponible en: <http://www.cide.edu.co/doc/investigación/3.métodos.de.investigacion.pdf>
54. Sampieri R, Collado C, Baptista M. Metodología de la investigación. 5ta ed. McGRAW-HILL/INTERAMERICANA, editor. Mexico; 2010.
 55. Yin RK. Case study research: design and methods. 4th ed. Thousand Oaks; 2009. 219 p.
 56. Omura J. Introducción a la Investigación Cualitativa, fundamentos, métodos, estrategias y técnicas [Internet] Lima: Editorial Fondo de la UIGV; Julio de 2014 [Consultado 2019 nov 28] Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/559/INTRODU%20CCI%C3%93NALAINVESTIGACI%C3%93N%20CUALITATIVA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 57. López S. La entrevista fenomenológica: una propuesta para la investigación en Psicología y Psicoterapia. [Internet] [Consultado 2019 Sep 29] Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v20n1/v20n1a09.pdf>
 58. Castañeda R, Menezes T, Vargas G. Características de la entrevista fenomenológica en investigación en enfermería [Internet]. [Consultado 2019 sep 28] Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n2/0102-6933-rgenf-1983-144720170267458.pdf>
 59. Cabrera F. Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa [Internet]. [Consultado 2019 sep 28] Disponible en: <http://www.ubiobio.cl/theoria/v/v14/a6.pdf>
 60. Galeano M. Seminario: Construcción de los datos en la investigación en ciencias sociales. Medellín: Universidad de Manizales; 2011.
 61. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 8430 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Diario Oficial, 49427 (Oct 4 1993)
 62. Gerencia. Atención médica a víctimas de accidentes de tránsito. [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.gerencie.com/atencion-medica-a-victimas-de-accidentes-de-transito.html>
 63. Concejo de Medellín. La alta accidentalidad en Medellín se convirtió en un

problema de salud pública [Internet] Medellín: Boletín 070; [Consultado 2019 oct 10] Disponible en: http://sipa.concejodemedellin.gov.co/es/node/1024?language_content_entity=es

64. EL TIEMPO La accidentalidad debe ser un problema de salud pública según Concejo de Medellín [Internet]. [consultado 2019 nov 28]. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/colombia/medellin/la-accidentalidad-debe-ser-un-problema-de-salud-publica-segun-concejo-de-medellin-195038>
65. Villar L. La Ley 100: el fracaso estatal en la salud pública. DESLINDE [Internet]. 2009; 36:1–10. Disponible en: <https://cedetrabajo.org/wp-content/uploads/2012/08/36-14.pdf>
66. Los tipos de contratación laboral y sus implicaciones en el contrato psicológico [Internet]. [consultado 2019 nov 28]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612011000100012
67. Tena G. El contrato psicológico: relación laboral empresa trabajador. [Internet] [consultado 2019 nov 19]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=284117>
68. Echeverri N, Ruiz JM, Echeverri F, Cardona D. Condiciones laborales del personal pre hospitalario en algunas empresas de Medellín, 2008. Revista CES. 2010Jul-Dic; Vol.1 No.1: pág. 4- 21.
69. Qué tener en cuenta con contrato por prestación de servicios [Internet]. [Consultado 2019 nov 29] Disponible en: <https://www.finanzaspersonales.co/trabajo-y-educacion/articulo/que-tener-en-cuenta-con-contrato-por-prestacion-de-servicios/58630>
70. Avila S. Colombia. Ministerio del trabajo. Código Sustantivo del Trabajo por el cual se hace modificaciones ordenada por el artículo 46 del Decreto Ley 3743 de 1950. Diario oficial, 27.622, (jun. 12 de 1951)
71. Avila S. Colombia. Ministerio del trabajo. Código Sustantivo del Trabajo por el cual se hace modificaciones ordenada por el artículo 46 del Decreto Ley 3743 de 1950. Diario oficial, 27.622, (jun. 12 de 1951)

72. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social [Internet] Bogotá: Guías Básicas de Atención Médica Prehospitalaria; Jun 6 2012. [Consultado 2019 nov 29] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Documentos_y_Publicaciones/Guias_Medicas_de_Atencion_Prehospitalaria.pdf
73. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. [Internet]. Bogotá: Guía Metodológica Del Observatorio De Talento Humano En Salud. [Consultado 2019 nov 30] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Guia-observatorio-talento-humano-Salud-oths.pdf>
74. Dirección Nacional de Bomberos. El servicio público esencial de bomberos en Colombia [Internet]. Bogotá D.C: Procuraduría General de la Nación; 2016. 52 p. Disponible en: https://repositorio.gestiondelriesgo.gov.co/bitstream/handle/20.500.11762/18560/Bomberos_Colombia-.pdf?sequence=3&isAllowed=y
75. Secretaria de Movilidad. [Internet]. Medellín: Pedagogía ayudó a reducir accidentes de motociclistas Alcaldía de Medellín. [Consultado 2019 nov 29] Disponible en: <https://www.medellincuenta.com/?NavigationTarget=navurl://b4f7b1bc48ce290b17f787ff8cfda023>
76. Influencia del trabajo en la salud y la vida cotidiana [Internet]. [consultado 2019 noviembre 29]. Disponible en: <https://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis38.pdf>
77. Sanchez M, Ponce A, Vegas H. Prevalencia de estrés laboral en el personal asistencial prehospitalario del programa de sistema de atención móvil de urgencias - Instituto de Gestión de Servicios de Salud. Rev Enferm Hered [Internet]. 2015;8(2):116.122. Disponible en: <https://doi.org/10.20453/renh.v8i2.2691>
78. Ruiz Gómez F. Sistema de salud y aseguramiento social entre la reforma estructural y el ajuste regulatorio [Internet]. [consultado 2019 dic 3]. Disponible en: <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/kolumbien/09582-20130201.pdf>

79. Restrepo JH, Silva C, Andrade F. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia [Internet]. [Consultado 2019 noviembre 29]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v13n27/v13n27a15.pdf>
80. Básicas G. Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia. 2012.
81. Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud [Internet]. [citado el 29 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n5/1678-4464-csp-32-05-e00111415.pdf>
82. Colombia. Congreso de Colombia. Ley 1751 Colombia por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 49.427 (Feb 16 2015) p. 13.
83. humanizar | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. [citado el 29 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://dle.rae.es/humanizar>
84. Colombia Humanización de la calidad en la atención clínica en salud desde la perspectiva centrada en el paciente a partir de la Resolución 13437 de 1991 [Internet]. [consultado 2019 nov 29]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n2/v18n2a17.pdf>
85. Humanizar la asistencia sanitaria, Raventós Torras F. [Internet]. [citado el 29 de noviembre de 2019]. Disponible en: https://books.google.com.co/books?id=dL_yDQAAQBAJ&pg=PT73&lpg=PT73&dq=La+organización+sanitaria+al+servicio+del+ciudadano,+en:+Jornadas+sobre+humanización+de+la+atención+sanitaria+en+la+red+asistencial+el+INSALUD&source=bl&ots=oJAq42naNb&sig=ACfU3U0tMyMm
86. +sobre+humanización+de+la+atención+sanitaria+en+la+red+asistencial+el+INSALUD&source=bl&ots=oJAq42naNb&sig=ACfU3U0tMyMm
87. Suñol R. Reflexiones sobre calidad asistencial Donabedian A. The quality of medical care: how can it be assessed?
88. Organización Mundial de la Salud. Salud y derechos humanos [Internet]. [consultado 2019 dic 5]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news->

room/fact-sheets/detail/human- rights-and-health

89. Pereira A. La prestación del servicio de salud en Colombia; Instituto de investigaciones y debate sobre la gobernanza. [Internet] [Consultado 2019 dic 5] Disponible en: <http://www.institut-gouvernance.org/en/analyse/fiche-analyse-283.html>

Anexos

Anexo 1. Carta de permiso



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

Medellin, 3 de mayo de 2018

Señores,
FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
Universidad de Antioquia
La ciudad

Asunto: Desarrollo del proyecto de investigación para optar por el título de Administrador en Salud

En atención al escrito enviado por el señor **JOSÉ ÁNGEL CAMARGO GUTIÉRREZ**, identificado con cédula de ciudadanía número 9.432.675, mediante el cual solicita autorización a él, y a los estudiantes **KATHERINE LÓPEZ LÓPEZ**, identificada con cédula de ciudadanía número 1.037.637.759, y **JUAN IGNACIO URREGO**, identificado con cédula de ciudadanía número 1.022.096.951; para el desarrollo del proyecto de investigación para optar por el título de Administrador en Salud – Gestión de Servicios de la Salud, el Departamento Administrativo de Gestión del Riesgo de Desastres – DAGRD, respetuosamente se permite responder que:

Luego de revisar la propuesta del proyecto, presentada por los estudiantes, autoriza el desarrollo del proyecto con el personal que desarrolla las actividades de atención prehospitalaria en el Cuerpo Oficial de Bomberos de Medellín. Para la realización de este proyecto se informa, además, que se debe mantener, en todo momento, la confidencialidad de la información que se genere en la institución bomberil y, además, se solicita copia del proyecto de grado una vez sea aprobado para optar por el título.

Quedo atento a cualquier inquietud.

Atentamente,

DIEGO ANDRÉS MORENO BEDOYA
Subdirector de Manejo de Desastres
Departamento Administrativo de Gestión del Riesgo de Desastres – DAGRD



Centro Administrativo Municipal (CAM)
Calle 44 No. 52 - 165. Código Postal 50015
Línea Única de Atención Ciudadanía 44 44 144
Conmutador 385 5555. www.medellin.gov.co

www.medellin.gov.co

Anexo 2. Consentimiento informado



1840/4.3
Medellín, Agosto 1 de 2018

Señores
Facultad Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia
Medellín-Antioquia.

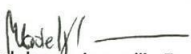
Asunto: Desarrollo proyecto de investigación

Cordial saludo,

Dando respuesta a la solicitud del señor Jose Ángel Camargo Gutiérrez, identificado con cedula de ciudadanía número 9.432.675, mediante la cual solicita autorización para él y para los estudiantes Katherine Lopez Lopez y Juan Ignacio Urrego; para el desarrollo del proyecto de investigación para optar por el título de Administrador en Salud - Gestión de servicios de salud; me permito responder:

Luego de ser revisada la propuesta del proyecto, presentada por los estudiantes, se autoriza la realización de entrevistas a los Tecnólogos en atención Prehospitalaria del programa de atención Prehospitalaria de la secretaria de salud de Medellín, operado por la ESE Metrosalud.

Cordialmente,


Madeilyn Jaramillo Zapata
Coordinadora General
Programa APH 123

Centro de Salud El Poblado – Calle 14 #43B-9
Conmutador: 352 04 19
Medellín - Colombia

www.metrosalud.gov.co

Anexo 3. Consentimiento informado

Medellín, Antioquia, Fecha _____

Yo, __ identificado (a) con el documento _____,

Por voluntad propia doy mi consentimiento para participar, para hablar desde mi experiencia como tecnólogo en atención prehospitalaria, sobre el acceso y la oportunidad de atención en urgencias a lesionados en incidentes viales en la ciudad de Medellín, como parte de una investigación que están llevando a cabo estudiantes de Administración en salud de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proceso de entrevista y el propósito de su realización. También recibí información sobre la grabación y la forma en que se utilizarán los resultados. Además, es claro que no recibiré beneficio económico de ninguna índole, toda vez que mi participación es voluntaria, con el ánimo de aportar a la ciencia y la sociedad.

Asentimiento

Después de haber sido informado del contenido del documento completo, el propósito de la investigación, haber aclarado todas mis dudas; doy mi consentimiento para participar en esta investigación, dentro de lo establecido en este documento.

Disentimiento

Después de haber sido informado del contenido del documento completo, el propósito de la investigación, haber aclarado todas mis dudas; NO doy

consentimiento para participar en esta investigación, dentro de lo establecido en este documento.

<p>PARTICIPANTE</p> <hr/> <p>Firma del participante ID:</p>

<p>INVESTIGADOR</p> <hr/> <p>Firma del investigador ID:</p>

Anexo 4. Guión de entrevista

Iniciar grabación (2 o más dispositivos)

Saludar, presentar a los compañeros, presentarse y agradecer la participación.
Permitir que los participantes se presenten, edad, lugar de procedencia, universidad de la que se graduó, estación donde trabaja, que hace además de trabajar en aph etc.(caracterización)

Explicación breve del propósito y objetivo del encuentro

Han sido citados a este grupo, como parte de una selección aleatoria e intencional (perfil, institución donde laboran y tiempo de experiencia), con el propósito de aportar desde su labor, en una investigación que están realizando tres estudiantes de administración en salud de la Universidad de Antioquia, como trabajo de grado y que a la vez sirva de insumo para generar propuestas, con la intención de mejorar, o fortalecer la atención prehospitalaria de la ciudad de Medellín.

Estamos realizando una investigación acerca del acceso (posibilidad de ingresar al sistema de salud para que sea tratada su lesión) y oportunidad (recibir tratamiento en el momento adecuado e integral) de atención de urgencias a lesionados en incidentes viales. Es una investigación cualitativa, donde usaremos como instrumentos de recolección de información una entrevista grupal, la cual será grabada, con el fin de extraer información que se agrupará luego en categorías y se analizará con ayuda de un software, para generar unos resultados, los cuales serán consignados en un aparte de la investigación, presentados a los jurados y estudiantes de la facultad.

El tiempo estimado para este ejercicio es una hora u hora y treinta aproximadamente, pero depende del desarrollo del tema a tratar. Para llevar a cabo

el proceso, contamos con un moderador, quien guiará la conversación.

Nadie estará forzado a responder, sino que cada quien puede intervenir cuando lo desee hacer, y su opinión y punto de vista no será refutado.

Introducción

La atención prehospitalaria es una labor que se ha venido desarrollando en la ciudad de Medellín desde 2005, siendo pionera esta ciudad en el contexto nacional, y sirviendo de ejemplo para otras ciudades. Durante varios años el modelo de atención prehospitalaria ha ido evolucionando con el propósito de mejorar la respuesta y atención de lesionados en incidentes viales y otros eventos que requieren atención y estabilización en el sitio del evento y traslado a un centro asistencial, para continuación de atención y tratamiento definitivo. Quienes nos acompañan en este grupo focal, son tecnólogos en atención prehospitalaria que han tenido la oportunidad de experimentar diversas situaciones propias de la labor, y que están prestos a continuar fortaleciendo la misma con el objetivo de brindar a los ciudadanos de Medellín una atención Prehospitalaria de calidad y contribuir para que esta atención se complemente en el nivel de complejidad requerido. Son miembros de la secretaria de salud, bajo el programa de APH de ciudad, y del cuerpo de bomberos de Medellín como apoyo de la atención en el sitio del evento.

Experiencia relacionada al acceso de pacientes en incidentes viales a servicios de urgencias y oportunidad en el manejo de sus lesiones.

Háblenos de su labor como tecnólogos en atención Prehospitalaria.

- ¿Qué hace un TAPH?; Qué implicaciones tiene su labor en el ámbito social, familiar, ¿Por qué? es importante su labor para la ciudad?
- ¿Para ustedes como personal de atención Prehospitalaria, que experiencias los marcan día a día? ¿Cuéntenos de esas experiencias y que es lo más difícil de ellas en el día a día?

- ¿Cómo describen su experiencia con las instituciones de salud de la ciudad de Medellín?
- ¿Cuál es su experiencia en el día a día con el módulo de regulación? ¿Cuál es el procedimiento de regulación de pacientes? ¿Cómo es la relación con el módulo de regulación? la comunicación es efectiva?
- ¿Cómo es la experiencia desde la notificación del lesionado hasta su entrega en la ips? Desde que les reportan que hay un lesionado, hasta que lo entregan en la ips asignada.
- Cuéntenos algún caso (si es que lo han vivido) en que ustedes y/o los pacientes que trasladaron, experimentaron alguna barrera de acceso o atención inoportuna, ¿y qué impacto generó esta situación?
- Cuáles han sido las barreras más frecuentes que han experimentado
- ¿Hasta cuánto tiempo se pueden demorar en la atención de un lesionado?
- Mínimo – máximo, en promedio.
- Percepción respecto a acceso y oportunidad
- ¿Cómo ha sido el comportamiento de las instituciones de salud durante el tiempo que ustedes llevan trabajando en el medio, con respecto al acceso de pacientes en incidentes viales? A lo largo del tiempo si ha cambiado, mejorado, empeorado... etc.
- ¿Cómo ha sido la oportunidad en la atención por parte de las IPS y qué dificultades encuentran al respecto?
- ¿Han encontrado alguna barrera para la atención de los lesionados que ustedes trasladan? / partiendo de las barreras que han encontrado, cuáles son las que más se repiten
- ¿Cuáles creen ustedes que han sido las principales barreras y por qué?
- ¿Cómo describen la atención de los lesionados incidentes viales hoy?

Propuestas para el mejoramiento

- De acuerdo a la problemática desarrollada, ¿cuál creen ustedes que pueden

ser las estrategias que se deben adoptar para la atención oportuna de los lesionados en incidentes viales?

- Cómo podrían aportar desde su posición para que la atención Prehospitalaria de la ciudad, sea un ejemplo para el país y se convierta en un modelo a imitar.
- Qué piensan que debe realizar un administrador en salud para que el servicio de atención Prehospitalaria en la IPS que administre brinde el respaldo que requieren los proveedores de APH.